
Editorium: Prof. Dr. Werner Sesselmeier, Koblenz-Landau – Prof. Dr. Lothar Funk, Düsseldorf – Dr. Joachim Lange, Loccum – Prof. Dr. Heinz Stapf-Finé, Berlin – Prof. Dr. Cornelia Weins, Bochum.

Beirat aus Wissenschaft und Praxis der Sozialpolitik: Dr. Matthew Allen, Manchester – Prof. Dr. Jörg Althammer, Eichstätt-Ingolstadt – Prof. Dr. Gerhard Bäcker, Duisburg-Essen – Prof. Dr. Sebastian Brandl, Schwerin – Dr. Andreas Cebulla, Adelaide – Prof. Dr. Jochen Clasen, Edinburgh – Prof. Dr. Eberhard Eichenhofer, Jena – Angelika Engstler, Berlin – Prof. Dr. Dominik H. Enste, Köln – Dr. Alexander Herzog-Stein, Düsseldorf – Prof. Dr. Ute Klammer, Duisburg-Essen – Prof. Dr. Matthias Knuth, Duisburg-Essen – Prof. Dr. Ute Kötter, München – Prof. Dr. Sigrid Leitner, Köln – Prof. Dr. Christian Müller, Münster – Prof. Dr. Renate Neubäumer, Landau – Prof. Dr. Werner Nienhüser, Duisburg-Essen – Prof. Dr. Frank Nullmeier, Bremen – Dr. Robert Paquet, Berlin – Dr. Reinhard Penz, Berlin – Dr. Doris Pfeiffer, Berlin – Prof. Dr. Hermann Ribhegge, Frankfurt (Oder) – Prof. Dr. Josef Schmid, Tübingen – Prof. Dr. Wolfgang Schroeder, Potsdam – Dr. Bernd Schulte, München – Prof. Dr. Olaf Struck, Bamberg – Dr. Reinhold Thiede, Berlin – Prof. Dr. Bernd Waas, Frankfurt a. M. – Prof. Dr. Hans-Werner Wahl, Heidelberg – Prof. Dr. Jürgen Wasem, Duisburg-Essen – Prof. Dr. Martin Werding, Bochum.

Internet: <http://www.sozialerfortschritt.de>

Die Pflegeversicherung als Sozialversicherung – institutionelle Rahmenbedingungen und Grenzen

Robert Paquet und Klaus Jacobs

Zusammenfassung

Zwanzig Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland werden nicht nur erhebliche Leistungsverbesserungen eingeführt. Es wird auch die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorbereitet; die Pflegeleistungen sollen in ein umfassendes Konzept sozialer Daseinsvorsorge integriert werden. Diesem Vorhaben liegt eine differenzierte Kritik des Status quo zugrunde und die Erwartungen an Verbesserungen sind hoch. Dabei werden jedoch meist die institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung ausgeblendet. Damit die Überwindung der kritischen Schnittstellen- und Integrationsprobleme nicht nur auf dem Papier versprochen wird, müssen die beteiligten Akteure genauer betrachtet werden. Die erhofften Verbesserungen werden sich nur einstellen, wenn sie der institutionellen Handlungslogik dieser Akteure entsprechen. Der Aufsatz greift einige dieser Probleme auf und diskutiert Lösungsansätze.

Abstract: Long-term Care as a Responsibility of Social Insurance – Institutional Framework, Consequences and Limits

Twenty years after the implementation of long-term care insurance in Germany, substantial improvements of insurance benefits are being introduced. Furthermore, a new definition of the need of care is being prepared; long-term care benefits are to be integrated into a comprehensive concept of social services. These steps are based on a differentiated critique of the present system, and expectations are high. However, the institutional and organizational framework of the system of long-term care insurance is often neglected. In order to really solve the critical interface and integration problems, a close look has to be taken at all actors involved. The intended improvements will only materialize if they are in accordance with the institutional logic of these actors. This article addresses some of these topics and discusses possible solutions.

1. Einleitung

Mit der Einführung der Pflegeversicherung vor zwanzig Jahren wurden einige organisatorische und institutionelle Grundsatzentscheidungen getroffen, die der Pflegeversicherung bis heute zu schaffen machen. Das betrifft etwa

- ihre Konstruktion als Sozialversicherung,
- ihre organisatorische Anbindung an die gesetzliche Krankenversicherung und
- ihre damit konfligierende Gestaltung als Einheitsversicherung¹.

Hinzu kommt die erst in jüngerer Zeit diskutierte Frage der Integration der Pflege in ein umfassenderes Konzept sozialer Daseinsvorsorge². Gerade dies verweist auf die Schnittstellenprobleme zur Sozialhilfe und zu kommunalen Zuständigkeiten und Aufgaben.

Im Folgenden soll die heutige Bedeutung dieser Weichenstellungen diskutiert werden. Dabei muss auf Grenzen der Möglichkeiten und Erwartungen aufmerksam gemacht werden, die dadurch bedingt sind.

So begegnet die soziale Pflegeversicherung (SPV) in der aktuellen politischen Diskussion verschiedenen *normativen Postulaten*:

- Sie soll Prävention und Rehabilitation betreiben und auf die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen eingehen.
- Sie soll für die Pflegebedürftigen ein menschenwürdiges Leben ermöglichen, die Teilhabe im sozialen Umfeld sichern und vor Verarmung im Pflegefall schützen.

Beide Anforderungen kann eine Sozialversicherung nicht ohne weiteres einlösen. Ihre grundsätzliche Konstruktion steht dem entgegen, erst recht wenn es eine Einheitsversicherung ist. Auf der anderen Seite werden bestimmte *Aspekte* im Zusammenhang mit der SPV *kaum diskutiert*, die jedoch zentrale Merkmale einer Sozialversicherung sind und kritisch bewertet werden müssten:

- Trotz einheitlichem Leistungsrecht gibt es regionale und wohl auch schichtenspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme, der Einstufung in die Pflegestufen durch den Medizinischen Dienst und die Entscheidung über finanzielle Zuschuss- bzw. Sachleistungen sowie zur ambulanten bzw. stationären Leistungserbringung.
- In einem bedarfsorientierten Leistungssystem müsste – analog zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – die Leistungserbringung nach den Grundsätzen von Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Qualität ein zentrales Anliegen sein. Dabei wurde zwar die Pflegequalität in den letzten Jahren zunehmend thematisiert; sie wurde jedoch so gut wie nie im größeren Kontext von Produktivität und Effizienz der Pflege diskutiert.

Nach zwanzig Jahren Pflegeversicherung erscheint die Anbindung an die GKV unumkehrbar. Insoweit wird man mit einigen Charakteristika der GKV und einer Sozialversicherungslösung leben müssen. Daher ist zu den beiden ersten Punkten zu diskutieren, wie von der Pflegeversicherung ausgehend „Hilfskonstruktionen“ geschaffen werden können, die den berechtigten Reformanliegen Rechnung tragen (siehe dazu die Beiträge von Hoberg/Klie und Künzel in diesem Heft). Zu den beiden anderen Punkten wäre zu überlegen, wie eine Diskussion dazu überhaupt erst in Gang gebracht werden kann.

Ein zentrales Problem ist dabei die Frage, wie die institutionellen Akteure im Sinne der Intentionen des Pflege-Gesetzgebers zum Handeln motiviert werden können. Auch die im Pflegegesetz häufigen Verpflichtungen zu einer guten Zusammenarbeit der Beteiligten oder zur Qualitätssicherung bleiben bloße Appelle, solange die Akteure keine Anreize haben, tatsächlich im Sinne des Gewünschten zu handeln, bzw. keine wirksamen Instrumente, dies zu tun. Hier weist die Pflegeversicherung erhebliche Defizite auf. In den weiteren Ausführungen soll dies an einigen organisatorischen bzw. institutionellen Rahmenbedingungen dargestellt werden.

Im Ergebnis sollte einerseits über eine veränderte Zuordnung bestimmter Leistungen bzw. Aufgaben zur Kranken- bzw. Pflegeversicherung nachgedacht werden. Andererseits wäre zu überlegen, ob und ggf. wie die Einführung ökonomischer Anreize und wettbewerblicher Gestaltungselemente zumindest für Teilaufgaben der Pflegeversicherung zu einer engagierteren Aufgabenerfüllung und mehr Qualität und Effizienz der Pflegeversorgung beitragen könnte³.

2. Pflege als Sozialversicherung

Mit dem Pflegeversicherungsgesetz (Sozialgesetzbuch Elftes Buch) wurde die Pflegesicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung etabliert.⁴ Beachtlich sind die Konsequenzen, die aus dieser Strukturrechtsentscheidung⁵ für die Pflegeversicherung erwachsen.

2.1 Versicherungspflicht

Die Regelung der Sozialversicherung fällt nach Art. 74 GG in die Gesetzgebungskompetenz des Bundes. Daraus ergibt sich ein *einheitliches Leistungs- und Beitragsrecht*. Charakteristisch für die Sozialversicherung sind außerdem die Versicherungspflicht, das Umlagesystem, die paritätische Beitrags-Finanzierung durch Versicherte und Arbeitgeber und die Einbeziehung der mitversicherten Familienangehörigen. Dabei ergaben sich in der SPV von Anfang an einige Besonderheiten: Für die Pflegeversicherung wurde eine die *gesamte Bevölkerung umfassende Versicherungspflicht* (SGB XI Drittes Kapitel) eingeführt. Das stand im Gegen-

¹ Ein weiterer Punkt ist die Übernahme des (schon für die GKV insufficienten) Konzepts der dualen Finanzierung der stationären Pflegeeinrichtungen. Eine kritische Diskussion dieser vier Punkte bereits bei Jacobs (1995).

² Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode vom 27.11.2013.

³ Die Tatsache, dass die meisten Pflege-Experten und -Wissenschaftler hier sehr skeptisch sind, illustriert vor allem, dass sich die „Pflegesezene“ und die „GKV-Szene“ in ihren jeweiligen Systemen „eingrichtet“ haben. Trotz der Verwaltungsgemeinschaft von GKV und SPV findet hier wenig systemübergreifender Austausch statt und schon gar keine „Integration“.

⁴ Die historische Entwicklung zu dieser Lösung und die entsprechende Niederlage einerseits der Befürworter einer leistungsrechtlichen Gesetzgebung und andererseits einer kapitalgedeckten Versicherungslösung werden an anderer Stelle dargestellt (u. a. Naegele 2014, Rothgang 2009).

⁵ Diese Entscheidung folgte dem „klassischen Entwicklungspfad der deutschen Sozialordnung“, der auch nach dem Zweiten Weltkrieg die Absicherung von „Standardrisiken“ in Einrichtungen vom Typus der Sozialversicherung fortsetzte (Wehler 2008, S. 261ff.).

satz zur Renten und Arbeitslosenversicherung sowie zur Unfallversicherung, die ihren ursprünglichen Charakter als Arbeitnehmersicherungen bis heute weitgehend bewahrt haben. In der Krankenversicherung wurde erst mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 eine analoge Versicherungspflicht für alle Einwohner in der GKV bzw. der privaten Krankenversicherung (PKV) eingeführt.

Bei der Pflegeversicherung wurde der Grundsatz eingeführt, dass sie der Krankversicherung folgt. Auf dieser Basis wurde in der Pflegeversicherung die bestehende Zuordnung zur GKV und zur PKV reproduziert (vgl. den Beitrag von *Rothgang* in diesem Heft). Außerdem wurde auch für die (wenigen) bisher nicht versicherten Personenkreise eine Versicherungspflicht neu begründet (vgl. § 21). Insoweit kann die Pflegeversicherung als frühes Muster einer „Bürgerversicherung“ gelten. Das Bundesverfassungsgericht sprach 2001 von einer „Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige“, wobei der Gesetzgeber „die einzelnen Gruppen dem einen oder anderen Versicherungszweig sachgerecht und unter dem Gesichtspunkt einer ausgewogenen Lastenverteilung zuordnen (durfte)“ (BVerfG (2001, Rz. 92)), wobei von einer „ausgewogenen Lastenverteilung“ angesichts gravierender einkommens- wie risikobezogener Strukturunterschiede zwischen den Sozial- bzw. Privatversicherten allerdings keine Rede sein kann (vgl. etwa *Rothgang* 2010). Das hatte auch die vorige große Koalition erkannt und in ihrem Koalitionsvertrag von 2005 angekündigt, einen Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung „zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen“ einzuführen, wozu es jedoch bis heute nicht gekommen ist.

2.2 Finanzierung

Eine weitere Besonderheit betrifft die *paritätische Finanzierung*. Die Beiträge der erwerbstätigen Mitglieder werden zwar formal – wie in der Renten- und Arbeitslosenversicherung – von Arbeitgeber und Mitgliedern hälftig getragen. Die Arbeitgeber wurden jedoch vorab – vor allem auf Druck der damals an der Regierung beteiligten FDP – durch die Abschaffung eines gesetzlichen Feiertags (Buß- und Betttag) entlastet. Die Rentner mussten den Beitragssatz von Anfang an vollständig selbst tragen – anders als in der GKV, wo die Rentenversicherung einen hälftigen Beitragszuschuss analog zum Arbeitgeberbeitrag leistet.

Später kam eine weitere beitragsrechtliche Besonderheit hinzu: Seit 2005 gibt es in der Pflegeversicherung einen „*kindermodulierten Beitragssatz*“ (Igl 2006), nach dem kinderlose Mitglieder der gesetzlichen Pflegeversicherung im Alter von 23 bis 65 Jahren einen Zuschlag von 0,25 Prozentpunkten zahlen müssen.

Mit der Integration der Pflege in die Sozialversicherung wurden auch die Regelungen zu den beitragspflichtigen Einkommen (Beschränkung auf die Erwerbseinkommen und Lohnersatzleistungen) sowie zur Beitragsbemessungsgrenze übernommen. Auch in der Pflegeversicherung gilt nach § 70 das *Gebot der Beitragssatzstabilität*, das die Pflegekassen in ihren Verträgen mit den Leistungserbringern sicherstellen müssen⁶. Dem entspricht die Übernahme des „*Wirtschaftlichkeitsgebots*“ aus der GKV in § 29: „Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Pflegebedürftige nicht beanspruchen, dürfen die Pflegekassen nicht bewilligen und dürfen die Leistungserbringer nicht zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung bewirken.“ Auch das *Vertragskonzept* der GKV wurde übernommen: Die Leistungen dürfen nur bei Leistungserbringern in Anspruch genommen werden, mit denen die Pflegekassen oder ihre Verbände Verträge abgeschlossen haben.

Trotz dieser Einbindung in die Sozialversicherung blieb die Entscheidung für das Umlagesystem bei Befürwortern der *Kapitaldeckung* stets umstritten. Mit dem „*Pflegeneuaustrichtungsgesetz*“ wurde in diesem Sinne ab 2013 die Zuschuss-Förderung einer zusätzlichen privaten Pflegeversicherung eingeführt („*Pflege-Bahr*“). Zusätzlich wird mit dem aktuellen „*Pflegestärkungsgesetz*“ (Bundestagsdrucksache 18/1798) ein Versuch unternommen, *innerhalb* der Pflegeversicherung einen ergänzenden kapitalgedeckten „*Pflegevorsorgefonds*“ zu etablieren, der das Ziel hat, demographisch bedingte Beitragssatzzuwächse ab Mitte der 2030er Jahre abzufedern. Aufgrund unzureichender Finanzausstattung sowie gravierender Konstruktionsmängel haben beide Maßnahmen letztlich jedoch bestenfalls symbolischen Charakter (vgl. *Jacobs/Rothgang* 2012 und 2014).

Insoweit kann man als *Zwischenergebnis* feststellen, dass sich die Pflegeversicherung als Experimentierfeld für die Finanzierung in der Sozialversicherung erweist – allerdings mit bisher wenig überzeugenden Ergebnissen.

2.3 Leistungsrecht

Auf der leistungsrechtlichen Seite ist die Pflegeversicherung dem der Sozialversicherung inhärenten *Kausalprinzip* verpflichtet. Eine detaillierte Leistungsbeschreibung lässt so gut wie keine Ermessensspielräume der Pflegekassen zu. Die Leistungsansprüche sind bei den Sozialgerichten einklagbar. Auch die Selbstverwaltung der Pflegekassen hat keine Differenzierungsmöglichkeiten (z. B. durch Satzungsleistungen) und damit einen noch geringeren Einfluss auf das Leistungsgeschehen als in der GKV.

Aus dieser Sozialversicherungslogik entstehen unter dem Gesichtspunkt einer „finalen“, d. h. auf die Ergebnisse ausgerichteten Orientierung der Sozialpolitik verschiedene Probleme:

- Der bundesweit einheitliche Leistungsanspruch wird durch die leistungswirksamen Begutachtungen der Medizinischen Dienste (MDK) und die regionalen Verträge mit den Leistungserbringern unterschiedlich eingelöst (*Paquet* 2011). Solange dieser Widerspruch abstrakt bleibt, könnte man damit problemlos leben. Das Problem beginnt aber damit, dass es angesichts beträchtlicher Regionalunterschiede wenig plausibel erscheint, dass die vorgefundene Leistungsverteilung dem tatsächlichen Bedarf entspricht (Statistisches Bundesamt 2013a). In einer Sozialhilfe-Lösung wären örtliche Unterschiede dagegen akzeptiert und könnten z. T. sogar beabsichtigt sein. Die Sozialhilfe kann Daseinsvorsorge freier gestalten als eine Sozialversicherung und z. B. daran mitwirken, die kommunale Infrastruktur so zu beeinflussen, dass die standardisierten Leistungen der Pflegeversicherung eine optimale Wirkung entfalten.
- Durch den aus dem Recht der GKV übernommenen Grundsatz der Sicherstellung sind die Pflegekassen auf das Vertragsprinzip verpflichtet (§ 69 SGB XI): „Die Pflegekassen haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag). Sie schließen hierzu Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen ... und sonstigen Leistungserbringern.“ Wegen der Gestaltung der Pflegeversicherung als Teilleistungssystem gibt es bei den Vertragsverhandlungen jedoch kein originäres Interesse, eventuelle Wirtschaftlichkeitsspielräume auszunutzen. Ob die verhandelten Preise tatsächlich „wirtschaftlich“ sind, ist für die Kassenseite eine eher abstrakte Frage, da Pflegekosten jenseits der Leistungssätze der Pflegeversicherung von den Pflegebedürftigen getragen werden. An einer effizienten Leistungserbringung wären die Kassen nur dann unmittelbar interessiert, wenn sich die vereinbarten Vergütungen bei ihnen in irgendeiner Form finanziell auswirken würden, z. B. bei einer prozentualen Zuschussregelung. Dem stehen jedoch der vollständige Ausgabenausgleich zwischen den Pflegekassen und der einheitliche Beitragssatz entgegen. Nur bei unterschiedlichen Beitragssätzen bzw. einer merkbaren Interessenquote, flankiert von einem wirksamen „*Pflege-RSA*“, gäbe es ein relevantes Gestaltungsinteresse der einzelnen Kassen.

⁶ Obwohl die Pflegekassen dafür eigentlich keine Spielräume haben und der einheitliche Beitragssatz gesetzlich festgelegt wird.

- Hinzu kommt die explizite Verpflichtung der Pflegekassen zu gemeinsamen und einheitlichen Verträgen. Nach § 70 Abs. 2 SGB XI in Verbindung mit § 211a SGB V sind die Landesverbände der Pflegekassen für die Vertragsabschlüsse mit den Leistungsanbietern zuständig. Insoweit haben weder die Kassen noch die durch die Landesverbände repräsentierten Kassenarten eigene Spielräume. Dabei haben die Pflegekassen auch keinerlei Auswahlmöglichkeiten bei der Zulassung bzw. Vertragsbindung mit den Leistungsanbietern. Wenn diese die gesetzlich vorgeschriebenen Voraussetzungen erfüllen, haben sie einen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags (§ 72 Abs. 3 SGB XI). Auch aus diesem Grund fehlt den Pflegekassen ein Motiv, sich detaillierter mit der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Pflege und möglichen Alternativen im Leistungsangebot auseinanderzusetzen.
- Die beschriebenen Probleme werden noch dadurch verstärkt, dass es seit 1995 keine Regeldynamisierung für die Pflegeleistungen gegeben hat. Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 wurde zwar – neben einigen diskretionären Leistungsanpassungen – der entsprechende § 30 neu gefasst und eine weitere Anpassung ab dem Jahr 2015 in Aussicht gestellt. Jedoch wird erst mit dem aktuell in Kraft getretenen „Pflegestärkungsgesetz“ eine Dynamisierung aller Leistungen bewirkt, über deren Angemessenheit angesichts der tatsächlichen Kostenentwicklung allerdings Zweifel bestehen. Insoweit hat der Realwertverlust der Pflegeleistungen zu einer immer weiteren Öffnung der Schere zwischen den Zuschüssen und den tatsächlichen Pflegekosten geführt. Nur die Sozialhilfeträger, die an den Vertragsabschlüssen beteiligt sind, hatten ein originäres Interesse an möglichst kostengünstigen Abschlüssen. Das haben sie auch in dem Maße geltend gemacht, in dem sie zunehmend für – über die Zuschüsse der Pflegeversicherung hinausgehende – Kosten der Pflegebedürftigen in Anspruch genommen worden sind. Dabei ist jedoch bei den „überörtlichen Sozialhilfeträgern“ nicht von einer besonderen *Vertragskompetenz* auszugehen, wie sie etwa bei den (Landesverbänden der) Krankenkassen existiert.

Das Regelsystem für die Leistungsverträge der Pflegeversicherung ist damit nicht auf Qualitäts- und Effizienz-Steigerung ausgerichtet. Das *Kostendämpfungsmotiv* dominiert⁷. Das ergibt sich zwar nicht zwingend aus dem Charakter der Pflegeversicherung als Sozialversicherung; die GKV zeigt beispielsweise, dass auch bei sehr begrenztem Wettbewerb andere Handlungsorientierungen implementiert werden können. Es entspricht aber einem Verständnis von Sozialversicherung, das sich einerseits an einer Begrenzung der „Lohnnebenkosten“ orientiert und andererseits das einheitliche Kollektivvertragssystem aus der vor-wettbewerblichen GKV zum Vorbild nimmt. Das dürfte jedoch weitgehend der Sichtweise der beiden „Väter der Pflegeversicherung“, des damaligen Arbeits- und Sozialministers Norbert Blüm und seines Staatssekretärs Karl Jung, entsprochen haben.

Dabei spielt sicher auch eine Rolle, dass Leistungsempfänger, d. h. Adressat der Zuschussleistungen, der pflegebedürftige Versicherte ist. Eine institutionelle Steuerungsverantwortung in Bezug auf eine Sachleistung – wie in der GKV – ist für die Pflegekassen dabei gar nicht vorgesehen. Der Versicherte wählt selbst seine Leistungserbringer aus; die Kasse soll nur entsprechende neutrale Informationen bereitstellen. Aufgaben, wie die Nutzung vorhandener Präventionspotentiale oder die Optimierung der möglichen Pflegearrangements, standen bei der Einführung der Pflegeversicherung nicht zur Debatte. Dass damit ausgerechnet den Pflegebedürftigen ein Maß an „Konsumentensouveränität“ zugemutet wird, das gerade diese Personengruppe mutmaßlich am wenigsten ausfüllen kann, ist nur eine Eigentümlichkeit dieses Systems.

3. Pflegekassen unter dem Dach der wettbewerblichen Krankenkassen

Dass die Pflegeversicherung der GKV *angegliedert* wurde, hatte verschiedene Gründe: Krankheiten bzw. gesundheitliche Beeinträchtigungen sind in beiden Zweigen der Sozialversicherung

der Leistungsgrund. Zwischen Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit sind die Übergänge fließend. Außerdem trug die Krankenversicherung schon vor der Einführung der Pflegeversicherung einen Teil der entsprechenden Lasten, z. B. durch Langzeitfälle im stationären Bereich. Schließlich hatte man bereits im Vorgriff auf die Pflegeversicherung neue bzw. übergangsmäßige Leistungsrechte bei der häuslichen Krankenpflege geschaffen: Mit dem Gesundheitsreformgesetz wurden ab 1989 neue „Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit“ eingeführt (§§ 53–57 SGB V in der ursprünglichen Fassung des Gesetzes). Die Leistungen entsprachen der Art nach der „häuslichen Krankenpflege“ nach § 37 SGB V, galten ab 1991 für Schwerpflegebedürftige im ambulanten Bereich und waren auf maximal 750 DM pro Monat begrenzt. Auf Antrag des Versicherten konnte statt der Pflegeleistung auch ein Zuschuss von 400 DM monatlich für selbstorganisierte Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden. Damit wurde die *grundsätzliche Leistungslogik* der späteren Pflegeversicherung bereits vorweggenommen.

In der Rückschau ist nicht mehr ohne Weiteres nachvollziehbar, warum man für den Ausbau der Pflegeleistungen auf diesem Weg, also innerhalb der GKV, nicht konsequent weitergegangen ist. Ein wesentlicher Grund dürfte allerdings bei den Krankenkassen selbst gelegen haben. Die Entscheidung für die wettbewerbliche Orientierung der GKV durch die Einführung der freien Kassenwahl, mit Flankierung durch den bundesweiten Risikostrukturausgleich, fiel Ende 1992 im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes und war letztlich auch schon gegen das Votum der Kassenverbände gefallen (Jacobs/Rebscher 2014). Nun auch noch die Leistungen der Pflegeversicherung in die neu geschaffene Wettbewerbsordnung einzubeziehen, wäre – zumindest zu diesem Zeitpunkt – als Überforderung empfunden worden. Zumal der zu Beginn auf der Ausgabenseite fast ausschließlich demographisch ausgestaltete Risikostrukturausgleich kaum hinreichend berücksichtigt hätte, dass die Kassen nicht nur aufgrund der unterschiedlichen Altersstrukturen ihrer Versicherten in sehr unterschiedlichem Ausmaß von Schwerpflegebedürftigkeit betroffen waren. Daher war ihnen im Ergebnis eine eigenständige Organisationseinheit unter ihrem Dach deutlich lieber, deren Leistungen in einen vollständigen Finanzausgleich einfließen sollten. Aus heutiger Sicht drängt sich allerdings fast der Eindruck einer verpassten Chance auf.

Die Tatsache, dass Pflege- und Krankenversicherung in ein und derselben Institution angesiedelt sind, ist nämlich noch lange keine Garantie dafür, dass beide Systeme im Interesse der vielen multimorbiden Pflegebedürftigen gut zusammenarbeiten⁸. Ganz im Gegensatz zu dieser eher naiven Erwartung gibt es viele Fehlstellen und Brüche, die vor allem etwas mit den Bewegungsgesetzen der Krankenkassen zu tun haben, die sich letztlich gegen die Interessen der Pflegeversicherung durchsetzen. Worum geht es dabei:

- Die Pflegebedürftigkeit und ihre jeweilige Einstufung ist – ganz unabhängig von dem gerade geltenden „Pflegebegriff“ – weniger schicksalhaft und endgültig als oft angenommen wird. Die Möglichkeiten der *Prävention von Pflege*, der *geriatrischen Rehabilitation* und des systematischen Hinausschiebens einer Verschlechterung des Pflegezustandes werden zu wenig genutzt. Die diesen Zielen entsprechenden Leistungen sind jedoch noch zu wenig definiert und jedenfalls nicht in routinemäßige Prozesse eingebunden. Die üblichen Reha-Angebote passen als Komplexleistungen meist nicht zur Lebenssituation der Pflegebedürftigen. Auch deshalb gelten diese nach den bestehenden Kriterien oft als nicht „rehabilitationsfähig“. Ambulante Reha-Leistungen kommen oft wegen der eingeschränkten Mobilität der Pflegebedürftigen nicht in Betracht. Angepasste und in ihrem Anspruch kleinteiligere Angebote, auch aufsu-

⁷ Vor allem durch den Einfluss der Sozialhilfeträger. Die „Mischfinanzierung“ aus SPV und Sozialhilfe ist ein Problem, das seit Einführung der Pflegeversicherung wieder zugenommen hat und einer Qualitäts- und Effizienzperspektive nicht entgegenkommt.

⁸ Diese Argumentation folgt aktualisiert Paquet (2011).

chender Hilfe („mobile Reha“), müssen erst entwickelt werden. Auch aus diesen Gründen wird hier wahrscheinlich weniger getan, als möglich und sinnvoll wäre. Dass Gesundheitsförderung für Hochbetagte oder geriatrische Rehabilitation oft unterbleiben, liegt aber auch daran, dass die GKV der zuständige Kostenträger ist. Die erfolgreiche Prävention von Pflegebedürftigkeit bzw. die Abwendung eines erhöhten Pflegebedarfs ist jedoch nach der Logik einer wettbewerblich strukturierten und am morbiditätsorientierten RSA orientierten GKV ökonomisch kein sinnvoller Anreiz⁹. Die Verwaltung und Steuerung der Pflegeversicherung als Einheitsversicherung durch Institutionen, die wettbewerbliche Eigeninteressen jenseits von Pflegezielen haben, stellt sich hier als grundsätzliches Problem heraus.

- Das konkretisiert sich auch regelmäßig an leistungsrechtlichen Zuständigkeits- und Abgrenzungsproblemen. Bekannt sind die schließlich vor den Sozialgerichten entschiedenen Streitereien um die Finanzierung von „Pflegebetten“ und andere Pflegehilfsmittel.¹⁰ Dass die „medizinische Behandlungspflege“ (immer noch) in der Zuständigkeit der Pflegeversicherung liegt, ist eine politische Entscheidung, die regelmäßig im Zusammenhang mit einer „Pflegereform“ in Frage gestellt wird¹¹. Besonders plastisch wird der Zusammenhang an der durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz eingeführten Möglichkeit (§ 92b SGB XI) zur Beteiligung der Pflegekassen und von Pflegeeinrichtungen an der Integrierten Versorgung nach § 140b Abs. 1 SGB V. So gut gemeint diese Regelung ist, so wenig ist sie bisher mit Leben erfüllt worden. Ob sich die Investitionsbereitschaft der Kassen demnächst ändern wird, wenn ab 2015 die kassenspezifischen Zusatzbeiträge in der GKV nicht mehr pauschal, sondern einkommensabhängig erhoben werden und – so zumindest die Intention des Gesetzgebers – der Preiswettbewerb zugunsten von „mehr Qualitätswettbewerb“ weniger scharf ausfällt, bleibt abzuwarten. Weil gerade bei Pflegebedürftigen häufig von Multimorbidität auszugehen ist, erscheinen allein schon deshalb Managed-Care-Initiativen für diese (zudem absolut und relativ wachsende) Zielgruppe überaus sinnvoll.
- Die medizinische Versorgung für die Pflegebedürftigen und ihre Qualität werden immer wieder als defizitär kritisiert, obwohl es hier um eine genuine Aufgabe und Zuständigkeit der Krankenversicherung geht. Vor allem die fachärztliche Versorgung in den Heimen steht in der Diskussion. Mit der seit 2008 geltenden Möglichkeit der Ermächtigung von „Heimärzten“ (nach § 119b SGB V) und der im GKV-Versorgungsstrukturgesetz in § 87 Abs. 2i (neu) SGB V vorgesehenen „Abrechnungsziffer für Hausbesuche“ von Zahnärzten bei Pflegebedürftigen sind Schritte in die richtige Richtung unternommen worden. Sie wurden im Zusammenhang mit dem Pflegeneuorientierungsgesetz weiterentwickelt, reichen aber noch längst nicht aus.
- Ein brennendes Problem ist das Fallmanagement bei Multimorbidität. Millionen ältere Menschen erhalten z. B. ungeeignete und zu viele Medikamente (Thürmann 2012). „In Deutschland sind rund zehn Prozent der Krankenhauseinweisungen bei Menschen über 65 Jahren das Ergebnis von falschen oder zu hoch dosierten Medikamenten“, sagt z. B. Prof. Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen¹². 5,5 Millionen Menschen sind Risiken durch Polymedikation ausgesetzt (Rottschäfer 2011, S. 34). Auch die Probleme einer sachgemäßen Medikamenteneinnahme werden immer wieder diskutiert; Verbesserungsversuche z. B. mit diversen Verblisterungs-Verfahren sind im Gang. Das Arzneimittelmanagement für ältere Menschen wäre daher ein vielversprechender Ansatz zur Prävention von Pflegebedürftigkeit und zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Pflegebedürftigen. So gibt es auch immer wieder Überlegungen zur Entwicklung eines Disease-Management-Programms für Multimorbidität.

Diese Beispiele mögen genügen, um die enormen Potentiale eines integrierten Managements von Leistungen der Pflege und der Krankenversorgung zu illustrieren. Die Schnittstelle von GKV und Pflege bedarf der „sektorenübergreifenden“ Integration

und Flexibilisierung mindestens in dem gleichen Maße wie die Schnittstelle von ambulant und stationär (sowohl in der Gesundheitsversorgung als auch in der Pflege). Die unterschiedlichen Organisationsinteressen und Finanzierungslogiken stehen dem jedoch entgegen. Hier sind neue institutionelle Arrangements gefragt, bei denen auch das kommunale Engagement für Gesundheitspolitik und Pflegeversorgung einen neuen Stellenwert gewinnen muss.

Das Pflegegesetz ignoriert völlig den wettbewerblichen Charakter der GKV-Kassen und behandelt sie wie eine Einheitskasse. Es blendet damit wesentliche Handlungszwänge seiner eigenen Trägerinstitution aus. Auch die wichtigsten Beteiligten an der politischen Diskussion um die Pflegereform ignorieren meist die dominierende Handlungslogik der Krankenkassen. Wirkliche Abhilfe werden hier allerdings nicht neue, ins Gesetz geschriebene Koordinationsverpflichtungen etc. bringen, sondern letztlich nur eine *integrierte Managementverantwortung*, die bei den Kranken- und den Pflegekassen mit finanziellen Interessen unterlegt ist.

Mit anderen Worten: Wenn man die Pflege an ein im Wesentlichen wettbewerblich orientiertes System angliedert, aber als *Einheitsversicherung* konzipiert, darf man sich nicht wundern, wenn sie nicht als besonders kreatives Feld, sondern eher lieblos behandelt wird. Das gilt auch für die Selbstverwaltung der Krankenkassen, die in Doppelfunktion auch Selbstverwaltung der Pflegekassen ist. Sie ist im Wesentlichen durch die Interessen der wettbewerblichen GKV geprägt und nimmt daher im Bereich der Pflege keine echte Verantwortung wahr. Schließlich gibt es im Bereich der Pflegeversicherung auch keine Institution, die in Verantwortung der Selbstverwaltung Anstöße zur Weiterentwicklung der Leistungen entwickeln würde, wie es etwa der Gemeinsame Bundesausschuss oder der Bewertungsausschuss für die GKV leisten. Das Leistungssystem der Pflegeversicherung wird abschließend im Gesetz definiert (auch weil es vor allem mit fixen, in Euro bezifferten Zuschüssen arbeitet) und ist daher relativ starr und in gewisser Weise hybrid. Es fehlt eine lebendige Kultur der Weiterentwicklung.

4. Effizienz der Leistungserbringung und Steuerung

In einem bedarfsorientierten Sozialleistungssystem ergibt sich die widersprüchliche Aufgabe, die Leistungen sachgerecht, ausreichend und zweckmäßig zu erbringen, ohne dass die Kosten explodieren. Das heißt, die Qualität muss gesichert werden; gleichzeitig sollten die Effizienzpotentiale ausgeschöpft werden. Bei der GKV gibt es die Idealvorstellung, diese Aufgabe in einem Prozess von Managed Care umzusetzen, der verstärkt wettbewerblich gestaltet ist. In der Pflegeversicherung gibt es dazu kein analoges konzeptionelles Modell. Dieses Ausbalancieren von Zieldimensionen – auch als Aufgabe der (gemeinsamen) Selbstverwaltung – fehlt bei der Pflegeversicherung ganz.

Dabei ist auf den bereits erwähnten Aspekt der fiktionalen Konsumenten-souveränität bei den Pflegebedürftigen zurückzukommen. Als Leistungsempfänger wählen sie ihre Leistungserbringer selbst aus. So gut das gemeint ist, so wenig kann dieses Verfahren gerade bei den Schwerstbetroffenen (z. B. kognitiv eingeschränkten Personen und Pflegedürftigen, die auf eine Ko-Finanzierung durch die Sozialhilfe angewiesen sind) wirklich über-

⁹ Nach dem Pflegeneuorientierungsgesetz erhält jeder Pflegebedürftige ab 2013 nach §§ 18 und 18a SGB XI bei der Erstbegutachtung eine individuelle „Rehabilitationsempfehlung“. Das ist sicher ein richtiger Schritt. Der GKV-Spitzenverband als Spitzenverbandverband der Pflegekassen ist verpflichtet, zum 1. September 2014 über die Erfahrungen aus dem ersten Jahr (2013) einen Bericht abzugeben.

¹⁰ In jüngster Zeit z. B. das Urteil des BSG vom 16.7.2014 – B 3 KR 1/14 R zur Leistungspflicht für eine Treppensteighilfe.

¹¹ So auch jüngst – nach der Vermutung von Guido Bohsem in der Süddeutschen Zeitung vom 8.7.2014 – vom BMG, was jedoch vom Ministerium postwendend dementiert worden ist.

¹² Ruhr Nachrichten vom 23.12.2011.

zeugen. Dabei wäre nicht nur mehr individuelle Unterstützung der Pflegebedürftigen wünschenswert. Angesichts der zunehmenden Zahl der Pflegefälle würde das jedoch vermutlich nicht nur die Pflegekassen, sondern auch jede kommunale Sozialarbeit überfordern. Ein sinnvollerer Ansatz wäre, die Pflegekassen zu einem aktiven Vertragsmanagement zu verpflichten. Eine kollektive Vertragssteuerung, die sich zwar am individuellen Case Management orientiert, aber zugleich die Rahmenbedingungen des Pflegeangebots beeinflusst und koordiniert, wäre sachgerecht. Weil man jedoch auf eine entsprechende Versorgungssteuerung verzichtet und die Entwicklung dem „Markt“ der Pflegeanbieter überlassen hat, ist der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen nach § 69 SVG XI ein leeres Postulat geblieben. Dass ausgerechnet die Pflege dem freien Spiel der Kräfte (überwiegend privater Leistungserbringer) überlassen wird, erscheint wenig verantwortungsvoll gegenüber den Pflegebedürftigen und verschleudert gesellschaftliche Effizienzpotentiale.

Dies dürfte dazu beitragen, dass z. B. die Entwicklung in den verschiedenen Regionen recht unterschiedlich verläuft: So liegen die *Pflegequoten*¹³ nach der Pflegestatistik 2011 des Statistischen Bundesamtes im Ländervergleich zwischen 2,58 Prozent (Baden-Württemberg) und 4,13 Prozent (Mecklenburg-Vorpommern). Auch für die 75–85-Jährigen zeigen sich für beide Länder die Extremwerte von 12,2 und 19,2 Prozent (Statistisches Bundesamt 2013a, S. 8). In einer Auswertung der Pflegestatistik des Jahres 2011 auf Kreisebene zeigen sich noch deutlichere Unterschiede: „Auf Ebene der Kreise lag der höchste Anteil mit 5,4% in den beiden Landkreisen Prignitz und Uckermark in Brandenburg vor. ... Demgegenüber war der geringste Anteil der Pflegebedürftigen im bayerischen Landkreis Freising (1,6%) und der Stadt München (1,8%) feststellbar“ (Statistisches Bundesamt 2013b, S. 6). Auch die *Begutachtungsergebnisse* unterscheiden sich. So führten im Jahr 2010 beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern 25,5 Prozent der Erstbegutachtungen (im ambulanten Bereich) durch den MDK nicht zur Anerkennung einer Pflegestufe, während beim MDK Nord 46,6 Prozent der Erstbegutachtungen mit dem Ergebnis „nicht pflegebedürftig“ enden (MDS 2011, S. BA12a). Weitere Unterschiede gibt es bei der MDK-Empfehlung für „Härfälle“ und bei den Methoden der Begutachtung (nach Aktenlage oder mit Hausbesuch etc.) (MDS 2011, S. BS13). Auch bei der Organisation der Pflege zeigen sich erhebliche Unterschiede: „Die stärkste Bedeutung hat die Pflege in Heimen in Schleswig-Holstein – 41% aller Pflegebedürftigen wurden dort vollstationär versorgt. In Brandenburg und in Hessen wurden hingegen nur ca. 23% bzw. 24% der Pflegebedürftigen in Heimen vollstationär betreut“ (Statistisches Bundesamt 2013a, S. 11).

Die Zahlen für Bundesländer und Kreise geben dabei nur einen Anhaltspunkt. Auf örtlicher Ebene dürften die Unterschiede noch größer sein¹⁴. Dabei soll hier keineswegs ein „Goldstandard“ definiert und schon gar nicht der Durchschnitt zur „Norm“ erklärt werden. Aber den folgenden Fragen müsste in Hinblick auf Gerechtigkeit und „Solidarität“ intensiver nachgegangen werden:

- Entsprechen diese Befunde einer sachgerechten und dem Anspruch einer Sozialversicherung gleichmäßigen und einheitlichen Leistungsgewährung?
- Welche morbiditätsbedingten und sozialen Ursachen gibt es für diese Unterschiede?
- Welche Unterschiede in der Qualität und Effizienz der Pflegearrangements bilden sich darin ab und wie können sie ggf. beeinflusst werden?

Dabei spielt sicher auch eine Rolle, dass die Medizinischen Dienste der Länder autonom sind und der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes nur eine relativ schwache Koordinationsfunktion hat. Trotzdem werfen diese Unterschiede auch die Frage nach der Effizienz der Pflege auf. In der Pflegediskussion ist diese Frage jedoch vielfach verpönt und gilt als inhuman. Aber auch wenn man die vergleichsweise engen Grenzen von Produktivitätssteigerungen bei personalintensiven Dienstleistungen in Rechnung stellt, müsste dieser Frage angesichts des bevor-

stehenden Fachkräftemangels umso intensiver nachgegangen werden. Dabei müsste auch der Aspekt der technischen Unterstützung der Pflegebedürftigen und der Pflegenden berücksichtigt werden.

Zudem ist die Debatte vielfach interessenpolitisch kontaminiert. Die Anbieter von Pflegeleistungen wollen im Schulterschluss mit den Beschäftigten und deren Organisationen mehr Leistungen der Pflegeversicherung und eine höhere Bezahlung. Das würde ihren Umsatz erhöhen; an den Strukturen der Angebote soll sich jedoch möglichst nichts ändern. Dabei sind die mittelständischen und Kleinbetriebe in der ambulanten Pflege nicht unbedingt effizient, d. h. qualitativ hochstehend und kostengünstig. Größere Anbieter und Ketten, auch überregionale Netzwerke könnten hier möglicherweise mehr und Besseres leisten.

Auch der regelmäßig postulierte Vorrang der ambulanten vor der stationären Pflege hat neben dem ideologischen einen handfesten finanziellen Hintergrund: Die Förderung der familiären Pflege, die ja nur im ambulanten Bereich stattfindet, erweist sich im Allgemeinen für die Pflegeversicherung als kostenmäßig günstig. Die in Anspruch genommenen finanziellen Zuschussleistungen liegen weit unter den Kosten der ambulanten Pflegesachleistungen. In Zukunft wird man aber wegen der demographischen Veränderungen mit einer Zunahme der außerfamiliären Pflegeleistungen rechnen müssen. Das wird nicht nur zu einem Anstieg des stationären Pflegebedarfs führen. Es bedarf auch neuer institutioneller Formen ambulanter Pflege. Der aus der Krankenversorgung bekannte und verhärtete Gegensatz von ambulant und stationär müsste sich im Bereich der Pflege nicht reproduzieren.

Schließlich ist ein Grundproblem zu bedenken, das bei allen Steuerungsaktivitäten der Kassen auftritt. So weist auch Naegele auf eine gewisse „Janusköpfigkeit“ in der Rolle der Kassen hin: So „ist ihnen eine von vielen mit Argwohn betrachtete Doppelfunktion zugewiesen: einerseits Sicherstellungsauftrags- und Qualitätsgarant, andererseits Kostenträger mit gleichsam natürlichen Begrenzungsinteressen“ zu sein (Naegele 2014, S. 24). Wie bereits in der Krankenversicherung müssten die Kassen bei wettbewerblichen Steuerungskonzepten das Vertrauen ihrer Versicherten bzw. der Pflegebedürftigen gewinnen und um ihre freiwillige Mitwirkung werben.

5. Restimee und denkbare Lösungsansätze

Zu den Vorteilen der Organisation der Pflege in Form einer Sozialversicherung gehören – auch in der Rückschau nach 20 Jahren – eindeutig der bundeseinheitliche Leistungsanspruch, seine Rechtssicherheit und die solidarische Finanzierung (allerdings mit den bekannten Einschränkungen). Bei der wünschenswerten Flexibilität und Individualisierung der Leistungen muss man dagegen Abstriche machen. Man kann eben bei bestimmten organisatorischen Weichenstellungen nicht alles zugleich haben¹⁵.

Die Anbindung der Pflegeversicherung an die GKV hat ebenfalls erhebliche Vorteile: Durch die „Verwaltungsgemeinschaft“ spart man eine eigenständige Organisation und vermeidet (wenigstens potentiell) zusätzliche „Schnittstellen“. Wenn man die möglichen Synergien zwischen GKV und SPV allerdings künftig besser nutzen will, wäre es sinnvoll, zumindest Teilleistungen der Pflegeversicherung in die wettbewerbliche Logik der GKV zu überführen und damit eine Motivation der Kassen zu schaffen,

¹³ Anteil der Pflegebedürftigen an der Wohnbevölkerung.

¹⁴ Ausführlicher bei *Paquet* (2011).

¹⁵ Die Pflegeversicherung darüber hinaus für die soziale Teilhabe und Integration der Pflegebedürftigen verantwortlich zu machen, dürfte dagegen jede Sozialversicherung überfordern. Sie finanziell an der Sozialhilfe und der kommunalen Daseinsvorsorge zu beteiligen, würde grundlegenden Prinzipien des Systems widersprechen. Möglicherweise ist diesen Problemen auch mit ökonomischen Anreizen nicht beizukommen. Wie hier die Kommunen im Sinne der sozialen Daseinsvorsorge handeln könnten, diskutieren *Hoberg/Klie* und *Künzel* in diesem Heft.

sich im Grenzbereich von Krankheit und Pflege stärker zu engagieren.

Ein originäres Interesse der Kassen, beispielsweise die *Potenziale für Prävention und Rehabilitation* bei den Pflegebedürftigen auszuschöpfen, kann nur dadurch erzeugt werden, dass die Kassen ein Interesse an gezieltem Fallmanagement erhalten sowie Möglichkeiten zu seiner Implementierung. Das gilt auch für die wünschenswerte *engere Verzahnung von medizinischer und pflegerischer Versorgung*. Nur die wirkliche Integration von Pflegeleistungen in die GKV könnte diesen Perspektivwechsel und eine entsprechend veränderte Handlungsorientierung auslösen, bei der die zu versorgenden Menschen mit ihren simultanen Bedürfnissen der Pflege- und Gesundheitsversorgung im Mittelpunkt stehen und nicht Partikularzuständigkeiten für die Organisation von Einzelleistungen und deren Finanzierung.

Das Thema einer Integration der Pflege in die GKV steht zwar aktuell nicht auf der Tagesordnung, doch sollte darüber zumindest im Sinne einer realistischen Zukunftsoption nachgedacht werden. So könnte die Bundesregierung z. B. verschiedene Gutachten zu den damit zusammenhängenden Themen in Auftrag geben. Zu fragen wäre etwa nach

- den Möglichkeiten der vertragsbasierten Leistungssteuerung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Pflegeversorgung in einem verstärkt wettbewerblichen System. Dabei wäre insbesondere zu beachten, wie Qualitätsdumping zu Lasten der Pflegebedürftigen vermieden werden kann;
- den Möglichkeiten der Leistungsflexibilisierung und unterschiedlichen Interessenquoten der Pflegekassen in einem Teilleistungs- bzw. Zuschusssystem;
- den Anforderungen, die an die *Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs* in einem solchen System gestellt wenn müssten. Hier dürfte noch einiger Forschungsbedarf bestehen, weil bei den Zuweisungen aus einem gemeinsamen Gesundheits- und Pflegefonds mutmaßlich weder der demographische (Alter und Geschlecht) noch der morbiditätsbezogene Teil des derzeitigen RSA allein ausreichen dürften, Ausgabenunterschiede bei Pflegeleistungen hinreichend abzubilden, sondern ein signifikanter Einfluss weiterer soziodemographischer Faktoren zu erwarten ist. Auch die Frage nach der Rolle des Einflusses von (kleinräumig wirksamen) Regionalfaktoren wäre dabei zu untersuchen.

Selbst wenn sich der Gesetzgeber schlussendlich nicht zu einer konsequenten Einbindung der Pflegeleistungen in ein wettbewerblicher konzipiertes Vertragsregime entschließen könnte, könnten derartige Studien wertvolle Anregungen auch für gezieltes Handeln im Rahmen einer anders ausgestalteten Steuerung liefern. Der derzeitigen *Steuerungslosigkeit*, deren Folgen weitgehend auf die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sowie mutmaßlich in wachsendem Umfang auch wieder auf die Sozialhilfeträger und damit auf die Steuerzahler abgeschoben werden, müssen jedenfalls erfolgversprechende Alternativmodelle entgegengesetzt werden, für die möglichst umgehend gezielte Vorarbeiten gestartet werden sollten.

Im Hinblick auf den *Sicherstellungsauftrag* ist auch die quasi automatische Zulassung der Leistungsanbieter ein Problem. Hier könnten ebenfalls Steuerungsmaßnahmen ansetzen und etwa spezielle Qualitätsanforderungen definieren, die auch z. B. die Integration in die kommunale Infrastruktur oder die Frage der medizinischen Versorgung (z. B. Kooperation mit Ärztenetzen) betreffen. Nicht wünschenswert wäre es allerdings, das Verfahren der Krankenhaus(bedarfs)planung zu reproduzieren oder die korporatistische Bedarfsplanung für die niedergelassenen Ärzte nachzuahmen. Aber *selektives Kontrahieren* wäre prinzipiell ein denkbarer Weg und würde die Pflegekassen zwingen, sich mehr für die Ergebnisse zu interessieren. Das erscheint auf den ersten Blick zwar schwierig, solange für die Zukunft das Problem des *Fachkräftemangels* im Vordergrund steht, doch erfordert dies umso mehr Engagement zur gezielten Steuerung. Dazu müsste dann jedoch auch die Einheitlichkeit der „Zuschussleistungen“

der Pflegekassen gelockert werden. Zum Beispiel könnte durch eine prozentuale Interessenquote ein Anreiz-Mechanismus entwickelt werden, der das Interesse der Pflegekassen, auf ein ausgewogeneres Verhältnis von Qualität und Wirtschaftlichkeit hinzuwirken, gegenüber heute deutlich erhöht.

Literatur

- BVerfG (Bundesverfassungsgericht) (2001): Urteil des Ersten Senats zum Pflege-Versicherungsgesetz (SGB XI) vom 3. April 2001; www.bverfg.de/entscheidungen/rs20010403_1bvr201495.html (letzter Zugriff am 03.09.2014).
- Igl, G. (2006): Die soziale Pflegeversicherung im Verhältnis zur GKV und ihre Nahtstellen im Funktionsdreieck von Prävention, Krankenbehandlung und Rehabilitation. Ineges Symposium: Nahtstellen – Schnittstellen, Koordination und Kooperation in der Gesundheitsversorgung, 25./26.9.2006, Frankfurt/M., vervielfältigtes Manuskript.
- Jacobs, K. (1995): Zur Kohärenz von gesetzlicher Pflegeversicherung und anderen Zweigen der Sozialversicherung, in: Fachinger, U./Rothgang H. (Hrsg.), Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes, Berlin, S. 245–262.
- Jacobs, K./Rebscher, H. (2014): Meilensteine auf dem Weg zur Solidarischen Wettbewerbsordnung, in: Cassel, D./Jacobs, K./Vauth, C./Zerth, J. (Hrsg.), Solidarische Wettbewerbsordnung, Heidelberg, S. 45–73.
- Jacobs, K./Rothgang, H. (2012): Der Pflege-Bahr: zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 66 (5): 41–51.
- (2014): Pflegereform: Pferdefuß beim Pflegefonds, in: Gesundheit und Gesellschaft, 17 (6): 26–29.
- MDS (2011): Medizinischer Dienst des GKV Spitzenverbandes (MDS): Begutachtungsstatistik 2010 für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung, Stand: 17.07.2011.
- Naegele, G. (2014): 20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung, Gutachten im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn im Februar 2014.
- Paquet, R. (2011): Pflegereform nicht isoliert betrachten – Die Probleme reichen weit über die Pflegeversicherung hinaus, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 65 (5–6), S. 9–17.
- Rothgang, H. (2009): Theorie und Empirie der Pflegeversicherung, Münster u. a.
- (2010): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: Das Gesundheitswesen, 72 (3), S. 154–160.
- Rottschäfer, T. (2011): Härtestest für den Generationenvertrag, in: Gesundheit und Gesellschaft 14 (11), S. 32–35.
- Statistisches Bundesamt (2013a): Pflegestatistik 2011, Ländervergleich – Pflegebedürftige, Wiesbaden, erschienen im Januar 2013.
- (2013b): Pflegestatistik 2011 – Kreisvergleich, erschienen im Dezember 2013.
- Thürmann, P./Holt-Noreiks, S./Nink, K./Zawinell, A. (2012): Arzneimittelversorgung älterer Patienten, in: Günster, C./Klose, J./Schmacke, N. (Hrsg.), Versorgungs-Report 2012, Stuttgart, S. 111–130.
- Wehler, H.-U. (2008): Deutsche Gesellschaftsgeschichte 1949–1990, München.