

Cornelia Heintze

Nachhaltige Finanzierung der Alten- und Langfristpflege **Welche Impulse liefert der europäische Vergleich?**

69. Österreichischer Städtetag 22. – 24 Mai 2019 in Rust
AK Finanzierung am 23. Mai 2019

Leitsatz zur Einstimmung

Ein Pflegesystem erfüllt nur dann seinen Sinn und kann als **erfolgreich** angesehen , wenn es

- 1) auf „**die Sicherstellung einer menschenwürdigen und hochwertigen Pflege nach dem Stand der Pflegewissenschaft und Medizin**“ ausgerichtet ist und
- 2) „**die optimale Leistung für alle**“ garantiert

(Vor- und Antrag der Ex-Bundessozialministerin Beate Hartinger-Klein am 4. Dezember 2018 an den Ministerrat zur Pflegevorsorge - Masterplan Pflege)

Gliederung

1) **Steuer- contra Beitragsfinanzierung:** Theoretische Argumente und empirische Befunde

- Die Vorteile der Steuerfinanzierung sind die Nachteile von Pflichtversicherungen
- Öffentliche Ausgaben der Langfristpflege im OECD-Vergleich
- Systemvergleich bei den Gesundheitsausgaben insgesamt: Je mehr Markt und Wettbewerb um so teurer
- Steuerfinanzierung braucht zentrale Planung: Blick auf Schweden

2) **Was Österreich von Deutschland und den Niederlanden lernen könnte**

- Das System der deutschen Pflegeversicherung agiert am Limit: Krisensymptomatik im Überblick
- Lehren für die Gestaltung der öffentlichen Leistungen: Deckelung der Eigenleistungen mit Perspektive Vollversicherung
- Die Niederlande als Beispiel für einen Systemwechsel: Kommunalisierung der Organisation und Steuerung aller Care-Leistungen mit Übertragung der Finanzierungsmittel

3) **Schlussfolgerungen**

Grundmerkmale:

- 1) Der Leistungsbezug ist an den Einwohnerstatus gebunden, Erwerbsstatus ist irrelevant
- 2) Die Finanzierung der Leistungen erfolgt aus dem allgemeinen Steueraufkommen

1) Breite Risikobündelung. Die Finanzierungsbasis geht 1) über das Erwerbseinkommen hinausgeht (Kapitaleinkommen, indirekte Steuern, Sonderabgaben) und umfasst 2) alle Einwohner.

- Keine Rosinenpickerei durch Kassen
- Keine Gliederung der Bevölkerung entlang von Status, Beruf, Branche
- Geringe Anfälligkeit für Korruption

2) Je progressiver das Steuersystem, umso höher die Umverteilungswirkung

Steuerfinanzierung ist deshalb **tendenziell gerechter** als eine Finanzierung über Beiträge.

2) Freier Zugang für alle Einwohner, daher geringer Grad an Segmentierung entlang sozialer Spaltungslinien

- Keine Gruppe fällt aus der Versorgung
- Leistungspakete können flexibel und passgenau zugeschnitten werden

3) Hoher Grad an Flexibilität bei der Leistungsgestaltung

- Leistungspakete können passgenau zugeschnitten werden
- **Keine Bindung der Leistungsgewährung an ein bestimmtes Kassenkollektiv** und den Eintritt eines Versicherungsfalles

4) Wenig Verschiebepbahnhöfe

5) Höhere Kosteneffizienz, da

- Teure Kassenverwaltungskosten entfallen (DE: Vorstandsgehälter von über 100 Kassen...)
- Kosten für Mitgliederwerbung entfallen
- Kosten für das Management von Verträgen sind gering (Grund: Finanzierung und Leistungserbringung überwiegend aus einer Hand)

Steuerfinanzierung: Die Nachteile

Nachteile

- **Transparenz und Anspruchssicherheit** ist geringer als bei Sozialversicherungen.
- Ermessen (von Pflegemanagerinnen) und **Leistungsgewährung nach Kassenlage**
- System setzt eine hohe Steuermoral einerseits voraus, befördert sie aber auch, sofern die Leistungsqualität hoch ist.
- Bei unzulänglichem Steueraufkommen **Gefahr permanenter Verteilungskonflikte**

Beitragsfinanzierung

(umlagefinanzierte Pflichtversicherung): **Grundmerkmale und Vorteile**

Grundmerkmale:

- 1) Leistungsbezug ist an die Mitgliedschaft bei einer Versicherung gebunden.
- 2) Die Versicherungen erheben zur Finanzierung Beiträge (Lohnbezug)

Große Gestaltungsspielräume bestehen bei der

- Organisation des Kassenwesens („Versicherungsmarkt“ und „Einheitskassen“ als Grenzfälle).
- Beitragsgestaltung (Stichworte: Versicherungsfreigrenzen, Beitragsbemessungsgrenzen, Arbeitgeberanteile)

Vorteile

- 1) **Anspruchstransparenz: Der Leistungsanspruch ist im Sinne von Wenn-Dann-Regeln klar definiert**
 - Beispiel 1: Wenn Begutachtung Pflegegrad 3 ergibt, dann besteht in DE ein mtl. Anspruch auf 545 € Pflegegeld bei informeller Pflege und von 1.298 € bei Einschaltung ambulanter Dienste. Die Heimunterbringung wird mit 1.262 € bezuschusst.
 - Beispiel 2: Finanzierungsquellen stehen untereinander in einem hierarchischen Verhältnis. Bei einem konkreten Finanzierungsbedarf greift dann Finanzierungsquelle 3, wenn Nichtzuständigkeit der Quellen 1 und 2 festgestellt wurde (**Prüfkaskade**)
- 2) **Anspruchssicherheit: Recht auf die gesetzlich festgelegten Leistungen.**
Leistungsgewährung nach Kassenlage und dem Ermessen von Pflegemanagern ist so wirksam begrenzt.
- 3) **Finanzierungstransparenz:** Das Beitragsaufkommen fließt nicht in den allgemeinen Staatshaushalt und gerät dadurch auch nicht in eine Finanzierungskonkurrenz mit anderen Aufgaben.
- 4) **Möglichkeit der Dynamisierung von Beiträgen** (leichter umsetzbar als Erhöhung von Steuersätzen)

Beitragsfinanzierung (Pflichtversicherung)

Nachteile

1) Keine breite Risikobündelung, da Finanzierungsbasis beschränkt ist auf die Beitragszahler der jeweiligen Kasse

- ➔ Beim Kassenwettbewerb kommen Strategien der Rosinenpickerei zur Anwendung.
- ➔ Ausgleich für Kassen mit „schlechten Risiken“ durch spezielle Fonds führt zu gegenläufigen Fehlanreizen
- ➔ Anfällig für Korruption

2) Koppelung an das Erwerbseinkommen lässt andere Einkommen außen vor

Dies schafft **Gerechtigkeitsprobleme** und tangiert auch die Ergiebigkeit der Finanzierungsbasis (wenn die Bruttolohnsumme geringer wächst als das BIP, schrumpft die Finanzierungsbasis)

3) Kein freier Zugang für alle Einwohner; hoher Grad an Segmentierung

- ➔ Bestimmte Gruppen (prekär beschäftigte Solo-Selbständige) können sich Beiträge nur schwer leisten und fallen so durchs Netz.

4) Wenig Flexibilität bei der Leistungsgestaltung; Hoher Grad an Bürokratie:

- ➔ Leistungspakete können nur schwer passgenau zugeschnitten werden
- ➔ Komplizierte Verfahren der Einstufung in einen bestimmten Pflegegrad

5) Verschiebepbahnhöfe verhindern eine integrierte Leistungserbringung

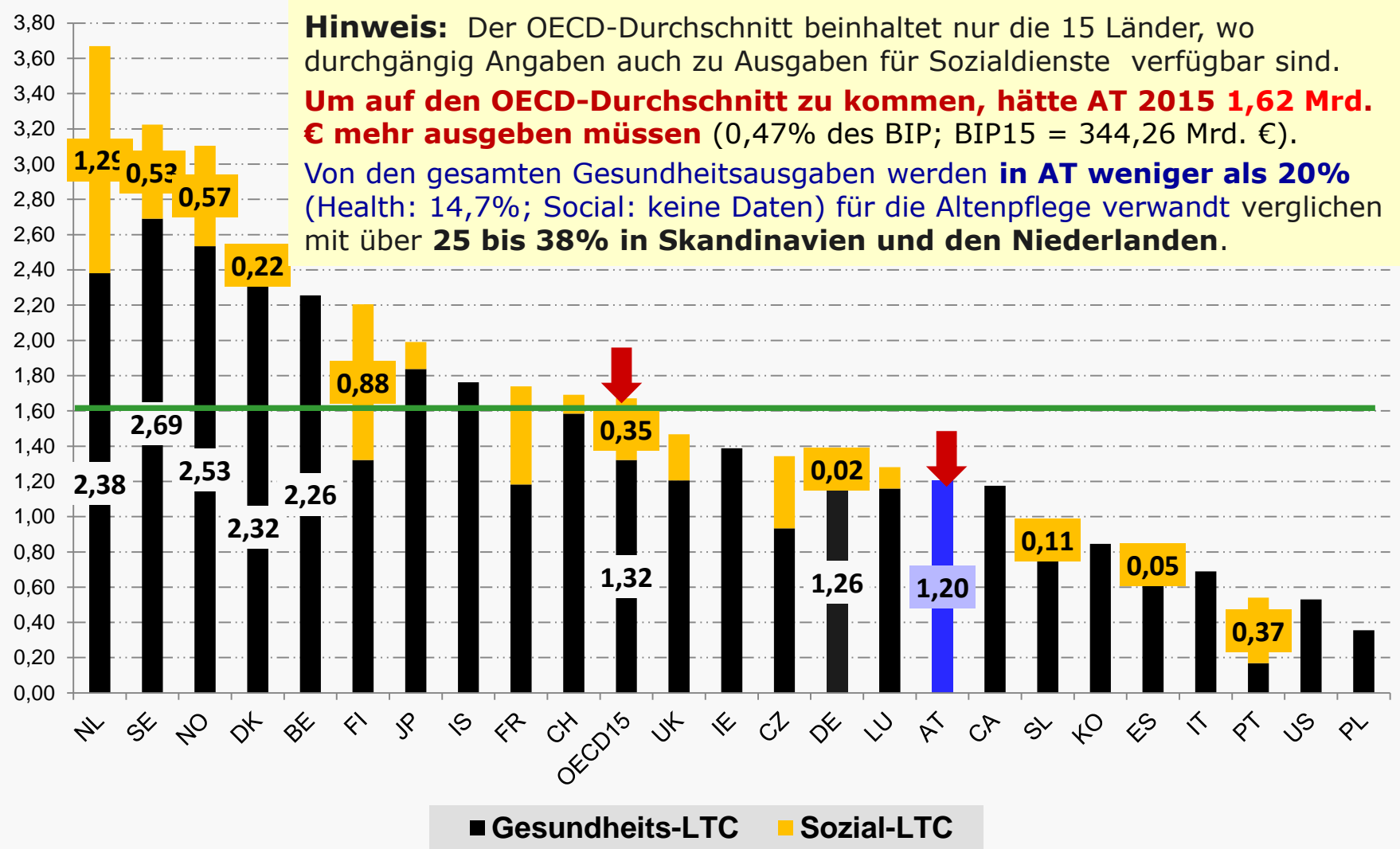
Öffentliche LTC-Ausgaben (% des BIP) im OECD-Vergleich 2015

(teilweise ohne Sozialkomponente)

Hinweis: Der OECD-Durchschnitt beinhaltet nur die 15 Länder, wo durchgängig Angaben auch zu Ausgaben für Sozialdienste verfügbar sind.

Um auf den OECD-Durchschnitt zu kommen, hätte AT 2015 1,62 Mrd. € mehr ausgeben müssen (0,47% des BIP; BIP15 = 344,26 Mrd. €).

Von den gesamten Gesundheitsausgaben werden **in AT weniger als 20%** (Health: 14,7%; Social: keine Daten) für die Altenpflege verwandt verglichen mit über **25 bis 38% in Skandinavien und den Niederlanden.**

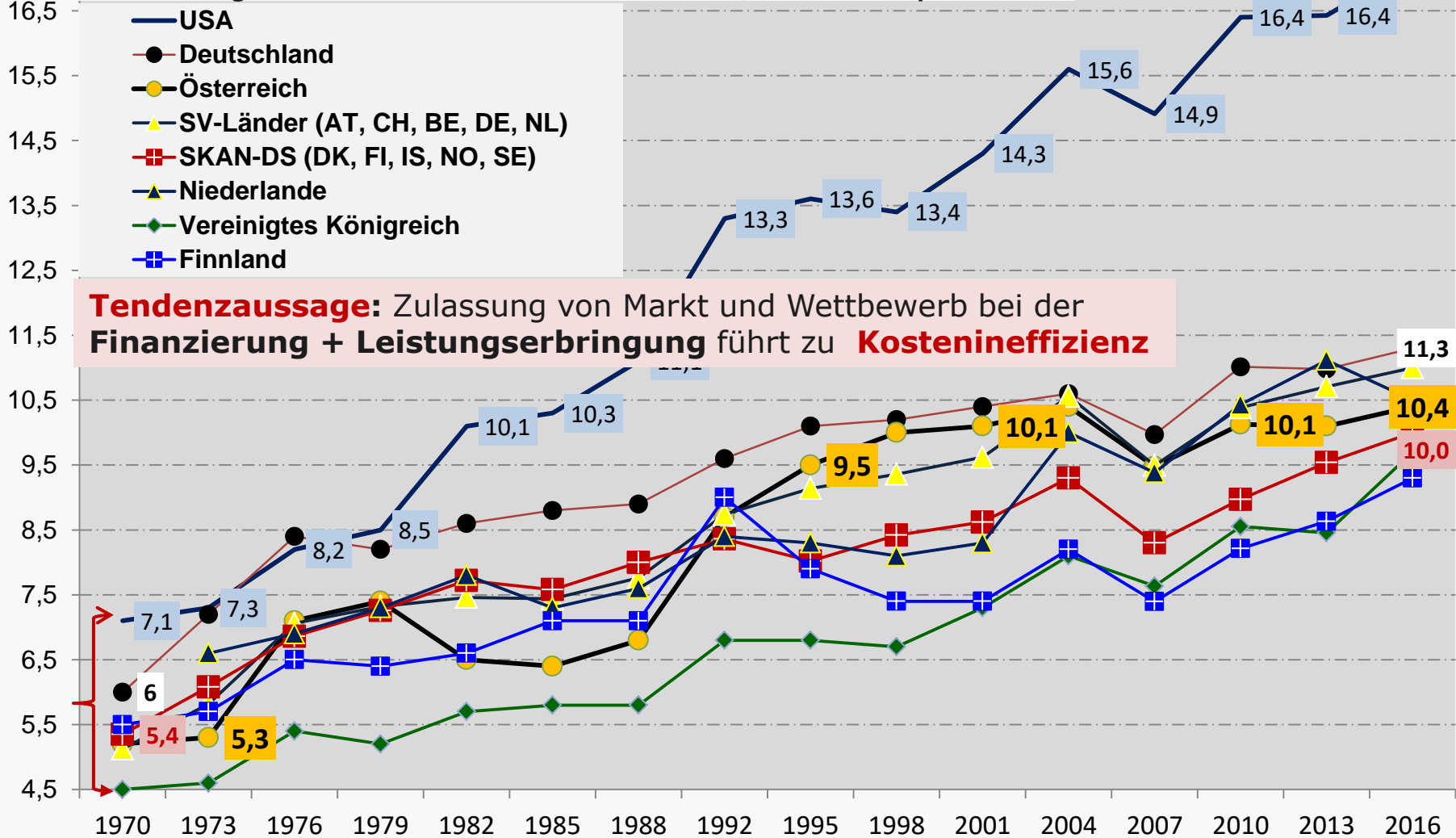


Quelle: OECD 2017: Health at a Glance; OECD 2018: Health at a Glance, Europe 2018

Entwicklung der öffentl. + privaten Gesundheitsausgaben (laufend, in % des BIP) nach Systemtypen (LTC ist Teil davon)

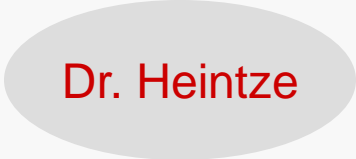
1970: Ausgabendifferenz von 2,6 BIP-Prozentpunkten

2016: Ausgabendifferenz hat sich verdreifacht auf 7,9 BIP-Prozentpunkte

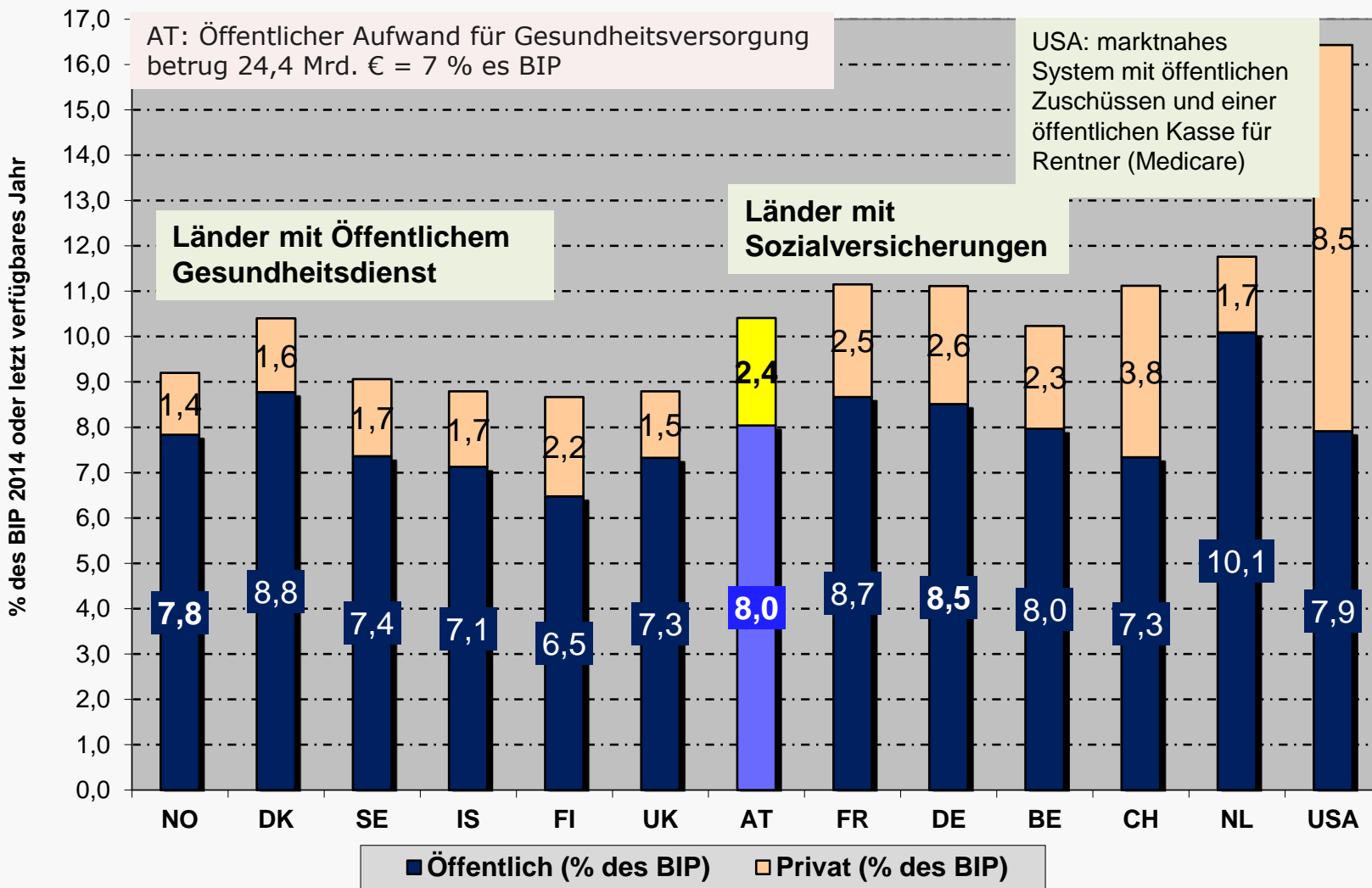


Quelle: OECD Health Data, fortlaufend

Öffentliche Systeme sind kosteneffizienter

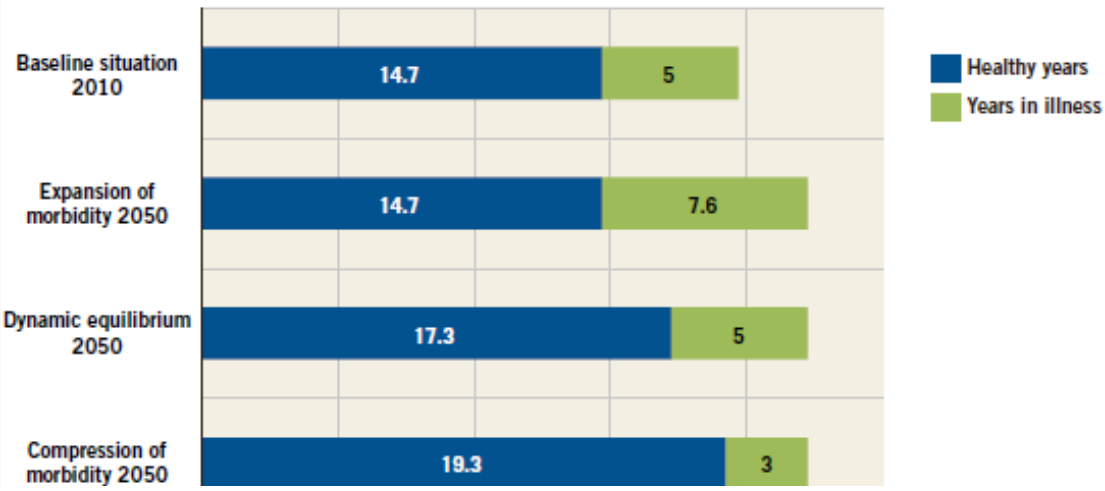


(enthält die Langfristpflege)

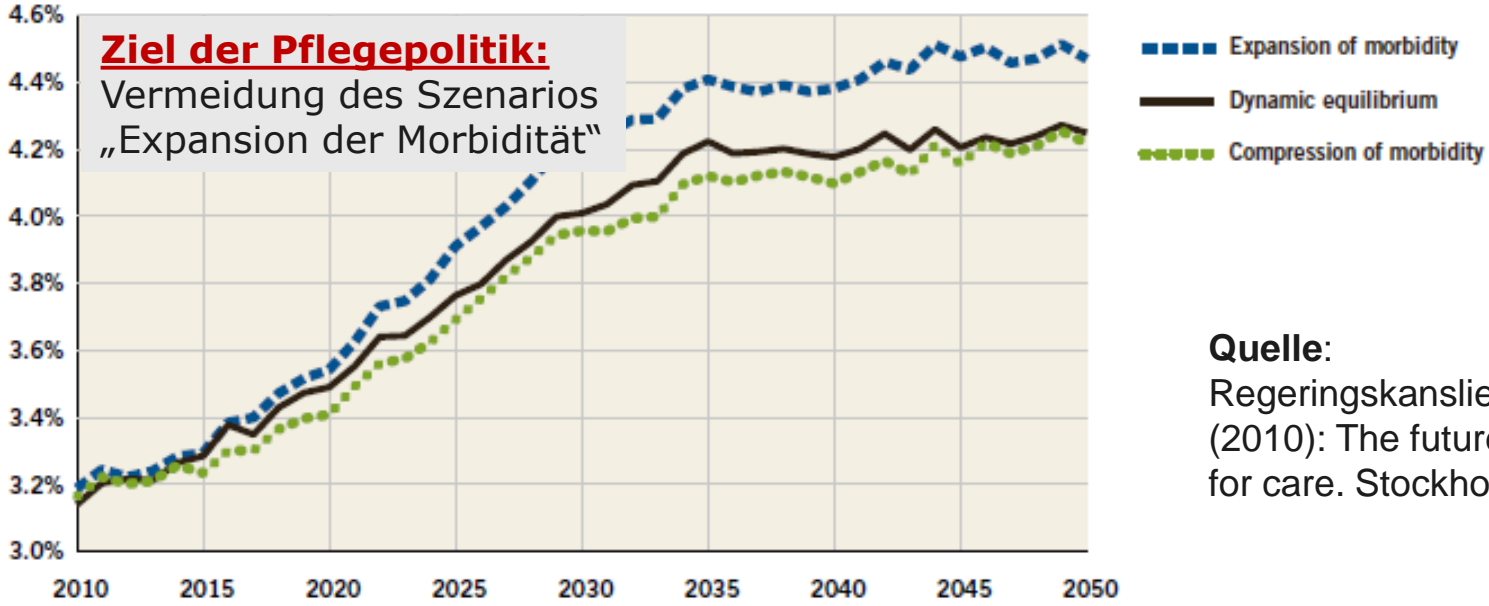


Quelle: Eurostat; Ausgaben der Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung nach Kostenträgern der Gesundheitsversorgung - % [hlth_sha3p]; Update von 2015 (Ausgaben der privaten Krankenversicherung hier unter „privat“ mitefasst. Ab 2015 Änderung der stat. Erfassung so, dass zwischen privat + öffentlich keine Unterscheidung mehr möglich ist.

Steuerfinanzierung braucht staatliche Planung: Beispiel Schweden



Erläuterung zur Abbildung links:
 2010 lag die Restlebenserwartung der 65+Einwohner bei 19,7 Jahren (**14,7 gesunde Jahre** + 5 Jahre mit mehreren chronischen Erkrankungen)



Quelle:
 Regeringskansliet (2010): The future need for care. Stockholm

Figure 15. Costs of long-term care of the elderly in relation to GDP in 2010–2050, trend in costs due to demographic factors in different scenarios. Current prices.
 Source: Calculations by Ministry of Health and Social Affairs.

2

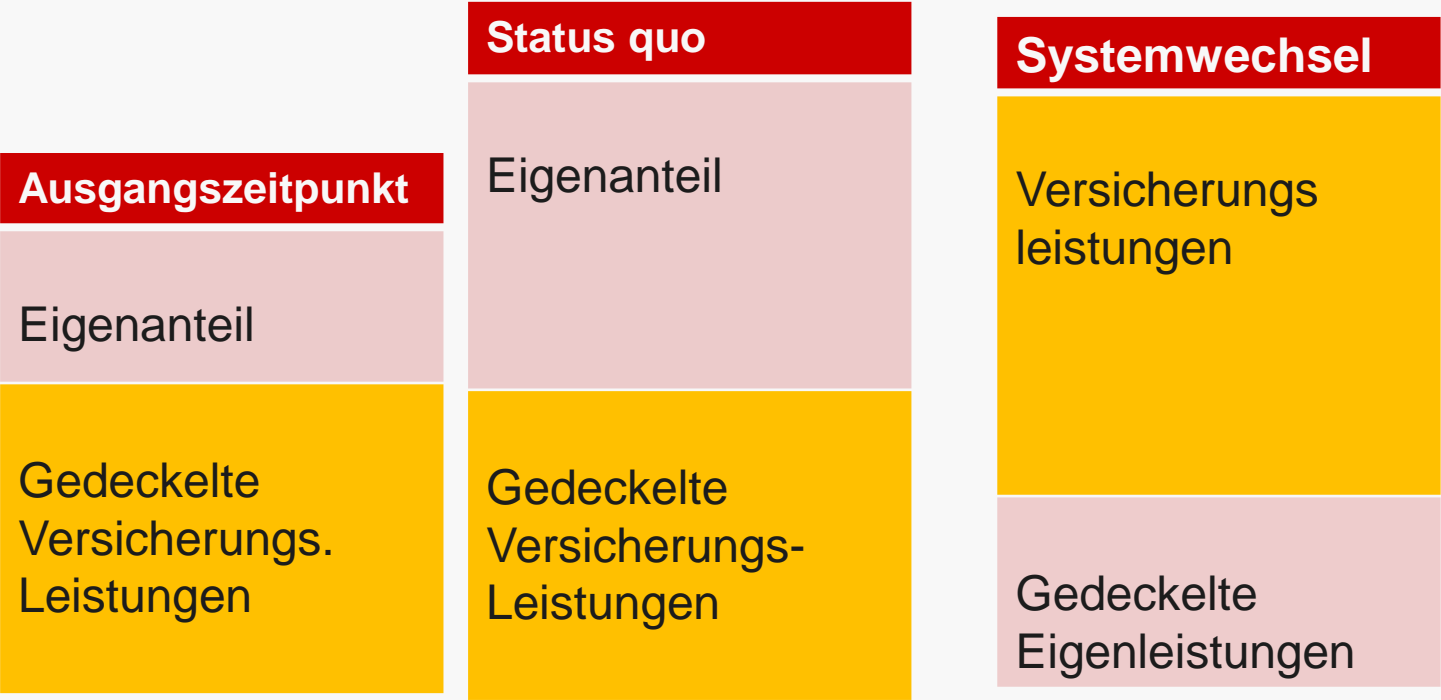
Was Österreich von Deutschland und den Niederlanden lernen könnte

- Das System der deutschen Pflegeversicherung agiert am Limit: Krisensymptomatik im Überblick
- Lehren für die Gestaltung der öffentlichen Leistungen: Deckelung der Eigenleistungen mit Perspektive Vollversicherung
- Die Niederlande als Beispiel für einen Systemwechsel: Kommunalisierung der Organisation und Steuerung aller Care-Leistungen mit Übertragung der Finanzierungsmittel

Deutsche Pflegeversicherung: kein Vorbild

- ➔ **Zersplitterte Leistungserbringung** (informell + formell) mit hoch-bürokratischer Zuerkennung von Leistungen (Rationierung öffentlicher Mittel) und einer **Parallelwelt expandierender grauer Pflegemärkte**
- ➔ Einschlägige Gesetze sagen: **Pflege hat den fachlichen Standards zu entsprechen. Tatsächlich geht es nur um Mindeststandards**
- ➔ Personalbemessung wird seit 20 Jahren verschleppt (**Willen zur Umsetzung fehlt**)
- ➔ **Folge: Erhebliche Polarisierung** entlang von Anbieterfraktionen und auch von Bundesländern
- ➔ **Unzureichende Dynamisierung der Vergütungen = wachsende Kostenprivatisierung.** **Beispiel:** Der Eigenanteil an den pflegebedingten Heimkosten lag 1999 bei < 300 €. Jetzt sind es mehr als das Doppelte (655 €). Der **gesamte Eigenanteil** stieg von 1.772 € (2018) auf 1.830 € (1-2019).
- ➔ **Jede Verbesserung bei Entgelten und Personalausstattung geht zu Lasten der Pflegebedürftigen** (Eigenanteile steigen). Pflegebedürftige und Pflegekräfte werden so gegeneinander ausgespielt und Heime mit schlechten Arbeitsbedingungen (kein Tarifvertrag, unzureichende Personalausstattung etc.) erzielen einen Wettbewerbsvorteil.
- ➔ **Immer mehr Pflegebedürftige sind finanziell mit den Eigenanteilen überfordert.** Nettoalterseinkünfte von 1-Person-Haushalten: < 1.500 € (in Ostdeutschland: < als 1.200 €)
- ➔ **Altersarmut wächst**

Folgerung: Systemwechsel von der Deckelung der Versicherungsleistungen zur Deckelung der Eigenanteile ist überfällig



➡ Schnelle Umsetzung ist nicht zu erwarten

Die Niederlande als Beispiel für einen Systemwechsel I

Die CARE-Leistungen der Altenpflege wurden kommunalisiert
(2007, 2015).

Ziele:

- Höhere Effektivität und Effizienz des Einsatzes öffentlicher Mittel
- Zurückdrängung der Fragmentierung bei der Leistungserbringung
- Einsparung öffentlicher Finanzmittel aufgrund von Effizienzgewinnen

Jetzt Mischsystem aus Steuer- und Beitragsfinanzierung

- (1) Beitragsfinanziertes System für erheblich Pflegebedürftige
- (2) Steuerfinanziertes kommunales Sozialunterstützungssystem

Finanzmitteltransfer an die Kommunen: 8 - 10% der öffentlichen Gesundheitsausgaben; 7 Mrd. € (rd. 1 BIP-Prozentpunkt). Betrag liegt unter dem Finanzmitteleinsatz vor dem Systemwechsel.

Die Niederlande als Beispiel für einen Systemwechsel

II

Aufgaben der Gemeinden nach dem Systemwechsel

- **Bedarfsfeststellung durch „Gemeindeschwestern“**
- **Organisierung notwendiger Unterstützungsleistungen** unter Einbindung des persönlichen Netzwerkes der unterstützungsbedürftigen Person. Im Bedarfsfalle organisiert die Kommune die Leistungen. Sie kann dafür Gebühren erheben (soziale Staffelung ist möglich).
 - Einkaufshilfe, Essen auf Rädern, Mobilitätsdienste, Hauswirtschaftsdienste, Kontakthilfen
 - Stationäre oder teilstationäre Versorgung; Verhinderungspflege für informelle Pflegepersonen
 - Notwendige Umbauten in der eigenen Häuslichkeit
- **Gewährung eines Persönlichen Budgets auf Antrag (Kann-Leistung).** Budget wird nicht mehr als frei verfügbarer Geldbetrag ausgereicht, sondern bildet einen Verfügungsrahmen. Rechnungen müssen bei der Social Insurance Bank eingereicht werden.

Quellen: Kroneman, M. et al. 2016: Netherlands. Health System review, in: Health Systems in Transition Vol. 18, No. 2; NL Gesundheits- und Sozialministerium (Stand 2018); The Netherlands Institute for Social Research (2018)

Schlussfolgerungen

- **Die Kernfrage:** Finanzierung und Organisation der Altenpflege als Öffentliche Aufgabe?
- Das deutsche **Teilleistungssystem** stößt an seine Grenzen. Es **taugt nicht als Vorbild.**
- Trennung von Cure und Care?
- Wenn Sicherstellung der Leistungen für leichte und mittelschwere Pflegebedürftige durch Kommunen gemäß dem Vorbild der Niederlande, **dann Übertragung von Kompetenzen und Finanzmitteln.** Beides muss auskömmlich sein.
- Sowohl Deutschland wie Österreich benötigen **zusätzliche Finanzierungsmittel.** Ein Denkmodell könnte sein: CO₂-Abgabe mit steigenden Preisen pro Kilo CO₂ und Einbringung des Mittelaufkommens in einen Altenpflege-Fonds.

Wovon die Höhe des öffentlichen Finanzbedarfes abhängt

- **Welche Qualität der Langfrist- resp. Altenpflege?** Geht es um gute pflegerische Standards für alle oder nur um Mindeststandards?
- **Personalbemessung:** Wenn gute Standards das Ziel sind, bedarf es einer Personalbemessung, die wissenschaftlichen Kriterien folgt.
- **Ausschluss gewinnorientierter Anbieter?** Soll es auch möglich sein, mit öffentlicher Refinanzierung für Zwecke der privaten Aneignung Renditen zu erwirtschaften?
- **Wert der Arbeit:** Was ist die professionell erbrachte Arbeit wert relativ zu Berufen mit vergleichbar hohen Anforderungen?
- **Vereinbarkeit von Pflege und Beruf:** Welche Maßnahmen werden öffentlich finanziert, damit Angehörige Beruf und Pflege gut vereinbaren können?

"Wenn es aber **Wirklichkeitssinn** gibt", ..., „dann muss es auch etwas geben, dass man **Möglichkeitssinn** nennen kann. (...) **Es ist die Wirklichkeit, welche die Möglichkeiten weckt, und nichts wäre so verkehrt, wie das zu leugnen.**"

(Robert Musil: Der Mann ohne Eigenschaften, Rowohlt Verlag, Ausgabe 1970, S. 16f.)



Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit