
Beratung	Datum	Behandlung	Ziel
Werkausschuss NürnbergStift (NüSt)	06.02.2020	öffentlich	Bericht

Betreff:

Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung - Gutachten von Prof. Dr. Rothgang im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform

Bericht:

1. Ausgangslage

Mit den Pflegestärkungsgesetzen I – III wurde in den letzten Jahren die Pflegeversicherung umfassend umgestaltet. Insbesondere die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die Ablösung der drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade mit einem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil für alle Pflegegrade und die Veränderung von Leistungssätzen haben substantielle Veränderungen mit sich gebracht.

Parallel zu diesen Entwicklungen haben sich aber auch Stimmen gemehrt, die bezweifeln, dass es mit diesen Regelungen möglich ist, die Herausforderungen zu bewältigen, die unsere alternde Gesellschaft mit sich bringt.

Mit dem Ziel, die Reformbereitschaft auf eine breite Basis zu stellen, haben sich beispielsweise im Rahmen der Initiative „Pro Pflegereform“ bereits hunderte von Einrichtungen zusammengeschlossen und mit konkreten Eckpunkten für die politische Agenda zu Wort gemeldet. Von dieser Initiative wurde ein Gutachten bei Prof. Dr. Heinz Rothgang (Universität Bremen) in Auftrag gegeben (Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung, Gutachten von Prof. Dr. Rothgang u.a., 2019), um deren Kernforderungen zu untersuchen.

Die Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt – in ihrer Analyse beschränken sich die Gutachter allerdings auf eine Analyse der pflegebedingten Kosten, was bedeutet, dass die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten nicht in die Betrachtung einfließen.

2. Ansatzpunkte des Reformvorschlages

- 2.1. Nach Auffassung der Autoren weist die Ausgestaltung der Pflegeversicherung nach den aktuellen Reformen weiterhin **zwei wesentliche Strukturprobleme** auf, nämlich die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer pflegerischer Versorgung sowie eine unzureichende finanzielle Absicherung des individuellen Pflegerisikos.

2.2. Fragmentierte Versorgungsstrukturen

- 2.2.1. In der Praxis **nähern sich ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen an**. Pflegeheime öffnen sich ins Quartier und mit betreutem Wohnen, Wohngruppen, Alten-WGs, Stadtteilhäusern etc. ist eine Vielzahl von Versorgungsformen im Zwischenraum der klassischen Sektoren entstanden. Die bestehende Segmentierung erschwert jedoch die Entwicklung innovativer Versorgungskonzepte.

- 2.2.2. Die Reformperspektive besteht darin, leistungsrechtliche, leistungserbringungsrechtliche und ordnungsrechtliche Unterschiede abzubauen und durch Einführung gleicher **Leistungen** für die formelle Pflege **unabhängig vom Ort der Pflege** die sektorale Fragmentierung aufzulösen.

2.3. Unzureichende leistungsrechtliche Absicherung des Pflegerisikos

- 2.3.1. Bei Einführung der Pflegeversicherung stand im stationären Bereich das Ziel im Vordergrund, möglichst viele **Menschen** aus dem Bezug **von Hilfe zur Pflege** in Einrichtungen **herauszulösen**. Mittlerweile beziehen wieder rund ein Drittel aller Heimbewohner Hilfe zur Pflege nach § 61 Abs2 Satz 1 SGB XII (früher: BSHG).
- 2.3.2. Pauschale (nicht bedarfsdeckende) Leistungen der Pflegeversicherung implizieren, dass **jede Kostensteigerung durch Leistungs- und Personalverbesserungen** oder Anpassungen der Personalvergütungen direkt durch **die Pflegebedürftigen zu tragen** sind. Mittel- bis langfristig ist daher mit einer kontinuierlich wachsenden Zahl von Sozialhilfeempfängern zu rechnen, was sowohl finanzpolitisch, jedoch insbesondere sozialpolitisch, bedenklich ist.
- 2.3.3. Dies führt bei Pflegebedürftigkeit zu einem **unkalkulierbaren Kostenrisiko** und die Pflegeversicherung kann daher keine Lebensstandardsicherung gewährleisten. Die Aufgaben einer Sozialversicherung werden nicht mehr erfüllt.
- 2.3.4. Die Reformperspektive besteht in einer Aufhebung des individualisierten Kostenrisikos, welches durch pauschale Versicherungsleistungen sowie flexible und zeitlich unbefristet zu zahlende Eigenanteile entsteht.
- 2.3.5. Das bisherige **Verhältnis von Versicherungsleistung und Eigenanteil muss umgekehrt werden**. Dadurch hätten Pflegebedürftige zunächst einen Eigenanteil als Sockelbetrag zu zahlen, der dann durch die Pflegeversicherung bis zum individuell benötigten Leistungsumfang aufgestockt wird. ("Sockel- Spitzen-Tausch")
- 2.3.6. Würde dieser **Eigenanteil** zudem **zeitlich begrenzt** (vgl. 3.2) wäre es für den Versicherten möglich, das eigene Finanzierungsrisiko zu beziffern und durch Ansparen oder Abschluss einer Versicherung vorzusorgen.

3. Reformszenarien

Die Gutachter gehen zunächst auf die aktuelle Gestaltung der Pflegeversicherung ein, die bezüglich der **medizinischen Behandlungspflege** eine erhebliche Verwerfung aufweist. Während die Kosten einer medizinischen Behandlungspflege in der häuslichen Versorgung vollständig durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen werden, müssen diese Kosten in einer stationären Pflegeeinrichtung zu 100% von der Gesamtheit der Heimbewohner über die Pflegesätze finanziert werden. Dies folgt aus dem Umstand, dass die pauschalierten Leistungshöhen für vollstationäre Pflege vielfach unterhalb der Pflegsätze liegen. Es muss daher **eine Verlagerung der Medizinischen Behandlungspflege im stationären Sektor aus dem SGB XI in das SGB V erfolgen**.

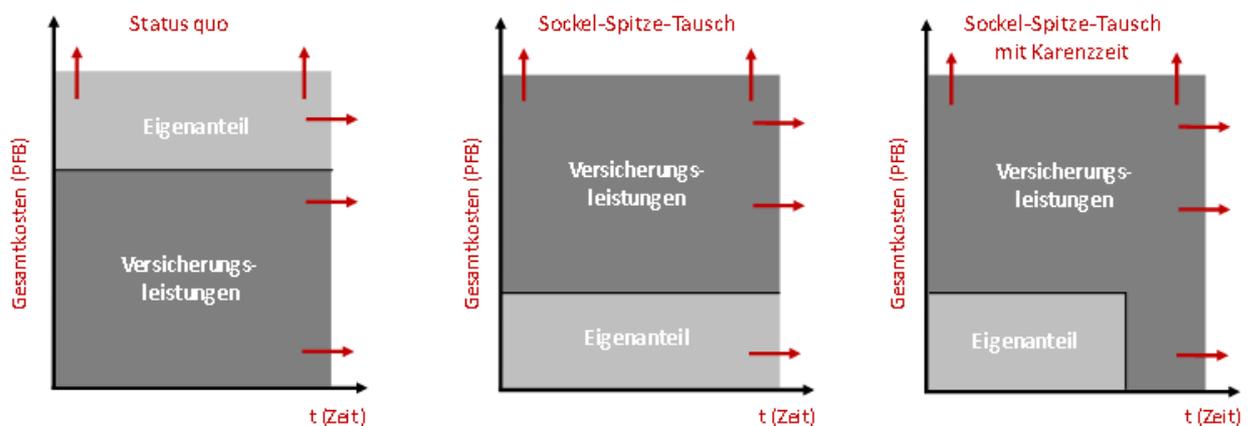
Das Gutachten bietet 3 Reformszenarien:

3.1. Aufhebung der Sektorentrennung ambulant und stationär

- 3.1.1. Die Sektorentrennung ist insbesondere in den Ebenen des Leistungsrechtes (Ansprüche der Versicherten gegenüber der Pflegeversicherung), des Leistungserbringungsrechtes (Rechtsverhältnis der Leistungserbringer gegenüber dem Pflegebedürftigen) und im Ordnungsrecht (staatliche Aufsicht über die Leistungserbringung) verankert.
- 3.1.2. Zentraler Anknüpfungspunkt für die Angleichung der Sektoren ist die **Einführung gleicher Vergütungsformen**. Leistungsrechtlich könnte nach Auffassung der Gutachter weiterhin an pauschalierten bzw. gedeckelten Leistungshöhen festgehalten werden, deren Höhe aber unabhängig davon ist, ob der Wohnort als stationäre Einrichtung gilt. Das Gutachten beschreibt in unterschiedlichen Szenarien ausführlich, wie die konkrete Ausgestaltung sein könnte und bewertet diese insbesondere nach deren finanziellen, personellen und pflegerischen Konsequenzen.

3.2. Umkehrung des Verhältnisses von Versicherungsleistung und Eigenanteil sowie Einführung einer Karenzzeit

- 3.2.1. Pflegebedürftige zahlen monatlich einen **festen Eigenanteil**, während darüber hinaus gehende Kosten von der Pflegeversicherung getragen werden (**Sockel-Spitzen-Tausch**). Zusätzlich wird die Dauer der Eigenanteilszahlung auf einen festen Zeitraum als „Karenzzeit“ beschränkt.



- 3.2.2. Für alle Bürger wird damit ein **bekanntes Kostenrisiko erzeugt**. Dies wäre dann weder von Einkommen und Vermögen noch von Versorgungsart und Höhe des Pflegebedarfs abhängig. Gegen dieses Risiko können dann Vorkehrungen durch Versicherung oder Ansparung getroffen werden.
- 3.2.3. Eine negative Folge für den ambulanten Bereich könnte eine nicht steuerbare Ausdehnung von Leistungen sein, da es hier keine Obergrenzen für die Leistungserbringung wie im stationären Bereich gibt. Es könnte sein, dass das Eigeninteresse der Pflegebedürftigen und Ihrer Familien, zur Begrenzung von Ausgaben untergraben wird („**Moral Hazard**“) und **sich die Ausgaben erhöhen**. Das Gutachten enthält daher auch Ausführungen, wie dieser Fehlwirkung begegnet werden könnte (z.B. durch Einführung von Obergrenzen bzw. individuelle Leistungszuordnungen).
- 3.2.4. Durch diese Neuordnung würde das Lebensrisiko bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit **solidarisch aufgefangen** und damit ein zentrales Defizit des derzeitigen Systems, bei dem eine Lebensstandardsicherung nicht möglich ist, beseitigt.

3.3. Kombination der beiden Reformperspektiven

- 3.3.1. Die Autoren halten zwar eine getrennte Betrachtung der beiden Reformperspektiven für möglich, betrachten aber eine **sequentielle Umsetzung** der alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung als möglich und sinnvoll.
- 3.3.2. **Zuerst** sollte die **sektorale Fragmentierung aufgehoben** werden und der Pflegemarkt anhand der Trennlinie Wohnen und Pflege neu strukturiert werden.
- 3.3.3. Eine zeitlich **nachfolgende Umstellung** des **Leistungsrechts** wäre dann geeignet, das System so umzugestalten, dass eine maximale Freiheit zur Ausgestaltung der individuellen Pflege entsteht, indem das bisher substantielle Verarmungsrisiko in Folge pflegebedingter Privatzahlungen vollständig aufgehoben wird.

1. Finanzielle Auswirkungen:

- Noch offen, ob finanzielle Auswirkungen

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

(→ weiter bei 2.)

- Nein (→ weiter bei 2.)

- Ja

- Kosten noch nicht bekannt

- Kosten bekannt

<u>Gesamtkosten</u>	€		<u>Folgekosten</u>	€ pro Jahr
			<input type="checkbox"/> dauerhaft	<input type="checkbox"/> nur für einen begrenzten Zeitraum
davon investiv	€		davon Sachkosten	€ pro Jahr
davon konsumtiv	€		davon Personalkosten	€ pro Jahr

Stehen Haushaltsmittel/Verpflichtungsermächtigungen ausreichend zur Verfügung?

(mit Ref. I/II / Stk - entsprechend der vereinbarten Haushaltsregelungen - abgestimmt, ansonsten Ref. I/II / Stk in Kenntnis gesetzt)

- Ja
- Nein

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

2a. Auswirkungen auf den Stellenplan:

- Nein (→ *weiter bei 3.*)
- Ja
- Deckung im Rahmen des bestehenden Stellenplans
- Auswirkungen auf den Stellenplan im Umfang von Vollkraftstellen (Einbringung und Prüfung im Rahmen des Stellenschaffungsverfahrens)
- Siehe gesonderte Darstellung im Sachverhalt

2b. Abstimmung mit DIP ist erfolgt (Nur bei Auswirkungen auf den Stellenplan auszufüllen)

- Ja
- Nein

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

3. Diversity-Relevanz:

- Nein
- Ja

Kurze Begründung durch den anmeldenden Geschäftsbereich:

4. Abstimmung mit weiteren Geschäftsbereichen / Dienststellen:

- RA** (verpflichtend bei Satzungen und Verordnungen)
-
-
-

