

Pflegebedürftigkeit in den Krankenversicherungen absichern

Die mit der Absicherung des Pflegerisikos verbundenen Probleme haben bei den Koalitionsverhandlungen offenbar zum „Aussetzen“ der Erarbeitung eines konkreten Lösungsvorschlages geführt. Erst Mitte 1992 soll ein Gesetzesentwurf vorgelegt werden. In diesem Aufschub kann man auch eine Chance für eine funktionsgerechte Gestaltung sehen. Eine menschenwürdige Pflege sollte dadurch gewährleistet werden, daß alle Wohnbürger pflichtversichert werden. Die Absicherung im Rahmen der Krankenversicherungen könnte auf Basis eines Katalogs von Mindeststandards einer Pflegeabsicherung durch eine gesetzliche Verpflichtung aller Krankenkassen zum Vertragsabschluß („Kontrahierungszwang“) verwirklicht werden. Diese Lösung würde für die verschiedenen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen einen Anreiz darstellen, ihre Leistungsfähigkeit zu beweisen. Zudem würden im Rahmen des bestehenden Systems der gegliederten Krankenversicherungen private und sozialversicherungsrechtliche Lösungs- und Finanzierungsformen gemischt. Die Trennung der bundespolitischen Zuständigkeit für das Kranken- und das Pflegeproblem im neugeschaffenen Gesundheitsministerium und im Ministerium für „Arbeit und Sozialordnung“ ist nicht sinnvoll.

Pflegebedürftigkeit in Deutschland

Obwohl die Zahl der Pflegefälle statistisch nur unzureichend erfaßt wird, kann man angesichts der Verlängerung der Lebenserwartung annehmen, daß die Zahl der Menschen, die pflegebedürftig sind, in den letzten Jahren gestiegen ist; im Gebiet der alten Bundesrepublik Deutschland dürften mindestens 1,3 Millionen pflegebedürftige Menschen leben¹.

Pflegebedürftigkeit² wird gegenwärtig vorwiegend unter dem Aspekt der Pflegebedürftigkeit älterer Menschen diskutiert. Es gibt aber auch pflegebedürftige junge Menschen (z.B. Unfallopfer oder von Geburt an Behinderte); immerhin sind über 100 000 Menschen, die 1988 „Hilfe zur häuslichen Pflege“ erhalten haben, jünger als 60 Jahre³. In der ehemaligen DDR wurde das Risiko junger Pflegebedürftiger u.a. durch die Zahlung von Erwerbsunfähigkeitsrenten an junge Behinderte berücksichtigt.

Pflege ist personalintensiv und kostspielig. Auch bei der Laienpflege entstehen in der Regel Opportunitätsko-

¹ Nach Ergebnissen des Sozio-ökonomischen Panels lebten 1989 etwa 900 000 Pflegebedürftige in Privathaushalten; hinzu kommen (Zahlen für 1988) 370 000 „Empfänger von Hilfe in besonderen Lebenslagen in Einrichtungen“ (vgl. Dieter Deininger, Sozialhilfeempfänger 1988, in: Wirtschaft und Statistik, 1990, Heft 6, S. 421-429, hier: S. 427), von denen die meisten pflegebedürftig sind. Darüber hinaus gibt es eine nicht bekannte Zahl von Pflegefällen, die in Krankenhäusern betreut werden. Als unterste Schätzung für die Zahl dieser Menschen wird von Thiede 35 000 angegeben (Reinhold Thiede, Die gestaffelte Pflegeversicherung, Frankfurt, New York 1990, S. 63 ff.), der auch eine Fülle weiterer statistischer Zahlen präsentiert (vgl. weiterhin Aloys Prinz, Pflegebedürftigkeit als ökonomisches Problem, Spardorf 1987).

² Nach den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland ist schwer pflegebedürftig, wer nach ärztlicher Festlegung wegen einer Krankheit oder Behinderung so hilflos ist, daß er für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer in sehr hohem Maß der Hilfe bedarf. Aus einer (temporären) Krankheit wird Pflegebedürftigkeit, wenn die Gesundheitsstörung nicht mehr heilbar ist. Vgl. dazu auch F. W. Schwartz, Lebenserwartung — Mobilität — Mortalität, in: Münchener Medizinische Wochenschrift, 1986, Bd. 128, Nr. 5, S. 68-72, hier: S. 72.

³ Vgl. Deininger, 1990, a.a.O., S. 428.

sten durch entgangenes Einkommen, das durch Erwerbsarbeit hätte erzielt werden können. Eine optimale Pflegesituation ist eine Mischung aus Hilfe durch Verwandte und Freunde sowie professioneller Pflege. Je nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit sowie häuslichen und familiären Verhältnissen ist häusliche, stationäre oder teilstationäre Pflege angebracht. Die in der politischen Diskussion stark betonte Priorität für häusliche Laienpflege verkennt die tatsächlichen Lebensumstände vieler Pflegebedürftiger und Pfleger. Häusliche Pflege geht meist zu Lasten der Töchter, Schwiegertöchter und Enkelinnen der Pflegebedürftigen⁴. Immerhin würde bereits jetzt etwa ein Viertel der westdeutschen Bevölkerung Heimpflege einer häuslichen Pflege vorziehen⁵.

Ein Pflegeheimplatz kostet heute im Monat etwa 3 500 DM, in der Spitze auch 4 000 DM und mehr⁶. Ein normaler Rentner oder Pensionär kann diese Beträge nicht aus seinem Einkommen aufbringen; auch 1 000 DM und mehr pro Monat für professionelle häusliche Pflege sind für die meisten alten Menschen eine extrem hohe Belastung⁷. Nach Schätzungen des Wissenschaftlichen Beirates beim Bundesminister der Finanzen⁸ erhalten etwa 70 vH der stationär Gepflegten Sozialhilfe; wir schätzen auf Basis der Zahl der Sozialhilfeempfänger und der Ergebnisse des Sozio-ökonomischen Panels, daß es bei den häuslichen Pflegefällen etwa 25 vH sind. Dies ist ein sozialpolitisch unbefriedigender Zustand.

Der Gang zum Sozialamt wird von vielen Pflegebedürftigen und/oder ihren Angehörigen als diskriminierend empfunden. Der Rückgriff auf Einkommen und Vermögen von Betroffenen und ihren Angehörigen durch das Sozialamt kann zudem dazu führen, daß Pflegebedürftigen aus „Ersparnisgründen“ keine optimale Pflege zukommt. Schließlich wird dadurch ein absehbares Risiko von der Sozialhilfe aufgefangen, die nur als „letztes Netz“ für nicht absehbare Fälle gedacht ist. Damit decken die Kommunen ein Risiko ab, das keinesfalls kommunalen Charakter trägt. So wurden im Jahre 1988 für „Hilfe zur Pflege“ 8,7 Mrd. DM aufgewendet⁹.

Grundsatzfragen der Absicherung des Pflegebedürftigkeitsrisikos

Aus diesen Gründen wird zunehmend die Forderung erhoben, das Pflegerisiko durch eine Versicherung zu decken. Dabei wird allerdings eine Reihe von Fragen aufgeworfen, vor allem:

- Soll die Versicherung freiwillig oder — für alle oder zumindest einen großen Teil der Bevölkerung — obligatorisch sein?
- Welche Personen (alle Wohnbürger oder z.B. nur „ältere“) sollten bei der Pflichtversicherung Versicherungsschutz genießen, und welche Personen (z.B. nur Erwerbstätige) müßten beitragspflichtig sein?

- Sollte die Pflegeversicherung bei eigenständigen Institutionen oder bei den Krankenversicherungen angesiedelt sein?

Freiwillige oder obligatorische Versicherung?

Bei der bereits angebotenen, rein privatwirtschaftlichen freiwilligen Pflegeversicherung gibt es das Problem, daß sich vor allem diejenigen versichern wollen, die sich im Hinblick auf Pflegebedürftigkeit selbst als schlechte Risiken einschätzen („adverse Selektion“)¹⁰. Die gegenwärtig angebotenen Versicherungspolice privater Versicherungsgesellschaften sehen deshalb ein hohes Maß an Selbstbeteiligung vor, das durch mangelnde Dynamisierung der Versicherungsleistung erreicht wird. Viele Menschen schätzen das Risiko, pflegebedürftig zu werden, zu gering ein. Das würde sich auch im Prinzip nicht ändern, wenn der Vorschlag einer Subventionierung der Prämien einer freiwillig-privaten Absicherung durch Steuererleichterungen verwirklicht würde. Kleinverdiener würden hierdurch gar nicht erreicht, und die Verteilungswirkungen wären unerwünscht. Es muß daher eine Versicherungspflicht geben, da sonst das Sicherungsziel mit hoher Wahrscheinlichkeit verfehlt wird, und die Finanzierung weiterhin der Sozialhilfe überlassen bliebe.

Pflichtversicherung von Geburt an

Ein umfassender Versicherungsschutz ist nur möglich, wenn alle Wohnbürger von Geburt an versichert sind, wobei die Pflicht zur Beitragszahlung im Grundsatz erst mit der Erwerbsfähigkeit einsetzen sollte. Im einzelnen muß noch entschieden werden, auf welche Weise Per-

⁴ Vgl. z.B. Thiede, a.a.O., S. 20 ff.

⁵ Vgl. Jens Alber, Pflegebedürftigkeit im Spiegel der öffentlichen Meinung — Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage des Jahres 1989, in: Sozialer Fortschritt, 1990, S. 211-216, hier: S. 214 f.

⁶ Vgl. Thiede, a.a.O., S. 256, der von etwa 2 000 DM reinen Pflegekosten ausgeht, zu denen noch die sogenannten Hotelkosten kommen. Ebenso wie für die Anzahl der Pflegebedürftigen die statistischen Erhebungen unzuverlässig sind, gilt dies auch für die Kosten. Aufgrund der hohen Personalintensität von Pflege kann man auf jeden Fall von weit über dem volkswirtschaftlichen Durchschnitt liegenden Kostensteigerungen ausgehen.

⁷ Vgl. Thiede, a.a.O., S. 58 ff.

⁸ Vgl. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates beim Bundesministerium der Finanzen zur Finanzierung von Pflegekosten, in: BMF-Dokumentation, 6/90, Bonn im Dezember 1990, S. 3.

⁹ D.h., daß etwa ein Drittel des Sozialhilfeaufwands für das Pflegebedürftigkeitsrisiko aufgewandt wird. Vgl. Aspekte der Sozialhilfe in der Bundesrepublik Deutschland, Bearb.: Kornelia Hagen, Volker Meinhardt. In: Wochenbericht des DIW, Nr. 50/1988, S. 667.

¹⁰ Vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim BMF, a.a.O., S. 5.

sonen, die selbst keine Beiträge zahlen können, bzw. denen man dies nicht zumuten will, mitzuversichern sind.

Die Kosten für diese neue Versicherungsform wären vermutlich relativ niedrig. Selbst wenn sich durch Einführung der Versicherung die Kosten gegenüber den jetzigen Ausgaben im Rahmen der Sozialhilfe verdoppelten, würde (in Westdeutschland) nur ein Finanzvolumen von etwa 20 Milliarden DM erreicht. Das ist, gemessen an anderen Leistungen des Systems der sozialen Sicherung, ein kleiner Betrag. Die gesetzliche Rentenversicherung hat in Westdeutschland ein Ausgabenvolumen von etwa 190 Mrd. DM pro Jahr. Gesetzliche und private Krankenversicherungen gaben 1989 ungefähr 142 Mrd. DM aus. Für den Kreis der beitragszahlenden Krankenversicherten würde sich (bei den bestehenden Versicherungspflichtgrenzen) etwa ein Beitragssatz von 2 vH ergeben¹¹. Eine Pflichtversicherung, die — wie vom Bundesland Baden-Württemberg vorgeschlagen — erst mit dem 45. Lebensjahr einsetzt, hätte weit höhere Beitragssätze zur Folge. Ein solcher Versicherungsschutz würde zudem die Versorgungslücken jüngerer Pflegebedürftiger nicht beseitigen.

Eine Pflege-Absicherung von Geburt an kann ohne Zweifel auch von privaten Versicherungen übernommen werden, wenn gesetzlich sichergestellt wird, daß keine private Versicherungsgesellschaft einen derartigen Versicherten ablehnen kann (Kontrahierungszwang)¹². Allenfalls dann, wenn eine bestimmte Versicherungsgesellschaft aufgrund guter Leistungen gehäuft „schlechte Risiken“ versichern mußte, wäre ein Finanzierungsausgleich notwendig.

Grundsätze der Leistungsgewährung einer Pflegeversicherung

Eine wirksame Kontrolle der Kosten ist notwendig, damit eine „Anspruchsinflation“ vermieden wird. Dieses Problem haben Sozialversicherungen ebenso wie private. Freilich muß man sich darüber im klaren sein, daß eine menschengerechte Pflegeabsicherung in jedem Falle mehr Geld kostet als z.Z. aufgewendet wird. Man muß z.B. bedenken, daß in der Zeit, als die Kosten der vielgescholtenen niederländischen Pflegeversicherung stark stiegen, auch die Kosten der „Hilfe zur Pflege“ im Rahmen der bundesdeutschen Sozialhilfe (in den 70er Jahren) geradezu explodierten¹³. Gleichwohl sind unterschiedlich wirksame Modelle zur Kostenbegrenzung möglich. Sowohl bei privaten wie bei der Sozialversicherung sind vielfältige Formen der Selbstbeteiligung möglich.

Grundsätzlich sinnvoll scheint zu sein, nur die reinen Pflegekosten zu versichern, die „Hotelkosten“ jedoch der normalen Altersvorsorge zu überlassen¹⁴. Ein Weg zur Förderung der häuslichen Pflege, die auch kostengünstig ist, könnte die vom Beirat des Finanzministers unterstützte stärkere Anerkennung von Pflegebetätigten beim

Aufbau eigener Sozialversicherungsanwartschaften sein¹⁵.

Auf Details der Leistungsgewährung einer Pflegeversicherung kann hier nicht eingegangen werden. Eine Pflichtversicherung müßte sicherlich gewisse Mindeststandards gewährleisten, deren Festlegung zunächst eine Frage an Experten und später auch an die Ministerialbürokratie ist. Wer die eigentliche Pflege-Dienstleistung erbringt, hängt auch von der Organisationsform des gesamten Gesundheitswesens ab. Dabei ist anzustreben, daß Ärzte und Pfleger dafür honoriert werden, daß sie Menschen gesund und aktiv erhalten (wie dies in US-amerikanischen Health Maintenance Organizations ansatzweise gelingt) und nicht an der Mengenausweitung der Behandlung profitieren¹⁶. Dies ist das schwierigste Problem der Gesundheitsökonomie. Allerdings lenken diese Überlegungen den Blick auf ein gravierendes Problem der Leistungsgewährung bei Pflegebedürftigkeit:

- die Abgrenzung der dauerhaften, nicht heilbaren Pflegebedürftigkeit von temporärer Krankheit und
- die sich aus diesem Abgrenzungsproblem ergebenden organisatorischen Konsequenzen.

Es ist bekannt, daß sich heute bereits Krankenkassen gegen die Einweisung von Pflegefällen in teure Krankenhausbetten wehren. Umgekehrt hätte eine Pflegeversicherung ein Interesse daran, daß kranke Menschen möglichst lange nicht als „Pflegefall“ eingestuft würden. Ein Streit zwischen den Versicherungen würde vielleicht Kosten sparen, aber auf dem Rücken der Kranken bzw. Pflegebedürftigen ausgetragen werden. Eine einfache Versicherungspflicht bei privaten Pflegeversicherungen würde dieses Überwälzungsproblem im Zweifel noch verschärfen. Es ist in der Versicherungsbetriebslehre seit langem anerkannt, daß Einheitstarife im Zweifel besser sind als differenzierte Versicherungstarife, wenn die Schadensklassen schwer separierbar sind¹⁷. Ein Pooling zweier nicht unabhängiger Risiken ist hier wahrscheinlich

¹¹ Vgl. auch die detaillierten Berechnungen von Thiede, a.a.O., S. 295 ff.

¹² Auch der Beirat beim BMF (a.a.O. S. 9) setzt sich für „Kontrahierungszwang“ ein.

¹³ Vgl. Thiede, a.a.O., S. 140. Er zitiert Literatur, nach der von 1978 bis 1981 die Steigerungsraten der Pflegekosten in den Niederlanden sogar niedriger waren als in der Bundesrepublik Deutschland.

¹⁴ So der Beirat beim BMF, a.a.O., S. 11.

¹⁵ Thiede (a.a.O.) hat einen Vorschlag vorgelegt, der davon ausgeht, daß das Aufziehen von Kindern eine „Selbstbeteiligung“ darstellt, wenn die Kinder später die kostengünstige häusliche Pflege der Eltern übernehmen. Dies könne bei der Versicherung dadurch berücksichtigt werden, daß der Beitragssatz umso niedriger ist, je mehr Kinder vorhanden sind.

¹⁶ Vgl. Margaret Asmuth, Alternative Versicherungsformen in den USA — Das Beispiel der HMO, in: Arbeit und Sozialpolitik, 42. Jg., Heft 1, S. 8-13.

¹⁷ Vgl. z.B. Paul Bräb, Prämiengerechtigkeit aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht, in: Versicherungs-Archiv, 1958, Heft 4, S. 257-268, hier: S. 268.

im Interesse der Versicherungsgewißheit sinnvoller. Aus diesen Gründen sollte die Pflegeversicherung bei den Krankenkassen angesiedelt werden.

Krankenkassen als Träger der Pflegeabsicherung

Erreichbar wäre diese Lösung durch die gesetzliche Verpflichtung der gesetzlichen wie privaten Krankenversicherungen, eine Pflegeabsicherung anzubieten¹⁸. Auch im Rahmen der Krankenversicherung können Beitrags- und Leistungsformen der Pflege „policen“ völlig unabhängig voneinander und zielgerecht gestaltet und durch geeignete Formen der Selbstbeteiligung ergänzt werden, damit eine „Anspruchsinflation“ verhindert wird. Da praktisch jeder Bürger mit Dauer-Wohnrecht in der Bundesrepublik Deutschland krankenversichert ist, würden durch die Ansiedlung der Pflegevorsorge bei den Krankenversicherungen nennenswerte Versorgungslücken ausgeschlossen. Bislang nicht krankenversicherte Personen und ihre Familienangehörigen müßten sich eine Krankenversicherung für die Abdeckung des Pflegebedürftigkeitsrisikos suchen. Auch für Beamte sollte der Abschluß einer Pflegeversicherung zur Pflicht gemacht werden.

Für eine einheitliche Sozialversicherungslösung spricht zwar, daß dadurch vermieden würde, daß sich die „besseren“ Risiken weiterhin in den privaten Versicherungen sammeln und sich damit in der Sozialversicherung (bei gleichen Leistungen) die schlechten und teuren Risiken häufen. Gegen eine einheitliche Sozialversicherungslösung spricht aber, daß es in diesem Fall bei den privaten Krankenversicherungen zu einer Trennung der Risiken „Krankheit“ und „Pflege“ kommen würde.

Zudem besteht die Hoffnung, daß durch einen gewissen Wettbewerb unter den Anbietern von Versicherungsleistungen auch das Kosten-/Leistungsverhältnis insgesamt verbessert wird. Diejenigen, die den Wettbewerb im Gesundheitswesen stärken wollen, sollten auch sehen, daß durch die vorgeschlagene Zuordnung der Pflegeabsicherung bei den Sozial- wie bei den privaten Versicherungen eine künftige „Deregulierung“ des Ge-

samtsystems nicht behindert wird. Ebenso werden andere mögliche Neuordnungen des gesamten Gesundheitswesens nicht verbaut, z.B. ein stärkerer Finanzausgleich zwischen den Kassen.

Fazit

Die vielgescholtene Neigung der Politiker, schwierige Probleme „auszuklammern“, hat nochmals, bis Mitte 1992, Zeit geschaffen, für eine planmäßige Pflegeabsicherung eine zielgerechte und ökonomisch effiziente Lösung zu suchen. Eine Grundsatzentscheidung, die obligatorische Absicherung bei der Krankenversicherung anzusiedeln, wäre auf jeden Fall sinnvoll. Zentral ist weiterhin, daß eine Versicherungspflicht eingeführt werden muß, soll es nicht weiterhin zu Versorgungslücken kommen. Auf seiten der Versicherer muß es einen Kontrahierungszwang geben. Darüber hinaus ist in sorgfältiger und sicherlich langwieriger Detailarbeit ein Konsens herzustellen, der das Leistungsniveau und die Anspruchsvoraussetzungen für eine menschenwürdige Grundversorgung festlegt, welche im „Leistungskatalog“ für die Pflicht-Pflegeabsicherung festzuschreiben ist. Alle Beteiligten sollten akzeptieren, daß dadurch das Kostenvolumen steigen wird. Gegenüber dem Status quo wird die Größenordnung aber nicht sehr ins Gewicht fallen. Um nicht bereits bei der Festlegung des Leistungskatalogs einer Pflegeabsicherung Versuche einer wechselseitigen Kostenverschiebung zwischen Kranken- und Pflegeabsicherung zu provozieren, ist eine Aufteilung der ministeriellen Zuständigkeit für Krankheits- und Pflegerisiko in ein „Gesundheitsministerium“ einerseits und das u.a. für Pflege zuständige Ministerium für Arbeit und Sozialordnung andererseits nicht hilfreich¹⁹.

¹⁸ Auch der Beirat beim Bundesminister der Finanzen (a.a.O., S. 9) empfiehlt mit einem Kontrahierungszwang für die privaten Pflegeversicherungen einen massiven Eingriff in die Gestaltungsfreiheit der Privatversicherer.

¹⁹ Dieselbe Kritik gilt für die Teilung des „Pflegerreferates“ in der Berliner Senatsverwaltung, wo für Gesundheit und Soziales wieder zwei Senatoren zuständig sind.

Herausgeber: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Königin-Luise-Str. 5, D-1000 Berlin 33
Telefon (0 30) 82 99 10 -- Telefax (0 30) 82 99 12 00
BTX-Systemnummer * 2 99 11 #

Präsident: Prof. Dr. Lutz Hoffmann.

Abteilungsleiterkollegium: Dr. Oskar de la Chevallerie, Dr. Doris Cornelsen, Dr. Heiner Flassbeck, Dr. Fritz Franzmeyer, Dr. Hans Heuer, Dr. Kurt Hornschild, Prof. Dr. Wolfgang Kirner, Prof. Dr. Eckhard Kutter, Dr. Reinhard Pohl, Dr. Hans-Joachim Ziesing.

Präsident und Abteilungsleiter sind gemeinsam für die wissenschaftliche Leitung verantwortlich.

Leiter der Projektgruppe „Das Sozio-ökonomische Panel“: Dr. Gert Wagner.

Schriftleitung: Dr. Klaus Henkner.

Pflegebedürftigkeit in den Krankenversicherungen absichern. Bearbeitet von Gert Wagner, Ellen Kirner und Volker Meinhardt.

Verlag Duncker & Humblot GmbH, Dietrich-Schäfer-Weg 9, D-1000 Berlin 41, Telefon (0 30) 7 90 00 60.

Nachdruck und sonstige Verbreitung — auch auszugsweise — nur mit Quellenangabe zulässig.

Druck: ZIPPEL-Druck, Oranienburger Str. 170, D-1000 Berlin 26.

Bezugspreis für den Jahrgang DM 150,—, vierteljährlich DM 45,—, Einzelnummer DM 5,—.

Zuzüglich Versandkosten