



Ist der Pflegenotstand unabwendbar?

Über die Zukunft der Pflegeversicherung: Defizite und Lösungen

Über die gesetzliche Pflegeversicherung wird seit der Verabschiedung des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (PflegeVersG oder SGB XI) im April 1994 kontrovers diskutiert. Ganz oben auf der politischen Agenda steht dieses Thema wieder seit der jüngsten Debatte zur Gesundheitsreform. Während die CDU/CSU-regierten Länder für eine private, kapitalgedeckte Zusatzversicherung eintreten, favorisieren SPD-Länder eine »Bürgerversicherung« auch für die Pflegeversicherung.¹⁷

Die drei »Geburtsfehler« der Pflegeversicherung

Im Wesentlichen basiert diese kontinuierliche Diskussion auf drei »Geburtsfehlern« der Pflegeversicherung^{2/}: Der erste Fehler beruht auf der zu engen und zu mechanistischen Definition der Pflegebedürftigkeit; sie fußt auf den »gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens« (§ 14 SGB XI), also der Grundpflege (»basic Activities of Daily Living«, kurz bADL) und der hauswirtschaftlichen Versorgung (»instrumental Activi-

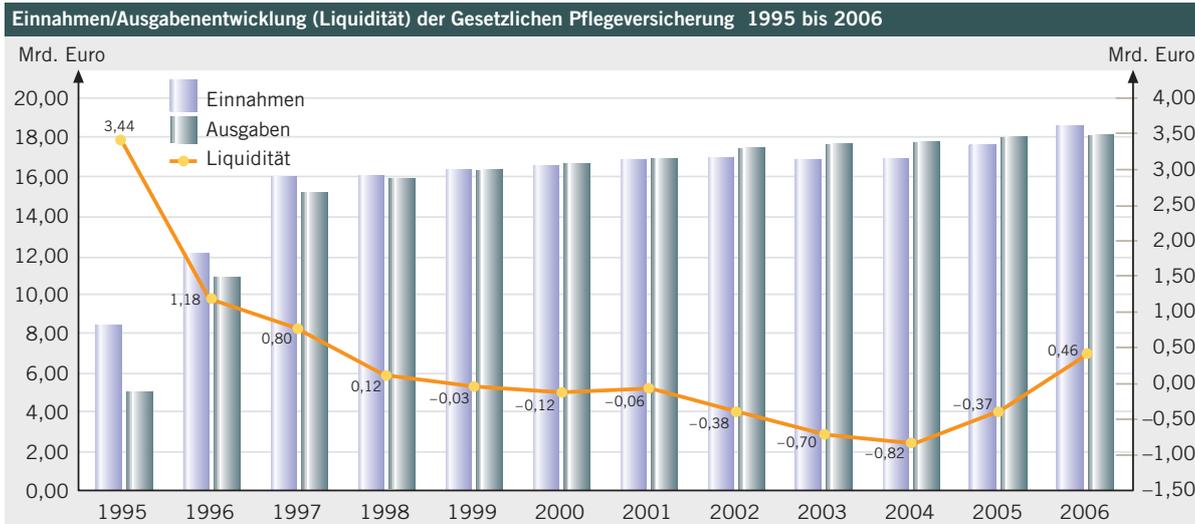
ties of Daily Living«, kurz iADL) (§ 14 Abs. 4 SGB XI). Damit sind aber die geistig behinderten und psychisch kranken Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Pflegebedarf (so der Name des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes von 2001) immer noch nicht mit einbezogen; übernommen wird lediglich eine »ergänzende Leistung« in Höhe von bis zu 460 Euro jährlich. Eine Änderung wird von vielen Experten dringend angemahnt.^{13/}

Der zweite Fehler bezieht sich auf die Differenzierung der Leistungen: Laut Gesetz ist die gesetzliche Pflegeversicherung wie die gesetzliche Krankenversicherung nach dem Sachleistungsprinzip organisiert, das heißt, die Pflegekassen bezahlen die Leistungen. Aber die Pflegebedürftigen können »an Stelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen« (§ 37 SGB XI) und damit selbst Pflegeleistungen einkaufen. Allerdings betragen die Geldleistungen – obwohl eines der Ziele gerade die Förderung der häuslichen und familiären Pflege war – nur rund die Hälfte des Wertes der Sachleistungen (in allen drei Pflegestufen). So beläuft sich das

Pflegegeld, die Pflegesachleistung, in Stufe I auf monatlich 205 Euro (Sachleistung 384 Euro), in Stufe II auf 410 Euro (Sachleistung 921 Euro) und in Stufe III auf 665 Euro (Sachleistung 1432 Euro, in Härtefällen 1918 Euro). Die vollstationären Leistungen, dann, wenn keine häusliche Pflege möglich ist, betragen monatlich in Stufe I 1023 Euro, in Stufe II 1279 Euro und in Stufe III 1432 Euro (in Härtefällen 1688 Euro). Wichtig ist nun allerdings, dass bisher der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen sich für die jeweiligen Geldleistungen entschieden hat. Jedoch zeichnet sich eine Trendwende ab: Immer häufiger wird die deutlich teurere Alternative der Sachleistung in Anspruch genommen oder von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, Geld- und Sachleistung zu kombinieren. Des Weiteren wird auch stationäre Pflege häufiger in Anspruch genommen.

Der dritte »Geburtsfehler« liegt darin, dass die Pflegeversicherung – anders als die gesetzliche Krankenversicherung – keinen vollen Ersatz der Ausgaben für Pflegeleistungen vorsieht, sondern eben nur die drei

1 Die gesetzliche Pflegeversicherung ist defizitär. In der Aufbauphase der Versicherung waren die Einnahmen noch höher als die Leistungsausgaben, eine finanzielle Reserve konnte aufgebaut werden. Seit 2000 wird die Liquiditätsreserve abgebaut, die Ausgaben pro Jahr überstiegen die Einnahmen. Nur 2006 ergab sich wieder eine leichte Entspannung, die jedoch noch keine Trendumkehr ist.



genannten Zuschussniveaus. Diese Zuschüsse wurden – trotz der Preissteigerungen bei den ambulanten und stationären Leistungen – seit ihrer Einführung nicht angepasst. Diese fehlende Dynamisierung führt dazu, dass die Selbstbehalte, also das, was der Pflegebedürftige jeweils selbst be- oder zuzahlen muss, erheblich gestiegen sind. Folglich wird ein wichtiges Ziel bei der Einführung der Pflegeversicherung, die Unabhängigkeit der Pflegebedürftigen von der Sozialhilfe, verfehlt. Hinzu kommt, dass bei stationärer Unterbringung eine »drei-geteilte Finanzierung« greift, weil die »reinen Hotelkosten« auch vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind oder bei Bedürftigkeit eben von der Sozialhilfe übernommen

werden müssen. Dies macht wiederum verständlich, dass die Sozialhilfeträger kein Interesse an einer Preiserhöhung haben, wenn sie bei Preisverhandlungen zwischen den Pflegekassen und den Leistungserbringern mit am Tisch sitzen.

Was kommt auf uns zu?

Will man diese »Geburtsfehler« beseitigen, sind damit erhebliche zusätzliche Ausgaben verbunden, jedoch ist die finanzielle Situation der gesetzlichen Pflegeversicherung äußerst angespannt: Die anfänglich durch die zeitliche Verzögerung der Leistungsausgaben aufgebauten Reserven sind verbraucht, und die laufenden Defizite werden sichtbar. 1

Aber viel relevanter scheint die »finstere Wolke« der demografi-

schen Veränderungen zu sein: Neben der zu niedrigen Geburtenrate ist es die laufend zunehmende mittlere Lebenserwartung, die zu einer »doppelten Vergrauung« der Gesellschaft führt. Dadurch steigt etwa der Anteil der über 80-Jährigen laufend von derzeit 5 Prozent auf 8 Prozent 2030 und auf 14 Prozent 2050. Wichtig scheint nun, dass das Risiko der Pflegebedürftigkeit mit dem Alter stark zunimmt: So gibt das Bundesministerium für Gesundheit an, dass das Risiko, vor dem 60. Lebensjahr pflegebedürftig zu werden, lediglich 0,6 Prozent beträgt, zwischen dem 60. und 80. Lebensjahr jedoch auf fast 4 Prozent und ab dem 80. Lebensjahr sogar auf 28,3 Prozent ansteigt. Verschärfend – so ein weiteres Argument – wirkt sich nun aus, dass wegen des Rückgangs der Kinderzahl auch das »Pflegepotenzial« zurückgehe, weil in rund 70 Prozent ein Familienangehöriger die Pflege übernimmt. Berücksichtigt man zusätzlich noch die Tendenz zum Ein-Personen-Haushalt, hat dies zur Konsequenz, dass entweder vermehrt die teurere Sachleistung gewählt oder gar der Gang ins Pflegeheim unausweichlich wird. Stellt man alles dies in Rechnung, wird verständlich, dass zukünftig mit erheblichen Ausgaben- und damit auch Beitragssatzsteigerungen zu rechnen sein wird – wenn nichts geschieht.^{4/}

Allerdings ist nicht sicher, ob sich mit dem Anteil der über 80-Jährigen auch die Zahl der Pflegebedürftigen erhöht. So gibt es neben der Medikalisierungsthese von Verbrugge^{5/}, die davon ausgeht, dass immer mehr alte Menschen intensiv medizinisch versorgt und gepflegt wer-



den müssen, auch die Kompressionsthese von Fries^{6/}, nach der Krankheiten wegen verstärkter Präventionsmaßnahmen und wegen des medizinisch-technischen Fortschritts erst zu einem späteren Lebensalter auftreten. Die steigende Lebenserwartung bei besserer Gesundheit führt in der Konsequenz dazu, dass die Pflegeversicherung nicht so stark belastet wird wie ursprünglich prognostiziert. Es kommt zu einer Abflachung des (altersbedingten) Ausgabenprofils. Gleichzeitig können mehr ältere Menschen länger produktiv arbeiten.

Was können wir tun?

Auch wenn man an dem Grundproblem – relative Zunahme der älteren Bevölkerung und relative Ab-

nahme der aktiven Bevölkerung (üblicherweise zwischen 20 und 65 Jahren) – nicht viel ändern kann, gibt es doch eine Vielzahl von politischen Hebeln und Stellgrößen, um diese »Alterslast« abzumildern oder zu verschieben.

Neben dem Einfrieren der Leistungen kann man an eine Erhöhung der Beiträge denken, einerseits zu Lasten der Pflegebedürftigen, andererseits zu Lasten der aktiven Bevölkerung. Als weitere Möglichkeit bietet sich die Änderung der Finanzierung an. Hierbei geht es einerseits um einen höheren Staatsanteil, etwa finanziert durch allgemeine Steuern (erinnert sei hier nur an die Erhöhung der Mehrwertsteuer zur Entlastung der Rentenversicherung) oder durch

Energiesteuern und Umweltabgaben. Auch höheres Wachstum des Sozialprodukts, gefördert durch technischen Fortschritt und Humankapitalinvestitionen, senkt die Last für die kommenden Generationen. Andererseits geht es um eine Erweiterung des Anteils der Kapitaldeckung, wie es in der privaten Versicherung üblich ist. Allerdings erweisen sich die davon erwarteten Wunder als Mythen: Zum einen sind die höheren Erträge aus Kapitalanlagen mit einem viel höheren Risiko verbunden, das nun auch noch jeder selbst tragen muss, und häufig treten hohe Verwaltungskosten auf; zum anderen sind aber auch Wertpapierkurse und Immobilienpreise nicht gegen Bevölkerungsschwankungen immunisiert.^{7/}

Das Leistungsprogramm der Gesetzlichen Pflegeversicherung

Als pflegebedürftig gelten nach der Definition der Gesetzlichen Pflegeversicherung Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem Maße der Hilfe bedürfen. Je nach Art und Umfang der benötigten Hilfen sowie der täglichen Dauer des Hilfebedarfs, gemessen in Stunden, differenziert die Gesetzliche Pflegeversicherung drei verschiedene Pflegestufen und dementsprechend Leistungsniveaus. Für die Leistungen pro Pflegestufe besteht eine Summenbegrenzung, das heißt, Aufwendungen, die durch die Pflegebedürftigkeit bedingt sind, werden nur bis zu einem Maximalbetrag übernommen. Werden individuell mehr Pflegeleistungen benötigt, müssen die Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen sie selbst hinzukaufen.

Pflegebedürftige können anstelle der Pflegesachleistung bei häuslicher Pflege, in diesem Fall trägt die Pflegekasse die Kosten einer Pflegekraft, ein Pflegegeld für »selbstbeschaffte« Pflegehilfen beantragen und damit selbst einen Pflegedienst ihrer Wahl bezahlen. Pflegebedürftige können auch die Kombinationsleistung wählen: Dies ist ein anteiliges Pflegegeld, das dann zusätzlich in Anspruch genommen werden kann, wenn die Pflegesachleistung bei häuslicher Pflege nur zum Teil genutzt wird.

Die Gesetzliche Pflegeversicherung sieht darüber hinaus auch Leistungen für »informelle Pflegepersonen« vor, also für solche Personen, die wie Familienangehörige nicht erwerbsmäßig pflegen, wenn sie einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Dieser Personenkreis muss dies für wenigstens 14 Stunden wöchentlich tun, wobei die Pflegenden selbst höchstens 30 Stunden pro Woche erwerbstätig sein und keine Altersvollrente bezie-

Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick

(Stand: Januar 2006)		Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
		Erheblich Pflegebedürftige	Schwerpflegebedürftige	Schwerstpflegebedürftige (in Härtefällen)
Häusliche Pflege	Pflegesachleistung bis € monatlich	384	921	1.432 (1.918)
	Pflegegeld € monatlich	205	410	665
Pflegevertretung	Pflegeaufwendungen für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr bis €	205 ¹⁾	410 ¹⁾	665 ¹⁾
		1.432	1.432	1.432
Kurzzeitpflege	Pflegeaufwendungen bis € im Jahr	1.432	1.432	1.432
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen bis € monatlich	384	921	1.432
Ergänzende Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	Leistungsbetrag bis € jährlich	460	460	460
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen pauschal € monatlich	1.023	1.279	1.432 (1.688)
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Pflegeaufwendungen in Höhe von	10 % des Heimentgelts, höchstens 256 € monatlich		
Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen bis € monatlich	31		
Technische Hilfsmittel	Aufwendungen in Höhe von	90 % der Kosten, unter Berücksichtigung von höchstens 25 € Eigenbeteiligung je Hilfsmittel		
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	Aufwendungen in Höhe von bis zu	2.557 € je Maßnahme, unter Berücksichtigung einer angemessenen Eigenbeteiligung		
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen	je nach Umfang der Pflegetätigkeit ²⁾ bis € monatlich (Beitrittsgebiet)	127 (107)	255 (215)	382 (322)

¹⁾ Auf Nachweis werden den ehrenamtlichen Pflegepersonen notwendige Aufwendungen (Verdienstausfall, Fahrkosten usw.) bis zum Gesamtbetrag von 1.432 € erstattet.

²⁾ Bei wenigstens 14 Stunden Pflegetätigkeit pro Woche, wenn die Pflegeperson keiner Beschäftigung von über 30 Stunden nachgeht und sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht.

hen dürfen. Darüber hinaus übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten für die Teilnahme an speziellen Pflegekursen, um die Qualität der Pflege durch informelle Pflegepersonen zu verbessern.



Die Zahl der Hochbetagten wächst – doch wie lange wird die Intensivpflege noch durch die Gesetzliche Pflegeversicherung zu finanzieren sein?

Ein ganz anderer Lösungsansatz besteht darin, den Eintritt ins Berufsleben nach vorne oder den Eintritt in die Rente nach hinten zu verschieben. Dabei kann sowohl am tatsächlichen Renteneintrittsalter als auch am gesetzlichen Renteneintrittsalter angesetzt werden. Im internationalen Vergleich ist die Erwerbsquote der Männer und Frauen zwischen 55 und 65 Jahren

in Deutschland sehr niedrig [siehe Döring/Trabert »Aufschub des Rentenalters«, Seite 54]. Anders herum gewendet: Die Frühverrentung – die noch in den 1990er Jahren als sinnvolles Instrument der Arbeitsmarktpolitik betrachtet wurde – sollte Schritt für Schritt zurückgeführt werden. Ebenfalls sollte es die Möglichkeit geben, den Übergang von der Erwerbstätigkeit in den Ruhe-

stand fließend zu gestalten.^{18/} Und für die, die es wünschen, sollte eine Erwerbstätigkeit auch nach dem gesetzlichen Renteneintrittsalter möglich sein. So ließe sich auch dem oft zitierten »Pflegetotstand« begegnen, der sich aus dem Rückgang der Kinderzahl und der Zunahme der älteren Bevölkerung ergeben soll.

Ferner sind Anreize, die vorhandenen Ressourcen effektiver zu nutzen, ebenfalls noch nicht ausreichend ausgeschöpft. Neuere Versorgungsformen und -strukturen, wie sie auch im Gesundheitswesen, sowohl im Bereich der Ärzte als auch der Krankenhäuser, diskutiert und erprobt werden, könnten auch in der Pflege alter Menschen eingesetzt werden: Managed-Care-Modelle, Fall-Management-Modelle, Modelle der integrierten Versorgung, Förderung der Prävention und eines gesunden Lebensstils, Einführung von personengebundenen Budgets zusammen mit Fallmanagern zur Kostenkontrolle.^{19/} Auch sollten die »jungen Alten«, die über 65 Jahre alt sind und noch nicht pflegebedürftig, durch die Übernahme von Pflegeaufgaben besser integriert werden. Ein Modell dafür sind »Gutscheinsysteme«, die mit und durch primäre soziale Netzwerke organisiert werden können. Derartige Dienstleistungsstrategien sind nach meiner Auffassung der bisherigen, nur auf Geldleistungen basierenden Versorgung von Alten deutlich überlegen, weil sie auch in anderen Bereichen eingesetzt werden können.^{10/} ♦

Der Autor

Prof. Dr. Dr. h. c. Roland Eisen, 66, studierte Volkswirtschaftslehre in Stuttgart und München. Nach seinem Diplomexamen war er bis zu seiner Habilitation 1976 am Institut für Versicherungswissenschaft der Ludwig-Maximilians-Universität in München tätig. Seit 1983 hatte er bis 2006 eine Professur für Wirtschafts- und Sozialpolitik an der Universität Frankfurt inne. Seine Forschungsschwerpunkte sind Versicherungsökonomie, Gesundheitsökonomie, technischer Fortschritt und wirtschaftliches Wachstum. Zwischen 1993 und 2002 hat er zwei Forschungsprojekte zur Pflege(ver)sicherung geleitet.

Literatur

^{11/}Vgl. zu diesen Modellen Rürup-Kommission, Bericht der Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Berlin (BMAS) 2003.
^{12/}Vgl. hierzu auch R. Eisen, 10 Years of Social Long-term Care Insurance in Germany. What We Wanted, What We Got, What We Expect, in: Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft

und Statistik, Sondernummer 2006, S. 29–35.
^{13/}Stellvertretend für viele, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG), Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Informationsdienst No. 295, November 2003, Köln (GVG).
^{14/}Vgl. zu solchen Berechnungen neuerdings J. Häcker und B. Raffelhüschen, Zukünftige Pflege ohne Fa-

milien: Konsequenzen des »Heimsog-Effekts«, unveröffentlichtes Manuskript, Universität Freiburg, 2007.
^{15/}L. Verbrugge, Longer Life But Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-aged and Older Persons, in Milbank Memorial Fund Quarterly 62 (1984), S. 475–519.

^{16/}J. Fries, Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity, in New England Journal of Medicine 303 (1989), S. 130–135.
^{17/}Vgl. hierzu weitergehend R. Eisen, Kapitaldeckungs-versus Umlageverfahren in der Sozialen Sicherung – »Fünf Mythen über die Vorteile des Kapitaldeckungsverfahrens«, in H. Rische und W. Schmähl (Hrsg.), »Gesund-

heits- und Alterssicherung – Globale Herausforderungen, gleiche Lösungen?«, Münster (Lit. Verlag) 2004, S. 91–107.
^{18/}Vgl. hierzu auch schon R. Eisen und K. Schrüfer, Institutionelle Restriktionen für Gewerkschaften: Lohnhöhe und Beschäftigung, in Th. Schmid-Schönbein und andere (Hrsg.), Die Gewerkschaft in der ökonomischen Theorie, Ökonomie und Ge-

sellschaft, Jahrbuch 7, Frankfurt a.M./New York (Campus Verlag) 1989, S. 116–135.
^{19/}Vgl. hierzu M. Arntz und A. Sperrmann (2004), Wie lässt sich die gesetzliche Pflegeversicherung mit Hilfe personengebundener Budgets reformieren?, in: Sozialer Fortschritt 53, S. 11–22, und P. Kemper und L. E. Pezzin, The Effects of Public Provision of Home Care on Living and Care

Arrangements: Evidence from the Channeling Experiment, in R. Eisen und F. A. Sloan (Hrsg.), Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions, Boston und andere (Kluwer Acad. Publ.) 1996, S. 125–146.
^{10/}Vgl. hierzu auch schon R. Eisen, Soziale Dienste: Ein effektives Instrument der Sozialpolitik?, in: Sozialer Fortschritt 33 (1984), S. 187–194.