
Finanzierung von Gesundheit und Pflege

Johann-Magnus von Stackelberg

Monat für Monat bekommen über 1,4 Millionen Pflegebedürftige im ambulanten Bereich Leistungen der Pflegeversicherung. Im stationären Bereich können rund 600.000 Pflegebedürftige mithilfe der Leistungen der Pflegeversicherung mit einer qualitativ guten Pflege rechnen. Die noch bis in die Mitte der 90er Jahre des vorigen Jahrhunderts übliche Verarmung bei Einzug in ein Pflegeheim hat erheblich abgenommen, im Bundesdurchschnitt sind nur noch etwa 40 Prozent der Heimbewohner sozialhilfeabhängig.

1. Langfristige Finanzierung

Wichtig ist es, die soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit auch für die Zukunft so zu gestalten, dass den betroffenen Menschen ein würdiges Alter garantiert wird. Ähnlich wie bei der gesetzlichen Krankenversicherung konzentriert sich die Reformdebatte in der Pflegeversicherung vorwiegend auf Finanzierungsaspekte. Die Reformvorschläge ähneln sich in beiden Sozialversicherungszweigen und reichen von der Weiterentwicklung der Finanzierungsgrundlage zur Bürgerversicherung bis zur vollständigen Kapitaldeckung. Die verschiedenen Alternativen sind im Einzelnen:

a. Im System der Pflegeversicherung kann den demographischen Herausforderungen durch Erhöhung des Beitragssatzes Rechnung getragen werden. Bei Einführung der Pflegeversicherung war nach den Darstellungen in der Gesetzesbegründung eine erste Beitragssatzsteigerung bereits für das Jahr 2000 in Kauf genommen worden. Für das Jahr 2030 wurde ein Beitragssatz von 2,4 Prozent für erforderlich gehalten. Die öffentliche Diskussion zeigt, dass Beitragssatzerhöhungen auch in der Pflegeversicherung nur schwer zu kommunizieren sind. Eine sinnvolle Lösung könnte aber darin bestehen, der Pflegeversicherung bei Beibehaltung des jetzigen Beitragssatzes durch einen Bundeszuschuss finanziell zu helfen. In der Sozialversicherung ist eine solche Lösung von der Rentenversicherung her bekannt. Auch in Nachbarländern wird dies praktiziert. So hat z. B. Luxemburg ebenfalls einen Beitragssatz von 1,7 Prozent, finanziert damit aber nur 60 Prozent der Kosten; 40 Prozent werden über einen Staatszuschuss aufgebracht. Ein Bundeszuschuss würde in Deutschland zudem dem Erfordernis gerecht, die Bewältigung der demographischen Herausforderung zur Aufgabe möglichst vieler zu machen und nicht allein den Beitragszahlern zu überlassen.

b. Insbesondere vor dem Hintergrund der Schnittstellenproblematik wird die Integration der Pflegeversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung diskutiert. Die Effekte einer Integration müssen vor allem vor dem Hintergrund der Struktur- und Systemunterschiede der Kranken- und Pflegeversicherung bewertet werden. Unter Beibehaltung der jetzigen Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung (Teilkaskoversicherung/Leistungsdeckelungen, vollständiger Finanzausgleich bei gesetzlich festgelegtem Beitragssatz, gemeinsames und einheitliches Handeln der Leistungsträger einschließlich der Sozialhilfeträger) ist eine Integration nicht sinnvoll, zumal damit die Schnitt-

stellenprobleme nicht gelöst werden. Eine Integration der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung würde zudem unkalkulierbare Risiken für das wettbewerbsorientierte GKV-System bergen. Vor allem für die AOK, die nahezu 60 Prozent der Pflegebedürftigen versichert, ist die Integration im derzeitigen RSA eine Katastrophe.

Eine saubere Aufgabenteilung zwischen den beiden Systemen Krankenversicherung und Pflegeversicherung ist vor allem im Bereich der geriatrischen Rehabilitation (einschließlich Hilfsmittel) erforderlich. Sie wäre dadurch zu erreichen, dass die Krankenversicherung nur für Leistungsrisiken bis zum Eintritt von Pflegebedürftigkeit zuständig ist, die Pflegeversicherung für Leistungsrisiken nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Diese Abgrenzung entspricht auch der, die zwischen Kranken- und Rentenversicherung bzw. zwischen Kranken- und Unfallversicherung besteht. Selbstverständlich wären auch bei dieser Abgrenzung so genannte „interkurrente Erkrankungen“ – also akutes Krankheitsgeschehen während der Phase der Pflegebedürftigkeit – von der Krankenversicherung abzusichern.

c. Die Integration von privater und sozialer Pflegeversicherung würde dem Gesamtsystem insgesamt die Altersrückstellung der privaten Pflegeversicherung von zurzeit 10,24 Milliarden Euro erschließen und damit erheblichen Handlungsspielraum schaffen. Dieser bestünde dauerhaft, weil die private Pflegeversicherung eine erheblich bessere Risikostruktur als die soziale hat. Allerdings ist umstritten, ob die Altersrückstellung als zweckgebundenes Eigentum verfassungsrechtlich geschützt ist. Das Bundesverfassungsgericht hat 2003 die derzeitige Konstruktion einer sozialen und einer privaten Pflegeversicherung abgesegnet, zugleich aber auch den weiten Handlungsspielraum des Gesetzgebers in der Sozialversicherung betont. Zur verfassungsrechtlichen Absicherung der Rücklagen in der PKV

gibt es seit den 80er Jahren Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts.

d. Ein Pflegeleistungsgesetz, das auf Steuerfinanzierung setzte, würde die Versorgung pflegebedürftiger Menschen wieder auf den Status zurückführen, der zur Einführung der Pflegeversicherung geführt hat. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklungen kann dies keine zukunftssträchtige Lösung sein. Im Übrigen würde ein Pflegeleistungsgesetz naturgemäß auch neue Verwaltungsstrukturen auf Länder- oder kommunaler Ebene erfordern. Deren Kosten wären zusätzlich zu den eigentlichen Leistungen vom Bund zu finanzieren; der derzeitige Verwaltungskostenersatz von 3,5 Prozent für die Krankenkassen wird sicherlich überschritten.

e. Eine Stärkung der Eigenvorsorge wird durch die sinnvolle Arrondierung der heute schon budgetierten Leistungen erreicht und könnte ausgebaut werden. Zu bedenken ist allerdings, dass die für die Eigenvorsorge zu bindenden Mittel nicht bei allen Sozialversicherten zur Verfügung stehen und die angesparten Mittel dem Kapitalmarkt wahrscheinlich zur gleichen Zeit entzogen werden müssten wie die in der Riester-Rente gebundenen Mittel. Es erscheint aus heutiger Sicht fraglich, ob vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung damit die Stabilität des Kapitalmarktes gewährleistet sein könnte. Auch die Erfahrungen mit den jüngsten konjunkturellen Zyklen lassen bezweifeln, dass Eigenkapital tatsächlich gegen konjunkturelle und gesamtwirtschaftliche Krisen gesichert ist.

2. Der Steuerungs- und Leistungsrahmen

Die selbständige Lebensführung im Alter würde aber auch dadurch erheblich gestärkt, dass der bisherige starre leistungsrechtliche Rahmen (budgetierte Sachleistungen, die lediglich dem somatischen Hilfebedarf Rechnung tragen) aufgegeben würden. Mehr Eigenständigkeit wird erreicht, wenn dem pflegebedürftigen Menschen ein Leistungsbudget zur Verfügung gestellt wird, mit der er sich die Leistungen der Behandlungspflege und Grundpflege, der sozialen Kommunikation und der hauswirtschaftlichen Versorgung einkaufen kann, die er zur Abdeckung seines individuellen Bedarfs benötigt.

Selbstverständlich muss dieser neue Leistungszuschnitt auch mit der Berücksichtigung des gesamten Hilfebedarfs bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit einhergehen. Zudem ist es erforderlich, dass ein stringentes Qualitätssicherungssystem für die Leistungserbringer gilt; denn die Pflegekassen müssen an dieser Stelle auch Funktionen des Verbraucherschutzes für die Leistungsempfänger übernehmen, die aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit ansonsten dem Pflegemarkt weitgehend ausgeliefert wären. Zur besseren Abstimmung zwischen Kranken- und Pflegeversicherungsleistungen wäre zudem ein bei den Kassen angesiedeltes Case-Management erforderlich.

In einem so konstruierten Versorgungssystem müssten allerdings auch die Leistungslöhne zur Disposition stehen. Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 sind die Leistungsbeträge in ihrer Höhe unverändert geblieben. Im Verhältnis zur allgemeinen Kaufkraftentwicklung sind somit die Leistungsbeträge real abgewertet worden. Ein weiteres Festhalten an den Leistungsbeträgen führt zu steigenden Zuzahlungen der Betroffenen und insbesondere im stationären Bereich wieder zum Anstieg der Zahl der Sozi-

alhilfeempfänger. Diese Entwicklung steht dem Ziel des selbstgesteuerten Lebens im Alter diametral entgegen.

Unabhängig von den Veränderungen in den Leistungsansprüchen erfordert eine derartige Ausrichtung eine Stärkung der ambulanten Infrastruktur (z. B. durch Nachtcafés, zugehende Dienste usw.). Das ist Aufgabe der Kommunen, die hier zwingend gefordert sind, um dem politischen Credo „ambulant vor stationär“ tatsächlich zum Durchbruch zu verhelfen.

3. Stärkung des Ehrenamtes

Vor dem Hintergrund des sich abzeichnenden Mangels sowohl an professionellen Pflegefachkräften als auch an Pflegepersonen im häuslichen Bereich kommt der Stärkung des ehrenamtlichen Engagements eine immer zentralere Bedeutung zu. Diese Notwendigkeit geht einher mit dem Wunsch vieler Betroffener, sich ihre Pflege selbst zu organisieren. Ein hohes Potenzial zur Förderung des ehrenamtlichen Engagements wird vor allem unter der wachsenden Zahl der „jungen Alten“ gesehen.

Ehrenamtliches Engagement wird die direkten Pflegemaßnahmen zwar nicht ersetzen, es kann aber unterstützend und begleitend eingebracht werden. Sehr hohe Entlastungen könnte ehrenamtliches Engagement gerade im Rahmen der sozialen Betreuung bewirken. Ein Schritt in die richtige Richtung ist insoweit die Förderung insbesondere niedrigschwelliger Betreuungsangebote für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz – durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – und die Bereitstellung eines persönlichen Budgets für den Einkauf entsprechender Leistungen. Dies sollte konsequent zur Stärkung des Ehrenamtes ausgebaut werden.

Die Pflegeversicherung sollte deshalb zur Förderung des

Ehrenamts die Möglichkeit erhalten, Kampagnen, Schulungsmaßnahmen usw. zu finanzieren.

4. Prävention und Rehabilitation

Entscheidende Bedeutung für den Erhalt der Selbstständigkeit im Alter und für eine dauerhaft finanzierbare Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit kommt der Stärkung der Prävention und der Rehabilitation für alte Menschen zu. Studien zu medizinischen und funktionellen Ergebnissen im Langzeitverlauf nach einer geriatrischen Rehabilitation zeigen, dass deren Erfolg nach einem Jahr wieder um mehr als die Hälfte zurückgegangen ist. Das macht deutlich, dass eine Mobilisierung oder Aktivierung der Pflegebedürftigen nicht ausreichend stattfindet. Die passivierende Pflege erhöht wiederum den Rehabilitations-Bedarf von Pflegebedürftigen und setzt eine Spirale in Gang, die in der Bettlägerigkeit endet und letztlich mit mehr Personalbedarf bewältigt werden muss.

Kompetenz und Potenzial der Pflegefachkräfte bei der aktivierend-rehabilitativen Pflege sind also stärker als bislang zu nutzen. Das geschieht am Besten in der Leistungszuständigkeit der Pflegeversicherung, zumal dann auch gesetzgeberische Anreize gesetzt werden können, die verhindern, dass – wie im geltenden Recht – erfolgreiche Rehabilitation u. U. zwangsläufig zur Verringerung der Leistungsansprüche in der Pflegeversicherung führt.