

Nach der Mini-Pflegereform: Wesentliche Probleme bleiben ungelöst

Von Heinz Rothgang

Am 29. Juni hat der Bundestag das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) beschlossen. Es wird Anfang 2013 in Kraft treten. Wesentliche Inhalte dieses Reförmchens der Pflegeversicherung¹ sind: Leistungsverbesserungen für Demenzkranke, Förderung von Wohngruppen für Demente, Beitragssatzanhebungen um 0,1 Prozentpunkte und die staatliche Förderung einer privaten Pflegezusatzversicherung (s. Kasten »Die wichtigsten Änderungen im Überblick«, S. 247). Doch wesentliche Bereiche, die für die Einlösung eines Anspruchs zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung von zentraler Bedeutung sind, fehlen im PNG: So gibt es keinen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, keine Regelungen zur Leistungsdynamisierung und zur langfristigen Finanzierung der Pflegeversicherung. Im Folgenden werden die Neuregelungen für Demenzkranke und zur privaten Pflegezusatzversicherung näher betrachtet und ungelöste Probleme bei der Leistungsdynamisierung analysiert.

1. Die Leistungen

Nachfolgend soll nur kurz auf einen der Schwerpunkte des PNG² eingegangen werden: die »Leistungsverbesserung für Demente«. In diesem Kontext werden dann auch der Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Leistungsdynamisierung in der sozialen Pflegeversicherung diskutiert.

1.1 Leistungsverbesserungen für Demente

Seit vielen Jahren besteht in der fachpolitischen Debatte Einigkeit darüber, dass die besonderen Belange kognitiv beeinträchtigter und verhaltensauffälliger Menschen bei der Bemessung von Pflegeversicherungsleistungen nur unzureichend berücksichtigt sind. Die geplanten Leistungsverbesserungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (zu den Einzelheiten siehe Kasten auf S. 247) sind daher zwar insgesamt begrüßenswert. Allerdings wären weitere Sonderregelungen für diese Personengruppe nicht notwendig, wenn ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff (s. unten 1.2) eingeführt würde, der systematisch umfassend alle pflegerelevanten Belange berücksichtigt. Die stattdessen vorgesehene kurzfristige Einführung neuer Leistungen als Übergangsregelung (§ 123 SGB XI n. F.) kann sogar kontraproduktiv sein, wenn die neuen Leistungen dann womöglich unter den Bestandsschutz fallen und so finanzielle Mittel binden, die für die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs benötigt werden – jedenfalls aber einer umfassenden Neuregelung vorgreifen und den diesbezüglichen Handlungsspielraum einschränken.

1.2 Kein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die Pflegeversicherung konnte 1995 nur eingeführt werden, weil ihre Protagonisten die Kostenbegrenzung zu einem zentralen Ziel erhoben hatten.³ Auch die Definition der Anspruchsvoraussetzungen für Pflegeversicherungsleistungen wurde entsprechend eng gewählt, so dass der im Gesetz niedergelegte Pflegebedürftigkeitsbegriff schon sehr bald unter fachlichen Gesichtspunkten als unzurei-

chend kritisiert wurde.⁴ Kritisch ist insbesondere, dass der verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff zwar somatische Einschränkungen gut abbildet, die besonderen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarfe kognitiv beeinträchtigter und verhaltensauffälliger Menschen aber weitgehend unberücksichtigt lässt.

Allerdings wurden ab 2001 mehrere kleine Reformschritte eingeleitet, um gegen dieses Problem zumindest ein bisschen anzugehen (s. Kasten »Historie des Pflegebedürftigkeitsbegriffs«, auf der folgenden Seite).

2006 hatte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einen Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingerichtet, der 2009 zwei Berichte vorgelegt hat⁵, in denen in seltener Einmütigkeit ein *neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff* vorgeschlagen und ein dazugehöriges Neues Begutachtungsassessment (NBA) vorgelegt wurden. Gemäß diesem Vorschlag sollen nicht mehr die Defizite bei den alltäglichen Verrichtungen zum Ausgangspunkt der Begutachtung genommen, sondern es soll vielmehr geprüft werden, welche Hilfestellungen notwendig sind, damit der Pflegebedürftige am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann (vgl. Abbildung 1: Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff auf der folgenden Seite).

1 vgl. dazu auch Robert Paquet: Pflegeversicherung: Bundesregierung verabschiedet Skizzen eines Reförmchens – Riesiger Handlungsdruck bleibt, in: SozSich 11/2011, S. 384–390

2 vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung »Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung«, in: BT-Drs. 17/9369 sowie Änderungsantrag Nr. 18 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, in: Bundestags-Gesundheitsausschuss, Ausschuss-Drs. 17(14)287 9566

3 vgl. Stefan Pabst/Heinz Rothgang: Die Einführung der Pflegeversicherung, in: Stefan Leibfried/Uwe Wagschal (Hrsg.): Bilanzen, Reformen und Perspektiven des deutschen Sozialstaats. Frankfurt 2000, S. 340–377; Heinz Rothgang: Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse, in: Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Band 7, Frankfurt 1997, S. 9–40

4 vgl. Hanneli Döhner/Heinz Rothgang: Pflegebedürftigkeit. Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 6/2006, S. 583–594

5 BMG (Hrsg.): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin, 26. Januar 2009; BMG (Hrsg.): Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin, 20. Mai 2009

Historie des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Problem der Regelung bei Einführung der Pflegeversicherung (1994):

Keine Berücksichtigung des allg. Betreuungsbedarfs bei Pflege-Einstufung
(Folge: Demente erhalten niedrige oder keine Pflegestufe trotz erheblichem Betreuungsaufwand)

1. Reformschritt: Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (2001):

Zusätzliche Leistungen bei Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bis zu 460 Euro im Jahr
(Problem: äußerst geringe Inanspruchnahme)

2. Reformschritt: Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008):

Erhöhung der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI auf bis zu 2.400 Euro pro Jahr und Ausdehnung auf »Stufe o«
(Effekte: Ausdehnung der Inanspruchnahme, aber keine systematische Lösung)

3. Reformschritt: Erarbeitung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2006–2009):

Einsetzung eines Beirats beim BMG 2006; Modellvorhaben zur Erarbeitung eines Neuen Begutachtungs-Assessment-Verfahrens (NBA) durch Pflegekassen; zwei Berichte des Beirats in der ersten Jahreshälfte 2009

4. Reformschritt: Leistungsverbesserungen im PNG im Vorgriff auf einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (2012):

Einzelheiten dazu s. Kasten »Die wichtigsten Änderungen im Überblick«, S. 247

5. Reformschritt: Wiedereinsetzen des Beirats (2012)
Dieser nimmt seine Arbeit am 1. März 2012 wieder auf.

Abbildung 1:
Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff: modulare Struktur

Einstufungsrelevante Module des Begutachtungsassessments		
1.	Mobilität	
2.	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	
3.	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	
4.	Selbstversorgung	
5.	Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	
6.	Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	
7.	Außerhäusliche Aktivitäten	
8.	Haushaltsführung	
Modul 1	Mobilität	10%
Module 2 & 3	Kognition und Verhalten	15%
Modul 4	Selbstversorgung	40%
Modul 5	Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen	20%
Modul 6	Gestaltung des Alltagslebens, soziale Kontakte	15%

6 vgl. dazu auch Andrea Kimmel/Stefanie Thomas/Alexander Wagner/Iürgen Windeler/Karl Reif/Ingo Langer/Stefan Görres: Neues Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, in: SozSich 1/2009, S. 22–26

Dabei werden kognitive Beeinträchtigungen systematisch berücksichtigt, so dass insbesondere die Bedarfe der demenziell Erkrankten wesentlich besser erfasst werden. Das NBA wurde zudem einem umfangreichen Praxistest unterzogen, in dem es sich als reliabel und valide erwiesen hat.⁶ Die Vorschläge des Beirats wurden von Fachwelt und Politik durchgängig positiv bewertet, so dass die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs inzwischen von allen Parteien gefordert wird.

Obwohl die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch im Koalitionsvertrag angekündigt wurde und das Jahr 2011 vom damaligen Bundesgesundheitsminister zum »Jahr der Pflege« erklärt wurde, ist 2010 und 2011 jedoch nichts weiter geschehen. Inzwischen wurde der Beirat vom Bundesgesundheitsminister erneut eingesetzt und hat am 1. März dieses Jahres – also fast drei Jahre nach Vorlage des Umsetzungsberichts – seine Arbeit erneut aufgenommen. Allerdings muss in Frage gestellt werden, inwieweit dies zielführend ist, da der Beirat nur fachliche Fragen lösen, nicht aber die notwendigen politischen Prioritätssetzungen vornehmen kann.

So kann das neue NBA zwar alle Antragsteller auf einer Skala von 0 bis 100 abbilden und der Beirat hat zudem gut begründete Grenzwerte auf dieser Skala vorgeschlagen, mit deren Hilfe 5 Bedarfsgrade unterschieden werden können. Die politisch zu lösende Frage ist aber, mit welchen Leistungen diese Bedarfsgrade hinterlegt werden sollen. Hierzu hat der Beirat mehrere Szenarien vorgelegt: In einer annähernd ausgabenneutralen Variante werden die Mehrausgaben, die sich durch die bessere Erfassung insbesondere der kognitiven Beeinträchtigungen ergeben, dadurch finanziert, dass die Leistungen für die Gruppe der rein somatisch Beeinträchtigten insgesamt gesenkt werden. Eine Pflegereform, die mit Leistungskürzungen in einem System einhergeht, das wegen der bis 2008 fehlenden Leistungsdynamisierung (s. unten 1.3) bereits erhebliche reale Leistungskürzungen erlebt hat, ist allerdings politisch schwer zu vermitteln. Sollen daher die bisherigen Leistungshöhen für alle Betroffenenengruppen zumindest gehalten, gleichzeitig aber insbesondere Demenz stärker berücksichtigt werden, resultieren daraus Mehrausgaben von drei bis vier Milliarden Euro oder etwa 15 % des derzeitigen Ausgabenniveaus – zuzüglich der temporären Zusatzausgaben für eine Bestandsschutzregelung für den Übergang.

Zu entscheiden ist daher die Frage, wie viel der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff kosten darf, also welche Mehrausgaben als akzeptabel angesehen werden. Diese Frage ist aber eminent politisch und kann nur von der Politik gelöst werden – und nicht von einem Beirat.

1.3 Keine Regelungen zur Leistungsdynamisierung im PNG

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind – anders als etwa die Leistungen der Krankenversicherung – schon vom Grundsatz her nicht bedarfsdeckend und durchgängig gedeckelt oder pauschaliert. Von 1995 bis 2008 sind sie zudem nominal konstant geblieben. Dies hat zu einem erheb-

Pflege-Neuausrichtungsgesetz: Die wichtigsten Änderungen im Überblick

Erhöhung des Beitragssatzes: Der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung wird um 0,1% Beitragssatzpunkte auf 2,05% bzw. für Kinderlose ab 23 Jahre auf 2,3% zum 1. Januar 2013 angehoben.

Zulage für zusätzliche private Pflege-Vorsorge: Eine staatliche Zulage von 60 Euro pro Jahr soll den Abschluss einer privaten Pflegezusatzversicherung fördern (s. S. 250 ff.)

Leistungsverbesserungen für Demenzkranke: Ab 2013 wird es für zu Hause lebende Demenzkranke *höhere Geld- und Sachleistungen* geben. Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung, aber ohne festgestellte Pflegebedürftigkeit (sog. Pflegestufe Null nach § 45 a Abs. 1 Nr. 2. SGB XI) erhalten – genau wie Pflegebedürftige – heute schon 100 bzw. 200 Euro pro Monat für »zusätzliche Betreuungsleistungen« (§ 45 b SGB XI). Künftig bekommen diejenigen in Stufe Null zusätzlich und »im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff« erstmals auch Pflegegeld oder Pflegesachleistungen. In den Pflegestufen 1 und 2 wird der bisherige Betrag aufgestockt:

- Menschen ohne Pflegestufe (Pflegestufe Null) erhalten monatlich ein Pflegegeld von 120 Euro oder Pflegesachleistungen von bis zu 225 Euro.
- Demenzkranke Pflegebedürftige in Stufe I erhalten ein Pflegegeld von 305 Euro (70 Euro mehr) und Pflegesachleistungen von 665 Euro (215 Euro mehr).
- Demenzkranke Pflegebedürftige in Pflegestufe II erhalten ein Pflegegeld von 525 Euro (85 Euro mehr) und Pflegesachleistungen von 1.250 Euro (150 Euro mehr).
- In Stufe III sowie für Härtefälle und Pflegeheimbewohner gibt es keine Erhöhungen.

Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme: Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können neben den heutigen verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen auch bestimmte Zeitvolumen für die Pflege wählen. Sie können dann zusammen mit den Pflegediensten entscheiden, welche Leistungen in diesem *Zeitkontingent* erbracht werden sollen.

Verbesserungen für pflegende Angehörige: Sie sollen leichter die Möglichkeit erhalten, eine Auszeit zu nehmen. Künftig wird das *Pflegegeld zur Hälfte* weitergezahlt, wenn ihre pflegebedürftigen Angehörigen in einer *Kurzzeit- oder Verhinderungspflege* sind.

Wer durch die Pflege eines Angehörigen nicht auf mindestens 14 Pflegestunden pro Woche kommt, die erforderlich sind, um eine *rentenversicherungsrechtliche Absicherung* zu haben, der kann die erforderliche Mindestpflegeaufwendung für die Rente künftig auch durch die Pflege von zwei oder mehr Pflegebedürftigen erreichen.

Förderung von Selbsthilfegruppen: Für Selbsthilfegruppen in der Pflege werden 10 Cent pro Versicherten und Jahr – das sind insgesamt acht Millionen Euro jährlich – von der Pflegeversicherung bereitgestellt.

Förderung neuer Wohnformen: Wohnformen zwischen der ambulanten und stationären Betreuung werden zusätzlich gefördert. Unter bestimmten Umständen gibt es für solche Wohngruppen je Pflegebedürftigen *200 Euro zusätzlich*, um dem höheren Organisationsaufwand gerecht werden zu können. Darüber hinaus ist ein zeitlich befristetes Initiativprogramm zur Gründung ambulanter Wohngruppen vorgesehen mit einer **Förderung** von 2.500 Euro pro Person (maximal 10.000 Euro je Wohngruppe) für notwendige Umbaumaßnahmen in der gemeinsamen Wohnung.

Wohnungsanpassung in betreuten Wohngruppen: Die Pflegekassen zahlen heute Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes, z. B. für den Einbau einer bodengleichen Dusche oder die Installation eines Treppenliftes. Diese Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 2.557 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. Bisher wurde eine Maßnahme nur einmal gefördert, auch wenn sie mehreren Pflegebedürftigen zugute kam. Künftig kann der Zuschuss bis zu viermal 2.557 Euro (= 10.228 Euro) betragen, wenn mehrere Pflegebedürftige zusammenwohnen.

Mehr Rechte bei der Begutachtung: Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDKs) müssen Antragsteller künftig darauf hinweisen, dass sie einen Anspruch darauf haben, das MDK-Gutachten zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit zugesandt zu bekommen. Sie erhalten zudem automatisch eine Auskunft, ob die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist. So soll dem so wichtigen Grundsatz »Rehabilitation vor Pflege« Ausdruck verliehen werden.

Zur Sicherstellung einer frühzeitigen Beratung müssen die Pflegekassen Antragstellern zukünftig einen *Beratungstermin innerhalb von zwei Wochen* unter Nennung eines Ansprechpartners anbieten – auf Wunsch auch zu Hause. Können Kassen diese Leistung nicht selber zeitgerecht erbringen, dann müssen sie einen *Beratungsgutschein* für die Inanspruchnahme der erforderlichen Beratung durch einen anderen qualifizierten Dienstleister aushändigen.

Wenn innerhalb von vier Wochen keine Begutachtung erfolgt, wird die Pflegekasse verpflichtet, dem Versicherten mindestens drei Gutachter zur Auswahl zu benennen, damit es auch ohne den MDK voran gehen kann. Falls die Kassen Begutachtungsentscheidungen nicht fristgerecht treffen, haben sie dem Antragsteller für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung *70 Euro* als eine Art Bußgeld als Zusatzleistung zu zahlen.

Hans Nakielski

lichen *Kaufkraftverlust* geführt, so dass z. B. die Heimentgelte (Pflegesatz zuzüglich des Entgelts für Unterkunft und Verpflegung) in den zehn Jahren von 1999 bis 2009, die von der Pflegestatistik erfasst werden, um jahresdurchschnittlich (geometrisches Mittel) 1,5 % (Stufe I und II) bzw. 1,3 % (Stufe III) gestiegen sind. Dies entspricht einer Gesamtsteigerung für diesen 10-Jahreszeitraum von 16 % (Pflegestufe I und II) bzw. 14 % (Pflegestufe III) bzw. einer entsprechenden realen Entwertung der Pflegeversicherungsleistungen. Bezogen auf den Zeitraum von 1996 (Inkrafttreten der stationären Leistungen) bis 2008 (erste Leistungsdynamisierung) entspricht das einer Gesamtsteigerung von 21 % (Pflegestufe I und II) bzw. 19 % (Pflegestufe III) bzw. einem entsprechenden Realwertverlust.

Um diesem Kaufkraftverfall entgegenzutreten, wurde im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) eine Leistungsanpassung in drei Stufen (2008, 2010 und 2012) vorgesehen⁷ und eine Absichtserklärung für eine regelmäßige Anpassung ab 2015 abgegeben. Die Tabelle 1 enthält die entsprechenden Leistungshöhen für die Kernleistungen der Pflegeversicherung und ihre Anpassung von 2007–2012. Weiterhin sind die absolute Veränderung (in Euro) und die relative Veränderung (in % des Ausgangswertes) angegeben. Wie die Tabelle zeigt, unterscheiden sich die Anpassungen je nach Leistungsart und Pflegestufe erheblich. Deutlich wird insbesondere die implizite Angleichungstendenz zwischen den Sachleistungen bei häuslicher und vollstationärer Pflege in den Stufen I und II. Eine solche Angleichung ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings werden bei der vorgesehenen Dynamisierung insbesondere die ausgabenträchtigen Leistungsarten

nicht angehoben. So machen die Leistungen der vollstationären Pflege in Stufe I und II, die nicht angepasst werden, derzeit insgesamt 43 % der Ausgaben aus. Wird – unter Berücksichtigung der derzeitigen Inanspruchnahme- und Ausgabenstruktur – errechnet, wie sich die Pflegeversicherungsleistungen *insgesamt* entwickeln, so ist erkennbar, dass die Anpassung unzureichend ist.

Für den Zeitraum von 2007–2012 ergibt sich nur eine durchschnittliche jährliche Anpassungsrate (geometrisches Mittel) von 1,4 %, die damit sogar noch unter der Inflationsrate liegt. Nun hatten die Leistungen der Pflegeversicherung vor Inkrafttreten des PFWG bereits erheblich an Wert verloren (s. o.). Es kann daher auch geprüft werden, inwieweit es mit der Anpassung gelingt, diesen Realwertverlust wieder auszugleichen. Wird die Anpassung daher auf den Zeitraum von 1996 (Einführung der stationären Leistungen) bis 2015 (Beginn der regelmäßigen Dynamisierung) bezogen, ergibt sich sogar nur eine jährliche Steigerungsrate von 0,4 %. Diese ist vollkommen ungeeignet, um den Realwertverlust der Pflegeversicherungsleistungen einzudämmen. Insgesamt ist die vorgesehene schrittweise Anpassung damit zu gering, um den Realwert der Pflegeversicherungsleistungen auch nur von 2008 bis 2012 konstant zu halten.

Für den Zeitraum ab 2015 sieht der aktuell geltende § 30 SGB XI vor, dass die »Bundesregierung [...] alle drei Jahre, erstmals im Jahre 2014, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung« prüft. Dabei soll die Inflationsrate als Richtschnur dienen, keinesfalls soll der Anstieg aber höher ausfallen als die Bruttohohententwicklung. Zudem »können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden« (§ 30 Satz 3 SGB XI).

Insbesondere die letztgenannte Einschränkung eröffnet die Möglichkeit, die Leistungsanpassungen ganz aus-

⁷ vgl. dazu auch Bereich Sozialpolitik beim DGB-Bundesvorstand: Gesetzentwurf zur Pflegereform: Die wichtigsten Änderungen – mit einer Bewertung des DGB, in: SozSich 10/2007, S. 325–329 (326)

Tabelle 1: Leistungshöhen für Pflegesachleistung, Pflegegeld und vollstationäre Pflege

	Jahr		Veränderung		Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate in % (geometrisches Mittel)	
	2007	2012	in Euro	in % des Ausgangswertes	2007–2012	1996–2015
Sachleistungen						
Stufe I	384	450	66	17,2	3,2	0,8
Stufe II	921	1.100	179	19,4	3,6	0,9
Stufe III	1.432	1.550	118	8,2	1,6	0,4
Pflegegeld						
Stufe I	205	235	30	14,6	2,8	0,7
Stufe II	410	440	30	7,3	1,4	0,4
Stufe III	665	700	35	5,3	1,0	0,3
vollstationär						
Stufe I	1.023	1.023	0	0,0	0,0	0,0
Stufe II	1.279	1.279	0	0,0	0,0	0,0
Stufe III	1.432	1.550	118	8,2	1,6	0,4
insgesamt				7,1	1,4	0,4

zusetzen oder die Pflegeversicherungsleistungen sogar nach unten anzupassen. Bei der Norm handelt es sich daher um eine *diskretionäre Anpassung*, die regelmäßig Anlass zu politischen Auseinandersetzungen bieten dürfte. Tatsächlich finden sich im PNG *keine* Ankündigungen einer Leistungsdynamisierung, obwohl § 30 SGB XI vorsieht, dass eine solche Anpassung im Jahr 2014 erstmals (für 2015) geprüft werden soll. Nun kann eine solche Anpassung nach Vorlage eines Berichts per Rechtsverordnung vorgenommen werden und erfordert kein Gesetzgebungsverfahren. Dennoch ist das Fehlen einer Ankündigung, gerade angesichts der im Gesetzentwurf enthaltenen Ankündigungen zum Pflegebedürftigkeitsbegriff und zur steuerlichen Förderung der privaten Pflegeversicherung schon für sich genommen bemerkenswert und beunruhigend.

Soll ein weiterer Kaufkraftverlust langfristig vermieden werden, ist dagegen ein Gesetzgebungsverfahren notwendig, um eine *regelgebundene Dynamisierung* ohne diskretionären Spielraum nach einer vorgegebenen Formel im SGB XI zu verankern. Hinsichtlich der Höhe der Anpassung sollte auf makroökonomische Größen wie die Inflationsrate und die Brutto Lohn- und -gehaltsentwicklung abgestellt werden. Hierbei kann zwischen dem Pflegegeld und den Sachleistungen unterschieden werden. Für das Pflegegeld ist eine Anpassung entsprechend der allgemeinen Preisentwicklung sinnvoll. Bei den Pflegesachleistungen sollte die Kaufkraft erhaltung das Ziel der Anpassung sein. Eine Anpassung gemäß der Inflation – die in der geltenden Fassung des § 30 als Obergrenze vorgesehen ist – würde hier bei steigenden realen Bruttolöhnen in der Pflege zu einem weiteren Wertverlust der Pflegesachleistungen führen, der sich auch in der Sozialhilfequote der stationär versorgten Pflegebedürftigen niederschlagen dürfte. Sie ist daher unzureichend.

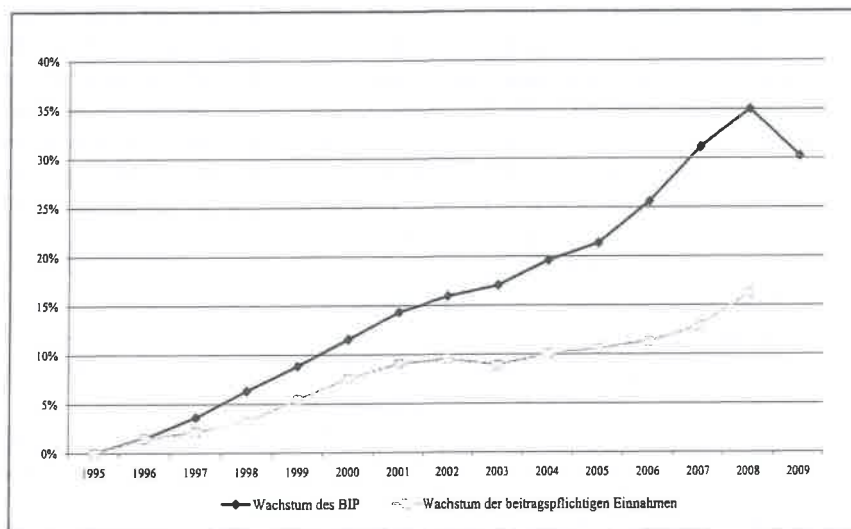
2. Die Finanzierung

Die Finanzierungsfrage ist nicht nur für sich genommen von entscheidender Bedeutung, sondern deren Lösung ist auch Voraussetzung für die angesprochene Leistungsdynamisierung und die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Bevor über Reformoptionen bei der Finanzierung gesprochen werden kann, ist es aber sinnvoll, zunächst die Ausgangslage zu betrachten.

2.1 Ausgangslage

Seit Anfang dieses Jahrhunderts weist die soziale Pflegeversicherung (SPV) zunehmende Defizite auf, denen in der

Abbildung 2: Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen zur GKV/SPV und des BIP seit 1995



Quelle: Eberhard Wille (2010, Fn. 11); Datenquelle: Statistisches Bundesamt/ Bundesministerium für Gesundheit

zweiten Hälfte der vergangenen Dekade zunächst mit Einzelmaßnahmen – Einführung des Zusatzbeitrags für Kinderlose (2005), Vorziehen der Fälligkeit mit der Folge einer 13. Monateinnahme (2006) – und dann mit einer Beitragssatzanhebung zum Juli 2008 begegnet wurde. Seitdem verzeichnet die Pflegeversicherung zwar wieder Überschüsse, allerdings sind diese rückläufig, weil die Beitragssatzanhebung zwar zum 1. Juli 2008 erfolgte, die Dynamisierung der Pflegeleistungen aber in drei Stufen (2008, 2010, 2012). Spätestens nach Inkrafttreten der letzten Stufe der Leistungsdynamisierung 2012 wäre die SPV erneut defizitär und hätte 2014 ihre Rücklagen weitgehend aufgezehrt⁸, würde nicht mit dem PNG eine erneute Beitragssatzerhöhung (von 0,1 Beitragssatzpunkten) vorgenommen.

Ursache für die Defizittendenzen ist – ähnlich wie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – die strukturelle Einnameschwäche der SPV, nicht deren Ausgabenentwicklung. So sind die Ausgaben im Zeitraum von 1998 (nach Auslaufen der erkennbaren »Einführungseffekte«) bis 2007 (also vor Inkrafttreten der ersten Stufe der Leistungsdynamisierung) um jährlich 1,6 % gestiegen (geometrisches Mittel).⁹ Bereinigt um die genannten Sondereffekte (Vorziehen der Fälligkeit der Beitragszahlung im Jahr 2006 und Einführung des Zusatzbeitrags für Kinderlose), lag das jährliche Einnahmewachstum im gleichen Zeitraum dagegen bei durchschnittlich 0,9 % (geometrisches Mittel) und damit deutlich unterhalb der Inflationsrate, die in diesem Zeitraum 1,3 % betrug.¹⁰ Die Einnahmen sind damit real jedes Jahr um fast ein halbes Prozent zurückgegangen.

8 vgl. Deutscher Bundestag: Ausschuss für Gesundheit: Ausschussdrucksache 17(14)0215 TOP 9e der TO am 9. 11. 2011 vom 8. 11. 2011

9 vgl. Hendrik Dräther/ Nauka Holl-Manoharan: Modellrechnungen zum zukünftigen Finanzierungsbedarf der sozialen Pflegeversicherung, in: Hendrik Dräther/Klaus Jacobs/Heinz Rothgang (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin 2009, S. 15–40

10 vgl. Heinz Rothgang/Hendrik Dräther: Zur aktuellen Diskussion über die Finanzsituation der Sozialen Pflegeversicherung, in: ebenda, S. 41–69

Diese *strukturelle Einnahmeschwäche* resultiert daraus, dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme) langsamer wächst als das Bruttoinlandsprodukt (BIP)¹¹, wie Abbildung 2 (S. 249) zeigt.

Die Ursachen für diese Einnahmeschwäche liegen sowohl in Veränderungen der Zahl der Beitragszahler als auch in der Höhe der beitragspflichtigen Einkommen: So ist die Zahl der in der PPV Pflegeversicherten kontinuierlich zu Lasten der Sozialversicherten gestiegen. Da die Abwanderer aus der SPV überdurchschnittlich verdienen, reduziert sich dadurch nicht nur die Anzahl der Beitragszahler, sondern auch deren durchschnittliches beitragspflichtiges Einkommen. Hinsichtlich der Höhe der Beitragszahlung ist entscheidend, dass sich die Beitragspflicht nur auf Löhne und Gehälter sowie Lohnersatzleistungen (Arbeitslosengeld, Renten) erstreckt, nicht aber etwa auf Einkommen aus Vermietung und Verpachtung und selbstständiger Tätigkeit oder Kapitaleinkommen. Die sinkende Lohnquote trägt deshalb dazu bei, dass die Grundlohnsumme langsamer steigt als das BIP. Strukturelle Verschiebungen auf dem Arbeitsmarkt, die zu einer sinkenden Bedeutung des Normalarbeitsverhältnisses führen, und ein Anstieg von Beschäftigungsverhältnissen mit verminderten Beitragszahlungen (insbesondere geringfügige Beschäftigungen), verstärken diesen Effekt noch.

Daneben weist die Finanzierung der Pflegeversicherung – weitgehend analog zur GKV – sowohl *horizontale* als auch *vertikale Ungerechtigkeiten* auf. Eine sich an der Leistungsfähigkeit der Versicherten orientierende Beitragsbemessung muss in horizontaler Hinsicht dazu führen, dass ökonomisch gleich starke Wirtschaftssubjekte zu einer gleich hohen Beitragszahlung herangezogen werden. Dieser Grundsatz ist im derzeitigen System durchbrochen: Haushalte mit gleichem Einkommen und damit gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit werden zu ungleichen Beitragszahlungen herangezogen, je nachdem aus welchen Einkommensarten sich ihr Einkommen speist. Bei einem Haushaltseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze hängt die Höhe des beitragspflichtigen Einkommens zudem davon ab, wie sich das Haushaltseinkommen bei einem Ehepaar auf die beiden Partner verteilt.

In Bezug auf die vertikale Gerechtigkeit wird insbesondere beklagt, dass sich Besserverdiener der Umverteilung insgesamt in Richtung auf einkommensschwächere Haushalte entziehen können, indem sie von der SPV in die PPV wechseln. Die daraus resultierende Begünstigung der Mitglieder der Privatversicherung ist in der Pflegeversicherung sogar noch deutlich stärker ausgeprägt als im Bereich der Krankenversicherung, da sich die Risiken der beiden Teilpopulationen erheblich unterscheiden.¹² Schließlich wird das Leistungsfähigkeitsprinzip durch die Beitragsbemessungsgrenze limitiert, deren Höhe diskutabel ist.

Eine Finanzreform sollte deshalb an der erkannten *Ursache* für die Finanzierungsprobleme der Vergangenheit ansetzen: der strukturellen Einnahmeschwäche. Die Beseitigung oder zumindest Abschwächung dieser strukturellen Einnahmeschwäche erfordert dabei eine Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in die Sozialversicherung, um diese so von Wanderungsbewegungen in Richtung Privatversicherung unabhängig zu machen und gleichzeitig die einkommensstarken (und risikoschwachen) Privatversicherten einzubeziehen, sowie die Ausdehnung der Beitragspflicht auf alle Einkommen, um so zu verhindern, dass mit den Arbeitseinkommen lediglich ein zunehmend schmalerer Teil des Volkseinkommens zur Verbeitragung herangezogen wird (s. unten 2.3).

2.2 Staatlich geförderte private Pflegezusatzversicherung

Die Regierungsfractionen haben nun zur besseren Finanzierung der Pflege beschlossen, dass private Pflegezusatzversicherungen für Volljährige mit einer staatlichen Zulage von fünf Euro im Monat bzw. 60 Euro im Jahr staatlich gefördert werden sollen, wenn sie bestimmten Kriterien genügen:

- Die Monatsprämie muss mindestens zehn Euro im Monat bzw. 120 Euro im Jahr aufweisen.
- Im Pflegefall müssen in Pflegestufe III mindestens 600 Euro als Monatsbetrag ausbezahlt werden.
- Niemand darf von den privaten Versicherungsunternehmen aus gesundheitlichen oder Altersgründen abgelehnt werden (Kontrahierungszwang). Auf Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse muss verzichtet werden. Eine Prämien differenzierung nach Alter ist aber möglich.

Der Abschluss der Versicherung ist freiwillig, die Prämien werden nach Art der Lebensversicherung – also ohne Einkommensbezug – erhoben. Bereits pflegebedürftige Personen können keine Versicherung abschließen. Leistungen aus der Zusatzversicherung können erst nach einer Karenzzeit (Wartezeit) von fünf Jahren gewährt werden.

Zentrale Elemente dieser Regelung sind damit insbesondere

- die Finanzierung durch risikobezogene, aber einkommensunabhängige Prämien,
- die Einführung eines Elements der Kapitaldeckung und
- das Fehlen einer Versicherungspflicht.

Auf jedes dieser Elemente sei nachfolgend eingegangen. Zuvor ist aber noch das Verhältnis der neuen zulagengeforderten Privatvorsorge zu sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung zu diskutieren.

2.2.1 Verhältnis von SPV, PPV und privater Zusatzversicherung

Mit dem Pflege-Versicherungsgesetz (SGB XI) hatte der Gesetzgeber 1994 – so das Bundesverfassungsgericht – »eine Pflegevolksversicherung in Gestalt zweier Versicherungs-

¹¹ vgl. für viele: Eberhard Wille: Die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung – Reformen unumgänglich, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 3/2010, S. 102–104; Hartmut Reiners: Mythen der Gesundheitspolitik, Bern 2009

¹² vgl. Heinz Rothgang: Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: Das Gesundheitswesen 3/2010, S. 154–160

zweige geschaffen«.¹³ Die gesamte Bevölkerung ist damit in ein Versicherungssystem eingeschlossen, das aber nur pauschalierte und nicht bedarfsdeckende Leistungen bereitstellt (vgl. § 4 Abs. 2 SGB XI). Vor diesem Hintergrund kann die jetzt geplante Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge die bestehenden Sicherungssysteme soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung ergänzen oder (teil)substituieren.

Der Gesetzestext und auch die Gesetzesbegründung sind in diesem Punkt nicht eindeutig: Einerseits soll die Neuregelung »einen wirksamen Anreiz zu zusätzlicher Pflegevorsorge schaffen«¹⁴. Der Hinweis auf die »zusätzliche« Pflegevorsorge legt nahe, dass das neue System additiv wirken und das Leistungsniveau im Pflegefall anheben soll. Andererseits wird die geplante Förderung der privaten Pflegevorsorge in der Gesetzesbegründung damit begründet, dass »die soziale Pflegeversicherung als umlagefinanziertes System [angesichts des demografischen Wandels] künftig zunehmenden Belastungen ausgesetzt sein«¹⁵ werde, die es ihr unmöglich machen, »ihre Aufgabe, allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten zu garantieren, auf Dauer [zu] erfüllen«¹⁶. Wird davon ausgegangen, dass die SPV in Zukunft – anders als heute – nicht mehr in der Lage sei, das bisherige Leistungsniveau aufrechtzuerhalten, muss die Förderung der PPV, die dem abhelfen soll, kompensatorisch interpretiert werden. Allerdings ist die vorgeschlagene Förderung in beiden Fällen verfehlt:

Wenn die private Pflegevorsorge *zusätzlich* wirken soll, kann eine Förderung aus Steuermitteln nicht gerechtfertigt werden. Da das bisherige Leistungsniveau dann nicht gesenkt werden soll, stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit der Förderung einer zusätzlichen Privatvorsorge. Vor allem kann aber nicht gerechtfertigt werden, warum mit Steuermitteln eine – freiwillige – Zusatzvorsorge für die Einkommensstärkeren gefördert werden soll, die allein diese Förderung in Anspruch nehmen werden (s. u.), und damit das Sozialstaatsprinzip auf den Kopf gestellt wird. Wird das bisherige Leistungsniveau für nicht ausreichend gehalten, so muss es in SPV und PPV angehoben werden, nicht aber für die Minderheit derer, die eine private Pflegezusatzversicherung abschließen werden. Dies führt nämlich nur zu einer sozialstaatlich geförderten (!) Zweiklassenpflege, bei der sich Einkommensstärkere teurere Pflegeeinrichtungen mit mehr Komfortleistungen leisten können.

Allerdings haben die obigen Überlegungen gezeigt, dass der Aufbau der privaten Pflegevorsorge *kompensatorisch* gemeint ist, auch wenn dies – anders als bei Einführung der Riester-Rente – nicht explizit formuliert wird. Allerdings muss dies nicht eigens formuliert werden, da das Abschmelzen der Leistungen in der Sozialversicherung in der Pflegeversicherung – anders als in der Rentenversicherung – automatisch erfolgt, indem auf eine Leistungsdynamisierung gemäß § 30 SGB XI verzichtet wird (s. oben 1. 3). Bei gleichzeitiger Förderung einer privaten Vorsorge und Fehlen einer zum Kaufkraftverlust der SPV-Leistungen notwendigen Leistungsdynamisierung kommt es de facto – wie das logisch auch aus der Gesetzesbegründung folgt

– dann aber zu einer *kompensatorischen Verlagerung* vom Sozialversicherungssystem in das private Versicherungssystem, mit entsprechenden Verteilungswirkungen.¹⁷

2.2.2 Finanzierung durch risikobezogene, einkommensunabhängige Beiträge

Durch die kompensatorische (Teil-)Verlagerung der Finanzierungslast vom Sozialversicherungssystem in ein privates Versicherungssystem kommt es zu einer Umfinanzierung von einem System mit einkommensabhängigen Beiträgen und ex ante Umverteilung in ein System ohne solche Umverteilungsententionen.

Ceteris paribus, d. h. insbesondere bei gleichem Risiko, zahlen Einkommensstärkere für den zusätzlichen Versicherungsschutz dieselbe Prämie wie Einkommensschwächere. Würden die Mehreinnahmen dagegen weiterhin über einkommensproportionale Beiträge erhoben, müssten Einkommensstärkere entsprechend höhere Prämien zahlen, um damit die Prämien der Einkommensschwächeren zu subventionieren. Der Systemwechsel begünstigt daher die Einkommensstärkeren zu Lasten der Einkommensschwächeren. Bei den Debatten um die Einführung einer Pauschalprämie in der GKV wurde daher immer gleichzeitig ein Sozialausgleich thematisiert, der eine Überforderung der Einkommensschwachen verhindern soll, indem ein einkommensabhängiger Zuschuss zur Versicherungsprämie gewährt wird. Ein solcher Mechanismus fehlt in der vorgeschlagenen Regelung. Der steuerfinanzierte Zuschuss wird vielmehr pauschal in Höhe von fünf Euro gewährt und enthält damit kein Element zur Sicherung der Redistribution. Der vorgeschlagene Mechanismus zeitigt damit erstmalig in Reinform die Verteilungseffekte der Umstellung von einkommensproportionalen auf Pauschalprämien: eine Umverteilung von unten nach oben. Sollte zumindest eine Benachteiligung der einkommensschwachen Haushalte vermieden werden, müsste der Zuschuss *einkommensbezogen* gestaltet werden.

Allerdings werden die Prämien zur Pflegezusatzversicherung nicht als Pauschalprämien ausgestaltet werden. Zwar soll der Anspruch auf den Zuschuss gemäß des neu geplanten § 127 Abs. 2 Ziffer 3 SGB XI daran geknüpft werden, dass das Versicherungsunternehmen auf die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen verzichtet, allerdings ist eine Altersdifferenzierung der Prämien ausdrücklich erlaubt, da eine Kalkulation nach Art der Lebensversicherung vorgesehen ist (§ 127 Abs. 2 Ziffer 1 SGB XI n. F.). Weiterhin sind Personen, die bereits Pflegeversicherungsleistungen beziehen, vom Abschluss eines solchen geförderten Versicherungsvertrages aus-

13 Bundesverfassungsgericht, Urteile v. 3. 4. 2001, Az.: 1 BvR 2014/95, 1 BvR 1629/94, 1 BvR 81/98, 1 BvR 1681/94

14 Deutscher Bundestag: Ausschuss für Gesundheit, Ausschuss-Drs. 17(14)287 9566, S. 38

15 ebenda

16 CDU, CSU und FDP: Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP für die 17. Legislaturperiode vom 26. Oktober 2009, S. 85

17 vgl. dazu auch Heinz Rothgang: Der »Pflege-Bahr«: Umverteilung von unten nach oben, in: SozSich 6/2012, S. 204