

Bettina Busch

**Sachleistung versus Geldleistung in der sozialen
Pflegeversicherung:
Ökonomische und juristische Aspekte**

Wissenschaftliche Arbeit
zur Erlangung des Grades eines Diplom-Volkswirts
an der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften und Statistik
der Universität Konstanz

1. Gutachter: Prof. Dr. Breyer • 2. Gutachter: Prof. Dr. Schulin

Inhalt

1 Einleitung	1
1.1 Aufbau der Arbeit	1
1.2 Die Entwicklung der Pflegeversicherung	3
2 Darstellung des rechtlichen Status quo in der Pflegeversicherung	4
2.1 Grundsätze	4
2.2 Leistungsrecht	7
2.3 Leistungserbringungsrecht	12
3 Empirischer Sachverhalt der Pflegeversicherung	14
4 Determinanten der Entscheidung zwischen Geld- und Sachleistung	21
4.1 Die allgemeine mikroökonomische Betrachtung	23
4.1.1 Vergleich der Leistungsarten ohne Versicherung	23
4.1.2 Das versicherungsökonomische Modell	26
4.1.2.1 Die optimale Pflegeversicherung	28
4.1.2.2 Ex ante moral hazard	33
4.1.2.3 Ex post moral hazard	34
4.1.2.4 Erweiterungen und Kritik	38
4.1.2.5 Adverse Selektion	42
4.2 Familiäre Aspekte	43
4.2.1 Darstellung familiärer Aspekte in der Pflege	44

4.2.2 Intrafamiliäre Entscheidungen	45
4.2.3 Der Einfluß von Erbschaften auf familiäre Entscheidungen	49
4.3 Qualitätsaspekte der Pflegeversorgung	52
4.3.1 Qualität der Pflege bei Sachleistungen	55
4.3.2 Qualität der Pflege bei Geldleistung	59
4.3.3 Zusammenfassung	61
5 Preisbildung und Leistungserbringungsrecht	62
5.1 Preisbildung	62
5.2 Probleme des Leistungserbringungsrechts	69
6 Fazit: die optimale Lösung für den `Homo Pflegicus`	73
7 Literaturverzeichnis	I-V

1 Einleitung

Die Pflegeversicherung ist eine Absicherung gegen die Kosten bei Eintritt des Pflegefalls. Die vorliegende Diplomarbeit befaßt sich mit dem Thema: Sachleistung versus Geldleistung in der sozialen Pflegeversicherung.

Die Pflegeversicherung ist die 5. Säule der sozialen Vorsorge. Im Gegensatz zu den anderen Sozialversicherungszweigen hat sich der Gesetzgeber für eine Neuerung in der Namensgebung entschieden: die soziale Pflegeversicherung.¹

Tatsächlich weist die Pflegeversicherung einige bedeutsame Unterschiede auf im Vergleich zu den anderen Sozialversicherungszweigen, einige davon werden in der Arbeit herausgearbeitet.

1.1 Aufbau der Arbeit

Die Pflegeversicherung gewährt verschiedene Leistungen. Der Pflegebedürftige hat ein Wahlrecht zwischen verschiedenen Leistungsarten. Zwei Hauptleistungsarten der häuslichen Pflege sind die Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) und das Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI). In der Arbeit stehen diese beiden

¹ Abweichend von der gedruckten Version der Diplomarbeit wird durchgängig der Begriff `soziale Pflegeversicherung` verwendet.

Leistungsarten im Vordergrund. Dabei geht es um die Frage der Vorteilhaftigkeit einer Leistungsart für den betroffenen Pflegebedürftigen.

Die vorliegende Arbeit ist eine interdisziplinäre Arbeit, d.h. sie besitzt sowohl ökonomische Betrachtungen und Analysen als auch eine rechtliche Fundierung und eine Diskussion der entscheidenden juristischen Probleme.

Zunächst wird kurz die historische Entwicklung der Pflegeversicherung aufgezeigt. Dabei werden einige der wichtigsten Eckpunkte der Pflegeversicherung dargestellt (s. Abschnitt 1.2).

Das Kapitel 2 bildet die rechtliche Basis der vorliegenden Arbeit. Es werden die rechtlichen Regelungen des SGB XI, die im Zusammenhang mit dem Thema bedeutsam sind, dargestellt und erläutert.

Daraufhin wird eine empirische Betrachtung zur Pflegebedürftigkeitsproblematik geliefert (s. Kapitel 3). Die entsprechend aufbereiteten Daten werden dargestellt und interpretiert.

Das Kapitel 4 besitzt drei Teile. Abschnitt 4.1 ist eine allgemeine, mikroökonomische Betrachtung der Fragestellung, Sach- versus Geldleistung. Dabei wird dem Prinzip` vom Abstrakten zum Konkreten` folgend, versucht schrittweise immer mehr von der Realität zu erfassen und ökonomisch zu beurteilen. Den größten Teil dieses Abschnitts nimmt daher ein Modell der Versicherungsökonomik ein.

Die Abschnitte 4.2 und 4.3 sind Erweiterungen des Grundmodells. In Abschnitt 4.2 werden familiäre Aspekte mit in die Analyse einbezogen und in Abschnitt 4.3 wird die Frage der Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit bearbeitet. Das gesamte Kapitel 4 dient der Beantwortung der Fragestellung, Sach- versus Geldleistung unter den verschiedenen Annahmen.

Der Preisbildung der Pflegeleistung und dem Leistungserbringungsrecht kommt eine besondere Bedeutung zu. Der Preis ist entscheidend für die Inanspruchnahme einer Leistung. Und das Leistungserbringungsrecht regelt das Zustandekommen der Verträge zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern. Dieser Problematik ist daher ein eigenes Kapitel gewidmet (s. Kapitel 5).

Ein zusammenfassendes Fazit schließt die Arbeit ab (s. Kapitel 6). Es wird versucht die Ausgangsfragestellung abschließend zu beantworten.

1.2 Die Entwicklung der Pflegeversicherung

Ausgelöst durch ein Gutachten des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe im Jahre 1974 begann eine 20-jährige Diskussion um die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit².

Im Mai 1994 schließlich ist das `Gesetz zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit` (Pflege-VG) verabschiedet worden. Seit dem 1.1.1995 werden Beiträge für die Pflegeversicherung erhoben, und die Leistungen sind daraufhin stufenweise eingeführt worden. Leistungen bei häuslicher Pflege werden seit dem 1.4.1995 und solche bei stationärer Pflege seit dem 1.7.1996 gewährt.

Die Pflegeversicherung ist die sogenannte 5. Säule der Sozialversicherung. Neben Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung ist sie der 5. Arm im Rahmen der sozialen Vorsorge.

Die Leistungen der Pflegeversicherung dienen zwar dem einzelnen im Fall der Pflegebedürftigkeit. Die Pflegeversicherung stellt aber auch einen Schutz der Allgemeinheit vor der Finanzierung der Pflegekosten dar, falls der einzelne keine eigene Vorsorge getroffen hat und Trittbrettfahrerverhalten praktiziert³, indem er sich bewußt von der Gesellschaft im Fall der Pflegebedürftigkeit finanzieren läßt.

Die Pflegeversicherung basiert wie die übrigen Sozialversicherungszweige auf dem Umlageverfahren. Das bedeutet, daß die heutigen Leistungen mit den heutigen Beiträgen finanziert werden⁴.

Organisatorisch ist die Pflegeversicherung der Krankenversicherung angeschlossen. Jede Krankenkasse hat eine Pflegekasse eingerichtet.

Die Beiträge zur Pflegeversicherung sind gesetzlich festgeschrieben. In der Zeit vom 1.1.1995 bis zum 30.6.1996 betrug der Beitrag 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen und seit Einführung der stationären Leistungen (1.7.1996) bundeseinheitlich 1,7 % (§ 55 Abs. 1 SGB XI). Es gilt wie bei der Kranken-, Renten- oder Arbeitslosenversicherung das Prinzip der solidarischen Finanzierung der Beiträge durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer (§ 58 Abs. 1 SGB XI).

Das Gesetzesvorhaben der Pflegeversicherung wäre beinahe an der Arbeitgeberseite gescheitert. Diese haben sich vehement gegen weitere Sozialabgaben gewehrt⁵. Der

² Igl (1994), S. 261.

³ Schulin (1994a), S. 436.

⁴ Ebenda, S. 434.

⁵ Rothgang (1994), S. 175.

Kompromiß sieht zur Finanzierung die Streichung eines gesetzlichen, landesweiten Feiertags vor (§ 58 Abs. 2 SGB XI).

Vor Einführung der Pflegeversicherung wurden Pflegeleistungen über die Sozialhilfe finanziert. Bei fehlender oder unzureichender individueller Vorsorge mußte die Sozialhilfe einspringen, falls die eigenen Mittel nicht ausreichten. Bei der Einführung der Pflegeversicherung stand also auch ein fiskalischer Aspekt im Vordergrund, denn die kommunalen Sozialhilfeträger sollten entlastet werden. Die steuerfinanzierte Sozialhilfe soll als finales Auffangnetz dienen, nicht aber für ein allgemeines Lebensrisiko wie das der Pflegebedürftigkeit. Die Existenz der Sozialhilfe hat weitgehend zum Verzicht auf eigenen Versicherungsschutz gegen das Pflegefallrisiko geführt⁶. Es kommt erschwerend hinzu, daß der Abstieg in die Sozialhilfeabhängigkeit von den betroffenen Pflegebedürftigen als bedrückend empfunden wird.

Anders als die Krankenversicherung bietet die Pflegeversicherung nur eine Grundabsicherung⁷. Dadurch wird die Sozialhilfeabhängigkeit in einigen Fällen bestehen bleiben⁸.

Neu ist auch, daß es sich bei der Pflegeversicherung um eine regelrechte Volksversicherung handelt. Die privat Krankenversicherten sind ebenso verpflichtet eine Pflegeversicherung abzuschließen, und zwar zu den weitgehend gleichen Konditionen wie die gesetzlich Versicherten⁹.

2 Darstellung des rechtlichen Status quo in der Pflegeversicherung

In diesem Kapitel wird die derzeitige rechtliche Situation mit Hinblick auf das Leistungsrecht und das damit verbundene Leistungserbringungsrecht dargestellt. Den Leistungsarten, insbesondere Geld- und Sachleistung wird dabei besondere Beachtung geschenkt.

2.1 Grundsätze

⁶ Prinz (1987), S. 46 ff.

⁷ Wittenius (1994), S. 203.

⁸ Krasney (1994), S. 282.

⁹ Schulien (1994a), S. 436.

Das erste Kapitel des SGB XI fundiert einige wesentliche Programmsätze, die für das gesamte SGB XI Geltung haben.

§ 2 SGB XI (Selbstbestimmung) knüpft an die Würde des Menschen (Art. 1 Abs. 1 GG) an. „Die Hilfen der Pflegeversicherung sollen so gestaltet und eingesetzt werden, daß sie dazu beitragen, die Möglichkeit zu einer selbstbestimmten Lebensführung im Rahmen der verbliebenen Leistungsfähigkeit nutzen zu können“¹⁰.

Durch das Wunsch- und Wahlrecht (§ 2 Abs. 2 SGB XI) soll dem Umstand der individuellen Bedürfnisse Rechnung getragen werden. Darüber hinaus sind die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen zu achten (§ 2 Abs. 3 SGB XI).

Der Vorrang der häuslichen Pflege wird in § 3 SGB XI festgelegt (Grundsatz `ambulant vor stationär`). Durch diesen Grundsatz soll der Wunsch der Pflegebedürftigen berücksichtigt werden, solange wie möglich in der häuslichen Umgebung und von ihren Angehörigen gepflegt zu werden.

§ 5 SGB XI (Vorrang von Prävention und Rehabilitation) stellt sicher, daß Leistungen zur Abwendung der Pflegebedürftigkeit ausgeschöpft werden, bevor Versicherungsleistungen in Anspruch genommen werden, bzw. auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit durch Rehabilitationsmaßnahmen einer Verschlimmerung entgegen gewirkt wird (Grundsatz `Rehabilitation vor Pflege`).

Die Eigenverantwortung der Versicherten schließlich wird in § 6 SGB XI fundiert. Diese Regelung zielt auf das Verhalten des Versicherten ab, um einer möglichen Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, bzw. auf sein Mitwirken, falls die Pflegebedürftigkeit bereits eingetreten ist. Trotz der strengen Formulierung handelt es sich hier nur um einen Appell an die Versicherten und nicht um eine Naturalobligation, mit der Folge leistungsrechtlicher Konsequenzen¹¹.

§ 14 SGB XI definiert den Begriff der Pflegebedürftigkeit. „Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Die weiteren Absätze dieses Paragraphen konkretisieren diese Definition im Hinblick auf die Krankheit und die Behinderung, sowie auf die Art der Hilfe und die wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens.

¹⁰ BT-Drucks., S. 89, Begründung zu § 2 des Entwurfs.

¹¹ Schulin (1994a), S. 438.

Für einen Leistungsanspruch aus der Pflegeversicherung muß Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI vorliegen.

Tab. 2-1: Klassifikation der Lebensaktivitäten gemäß § 14 SGB XI nach ADL / iADL-Konzept

Activities of daily Living (ADL)	Instrumental Activities of daily Living (iADL)
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Körperpflege</u> (Duschen, Waschen, Baden, Toilettenbenutzung, Kämmen, Rasieren, Zahnpflege) • <u>Nahrungsaufnahme</u> • <u>Mobilität</u> (Aufstehen, Gehen, Stehen, An- und Auskleiden, Treppensteigen, Zu-Bett-gehen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung) 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Haushaltsführung</u> (Einkaufen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Waschen der Wäsche und Kleidung, Beheizen) • <u>Nahrungszubereitung</u>

Quelle: Mager (1995), S. 126.

Für die Objektivierung individueller Bedarfslagen ist ein einheitliches Konzept unerlässlich. Eine derartige Einteilung in basale (ADL) und instrumentelle (iADL) Lebensaktivitäten ist daher für eine Begutachtung notwendig. Dabei basiert die Systematik der obigen ADL / iADL-Tabelle nicht direkt auf dem Gesetzestext. Man spricht bei dieser Form der objektiven Begutachtung auch von `Monitoring Technology`. Diese Begutachtung und Einstufung der Pflegebedürftigen führt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) als unabhängiges Organ durch.

Eine pflegebedürftige Person muß einer der drei in § 15 SGB XI definierten Pflegestufen zugeordnet werden.

Pflegebedürftige der Pflegestufe I, sogenannte erheblich Pflegebedürftige benötigen mindestens einmal täglich für mindestens zwei Verrichtungen (ADL) Hilfe und zusätzlich mehrfach in der Woche hauswirtschaftliche Versorgung.

Pflegebedürftige der Pflegestufe II, sogenannte Schwerpflegebedürftige benötigen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfe bei den ADL`s und zusätzlich mehrfach in der Woche hauswirtschaftliche Versorgung.

Pflegebedürftige der Pflegestufe III, sogenannte Schwerstpflegebedürftige benötigen Hilfe bei den ADL`s rund um die Uhr, auch nachts und zusätzlich mehrfach in der Woche hauswirtschaftliche Hilfe.

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit selbst wird in § 18 SGB XI geregelt. Er prüft, ob die Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit vorliegen und um welche Stufe der Pflegebedürftigkeit es sich handelt. Der MDK nimmt die Begutachtung im häuslichen Bereich des Pflegebedürftigen vor und hat diese Begutachtungen in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen (§ 18 Abs. 2 SGB XI). Weiterhin teilt der MDK das Ergebnis der Begutachtung der Pflegekasse mit. Es sei bereits an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß der MDK im Fall der Pflegegeldleistung zu prüfen hat, ob die häusliche Pflege ausreichend sichergestellt ist (§ 18 Abs. 5 SGB XI).

§ 19 SGB XI definiert den Begriff der Pflegeperson. Dies ist eine nicht erwerbsmäßig pflegende Person, die einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung mindestens 14 Stunden in der Woche versorgt.

2.2 Leistungsrecht

Im folgenden werden die Leistungen des SGB XI differenziert dargestellt. § 4 SGB XI legt Art und Umfang der Leistungen grundsätzlich fest. „Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung sowie Kostenerstattung, soweit es dieses Buch vorsieht“ (§ 4 Abs. 1 SGB XI). Die Pflegeversicherung folgt in diesem Punkt einem der Hauptprinzipien der Sozialversicherung: dem Sachleistungsgrundsatz¹², auch wenn dies zunächst durch die Gewährung von Geldleistungen oder Kostenerstattungen nicht eindeutig erscheint.

In § 28 SGB XI werden die Leistungsarten konkretisiert. Der Vollständigkeit halber werden die Leistungen, der Systematik des Gesetzes entsprechend, alle aufgeführt und erklärt, im Mittelpunkt stehen dabei aber die Pflegesachleistung und die Pflegegeldleistung für selbstbeschaffte Pflegehilfen.

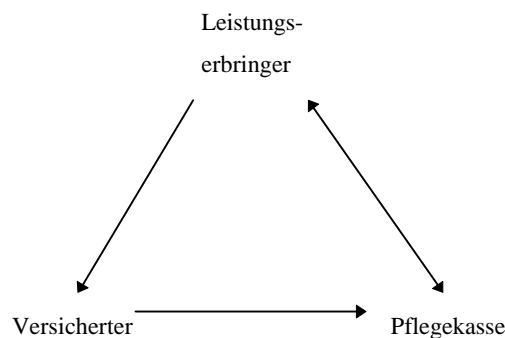
¹² Schulin (1994b), S. 286.

Dabei gilt für alle Leistungen, daß sie wirksam und wirtschaftlich erbracht werden sollen und dabei das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen (§ 29 Abs. 1 SGB XI). Abs. 2 legt fest, daß die Pflegebedürftigen nur Leistungen bei zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen dürfen. Voraussetzung zur Zulassung ist ein Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse (§ 72 Abs. 1 SGB XI).

Gemäß § 36 SGB XI haben die Pflegebedürftigen im Rahmen der häuslichen Pflege einen Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung. Entsprechend der drei Stufen der Pflegebedürftigkeit hat ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe I Anspruch auf Pflegeeinsätze bis zu einem Wert von DM 750,--, ein Pflegebedürftiger der Stufe II bis zu einem Wert von DM 1800,-- und ein Pflegebedürftiger der Stufe III bis zu einem Wert von DM 2800,-- pro Monat. In Härtefällen bei Pflegebedürftigen der Stufe III können auch Pflegeeinsätze bis zu einem Wert von DM 3750,-- gewährt werden.

Bei einer Pflegesachleistung liegt eine typische Dreiecksbeziehung vor, zwischen Versichertem, Leistungserbringer und der Pflegekasse.

Abb. 2-1: Dreiecksverhältnis bei Sachleistungen¹³

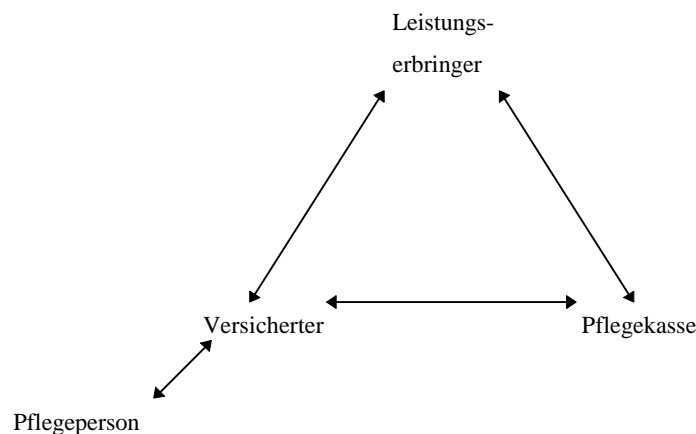


Nach § 37 SGB XI kann der Pflegebedürftige auch anstelle der Sachleistung ein Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen in Anspruch nehmen. Er hat mit dem Pflegegeld die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung selbst zu sichern. Pflegebedürftige der Stufe I erhalten DM 400,--, Pflegebedürftige der Stufe II DM 800,-- und Pflegebedürftige der Stufe III DM 1300,-- im Monat. Die Pflegebedürftigen der Stufen I und II haben mindestens einmal halbjährlich und die Pflegebedürftigen der Stufe III mindestens einmal vierteljährlich einen Pflegeeinsatz durch eine

¹³ Breyer (1997), S. 60.

Pflegeeinrichtung abzurufen (§ 37 Abs. 3 SGB XI). Dieser Einsatz dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege.

Abb. 2-2: Verhältnis bei Geldleistung



Bei der Pflegegeldleistung liegt nicht mehr automatisch eine Dreiecksbeziehung vor. Vielmehr ist es dem Pflegebedürftigen unbenommen, das Geld für die Sicherstellung der Grundpflege durch seine Angehörigen zu verwenden oder professionelle Pflege zu erkaufen. Das Pflegegeld durchbricht das Sachleistungsprinzip insofern nicht, als daß es sich um ein Sachleistungssurrogat handelt¹⁴.

Eine offensichtliche Frage ist die, warum die Geldleistung der Sachleistung derart stark wertmäßig unterlegen ist. Die häufigste Begründung liegt darin, daß der Gesetzgeber auf diese Art und Weise ungerechtfertigte Mitnahmeeffekte verhindern wollte¹⁵.

Des weiteren wird befürchtet, daß, würde man die Geldleistung auf das Niveau der Sachleistung anheben, die Leistungserbringer die Versorgungsverträge mit den Pflegekassen umgehen könnten und damit auch die Qualitätskontrollen, da die Pflegebedürftigen sie ebensogut selbst bezahlen könnten¹⁶.

¹⁴ BT-Drucks., S. 112, Begründung zu § 33 des Entwurfs.

¹⁵ Schulin (1994a), S. 441.

¹⁶ Leitherer (1997), S. 449.

Schulin¹⁷ argumentiert, daß durch das geringere Pflegegeld der Gestaltungsspielraum des Pflegebedürftigen zur Sicherstellung seiner Pflege erheblich eingeschränkt sei. Bei der Gewährung von Pflegegeld hat der Gesetzgeber keineswegs nur an die häusliche Pflege durch Angehörige gedacht, sondern auch an den Einkauf professioneller Pflegedienste. Bleibt nun die Leistung zum Teil um mehr als 50 % unter der Sachleistung, dann kann auch nur weniger als 50 % der Pflege damit sichergestellt werden.

Der Gefahr der Zweckentfremdung der Geldleistung hat der Gesetzgeber doppelt vorgebaut. Zum einen hat der Versicherte seine Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung mit dem Pflegegeld sicherzustellen (§ 37 Abs. 1 SGB XI), zum anderen muß er die vierteljährliche bzw. halbjährliche Kontrolle seiner Versorgungssituation zulassen. „Ein überzeugender Grund für das gegenüber der Sachleistung reduzierte Pflegegeld ist daher nicht erkennbar“¹⁸. Es könnte sogar in der höheren Sachleistung ein Anreiz gesehen werden, eher diese Leistung zu beanspruchen. Auch wenn man in Rechnung stellt, daß bei einer Geldleistung und familiärer Pflege keine Sozialabgaben anfallen, ist eine um mehr als 50 % geringere Leistung dadurch nicht zu rechtfertigen¹⁹. Auf die unzureichende Höhe des Pflegegeldes weist auch Leitherer²⁰ hin.

Im Vergleich zum Krankenversicherungsrecht (SGB V) ist die Begrenzung der Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung neu. In der Krankenversicherung sind generell begrenzte Leistungen Ausnahmefälle, in der Pflegeversicherung hingegen sind alle Leistungen betragsmäßig begrenzt (sogenannte Deckelung der Leistungen)²¹. Die Begründung für diese Leistungsbegrenzungen liegt zum einen darin, die langfristige Finanzierbarkeit der Leistungen dieses Sozialversicherungszweiges von Beginn an zu gewährleisten²². Zum anderen sollen die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (nur) einen ergänzenden Charakter haben, es handelt sich nicht um eine Vollversicherung gegen das Risiko des Pflegefalls, sondern um eine soziale Grundabsicherung²³.

Ebenfalls neu in der Geschichte der sozialen Absicherungen ist das Wahlrecht zwischen Geld- und Sachleistung²⁴. Das bundesdeutsche Krankenversicherungsrecht kennt eine derartige Wahlmöglichkeit in Bezug auf eine alternative Geldleistung nicht. Die Einführung dieser Möglichkeit folgt allerdings einem internationalen Trend²⁵.

¹⁷ Schulin (1994a), S. 441.

¹⁸ Ebenda.

¹⁹ Evers (1995), S. 25.

²⁰ Leitherer (1997), S. 402.

²¹ Schulin (1994b), S. 287.

²² Leitherer (1997), S. 401.

²³ Schulin (1994a), S. 435.

²⁴ Evers (1995), S. 24.

²⁵ Pijl (1994).

Durch die Wahlmöglichkeit wird die in § 2 SGB XI programmatisch festgelegte Selbstbestimmung gefördert.

Im folgenden werden die weiteren Leistungen des SGB XI dargestellt.

Neben der Wahlmöglichkeit wird durch § 38 SGB XI auch eine Kombinationsmöglichkeit eröffnet. Wird die Sachleistung nur anteilig in Anspruch genommen, so hat der Pflegebedürftige einen Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld für den Rest der Gesamtleistung.

Darüber hinaus werden von der Pflegekasse die Kosten einer Ersatzpflege für den Zeitraum der Verhinderung, aber höchstens für vier Wochen, übernommen, falls die Pflegeperson verhindert ist, zum Beispiel wegen Krankheit oder Erholungsurlaub (§ 39 SGB XI).

Gemäß § 40 SGB XI hat der Pflegebedürftige zusätzlich Anspruch auf Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, sowie auf finanzielle Zuschüsse zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI). Aber auch diese Leistungen sind alle betragsmäßig begrenzt.

Im Rahmen der teilstationären Pflege wird gemäß § 41 SGB XI Tagespflege und Nachtpflege und gemäß § 42 SGB XI Kurzzeitpflege ermöglicht. Durch diese Alternativen soll die Pflegebereitschaft und die Pflegefähigkeit im häuslichen Bereich erhalten und gefördert werden. Damit kann langfristig das Ziel häuslicher vor stationärer Pflege verfolgt werden²⁶.

Bei vollstationärer Pflege trägt die Pflegekasse die Kosten der Behandlung, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht ermöglicht werden kann (§ 43 SGB XI). An Leistungen sind in den Pflegestufen I, II und III jeweils DM 2000,--, DM 2500,-- und DM 2800,-- je Pflegebedürftigen und Monat vorgesehen, bzw. in Härtefällen bis zu DM 3300,--. Die Gesamtausgaben je Pflegebedürftigem dürfen allerdings den Betrag von DM 30.000,-- im Jahr nicht überschreiten (§ 43 Abs. 2 SGB XI).

Im Rahmen dieser Arbeit werden die Aspekte der häuslichen Pflege eine größere Rolle spielen, als die der teil- oder vollstationären Pflege.

Die § 44 SGB XI und § 45 SGB XI legen Leistungen für die Pflegeperson fest. Dies ist immer eine Person, die nicht erwerbsmäßig pflegt. Nach § 44 SGB XI (Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson) hat die Pflegeperson einen Anspruch auf Beitragszahlung zur gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) und einen Versicherungsschutz gemäß der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) für die Zeit

²⁶ BT-Drucks., S. 114, Begründung zu § 37 des Entwurfs.

ihrer Pflgetätigkeit. Darüber hinaus bestehen Ansprüche auf Leistungen aus dem Arbeitsförderungsgesetz zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach einer Pflgetätigkeit. Durch § 45 SGB XI werden von den Pflegekassen Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen angeboten, um die häusliche Pflege zu verbessern und zu erleichtern.²⁷

Die soziale Pflegeversicherung kennt neben Geld- und Sachleistung ebenfalls Regelungen zur Kostenerstattung. Gemäß § 91 SGB XI besteht die Möglichkeit, daß der Betroffene Leistungen einer Einrichtung in Anspruch nimmt, die zwar einen Versorgungsvertrag, aber keinen Vergütungsvertrag mit der Pflegekasse abgeschlossen hat. In diesem Fall erstattet die Kasse 80 % des vergleichbaren Sachleistungsbetrages. Es handelt sich hier allerdings nicht um eine typische Form der Kostenerstattung²⁸. § 23 Abs. 1 SGB XI sieht für die private Pflegeversicherung eine 100 %-ige Kostenerstattung vor.

Die soziale Pflegeversicherung ist eine Grundabsicherung gegen das Pflegefallrisiko. Die Leistungen sind alle der Höhe nach begrenzt. Des weiteren werden einige Leistung überhaupt nicht gewährt. Für Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I oder einen Zeitraum der Hilfebedürftigkeit kleiner als sechs Monate sieht das Gesetz keine Leistungen vor²⁹. Die relativ strikten Zugangsvoraussetzungen zur Pflegestufe I werden mit dem Problem der Finanzierbarkeit begründet. Hätte man aufgrund anfänglicher Großzügigkeit den Einstiegswinkel später anheben müssen, um die Finanzierbarkeit zu garantieren, dann hätte das zu ungerechtfertigten Ungleichbehandlungen geführt³⁰.

Bei der vollstationären Pflege haben die Betroffenen selbst die Kosten für Unterkunft und Verpflegung zu tragen, die sogenannten `Hotelkosten` (§ 4 Abs. 2 SGB XI).

Und sofern eine Leistung insgesamt nicht ausreichend ist, müssen die Pflegebedürftigen selbst diese Kosten tragen bzw., wenn sie dazu nicht in der Lage sind, muß die Sozialhilfe als finaler Schutz diese Kosten übernehmen.

2.3 Leistungserbringungsrecht

Da das Leistungserbringungsrecht eng mit den gewährten Leistungen zusammenhängt, soll es ebenfalls an dieser Stelle dargestellt werden. Einige Probleme erwachsen sogar

²⁷ Ebenda, S. 116, Begründung zu § 41 des Entwurfs.

²⁸ Schulin (1994b), S. 290.

²⁹ Allemeyer (1994), S. 316.

³⁰ Kesselheim (1995), S. 548.

erst aus den Regelungen des Leistungserbringungsrechts. Diese werden in einem späteren Teil der Arbeit diskutiert (s. Abschnitt 5.2).

Der Gegenstand des Leistungserbringungsrechts sind die rechtlichen Beziehungen zwischen Leistungsträger (Pflegekasse) und Leistungserbringer (Pflegeeinrichtung) und Leistungsberechtigtem (Pflegebedürftiger). Da das Sozialrecht zwischen Gewährung und Erbringung einer Leistung unterscheidet, anders als bei privaten Versicherungen, müssen die verschiedenen rechtlichen Beziehungen exakt differenziert werden³¹.

Das Gesetz fundiert im Sicherstellungsauftrag die Aufgabe der Pflegekassen, für eine „im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung zu gewährleisten“ (§ 69 Satz 1 SGB XI).

§ 72 SGB XI regelt die grundsätzliche Zulassung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zur pflegerischen Versorgung der Versicherten durch Versorgungsvertrag. Dieser hat eine rein `statusbegründende Funktion`³². Konkrete Versorgungsverträge regeln detailliert die, für die Versorgung der Pflegebedürftigen notwendigen, räumlichen, personellen und sachlich-technischen Gegebenheiten.

Sofern die Pflegeeinrichtungen die erforderlichen Voraussetzungen erfüllen, besteht ein Anspruch auf Abschluß eines konkreten Versorgungsvertrages.

Vorrangig sollen Verträge mit privaten und freigemeinnützigen Trägern abgeschlossen werden (§ 72 Abs. 3 SGB XI). „Dadurch soll ein geschlossener Markt der zugelassenen Pflegeeinrichtungen verhindert, neuen, innovativen Leistungsanbietern der Zugang zum `Pflegermarkt` offengehalten und so der Wettbewerb unter den Pflegeeinrichtungen gefördert werden“³³. Davon erhofft sich der Gesetzgeber eine Verbesserung des Qualitätsstandards zugunsten der Pflegebedürftigen.

§ 75 SGB XI regelt die Rahmenverträge zur pflegerischen Versorgung, diese sind für die Beteiligten unmittelbar verbindlich.

Die durch § 80 SGB XI festgelegte Qualitätssicherung folgt der Erfüllung der Aufgabe der Sicherstellung der Pflege (§ 69 SGB XI) der Pflegekassen. Leistungsträger und Leistungserbringer formulieren dazu gemeinsam und einheitlich Grundsätze und Maßstäbe zur Qualitätssicherung der Pflege.

Die häusliche Pflege durch Angehörige ist formell nicht geregelt. Hier ist es die Aufgabe des MDK die Qualität der häuslichen Pflege sicherzustellen, indem Überprüfungen

³¹ Neumann (1997), S. 513.

³² BT-Drucks., S. 135, Begründung zu § 81 des Entwurfs.

³³ Ebenda, S. 136, Begründung zu § 81 des Entwurfs.

durchgeführt werden. Durch die Inanspruchnahme verschiedener Leistungen, Geld- oder Sachleistung, bzw. familiärer oder professioneller Pflege ergeben sich Qualitätsprobleme, die an anderer Stelle ausführlich diskutiert werden (s. Abschnitt 5.3).

Außer den Versorgungsverträgen müssen die Pflegekassen mit den Leistungserbringern auch Vergütungsvereinbarungen abschließen, im Vergütungswesen werden ambulante und stationäre Leistungserbringer getrennt.

Für die stationären Leistungserbringer, also Pflegeheime, ist die Vergütung geregelt in §§ 84 ff SGB XI. Als Vergütung werden Pflegesätze vereinbart, dies sind Entgelte für die stationäre Pflegeleistung des Pflegeheims, sowie die medizinische Behandlung und soziale Betreuung.

Für die Pflegesätze ist charakteristisch, daß sie leistungsgerecht sein müssen (§ 84 Abs. 2 Satz 1 SGB XI) und, daß sie auf dem Vereinbarungsprinzip basieren (§ 85 Abs. 1 SGB XI) und prospektiv, d.h. zukunftsbezogen ausgerichtet sind (§ 85 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Gemäß § 87 SGB XI werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von den Pflegesatzparteien vereinbart. Diese Kosten der stationären Unterbringung hat der Versicherte selbst zu tragen. Die Kosten müssen dabei in einem angemessenen Verhältnis zu den übrigen Leistungen stehen.

Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen wird nach §§ 89 ff SGB XI geregelt. Dabei vereinbaren ebenfalls die Leistungsträger (Pflegekassen) mit den Leistungserbringern (Pflegedienste) die Vergütung der ambulanten Versorgung. Diese Vergütungsvereinbarung muß ebenfalls leistungsgerecht und prospektiv sein (§ 89 Abs. 1 SGB XI). Die Vergütung kann nach verschiedenen Kriterien ausgerichtet sein, zum Beispiel nach dem Zeitaufwand, nach dem Umfang oder nach dem Leistungsinhalt (§ 89 Abs. 3 SGB XI). Kommt eine gemeinsame Vergütungsvereinbarung nicht zustande, dann wird eine staatliche Gebührenordnung erlassen (§ 90 SGB XI). Derzeit werden überwiegend sogenannte Pflegekomplexleistungen vergütet (§ 89 Abs. 3 SGB XI). Unter Komplexleistungen versteht man Leistungspakete, die dem Pflegebedürftigen als ganzes angeboten werden. Die Problematik dieses Vergütungssystems wird an anderer Stelle betrachtet (s. Kapitel 5).

3 Empirischer Sachverhalt der Pflegeversicherung

Die Pflegebedürftigkeit gehört zu den allgemeinen Lebensrisiken, so wie Krankheit oder Unfall. Es kann prinzipiell jeden jederzeit treffen. Auch wenn die soziale Pflegeversicherung erst spät eingeführt worden ist, als 5. Säule der Absicherung im Verhältnis zu den anderen Sozialversicherungszweigen, stellt sie eine wichtige (Teil-) Absicherung gegen ein wesentliches Lebensrisiko dar.

1,6 Millionen der rund 80 Millionen Versicherten in der Bundesrepublik erhalten derzeit Leistungen aus der Pflegeversicherung. Davon erhalten 1,1 Millionen Leistungen bei häuslicher Pflege und rund 100.000 erhalten Leistungen bei häuslicher Pflege aus der privaten Pflegeversicherung. Etwa 400.000 weitere erhalten Leistungen bei stationärer Pflege. Insgesamt beziehen etwa 2 % der Bevölkerung Leistungen aus der Pflegeversicherung³⁴.

Die demographischen Entwicklungen zeigen, daß die Gesamtlebenserwartung steigt und die älteren Menschen eine höhere Restlebenserwartung besitzen. Damit vergrößert sich sowohl der Zeitraum, in dem das Pflegefallrisiko eintreten kann insgesamt als auch die Länge der möglichen Pflegebedürftigkeit. Hinzu kommt eine Tendenz zur Kleinfamilie, bzw. zum Ein- oder Zweipersonenhaushalt, sowie die zunehmende, volle Erwerbstätigkeit von Frauen. Dadurch ist die familiäre Absicherung bei Pflegebedürftigkeit gefährdet³⁵. Durch diese Entwicklungen wird die Problematik der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit zunehmen. Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklungen in Abhängigkeit vom Geschlecht bis in das Jahr 2030.

Tab. 3-1.: Anteil der Pflegebedürftigen an den Versicherten in Prozent

	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Männer	0,69 %	0,71 %	0,76 %	0,82 %	0,88 %	0,91 %	0,96 %	0,99 %
Frauen	1,10 %	1,13 %	1,14 %	1,23 %	1,28 %	1,33 %	1,42 %	1,42 %
Summe	0,90 %	0,93 %	0,96 %	1,03 %	1,09 %	1,13 %	1,20 %	1,12 %

Quelle: Pfaff (1994), INIFES auf der Basis des Infratestgutachtens.

³⁴ Die soziale Pflegeversicherung, BMA-Broschüre (1997), S. 8/9.

³⁵ Eisen (1992), S. 236.

Pflegebedürftigkeit ist nicht notwendigerweise mit hohem Alter verbunden. 400.000 Pflegebedürftige sind jünger als 60 Jahre. Grundsätzlich aber steigt das Pflegefallrisiko mit zunehmendem Alter an. Die folgende Tabelle zeigt, daß bis etwa zum 55. Lebensjahr der Anteil der Betroffenen relativ konstant ist und dann zunimmt³⁶.

Tab. 3-2.: Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen in Prozent

Altersgruppe	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Summe
bis unter 15	1,7 %	2,4 %	1,1 %	5,1 %
15 bis unter 20	0,4 %	0,7 %	0,4 %	1,5 %
20 bis unter 25	0,4 %	0,6 %	0,3 %	1,3 %
25 bis unter 30	0,5 %	0,7 %	0,3 %	1,6 %
30 bis unter 35	0,6 %	0,8 %	0,3 %	1,7 %
35 bis unter 40	0,6 %	0,7 %	0,3 %	1,6 %
40 bis unter 45	0,5 %	0,7 %	0,2 %	1,4 %
45 bis unter 50	0,6 %	0,7 %	0,2 %	1,5 %
50 bis unter 55	0,7 %	0,7 %	0,3 %	1,7 %
55 bis unter 60	1,4 %	1,5 %	0,5 %	3,3 %
60 bis unter 65	1,8 %	2,0 %	0,6 %	4,4 %
65 bis unter 70	2,6 %	2,9 %	0,8 %	6,3 %
70 bis unter 75	4,0 %	4,1 %	1,1 %	9,1 %
75 bis unter 80	5,0 %	4,8 %	1,2 %	11,0 %
80 bis unter 85	8,2 %	7,6 %	1,8 %	17,6 %
85 bis unter 90	8,4 %	9,0 %	2,0 %	19,0 %
90 und älter	4,1 %	6,0 %	1,5 %	11,9 %
Summe	41,5 %	46,0 %	12,6 %	100 %

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Stand: 30.6.1996.

Der vergleichsweise höhere Anteil pflegebedürftiger Frauen ist mit der um einige Jahre höheren Lebenserwartung von Frauen zu erklären. Dies fällt insbesondere bei den über 70-jährigen auf. Daher kommt es, daß fast doppelt so viele Frauen (64,6 %) Leistungsempfänger der Pflegeversicherung sind als Männer (35,4 %). Problematisch für die Situation der Frauen ist, falls sie selbst zum Pflegefall werden, daß ihre Partner möglicherweise bereits pflegebedürftig oder schon verstorben sind. Dann können sie nicht vom Partner gepflegt werden. Daher liegt die Schlußfolgerung nahe, daß Frauen verstärkt die Sachleistung wählen werden und Männer die Geldleistung, da diese von ihren Frauen gepflegt werden. Dementsprechend aufbereitetes Zahlenmaterial wird nach

³⁶ Die soziale Pflegeversicherung, BMA-Broschüre (1997), S. 17.

Auskunft des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung ab 1998 zur Verfügung stehen.

Tab. 3-3.: Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Geschlecht in Prozent

Altersgruppe	Männer	Frauen	Summe
bis unter 15	2,9 %	2,2 %	5,1 %
15 bis unter 20	0,9 %	0,7 %	1,5 %
20 bis unter 25	0,7 %	0,6 %	1,3 %
25 bis unter 30	0,9 %	0,7 %	1,6 %
30 bis unter 35	0,9 %	0,8 %	1,7 %
35 bis unter 40	0,9 %	0,7 %	1,6 %
40 bis unter 45	0,7 %	0,7 %	1,4 %
45 bis unter 50	0,7 %	0,7 %	1,5 %
50 bis unter 55	0,8 %	0,9 %	1,7 %
55 bis unter 60	1,7 %	1,6 %	3,3 %
60 bis unter 65	2,3 %	2,1 %	4,4 %
65 bis unter 70	3,2 %	3,1 %	6,3 %
70 bis unter 75	3,7 %	5,4 %	9,1 %
75 bis unter 80	3,7 %	7,3 %	11,0 %
80 bis unter 85	4,6 %	12,9 %	17,6 %
85 bis unter 90	4,3 %	14,7 %	19,0 %
90 und älter	2,3 %	9,6 %	11,9 %
Summe	35,4 %	64,6 %	100 %

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Stand: 30.6.1996.

Die beiden folgenden Tabellen zeigen die Anzahl der Pflegebedürftigen je Pflegestufe und deren beanspruchte Leistung. Bei ambulanter Pflege wird durch das Wahlrecht zwischen Geld- und Sachleistung unterschieden. Die Leistungen der stationären Pflege sind immer Sachleistungen. Die in den Tabellen angegebenen DM-Beträge sind die gesetzlichen Obergrenzen (§§ 36 Abs. 2 und 3, 37 Abs. 1, 43 Abs. 2 und 3 SGB XI).

Tab. 3-4.: Pflegebedürftige in der ambulanten Pflege

Pflegestufe	Anzahl der Pflegebedürftigen	Geldleistung in DM	Sachleistung in DM
Stufe I	380.000	400,--	750,--
Stufe II	581.000	800,--	1800,--
Stufe III	139.000	1300,--	2800,--*

* in Härtefällen bis zu DM 3750,--

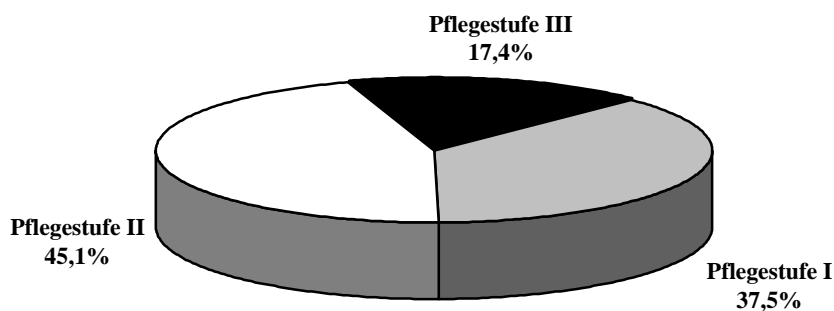
Tab. 3-5.: Pflegebedürftige in der stationären Pflege

Pflegestufe	Anzahl der Pflegebedürftigen	Leistung (stationäre Pflegesachleistung) in DM
Stufe I	113.000	2000,--
Stufe II	175.000	2500,--
Stufe III	129.000	2800,--*

* in Härtefällen bis zu 3300,--

Quelle: Sozialpolitische Umschau, Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, Nr.478/1996, Stand: 25.11.1996.

Abb. 3-1: Anzahl der Leistungsfälle



Quelle: AOK-Bundesverband, Statistische Informationen, Stand: April 1997.

Die Pflegebedürftigen werden nach Art und Schwere in drei Pflegestufen eingeteilt (§ 15 Abs. 1 SGB XI). Das obige Diagramm zeigt, wie sich die Pflegebedürftigkeit auf die verschiedenen Stufen verteilt.

Die Leistungsempfänger der drei Pflegestufen können weiter nach den verschiedenen in Anspruch genommenen Leistungen (§§ 36 bis 41 SGB XI) differenziert werden, sowohl bei ambulanter als auch bei vollstationärer Pflege. Der Vergleich der Leistungsarten weist schon darauf hin, daß die Geldleistung mit 60,4 % aller Leistungen eine große Bedeutung besitzt, wie die folgende Tabelle zeigt.

Tab. 3-6.: Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen vom 4. Quartal 1996 (Summe aller Kassen)

Leistungsart	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Härtefälle	Summe	in Prozent
Pflegesachleistung	45.697	45.867	13.602	712	105.879	6,8 %
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen	432.302	406.424	105.150		943.877	60,4 %
Kombination von Geld- und Sachleistung	34.263	66.579	34.463		135.305	8,7 %
Tages- und Nachtpflege	1.221	1.767	651		3.639	< 1 %
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	1.415	3.639	1.750		6.804	< 1 %
Kurzzeitpflege	1.505	2.863	1.363		5.731	< 1 %
Vollstationäre Pflege	98.239	151.439	104.590	873	355.142	22,7 %
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen					5.711	< 1 %
Insgesamt	614.784	678.667	261.569	1.586	1.562.087	100 %

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und eigene Berechnungen, Stand: 15.4.1997.

Die Kombinationsleistung ist eine Sonderform der Sachleistung. Falls der Pflegebedürftige die Sachleistung nicht voll beansprucht, steht ihm ein anteiliges Pflegegeld zu. Bezieht man den Anteil derjenigen, die eine Kombinationsleistung wählen auf diejenigen die insgesamt eine Sachleistung in Anspruch nehmen, so hat die Kombinationsleistung eine Bedeutung von 56 % im Verhältnis zur reinen Sachleistung mit 44 %. Die Kombinationsleistung hat demnach auch eine gewisse Relevanz unter den Leistungen.

Die Tabelle 3-7 stellt die Pflegebedürftigen nach der Form der Pflege, ambulant oder stationär, gegenüber. Das Ergebnis ist insofern nicht überraschend, da es einleuchtend ist, daß mit zunehmender Pflegebedürftigkeit verstärkt die stationäre Pflege in Anspruch genommen wird, weil die Versorgung ambulant nicht mehr garantiert werden kann. Mit

77 % ambulanter Pflege insgesamt wird der Grundsatz des Gesetzgebers `ambulant vor stationär` erreicht.

Tab. 3-7.: Verhältnis der Empfänger von ambulanten und stationären Leistungen

Pflegeart	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Härtefälle	Summe
Ambulante Pflege	83 %	78 %	60 %	45 %	77 %
Stationäre Pflege	17%	22 %	40 %	55 %	23 %

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Stand: 10.4.1997.

Tab. 3-8.: Verhältnis der Empfänger von Geld- und Sachleistung in der ambulanten Pflege

Leistungen	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Härtefälle	Summe
Pflegesachleistung (einschl. 50 % Kombi.)	12 %	15 %	20 %	100%	15 %
Pflegegeld (einschl. 50 % Kombi.)	88 %	85 %	80 %	0 %	85 %

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Stand: 10.4.1997.

Schließlich werden die Leistungsempfänger der drei Pflegestufen nach den gewählten Leistungen in der ambulanten Pflege, Geld- oder Sachleistung, einander gegenübergestellt (s. Tab. 3-8). Dabei entscheiden sich 80 % oder mehr der Betroffenen in jeder Pflegestufe für die Geldleistung. Mit steigender Pflegebedürftigkeit verändert sich diese Tendenz geringfügig zugunsten der Sachleistung. Mit 85 % insgesamt steht die Geldleistung ganz eindeutig im Vordergrund.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß es sich bei der Pflegebedürftigkeit um ein allgemeines Lebensrisiko handelt, welches tendenziell mit dem Alter zunimmt. Durch die demographischen und gesellschaftlichen Entwicklungen verschärft sich die Problematik der Pflegebedürftigkeit.

Trotz der geringeren Höhe im Verhältnis zur Sachleistung, besitzt die Geldleistung in allen Pflegestufen ein starkes Übergewicht. Eine Zielsetzung dieser Arbeit besteht darin, Begründungen - ökonomische oder juristische - für diesen Sachverhalt zu finden, da

aufgrund fehlender, familiärer Pflegepersonen oder aus Qualitätssicherungsgründen eigentlich die Sachleistung zunehmend an Bedeutung gewinnen müßte³⁷.

4 Determinanten der Entscheidung zwischen Geld- und Sachleistung

Die Zielsetzung dieses Kapitels besteht darin, Erklärungen zu geben, wie sich der betroffene, pflegebedürftige Mensch zwischen Geld- und Sachleistung entscheidet und auf welcher Begründung die Entscheidung basiert. Pflegebedürftigkeit ist eine komplexe Problematik insofern, als sie die gesamte Lebenssituation des Pflegebedürftigen und meistens noch weiterer Personen betrifft. Es spielen also sehr viele Aspekte eine Rolle bei der Entscheidung über die Art der Pflege, zum Beispiel familiär oder professionell und der Art der Leistung, Geldleistung oder Sachleistung.

Das folgende Schaubild vermittelt einen Eindruck über die Vielschichtigkeit der Determinanten, die bei Pflegebedürftigkeit mit zu berücksichtigen sind.

Die Determinanten werden in drei Ebenen eingeteilt, Makro-, Meso- und Mikrolevel.

Abb. 4-1: Determinanten der Entscheidung bei Pflegebedürftigkeit³⁸

Macrolevel:



- Angebotssituation in der professionellen Pflege
- rechtliche / institutionelle Verhältnisse
- Sozialgesetzgebung (Pflege-VG)
- Infrastruktur

Mesolevel:



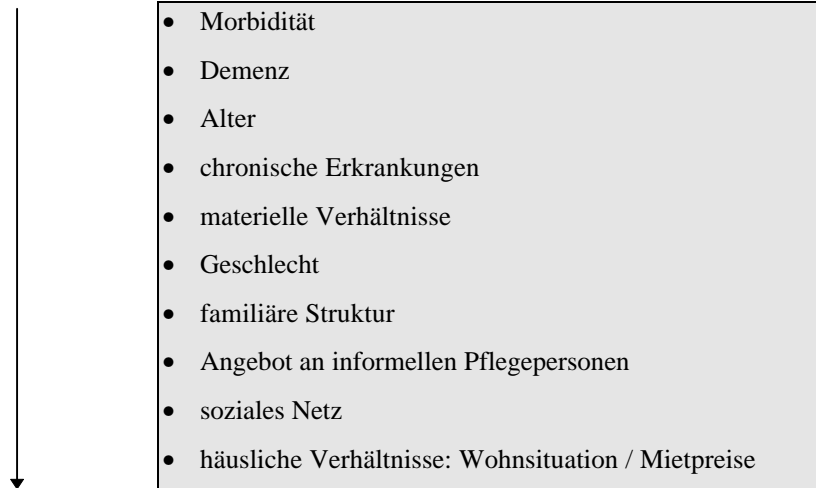
- medizinisch-technischer Fortschritt
- Verhalten der Ärzte und des Pflegepersonals
- moralische Einstellungen

³⁷ Pfaff (1994), S. 731 und Rückert (1995), S. 128.

³⁸ In Anlehnung an Eisen/Mager (1996), S. 253.

- eigene Rolle in der Gesellschaft
- soziale Erwartungen der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen
- ökonomische Verhältnisse: Einkommen / Vermögen

Microlevel:

- 
- Morbidität
 - Demenz
 - Alter
 - chronische Erkrankungen
 - materielle Verhältnisse
 - Geschlecht
 - familiäre Struktur
 - Angebot an informellen Pflegepersonen
 - soziales Netz
 - häusliche Verhältnisse: Wohnsituation / Mietpreise

offenbarte Präferenzen der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen

⇒ Entscheidung bezüglich der Pflege:

Geldleistung / Sachleistung

Der Makrolevel beinhaltet globale rechtliche und institutionelle Aspekte, auf die der einzelne keinen Einfluß hat, die aber dennoch für eine Entscheidungsfindung wichtig sein können, zum Beispiel die konkrete Sozialgesetzgebung in der Pflegeversicherung.

Der Mesolevel enthält Determinanten, die dem einzelnen bereits wesentlich näher stehen als die vorgenannten Aspekte. Es handelt sich um solche, auf die er zum Teil selbst Einfluß nehmen kann, zum Beispiel die moralische Einstellung, die sozialen Erwartungen und die ökonomischen Verhältnisse.

Bei den Determinanten des Mikrolevels schließlich handelt es sich zum Teil um noch persönlichere Aspekte. Einige davon sind gegeben, wie Alter und Geschlecht, andere sind beeinflussbar. Demenz und Morbidität sind in gewisser Weise durch die Lebensführung beeinflussbar; die häuslichen und materiellen Verhältnisse sind in einem gewissen Rahmen ebenfalls zu beeinflussen. Pflegebedürftigkeit ist eine Lebenssituation, die von vielen Aspekten beeinflusst wird und zusätzlich im Einzelfall sehr unterschiedlich sein kann.

Da es nicht möglich ist, diese Determinanten gänzlich und gleichzeitig zu betrachten, ist eine schrittweise Analyse notwendig. Daher ist die erste ökonomische Frage, welche

Lösung für einen rationalen Pflegebedürftigen optimal ist, wenn noch von allen zusätzlichen Annahmen abstrahiert wird. Zunächst werden die Bedingungen für eine optimale Pflegeversicherung betrachtet und in einem nächsten Schritt wird moral hazard-Verhalten mit in die Analyse einbezogen, sowie adverse Selektion.

Die Abschnitte 4.2 und 4.3 stellen insofern Erweiterungen dieses Grundmodells dar, da sie neue Aspekte mit einbeziehen, die für die Entscheidung wichtig sind. Insofern stellen diese Aspekte eine Auswahl aus den aufgeführten Determinanten dar.

Abschnitt 4.2 beschäftigt sich mit familiären Aspekten der Pflege und Abschnitt 4.3 behandelt die Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit. Diese Aspekte werden behandelt, weil sie für die Entscheidung zwischen Geld- und Sachleistung eine besondere Relevanz besitzen.

Die rechtliche Fundierung des SGB XI bildet die Basis für diese Betrachtungen. Außerdem entstehen aus den rechtlichen Regelungen einige zusätzliche Schwierigkeiten, die ebenfalls diskutiert werden.

4.1 Die allgemeine mikroökonomische Betrachtung

Zu Beginn der mikroökonomischen Analyse steht eine allgemeine Untersuchung der Wirkung von Güterzuteilungen und Geldzuteilungen und deren Vorteilhaftigkeit im Vordergrund. Die Analyse wird ergänzt durch eine spezielle Betrachtung von monetären und realen Sozialtransfers. Daraufhin wird ein spezielles Modell der Versicherungsökonomik für die Pflegeversicherung entwickelt.

4.1.1 Vergleich der Leistungsarten ohne Versicherung

Zunächst wird der Unterschied von Geldeinkommen und einer entsprechenden Gütermengenzuteilung als allgemeines statisches Allokationsproblem betrachtet. Die zu diesem Zweck betrachteten Haushalte sehen sich in der einen Situation einem Geldtransfer gegenüber, in der anderen Situation werden entsprechende Gütermengen zugeteilt. Die Haushalte können über ihre Konsumpläne dabei frei entscheiden. Bei Geldeinkommen erreichen die Haushalte eine höhere Indifferenzkurve als bei

Gütermengenzuteilung. Es zeigt sich, daß unter wohlfahrtsökonomischen Aspekten das Geldeinkommen der Gütermengenzuteilung regelmäßig überlegen ist.³⁹

Unter der extrem einschränkenden Annahme, daß alle Haushalte identische Präferenzen haben, kommt es zu keinem Unterschied zwischen Geldeinkommen und Gütermengenzuteilung. Bei identischen Präferenzen der Haushalte kommt es daher nicht zu Wohlfahrtsverlusten. Dieses erste noch sehr abstrakte Ergebnis soll auf die Pflegeversicherung übertragen werden.

Das Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) stellt einen reinen Geldleistungstransfer dar, und die Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) ist als Dienstleistungszuteilung zu verstehen. Basierend auf dem allgemeinen Ergebnis, müßte somit die Pflegegeldleistung die Pflegesachleistung unter wohlfahrtsökonomischen Gesichtspunkten vom Charakter der Leistung her stets dominieren. Nur im besonderen Fall identischer Präferenzen der Pflegebedürftigen würde die Art der Leistung keinen Unterschied machen. Da aber gerade im Fall der Pflegebedürftigkeit die individuelle Sachlage der Betroffenen sehr unterschiedlich ist, kann der Fall identischer Präferenzen ausgeschlossen werden.

Pflegegeldleistung und Pflegesachleistung unterscheiden sich allerdings stark in ihrer wertmäßigen Höhe. Die Pflegesachleistung übersteigt die Pflegegeldleistung in den Pflegestufen I, II und III jeweils um DM 350,--, DM 1000,-- und DM 1500,--. Da das Pflegegeld so stark wertmäßig hinter der Pflegesachleistung zurückbleibt, ist es der Sachleistung nicht mehr überlegen. Vielmehr dominiert die Sachleistung die Geldleistung gemessen am reinen Geldwert der Leistungen. Welche Leistung individuell dominiert, ist unter anderem von den Präferenzen des Pflegebedürftigen und seiner Situation abhängig.

Ausgehend von der Position, daß ein Pareto-Optimum eher mittels eines Geldtransfers als durch einen gleichhohen Sachtransfer zu erreichen ist, versucht Eisen⁴⁰ zu zeigen, daß der rein monetäre Transfer dem Realtransfer nicht in jedem Fall überlegen ist.

Zunächst werden die verschiedenartigen Motive für die Umverteilungsmaßnahmen durch Transfers in diesem Zusammenhang erläutert.

Im Fall von Egoismus erwächst dem Geber des Transfers Befriedigung durch den Transfer, dabei spielt lediglich die Höhe des Transfers eine Rolle, keinesfalls die Person des Empfängers.

³⁹ Bernholz/Breyer (1993), S. 64.

⁴⁰ Eisen (1981).

Im Fall von Altruismus unterscheidet Eisen vier verschiedene Varianten:

1. das Nutzenniveau des Gebers hängt positiv vom Nutzenniveau des Empfängers ab; 2. der Geber empfindet die Armut des Mitmenschen als bedrückend; 3. der Geber ist am Konsum eines bestimmten Gutes durch seinen Mitmenschen interessiert; 4. der Geber ist an einer gesellschaftlich gleichmäßigen Verteilung eines bestimmten Gutes interessiert.

Darüber hinaus ist ein gesellschaftliches Motiv für Umverteilungen denkbar; und zwar in der Hinsicht, daß eine gleichmäßigere Einkommensverteilung durch Umverteilungen die sozialen Spannungen in der Gesellschaft abbaut und daher als wünschenswert angesehen wird.

Im Fall von Versicherungseinrichtungen werden Umverteilungsmaßnahmen als Strategie zur Verminderung von Unsicherheiten angesehen, etwa als Mindesteinkommensgarantie.⁴¹

Es zeigt sich, daß reine Geldtransfers die Sachtransfers immer dann dominieren, wenn in der Nutzenfunktion des Gebers der Nutzen bzw. das Einkommensniveau des Empfängers enthalten ist oder die Einkommensverteilung der Bevölkerung. Oder aber der Geber hat einen externen Vorteil durch die Umverteilungslösung einer Versicherungseinrichtung.

Wenn allerdings der externe Vorteil des Gebers vom Konsum eines spezifischen Gutes abhängig ist, entweder durch einen einzelnen oder durch die Gesellschaft insgesamt, dann dominieren spezifische Sachtransfers die Geldleistung.⁴² Durch den festgelegten Transfer kann der Konsum des oder der anderen im Sinne der Präferenzen des Gebers gesteuert werden.

Obwohl diese Argumentation zunächst einleuchtend ist, kann sie sich einigen Kritikpunkten nicht entziehen. Die Sachtransfers führen dann nicht zu einem Pareto-Optimum wenn der Empfänger fähig ist, mit seinem eigenen Einkommen den Konsum gemäß seiner Präferenzen anzupassen; dann ist nämlich der Sachtransfer einem Geldtransfer wieder gleichwertig.

Darüber hinaus kann das Einkommen des Empfängers sehr klein sein, und / oder der Sachtransfer ist sehr weit von den Konsumwünschen des Empfängers entfernt. In diesem Fall ist der Empfänger bestrebt den Sachtransfer zu tauschen, dies wird aber in den meisten Fällen nicht möglich sein, insbesondere im Falle einer Pflegesachleistung nicht.

Man gelangt daher zu dem vorläufigen Fazit, daß sowohl Geldtransfers als auch spezifische Transfers benötigt werden. Nur durch eine Kombination beider Transferarten

⁴¹ Eisen (1981), S. 47 ff.

⁴² Ebenda, S. 50/51.

können die Ziele einer gesellschaftlich akzeptierten Einkommensverteilung und einer möglichst gleichmäßigen Versorgung mit bestimmten Gütern erreicht werden.⁴³

Im folgenden versucht Eisen in einem Second-best-Modell die Frage zu beantworten, ob eine Umverteilung durch ein Preissystem auf einem Markt besser ist oder ein einfaches Zuteilungsverfahren (Rationierungskonzept).

Die Nachfragefunktion ist abhängig vom Preis, vom Grad der Bedürftigkeit nach diesem Gut und vom Einkommensniveau. Das Ergebnis zeigt, daß c.p. ein Preissystem, und das verlangt dann einen Geldtransfer, besser ist, falls die Bedürfnisse der Bevölkerung sehr unterschiedlich sind. Und es ist ebenfalls besser, wenn die Gesellschaft über eine relativ gleichmäßige Einkommensverteilung verfügt. Andererseits ist ein Zuweisungssystem von Sachleistungen c.p. besser, falls die Bedürfnisse eher uniform sind oder falls die Einkommensverteilung in der Gesellschaft eher ungleich ist.

Zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit dürfte dieses Ergebnis ebenso Gültigkeit besitzen. Geld- und Sachleistungen sind notwendig um die gesellschaftlichen, sozialpolitischen und ökonomischen Ziele bei der Absicherung des Pflegefallrisikos zu verfolgen.

Im folgenden soll anhand eines versicherungsökonomischen Modells die Struktur der Nachfrage nach Pflegeversicherung verdeutlicht werden, unter Berücksichtigung der verschiedenen Leistungsarten. Dabei wird das Augenmerk auf die wichtigen Ansätze eines moral hazard-Effektes in der Pflegeversicherung und deren Kritik gelenkt.

4.1.2 Das versicherungsökonomische Modell

Das versicherungsökonomische Modell zur Pflegeversicherung ist angelehnt an das Modell von Breyer / Zweifel⁴⁴.

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit ist wie das der Krankheit ein versicherbares Risiko.

Zunächst muß die Frage beantwortet werden, wie die optimale Versicherung gegen das Pflegefallrisiko aus Sicht des Versicherungsnehmers aussieht. Eine Zwangsversicherung⁴⁵, wie bei der Pflegeversicherung ist dann optimal, wenn der Versicherungsnehmer sie auch freiwillig als optimale Lösung gewählt hätte. Die Frage der Notwendigkeit des Zwangs wird hier nicht weiter betrachtet.

⁴³ Ebenda, S. 57.

⁴⁴ Breyer/Zweifel (1997), S. 186 ff.

⁴⁵ Schulin (1994a), S. 436.

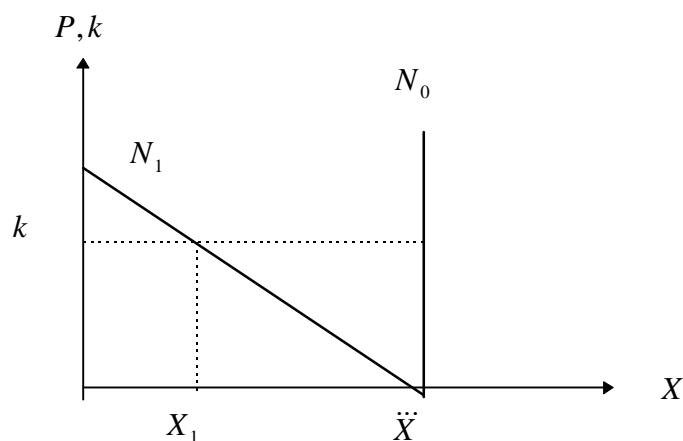
Obwohl die Betrachtung des Pflegefalls als Risiko dem der Krankheit in vielen Punkten sehr ähnlich ist oder sogar entspricht, gibt es auch signifikante Unterschiede. Ein wesentlicher Unterschied besteht darin, daß bei Pflegebedürftigkeit der Zustand vor Eintritt des Versicherungsfalls in der Regel nicht mehr herzustellen ist, anders als im Falle der Krankheit.

Bei Eintritt des Pflegefalls lassen sich zwei Formen von Verlusten unterscheiden. Zum einen gibt es materielle und damit versicherbare Schäden. Man könnte dies beziffern mit der Summe aller Pflegeeinsätze, die der Betroffene erhält. Und zum anderen entstehen auch immaterielle Schäden, die zunächst nicht versicherbar sind. Der Verlust der Lebensfreude wegen dauerhafter Abhängigkeit stellt einen typischen immateriellen Schaden dar.

Im Zusammenhang mit Versicherungen spielt das Phänomen des *moral hazard* eine große Rolle. Unter moral hazard versteht man das veränderte Verhalten der Individuen aufgrund der Existenz einer Versicherung. Dieser effizienzmindernde Effekt resultiert aus asymmetrischer Information zwischen Versichertem und Versicherer⁴⁶.

Auch bei der Pflegeversicherung kommt es zu moral hazard-Verhalten der Versicherten. Die normale Nachfragekurve N_0 verschiebt sich zu einer preisunelastischen, senkrechten Nachfragekurve N_1 .

Abb. 4-2: Nachfrage nach Pflegeleistung mit und ohne Versicherung⁴⁷



Ohne Versicherung werden Pflegeleistungen in Höhe von X_1 nachgefragt, bei einem Preis der Pflegeleistung von k . Die Pflegeleistungen werden bis zur Sättigungsgrenze \ddot{X} nachgefragt, da sie bei Existenz einer Versicherung einen effektiven Preis von Null für

⁴⁶ Kreps (1994), S. 521.

⁴⁷ Mager (1995), S. 118.

den Versicherten haben. Es kommt zu einer Mehrnachfrage nach Pflegeleistung aufgrund der Versicherung.

Bei der Pflegeversicherung werden zwei Formen von moral hazard unterschieden. Zum einen kann das moral hazard-Verhalten in der Beeinflussung der Wahrscheinlichkeit liegen, pflegebedürftig zu werden. In diesem Fall spricht man von *ex ante moral hazard*. Und zum anderen kann das moral hazard-Verhalten in einer Überinanspruchnahme der Versicherungsleistung nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit zum Ausdruck kommen, dabei handelt es sich um *ex post moral hazard*.

Das moral hazard-Verhalten bei Pflegebedürftigkeit lässt sich wie folgt strukturieren.

Tab. 4-1: Phänotypen von moral hazard bei Pflegebedürftigkeit

Ex ante moral hazard	Ex post moral hazard
1. Vorsätzliche Herbeiführung von Pflegebedürftigkeit 2. Fahrlässige Herbeiführung von Pflegebedürftigkeit 3. Simulation bzw. Vortäuschung von Pflegebedürftigkeit	4. Quantitative Überinanspruchnahme von Pflegeleistungen (Mengen-moral hazard) 5. Qualitative Überinanspruchnahme von Pflegeleistungen (Qualitäts-moral hazard) 6. Überinanspruchnahme von Pflegeleistungen in preislicher Hinsicht bei gegebener Art und Menge der Pflegeleistung (Preis-moral hazard)

Quelle: Mager (1995), S.120.

Beide Formen des moral hazard, ex ante und ex post, werden im Rahmen dieser Analyse behandelt. Zuvor werden die Bedingungen für einen optimalen Pflegeversicherungsvertrag betrachtet.

4.1.2.1 Die optimale Pflegeversicherung

Im folgenden wird anhand einen versicherungsökonomischen Modells untersucht, ob die soziale Pflegeversicherung unter mikroökonomischen Gesichtspunkten eine optimale Versicherungsstruktur aufweist. Dabei handelt es sich um eine normative Betrachtungsweise, da versucht wird, eine optimale Versicherungsstruktur unter wohlfahrtsökonomischen Aspekten zu modellieren. Dazu werden die Optimalitätsbedingungen abgeleitet und mit der existierenden Pflegeversicherung verglichen, was den Übergang zu einer positiven Betrachtungsweise bedeutet.

Hierbei sei der realistische Fall unterstellt, es gebe beliebig viele Zustände an Pflegebedürftigkeit. Der Schaden selbst ist eine Zufallsvariable und die Wahrscheinlichkeit, ein Pflegefall zu werden, ist nicht beeinflussbar. D.h. es gibt kein moral hazard und darüber hinaus wird von immateriellen Schäden abgesehen.

M sind die Kosten der Pflegebedürftigkeit und M kann endlich viele Werte annehmen $M_s (s = 1, \dots, S)$; p_s ist die dazugehörige Wahrscheinlichkeit im Schweregrad $s = 1, \dots, S$ pflegebedürftig zu werden. Y ist das Bruttoeinkommen, I_s ist die Versicherungsleistung, für die gilt:

$$(4-1) \quad 0 \leq I_s \leq M_s.$$

P ist die Prämie, die der Versicherte zahlen muß. Das verfügbare Einkommen ist dann definiert durch:

$$(4-2) \quad y = Y - P - M_s + I_s.$$

Für die Nutzenfunktion $u(y)$ gelte, $u'(y) > 0$ und $u''(y) < 0$ und durch die Konkavität der Nutzenfunktion ist die Risikoaversion des Individuums ausgedrückt.

Die Erwartungsnutzenfunktion für den Versicherten lautet dann:

$$(4-3) \quad EU = E[u(y)] = \sum_{s=1}^S p_s u(Y - P - M_s + I_s).$$

Die Prämie besteht aus zwei Komponenten:

$$(4-4) \quad P = (1+l) E(I_s) = (1+l) \sum_{s=1}^S p_s I_s \quad (l \geq 0).$$

Die Prämie ist proportional zur Nettoprämie, d.h. zum Erwartungswert der Versicherungsleistung. l ist proportional zur Nettoprämie und stellt damit eine Art Risikozuschlag dar. Eine Versicherungsprämie heißt fair, falls $l = 0$ ist und es keine proportionalen Kosten gibt.

Unter der Nebenbedingung der Prämienfunktion wird der Erwartungsnutzen maximiert:

$$(4-5) \quad \Phi = \sum_{s=1}^S p_s u(Y - P - M_s + I_s) + m \left\{ P - (1+l) \sum_{s=1}^S p_s I_s \right\}.$$

Die partielle Ableitung nach I_s liefert, wegen der Ungleichung (4-1) mit Hilfe des Kuhn-Tucker-Theorems:

$$(4-6) \quad \frac{\partial \Phi}{\partial I_s} = p_s u'(Y - P - M_s + I_s) - m(1+l) p_s \begin{cases} \leq 0; \text{ falls } I_s = 0 \\ = 0; \text{ falls } I_s < M \\ \geq 0; \text{ falls } I_s = M_s \end{cases}$$

$(s = 1, \dots, S).$

Und die partielle Ableitung nach der Prämie P liefert:

$$(4-7) \quad \frac{\partial \Phi}{\partial P} = - \sum_{s=1}^S p_s u'(Y - P - M_s + I_s) + m \begin{cases} \leq 0; \text{ falls } P = 0 \\ = 0; \text{ falls } P > 0 \end{cases}.$$

Wobei der Fall $P = 0$ irrelevant ist, weil es dann keine Versicherung gibt.

Nun sei angenommen, es gebe drei Zustände an Pflegebedürftigkeit s , t und v , analog der drei Pflegestufen des SGB XI. In jedem dieser Zustände erhält der Versicherte eine Leistung $I_s > 0$, $I_t > 0$ und $I_v > 0$, weil $p_s > 0$, $p_t > 0$ und $p_v > 0$. Durch jeweiliges Einsetzen in (4-6) ergibt sich:

$$(4-8) \quad m(1+l) = u'(y_s) = u'(y_t) = u'(y_v).$$

Die Übereinstimmung der Grenznutzen bei unterschiedlicher Pflegebedürftigkeit bedeutet, daß bei konkaver Nutzenfunktion das verfügbare Einkommen gleich ist:

$$(4-9) \quad Y - P - M_s + I_s = Y - P - M_t + I_t = Y - P - M_v + I_v$$

und daraus ergibt sich:

$$(4-10) \quad M_s - I_s = M_t - I_t = M_v - I_v \equiv D.$$

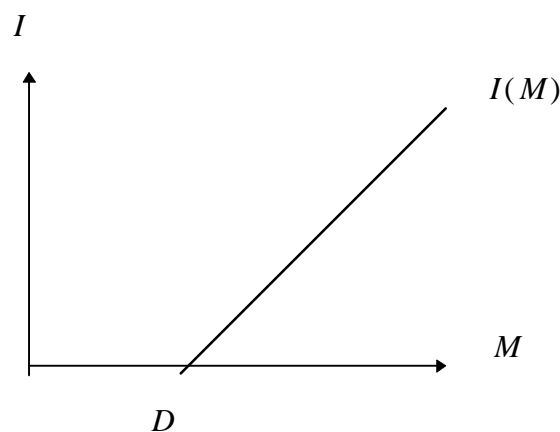
Zieht man von den jeweiligen Pflegefallkosten die Versicherungsleistung ab, so drückt die Differenz D denjenigen Betrag aus, den der Versicherte selbst tragen muß, falls der Pflegefall eintritt. Die Funktion der Versicherungsleistung lautet dann:

$$(4-11) \quad I_j^0 = \begin{cases} M_j - D; & \text{falls } M_j > D \\ 0 & ; \text{sonst} \end{cases} \quad (j = s, t, v).$$

Dies ist das vorläufig optimale Ergebnis unter der Annahme beliebig vieler Pflegefallzustände.

Die folgende Graphik stellt diese Funktion der Versicherungsleistung dar.

Abb. 4-3: Funktion der Versicherungsleistung mit Selbstbehalt⁴⁸



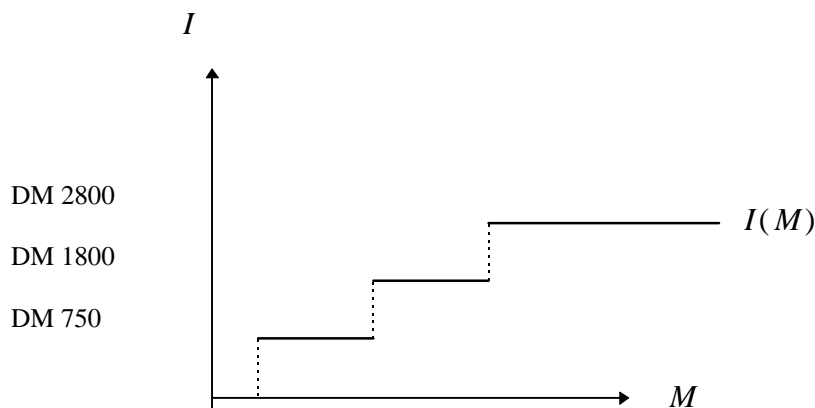
Die Struktur der Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung weicht von diesem optimalen Ergebnis ab.

Zum einen sind die Leistungen als Pauschaltransfers mit Obergrenzen konstruiert und führen damit zur entgegengesetzten Anreizwirkung, als es bei der Lösung mit positivem Selbstbehalt der Fall ist.

Zum anderen müßte die optimale Versicherung für alle Fälle an Pflegebedürftigkeit die gleiche Höhe an Selbstbeteiligung vorsehen. D.h. innerhalb einer Pflegestufe müßten die Pflegefälle alle gleichartig sein in Bezug auf die Kosten. Und zusätzlich müßte für alle Pflegebedürftigen, der jeweilige Anteil der selbst zu tragenden Kosten, gleich groß sein. Dies ist wohl unmöglich, aufgrund der Individualität der Pflegebedürftigkeit. Auch innerhalb einer Stufe können unter Umständen die Kosten erheblich variieren.

⁴⁸ Breyer/Zweifel (1997), S. 199.

Abb. 4-4: Funktion der Versicherungsleistung für die Pflegeversicherung (Sachleistung)



Damit ist die Struktur der Versicherungsleistung des SGB XI einer optimalen Regelung unterlegen. Die oben dargestellte optimale Auszahlungsfunktion (4-11) bewirkt, daß der Grenznutzen des Geldes immer gleich ist, für alle Zustände an Pflegebedürftigkeit. Bei jeder anderen Form der Auszahlungsfunktion ist demnach durch Umverteilung eine Verbesserung noch möglich.⁴⁹

Die Tatsache, daß die vorliegende Form der Leistungsgewährung verwirklicht worden ist, läßt sich damit rechtfertigen, daß es sich bei der Pflegeversicherung um eine Grundabsicherung handeln sollte. Der Gesetzgeber wollte keine Vollversicherung schaffen, analog zur GKV. Die bestehende Form der Pflegeversicherung ist insofern akzeptabel, da sie eine pauschale Grundabsicherung bietet, und jeder weitere Versicherungsschutz gemäß individueller Präferenzen hinzugekauft werden kann.

Problematisch ist die Höhe von D . Die versicherungsökonomische Analyse liefert das Ergebnis, daß D dort optimal ist, wo sich der Nutzengewinn aus einer Prämiensenkung und der Nutzenverlust aus einer Erhöhung des Selbstbehalts entsprechen.

⁴⁹ Breyer (1984), S. 295.

Im SGB XI sind aber sowohl die Beiträge (§ 55 SGB XI) als auch die Leistungen (§ 36 ff SGB XI) gesetzlich festgeschrieben. Tritt der Pflegefall ein, dann ist durch die Leistungsgrenze auch das jeweilige D bestimmt. Es ist aber davon auszugehen, daß das optimale D nicht mit demjenigen der sozialen Pflegeversicherung übereinstimmt.

Abgesehen von der theoretischen Analyse bleibt damit die Frage, ob die festgelegten Höhen der Leistungen des SGB XI in der Realität optimale Höhen für eine Grundabsicherung sind? Letztlich ist diese Frage nicht abschließend zu beantworten; unter anderem auch deshalb, weil langfristige Erfahrungswerte mit diesen Leistungsgrenzen nicht vorliegen.

Insgesamt sind die Leistungen gering. Und unterhalb einer Sättigungsgrenze für Pflegeleistung spielt die Art der Leistung, Sachleistung oder Geldleistung, für eine Entscheidung keine Rolle.

Es ist möglich, in einem weitergehenden Schritt, auch die immateriellen Schäden der Pflegebedürftigkeit zu betrachten. Dies wird modelliert, indem man die Wirkung von Pflegebedürftigkeit in die Nutzenfunktion mit einbezieht⁵⁰. Auf eine derartige Analyse wird an dieser Stelle verzichtet.

4.1.2.2 Ex ante moral hazard

Es ist davon auszugehen, daß Pflegebedürftigkeit für den Betroffenen den Charakter eines Übels besitzt. Außerdem ist Pflegebedürftigkeit dadurch gekennzeichnet, daß es sich in der Regel um einen irreversiblen Zustand handelt, d.h. falls der Pflegefall eintritt, ist er nicht mehr rückgängig zu machen, sondern dauert bis zum Tod an. Deshalb sind die Phänotypen 1. und 2. des ex ante moral hazard keine realistischen Fälle (s. Tab. 4-1). Daher kann einem rationalen Individuum die fahrlässige oder vorsätzliche Herbeiführung der eigenen Pflegebedürftigkeit schlechterdings unterstellt werden⁵¹.

Anders ist der Phänotyp 3. gelagert. Simulation bzw. Vortäuschen kommt als ex ante Form von moral hazard in der sozialen Pflegeversicherung insofern in Betracht, als daß die Feststellung der Pflegebedürftigkeit den Zugang zu den Leistungen erst ermöglicht (§15 Abs. 1 SGB XI i. V. m. § 18 Abs. 1 SGB XI).

Zu einer derartigen Form der Vortäuschung der Pflegebedürftigkeit wird es daher insbesondere bei der Einstufung in die Stufe I und bei der jeweiligen Höherstufung

⁵⁰ Breyer/Zweifel (1997), S. 202 ff.

⁵¹ Mager (1995), S. 120 und Buchholz/Wiegard (1992), S. 452.

kommen. Der Gesetzgeber hat diese Problematik allerdings bedacht, und die `Monitoring Technology` des MDK eingeführt (s. Abschnitt 2.2). Dieses unabhängige Begutachtungsverfahren führt zu einer Erschwerung, wenn ein Versicherter Pflegebedürftigkeit vortäuschen will.

Insgesamt kann damit die Bedeutung eines ex ante moral hazard-Verhaltens der Versicherten als gering eingeschätzt werden. Auf eine versicherungsmathematische Analyse wird daher verzichtet.

4.1.2.3 Ex post moral hazard

Im folgenden soll die Möglichkeit eines ex post moral hazard-Verhaltens betrachtet werden. Es soll dabei geklärt werden, ob es ex post moral hazard-Verhalten in der Pflegeversicherung gibt und ob die unterschiedlichen Leistungen einen Einfluß auf das Verhalten der Versicherten haben.

In Abschnitt 4.1.2.1 sind beliebig viele Zustände der Pflegebedürftigkeit unterstellt worden. Jetzt sei vereinfachend angenommen, daß es nur zwei Zustände gebe, pflegebedürftig oder gesund. Dieses Modell ist ebenfalls angelehnt an das Modell von Breyer / Zweifel⁵².

Grundlegend für die Darstellung des ex post moral hazard-Verhaltens ist, daß der Eintritt des Pflegefalls selbst nicht zu beeinflussen ist, sondern nur die Handlungsalternativen nachdem der Pflegefall eingetreten ist.

Die Budgetgleichung des Versicherten lautet:

$$(4-12) \quad y = Y - P - M + I,$$

dabei bezeichnet Y das Bruttoeinkommen, P die Prämie, M die Ausgaben für Pflege und I die Versicherungsleistung.

Mit der Wahrscheinlichkeit p tritt der Pflegefall ein, und mit der Gegenwahrscheinlichkeit $(1-p)$ wird der Versicherte kein Pflegefall. Für den Zustand der Pflegebedürftigkeit und den der Gesundheit werden zwei Nutzenfunktionen angenommen, da dem Gesunden die Pflegeleistung keinen Nutzen stiftet:

⁵² Breyer/Zweifel (1997), S. 220 ff.

(4-13) $u^k(M, y)$ Nutzenfunktion des Pflegebedürftigen,

(4-14) $u^g(M, y)$ Nutzenfunktion des Gesunden.

Der Nutzen des Gesunden hängt daher nur vom verfügbaren Einkommen (Konsum) ab,

nicht von der Pflegeleistung, $\frac{\partial u^g}{\partial M} = 0$.

In beiden Zuständen stiftet das Einkommen einen positiven, aber abnehmenden Grenznutzen.

Für den Fall der Pflegebedürftigkeit existiere eine Sättigungsmenge an Pflegekonsum unabhängig von der Höhe des Einkommens.

Des weiteren sei angenommen, daß der Grenznutzen des Einkommens in Gesundheit größer ist als im Fall der Pflegebedürftigkeit. Dies läßt sich mit der eingeschränkteren Verwendungsmöglichkeit des Geldes im Pflegefall begründen.

Ferner gelte für den Fall der Pflegebedürftigkeit, daß der Grenznutzen des Einkommens mit der Inanspruchnahme der Pflegeleistung zunehme, solange bis die Sättigungsgrenze erreicht ist.

Somit ist der Erwartungsnutzen vor Eintritt des Pflegefalls gegeben durch:

$$(4-15) \quad EU(M, I) = p u^k(M, y_k) + \{1 - p\} u^g(0, y_g).$$

Die folgende Erwartungsnutzenmaximierung geschieht aus der Perspektive, in der der Versicherte noch nicht weiß, ob er pflegebedürftig wird oder nicht. Aus dieser Sichtweise wählt er die Pflegeleistung M und die Versicherungsleistung I , so daß der Erwartungsnutzen maximiert wird.

$$(4-16) \quad \frac{\partial EU}{\partial M} = p (u_M^k - u_y^k) = 0$$

u_M^k ist der Grenznutzen der Pflegeleistung im Pflegefall und u_y^k ist der Grenznutzen des Einkommens im Pflegefall. Die Ableitung bringt zum Ausdruck, daß im Fall der Pflegebedürftigkeit soviel Pflegeleistung gekauft wird, daß sich der Grenznutzen der

Pflegeleistung und der des Einkommens entsprechen. Die Bedingung erster Ordnung für die Versicherungsleistung liefert:

$$(4-17) \quad \frac{dEU}{dI} = p u_y^k (1 - P'(I)) - \{1 - p\} u_y^g P'(I) = 0.$$

Setzt man in diese Bedingung erster Ordnung die oben bereits eingeführte Prämienfunktion (4-4):

$$(4-18) \quad P(I) = (1 + l) p I$$

mit der Ableitung:

$$(4-19) \quad P'(I) = (1 + l) p$$

ein, dann ist $\frac{dEU}{dI} = 0$ erfüllt für eine faire Versicherung, d.h. für $l = 0$ und liefert:

$$(4-20) \quad u_y^k(M^0, y_k) = u_y^g(0, y_g).$$

Die Versicherungsleistung muß so gewählt werden, daß der Grenznutzen des Einkommens im Pflegefall genauso groß ist wie in Gesundheit. Daher muß die Versicherungsleistung im Optimalfall mit den optimalen Ausgaben für Pflege übereinstimmen: $I^0 = M^0$.

Um die Gültigkeit dieser Forderung genauer zu untersuchen wird eine ex post Nutzenmaximierung des Versicherten betrachtet. Die Nutzenfunktion lautet:

$$(4-21) \quad u^k = u^k(M, Y - P - M + I(M)).$$

und dabei sei die Versicherungsleistung I in irgendeiner Weise von den Pflegeausgaben M abhängig. Der Versicherer kann nur die Ausgaben für Pflegeleistungen beobachten, nicht aber der Zustand der Pflegebedürftigkeit. Die Bedingung erster Ordnung liefert:

$$(4-22) \quad \frac{du^k}{dM} = u_M^k - u_y^k(1 - I'(M)) = 0.$$

Falls $I'(M) = 0$ ist, so ist die Bedingung der ex post Maximierung mit (4-16) kompatibel. $I'(M) = 0$ bedeutet, daß die Versicherungsleistung unabhängig ist von den wirklichen Pflegefallkosten.

Damit auch weiterhin $I^0 = M^0$ gelten kann, muß der Versicherer dann zumindest den Zustand der Pflegebedürftigkeit zweifelsfrei beobachten können. Für die reine Geld- und die reine Sachleistung in der sozialen Pflegeversicherung gilt: $I'(M) = 0$; die Versicherungsleistungen haben die Form einer Pauschalzahlung, sind aber unabhängig von den individuellen, tatsächlichen Pflegefallkosten.

Dies bedeutet, bei einer reinen Geld- oder Sachleistung kommt es nicht zu einem ex post moral hazard-Verhalten. Aufgrund der Tatsache, daß die Leistungen durch die niedrigen Obergrenzen gering sind und der Anreizwirkungen von Obergrenzen werden die Leistungen voll ausgeschöpft.

Bei einer Kombinationsleistung werden die Leistungsarten, Sachleistung und Geldleistung, gemischt. Falls der Betroffene die Sachleistung nicht voll in Anspruch nimmt, erhält er ein anteiliges Pflegegeld. Die Leistung insgesamt wird aber auch in diesem Fall voll ausgeschöpft aufgrund des Charakters der Pauschalleistung mit Obergrenze.

Anders ist bei der Kombinationsleistung, daß die individuelle Sättigungsgrenze für Sachleistungen unterhalb der Obergrenze liegt. Für die Pflegestufe III ergibt sich dadurch folgende Funktion für die Versicherungsleistung:

$$(4-23) \quad I(M) = \begin{cases} M + \left(\frac{2800 - M}{2800}\right) 1300; & \text{falls } M < 2800 \\ 2800 & ; \text{sonst} \end{cases}$$

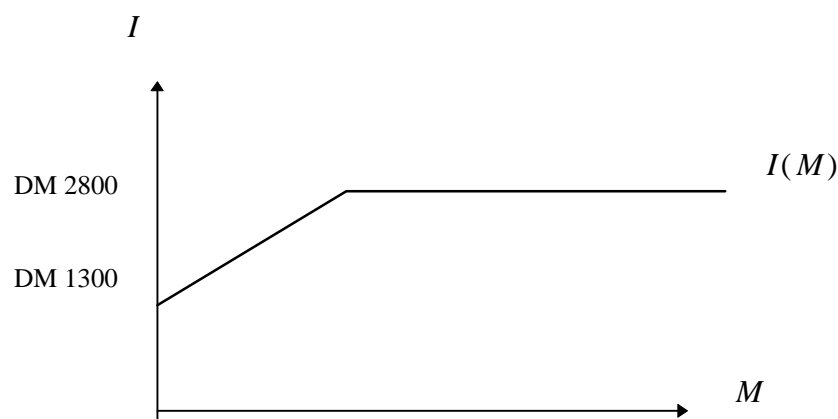
oder vereinfacht:

$$(4-24) \quad I(M) = \begin{cases} 1300 + M(1 - 0,46); & \text{falls } M < 2800 \\ 2800 & ; \text{sonst} \end{cases} .$$

Der Preis für Pflegeleistung kann hier ohne Einschränkung der Allgemeingültigkeit gleich Eins gesetzt werden.

Falls vom Pflegebedürftigen eine Kombinationsleistung in Anspruch genommen wird, drückt das Verhältnis in dem er Geld- und Sachleistung wählt, das Verhältnis der Grenznutzen aus. In dem Punkt, in dem er eine Sättigung für die Sachleistung erreicht und auf das Pflegegeld umsteigt, ist der Grenznutzen des Geldes größer als der, der Sachleistung.

Abb. 4-5: Funktion der Versicherungsleistung bei der Kombinationsleistung



Im Fall der Kombinationsleistung ist also $I'(M) = 0$ nicht mehr erfüllt, sondern es gilt:

$$(4-25) \quad I'(M) = 1 - 0,46 = 0,54$$

und damit wird der Selbstbeteiligungssatz von 54 % ausgedrückt, der hier für den Fall $M < 2800$ wirksam wird.

4.1.2.4 Erweiterungen und Kritik

Die vorangegangene Analyse hat Aufschluß gebracht über die Anreize des Pflegeversicherungssystems. Die moral hazard-These der Pflegeversicherung wird in der Literatur kritisch und kontrovers diskutiert. Daher werden im folgenden einige Erweiterungen und einige Kritikpunkte dargestellt.

Es werden drei wesentliche Effekte des moral hazard-Verhaltens bei der sozialen Pflegeversicherung unterschieden. Zum einen kommt es zu einer Überinanspruchnahme

der Leistungen, so daß der Pflegebedürftige seine individuelle Nachfrage bis zur Sättigungsgrenze ausdehnt (s. Abschnitt 4.1.2.3).

Zum anderen wird ein sogenannter `Heimsog`-Effekt befürchtet, d.h. daß es zu Substitutionseffekten in der Pflege kommt, die mit steigenden Institutionalisiertungsgraden einhergehen.

Und darüber hinaus wird, ähnlich wie bei der gesetzlichen Krankenversicherung, eine angebotsinduzierte Nachfrage erwartet.⁵³

Bei der These der Überinanspruchnahme der Leistungen im Pflegefall laufen zwei Kalküle einander zuwider. Die individuelle Präferenz besteht darin, die Nachfrage bis zur Sättigungsgrenze auszudehnen, da bis dort die Grenzkosten der Inanspruchnahme gleich Null sind. Das kollektive Interesse der Versicherungsgemeinschaft besteht in einer gemeinsamen, sparsamen Leistungsbeanspruchung⁵⁴, so daß ein angemessenes Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen erhalten bleibt. Hierdurch entsteht die typische Situation eines Gefangenendilemmas, bei der keine kooperative Strategie denkbar ist⁵⁵. Falls alle gemeinsam `sparsam` spielen bei der Beanspruchung der Leistungen des Systems, wird es sich immer für den einzelnen lohnen, auszubrechen und das System bis an die Grenze auszuzehren.

Moral hazard-Verhalten führt nicht zum Pareto-Optimum, welches bei vollständiger Information und vollkommener Konkurrenz erreichbar wäre. Die Schuld trifft aber weder die pflegebedürftigen Versicherten noch die Leistungserbringer. Vielmehr ist das moral hazard-Verhalten direkt in den Anreizen des Systems verankert.

Die Versicherten folgen also ihrem ökonomischen Kalkül. Sie verhalten sich nutzenmaximierend und das bedeutet, sie konsumieren solange eine Leistung aus der Pflegeversicherung bis sich eine Sättigung einstellt. Da es sich aber um eine Grundabsicherung handelt wird es kaum zur Sättigung kommen⁵⁶. Dieses Verhalten ist also „not a result of moral perfidy, but of rational economic behaviour“⁵⁷.

Daß dies aber keineswegs sich ausschließende Verhaltensweisen sein müssen, hat Arrow in seiner Entgegnung zu Paulys Artikel deutlich gemacht⁵⁸.

⁵³ Mager (1995), S. 115.

⁵⁴ Schaper (1979), S. 179.

⁵⁵ Pauly (1969), S. 534.

⁵⁶ Krasney (1994).

⁵⁷ Pauly (1969), S. 535.

⁵⁸ Arrow (1969), S. 538.

Um das Ziel der Effizienz trotz moral hazard-Verhalten der Versicherten zu verfolgen, sind bestimmte Formen von Kontrollen erforderlich. Das können ebenso Moralvorstellungen sein wie auch Einsätze des MDK⁵⁹.

Unter der `Heimsog`-These versteht man zwei Formen von Substitutionseffekten im Zusammenhang mit Pflegeversicherungsleistungen. Zum einen wird erwartet, daß es zu einer Substitution der familiären, häuslichen Pflege durch die ambulante Pflege der professionellen Pflegedienste kommt. Und zum anderen wird mit einer Substitution der häuslichen Pflege durch stationäre Pflege gerechnet; was sich dann in ständig steigenden Institutionalisierungsraten manifestiert⁶⁰.

Da Pflegebedürftige zum ganz überwiegenden Teil zu Hause und durch ihre Familien gepflegt werden, kann man sagen, daß auch im zweiten Jahr nach Einführung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung eine `Heimsog`-These empirisch nicht fundierbar ist⁶¹.

Damit wäre überdies der Grundsatz des Gesetzgebers `Vorrang der häuslichen Pflege` (§ 3 SGB XI) erfüllt.

Insbesondere im stationären Bereich gibt es Versorgungslücken. Schon aus demographischen Gründen müßte es zu einer Ausweitung der Pflegeheimplätze kommen. Wenn es durch die Einführung der Pflegeversicherung zu einem Anstieg der Heimplatzinanspruchnahme käme, sollte dies eher als ein „Abbau eines unbefriedigten Nachfrageüberhangs gedeutet werden“. Es handelt sich hier also nicht a priori um einen moral hazard induzierten Sog-Effekt⁶². Vielmehr könnte vielleicht von der Pflegeversicherung auf Dauer ein Angebotseffekt ausgehen. Des weiteren muß man sich die Frage stellen: „Wer geht eigentlich schon gerne freiwillig in ein Heim?“⁶³. Dabei wird deutlich, daß problematische Entscheidungsprozesse, wie die der Pflegebedürftigkeit, keineswegs nur mit dem theoretischen Rüstzeug eines Ökonomen zu bewältigen sind.

Unter einer angebotsinduzierten Nachfrage versteht man in der GKV einen verstärkten Nachfrageeffekt, da der Versicherte direkt auf den anbietenden Arzt trifft, von diesem diagnostiziert und auch therapiert wird. Der Anbieter schafft sich also in einem gewissen Rahmen selbst seine Nachfrage. Dies ist zum einen auf gewinnorientiertes moral hazard-Verhalten der Ärzte zurückzuführen und auf die besondere Psychologie zwischen Arzt

⁵⁹ Ebenda.

⁶⁰ Mager (1995), S. 115.

⁶¹ Neumann (1994a), S. 310.

⁶² Schulz-Nieswandt (1989), S. 181.

⁶³ Naegele (1984), S. 337.

und Patient. Eine solche Form des Say'schen Theorems, die zu kostentreibenden Effekten führt, ist durch die administrative Bedarfsprüfung des MDK in der sozialen Pflegeversicherung verhindert worden⁶⁴.

Der MDK ist eine neutrale Instanz zwischen den Pflegekassen, den Versicherten und den Leistungserbringern. Er hat eine entscheidende Funktion. Die Ärzte und Fachleute des MDK prüfen in jedem Einzelfall nach objektiven Maßstäben die Bedarfslagen. Sie arbeiten dabei nach allgemeinen Kategoriensystemen. Eine problematische Diskussion, die sich neuerdings ergeben hat, resultiert aus dem Phänomen, daß der MDK in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich (streng) verfährt. Will man eine neutrale Instanz wirkungsvoll erhalten, darf dies nicht so sein. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen bleiben abzuwarten⁶⁵.

Das Beurteilungsverfahren hat den Nachteil, durch seine Objektivität unter Umständen den Einzelfall nicht mehr adäquat erfassen zu können. Soll dieses Verfahren des `Bedarfs-Monitoring` auf Dauer erfolgreich sein, muß sicher gestellt werden, daß der MDK gemäß den Programmsätzen des SGB XI arbeitet; `Vorrang der häuslichen Pflege` und `Vorrang von Rehabilitation vor Pflege` (§§ 3, 5 SGB XI).

Ein Vortäuschen von Pflegebedürftigkeit, wie es im Zusammenhang mit moral hazard der ex ante Form diskutiert wurde, dürfte bei einer neutralen Instanz und festgelegten Maßstäben der Bedarfsprüfung schwer fallen.

Bei abschließender Betrachtung stellen sich die Befürchtungen einer moral hazard induzierten Nachfrageexpansion, analog zur GKV, als unbegründet heraus⁶⁶.

Dies wird letztlich durch die grundsätzliche Ausgaben- und Leistungsbegrenzung sowie die administrative Bedarfsprüfung erreicht. Außerdem hat der Gesetzgeber durch die Leistungsstruktur den Vorrang der häuslichen Pflege auch in der Leistungsgewährung fundiert.

Die Einführung der Geldleistung stärkt dabei die Eigenverantwortung des Pflegebedürftigen und macht es möglich, ein individuelles Paket an Pflegeleistungen zusammenzustellen. Durch eine Geldleistung wird die Konsumentensouveränität gestärkt, d.h. es kommt zu einem normalen Produzenten- / Konsumentenverhältnis. Der Pflegebedürftige hat durch das Geld Verhandlungsmacht gegenüber seinen Leistungserbringern⁶⁷. Durch die geringere Leistungshöhe der Geldleistung im Verhältnis

⁶⁴ Mager (1995), S. 127.

⁶⁵ Kesselheim (1996), S. 413.

⁶⁶ Mager (1995), S. 132.

⁶⁷ Evers (1995), S. 24/25.

zur Sachleistung und die enge Zweckbindung wird dieser Effekt zum Teil konterkariert. Ein rechtlich überzeugender Grund für den Unterschied in der Höhe der beiden Leistungsarten ist nicht vorhanden⁶⁸.

Einige weitere Schlußfolgerungen für die Pflegeversicherung werden im folgenden dargestellt. In der bisherigen Analyse wurde von Transaktionskosten abgesehen. Wichtig für die Abwägungen zwischen Geld- und Sachleistung ist die Tatsache, daß eine Geldleistung mit einem geringeren Aufwand verbunden ist. Die Organisations- und Transaktionskosten der Sachleistung entfallen bei der Geldleistung weitgehend. Es kann sogar davon ausgegangen werden, daß eine Zunahme der Sachleistung mit steigenden Verwaltungskosten verbunden wäre.

Durch die gesetzlichen Leistungsgrenzen des SGB XI, die bei den Betroffenen als bekannt vorausgesetzt werden dürfen, haben Pflegebedürftige und ihre Angehörigen einen besseren Überblick über das Leistungsgeschehen als zum Beispiel in der GKV.

Abschließend läßt sich sagen, daß ein für alle gleicher Versicherungsvertrag aufgrund individueller Unterschiede nicht optimal sein kann. Die Grundabsicherung durch die soziale Pflegeversicherung ist insofern nicht abzulehnen, als daß jeder gemäß seiner individuellen Präferenzen die Versicherungsdeckung erhöhen kann und überdies für die gesetzlichen Leistungen Wahlrechte bestehen.

4.1.2.5 Adverse Selektion

Das versicherungsökonomisch typische Phänomen der adversen Selektion soll der Vollständigkeit halber an dieser Stelle ebenfalls kurz diskutiert werden, obwohl es für die soziale Pflegeversicherung keine große Rolle spielt⁶⁹.

Das Problem der adversen Selektion beruht ebenso wie das des moral hazard auf asymmetrischer Information. Die Individuen haben verschiedene

⁶⁸ Schulin (1994a), S. 441.

⁶⁹ Buchholz/Wiegard (1992), S. 452.

Eintrittswahrscheinlichkeiten bezüglich des Pflegefallrisikos. Das Versicherungsunternehmen kann die verschiedenen Schadenswahrscheinlichkeiten nicht beobachten und kann deshalb nur allen Individuen die gleichen Versicherungsverträge anbieten. Für sogenannte gute Risiken (hier: diejenigen, die nie oder nur gering pflegebedürftig werden) sind die Prämien zu hoch. Sie kaufen deshalb keine Versicherung. Die schlechten Risiken hingegen fragen die Verträge nach.

Die zustande kommende Allokation ist nicht pareto-optimal, da einige Individuen ohne Versicherungsschutz bleiben. Die entscheidenden Risikomerkmale im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit sind Alter und Geschlecht. Beides ist aber immer zweifelsfrei vom Versicherer zu beobachten⁷⁰.

Außerdem kommt es in der sozialen Pflegeversicherung deshalb nicht zu einer Unterversorgung mit Versicherungsschutz einzelner Individuen, da es sich erstmals in der Geschichte der Sozialversicherung um eine regelrechte Volksversicherung handelt⁷¹. Die Pflegeversicherung erfaßt auch alle privat Versicherten mit Zwang.

4.2 Familiäre Aspekte

Im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung und ihren verschiedenen Leistungen spielen familiäre Aspekte eine wichtige Rolle. Der Einfluß dieser Aspekte wurde im vorangegangenen Teil der Arbeit ausgeklammert. Nun sollen diese Überlegungen, als Erweiterung des Grundmodells Eingang in die Problematik finden.

§ 3 SGB XI besagt, daß die Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen sollen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben können.

Den Familien kommt damit eine umfassende, vielschichtige und schwierige Aufgabe zu, um diesen Grundsatz des SGB XI zu erfüllen. Im folgenden Abschnitt wird das Ausmaß der familiären Pflege dargestellt; in Abschnitt 4.2.2 wird der Einfluß intrafamiliärer Entscheidungen auf die Problematik Geld- versus Sachleistung untersucht und Abschnitt 4.2.3 schließlich ist den Familienentscheidungen im Zusammenhang mit Erbschaften gewidmet.

⁷⁰ Ebenda.

⁷¹ Schulin (1994a), S. 436.

4.2.1 Darstellung familiärer Aspekte in der Pflege

Der Pflegebedürftige muß bei einer Entscheidung zwischen Geldleistung und Sachleistung in jedem Fall die familiären Hilfsressourcen mit berücksichtigen. Falls niemand da ist, der die familiäre Pflege übernehmen kann, stiftet eine Geldleistung einen erheblich geringeren Nutzen als eine Sachleistung, bei der die Pflege direkt in `natura` erbracht wird.

Demnach muß zunächst die Frage beantwortet werden, wer die Pflege eigentlich erbringt. „Inzwischen ist allgemein bekannt, daß nach wie vor das vorinstitutionelle Hilfesystem von Familie, Haushalt, Freundschaft, Nachbarschaft die Hauptlast der Pflege trägt“⁷². Zu über 80 % werden zu Hause lebende Pflegebedürftige von der Familie betreut. Die Pflege Tätigkeit innerhalb des Familien- und Freundeskreis ist eine Aufgabe, die zum überwiegenden Teil von Frauen übernommen wird. Es pflegen 205.000 Töchter, aber nur 30.500 Söhne, und es pflegen 142.500 Mütter, aber nur 2000 Väter⁷³. Auch die Hilfeerwartungen alleinlebender, alter Menschen richten sich auf deren Kinder, sogar wenn diese räumlich sehr weit entfernt leben⁷⁴.

Die Pflegepersonen fühlen sich zumeist durch die Pflege stark psychisch und physisch belastet⁷⁵. Darüber hinaus sind sie in ihrer eigenen Bewegungsfreiheit unter Umständen über einen langen Zeitraum stark eingeschränkt⁷⁶. Durch § 45 SGB XI werden Schulungskurse für Pflegepersonen und Ehrenamtliche angeboten. Dadurch soll die Pflege und Betreuung erleichtert und verbessert werden, und körperliche und seelische Belastungen vermindert werden. Dennoch kann aus dieser Überforderung eine Tendenz zur Sachleistung oder sogar zur stationären Pflege resultieren⁷⁷. Die Überforderung der Angehörigen kann dazu führen, daß eine umfassende und wirkungsvolle Pflege nicht vollständig sichergestellt werden kann. In diesem Umstand kann eine eindeutige Befürwortung der Pflegesachleistung gesehen werden⁷⁸. Außerdem trägt die Tatsache der demographischen Entwicklungen, die Tendenz zum Einpersonenhaushalt, und die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen dazu bei, daß eine langfristige Garantie für

⁷² Rückert (1995), S. 123.

⁷³ AOK Rat für Pflegenden-Broschüre (1995), S. 5.

⁷⁴ Rückert (1995), S. 124.

⁷⁵ Sinha (1993), S. 66 und Infratestgutachten (1992), S. 44/45.

⁷⁶ Schneekloth (1996), S. 177.

⁷⁷ Krasney (1994), S. 274.

⁷⁸ Schulin (1994b), S. 286 und Rückert (1995), S. 128.

familiäre Pflege fraglich erscheint⁷⁹. Daraus ergibt sich ebenfalls eine Favorisierung der Pflege als Sachleistung.

Die Pflegebedürftigen selbst aber haben häufig eine starke Präferenz dafür, zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt zu werden. Dieser Interessenkonflikt erfordert eine gemeinsame Entscheidung zwischen den Leistungsarten.

4.2.2 Intrafamiliäre Entscheidungen

Oben wurde bereits dargestellt, daß die Entscheidung über die Pflege und die Art der Leistungen von den Familien mit determiniert wird. Dieser Generationenkonflikt soll im folgenden mikroökonomisch diskutiert werden.

Bei dieser Betrachtung stehen die pflegenden oder nicht pflegenden Kinder den pflegebedürftigen Eltern gegenüber. An die Stelle der Kinder könnte auch der Ehepartner treten, sofern er selbst nicht pflegebedürftig ist und eine höhere Lebenserwartung hat als sein Ehepartner.

Das grundsätzliche Problem der Eltern liegt darin, daß sie die Reaktion ihrer Kinder bezüglich der Pflege nicht beeinflussen können. Die Eltern können zwar in Zeiten vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit Entscheidungen treffen, die auch die Kinder mit betreffen oder die Entscheidungen der Kinder mit Sanktionen belegen oder sogar Drohungen aussprechen (s. Abschnitt 4.2.3), letztendlich jedoch können sie nur die Reaktion ihrer Kinder beobachten. Des weiteren besteht die Möglichkeit, daß die Eltern selbst nicht mehr fähig sind eigene Entscheidungen zu treffen wegen fortgeschrittener Demenz oder hohen Alters. Dann liegt die Entscheidung bezüglich der Art der Pflege und der Leistung direkt bei den Kindern, und damit besteht die Gefahr, daß die Entscheidung zwar nutzenmaximierend für die Kinder ist, aber deshalb nicht notwendigerweise auch für den Pflegebedürftigen.

Obwohl Altruismus eine wichtige Motivation darstellt im Zusammenhang mit familiärer Pflege, ist diese Annahme nicht notwendig für die Reaktion der Generationen⁸⁰. Auch ist es unerheblich für die Erkenntnisse, ob die Kinder Pflege als Gut oder als Ungut empfinden⁸¹.

⁷⁹ Schmähl/Rothgang (1996), S. 189/190.

⁸⁰ Zweifel/Strüwe (1994), S. 43.

⁸¹ Ebenda, S. 33.

Die Reaktion der Kinder auf die Pflegeversicherung ihrer Eltern hängt dabei wesentlich vom Lohnsatz ab, den sie auf dem Arbeitsmarkt erzielen bzw. erzielen könnten⁸².

Ist der Lohnsatz relativ gering und liegt er unterhalb des Nettopreises für Pflege, so führt die Tatsache der Versicherung der Eltern zur Reduktion der Pflege durch die Kinder. Nettopreis für Pflege heißt in diesem Zusammenhang, der Preis für Pflege abzüglich der Leistungen aus der Versicherung. Ist der Wert der Pflege durch Dritte größer als der eigene Lohn, so wird die Versicherungsleistung in Anspruch genommen und die eigene Pflege durch die Kinder reduziert. Für den Fall, daß der Lohnsatz größer ist als der Nettopreis der Pflege ist der Effekt uneindeutig. Bei einem relativ hohen Lohn sind die Opportunitätskosten ebenfalls hoch, falls das Kind auf die Erwerbstätigkeit verzichten muß, um die Pflege selbst zu erbringen. Durch den Abschluß der Versicherung sinkt grundsätzlich die Notwendigkeit das eigene Vermögen, bzw. das verbleibende Erbe zu schonen. Der Zwangscharakter der sozialen Pflegeversicherung verstärkt diesen Aspekt des moral hazard der Kindergeneration.⁸³

Im folgenden soll eine genauere Betrachtung der Familienangehörigen auf die Art der Leistungen dargestellt werden. Es werden die Pflegegeldleistung (§ 37 SGB XI) und die Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) unter verschiedenen Annahmen an die pflegenden oder nicht pflegenden Angehörigen untersucht.

Das Pflegegeld erhöht zunächst, da es als Pauschalbetrag gezahlt wird, das gesamte Budget. Dies bedeutet, daß die Pflegeperson, die das Pflegegeld voraussichtlich aus organisatorischen Gründen verwalten wird, ihre eigenen Konsummöglichkeiten durch den Geldtransfer ebenso erhöhen kann, wie auch die Konsummöglichkeiten des Pflegebedürftigen. Obwohl das Pflegegeld grundsätzlich zweckgebunden ist und einer Kontrolle unterliegt (Sachleistungssurrogat)⁸⁴, können gewisse Zweckentfremdungen und Mitnahmeeffekte nicht verhindert werden.

Für eine pflegende Person erhöht sich der Lebensstandard, sowie das Fürsorgenniveau des Pflegebedürftigen durch die Geldleistung. Allerdings ist durch die Gewährung von Pflegegeld nicht mit einem neuen Potential an Pflegekräften zu rechnen⁸⁵. Angehörige, die bisher erwerbstätig waren, aber nicht gepflegt haben, werden ihre Entscheidung nicht ändern, da sie durch ihre Erwerbstätigkeit mehr Einkommen verdienen können, welches dem Pflegebedürftigen zugute kommt, als durch reine Pfllegetätigkeit und Pflegegeld.

⁸² Ebenda, S. 37.

⁸³ Zweifel/Strüwe (1994).

⁸⁴ BT-Drucks., S. 112, Begründung zu § 33 des Entwurfs.

⁸⁵ v. Zameck (1995), S. 89.

Die Pflegesachleistung stellt einen in `natura` erbrachten Transfer der Dienstleistung Pflege dar. Der Budgetspielraum vergrößert sich zunächst durch den Transfer. Allerdings kann eine Pflegeperson mit einer Sachleistung Pflege zur Erhöhung ihres eigenen Nutzens zunächst nichts anfangen. Sie kann die durch professionelle Einrichtungen erbrachte Pflege als eigene Freizeit nutzen. Zeitverwendungsaspekte werden im weiteren nicht betrachtet.

Verfügt die Pflegeperson über fürsorgeintensive Präferenzen, d.h. sie ist mehr an der Erbringung einer guten und wirkungsvollen Pflege interessiert, als an ihrem eigenen Lebensstandard, dann erfüllt eine Sachleistung auf jeden Fall diesen Zweck.

Sie wird allerdings bestrebt sein, die Sachleistungen in Güter ihres eigenen Konsums umzuwandeln, sofern sie über lebensstandardintensive Präferenzen verfügt. Unter lebensstandardintensiven Präferenzen wird das Gegenteil von fürsorgeintensiven Präferenzen verstanden, d.h. die Pflegeperson ist mehr an der Mehrung ihres eigenen Lebensstandards interessiert. Von einer materiellen Umwandlungsmöglichkeit kann aber bei den Pflegesachleistungen gemäß SGB XI in der Regel wohl nicht die Rede sein⁸⁶.

Das SGB XI zwingt durch die Sachleistung zu einem verstärkten Pflegeleistungskonsum zugunsten des Pflegebedürftigen, anders als beim Pflegegeld, welches auch der Pflegeperson Nutzen stiften kann. Allerdings wird bei der Sachleistung das Pflegeniveau höher sein als bei einer Geldleistung im Fall lebensstandardintensiver Präferenzen.

Bei Erwerbstätigkeit und fürsorgeintensiven Präferenzen erhöht sich der Budgetrahmen wie bei einer Pflegegeldleistung. Falls lebensstandardintensive Präferenzen vorliegen, stellt die Sachleistung einen Zwangskonsum an Pflegeleistung dar⁸⁷.

Die Ergebnisse des obigen Abschnitts werden im folgenden systematisiert dargestellt.

Tab. 4-2: Familiäre Entscheidungen bei Pflegebedürftigkeit

nicht pflegende, erwerbstätige Pflegeperson	pflegende, erwerbstätige oder nicht erwerbstätige Pflegeperson (fürsorgeintensive Präferenzen)	pflegende, erwerbstätige oder nicht erwerbstätige Pflegeperson (lebensstandardintensive Präferenzen)
Pflegesachleistung	Pflegesachleistung (da die Leistung größer ist)	Entscheidung uneindeutig, da Sachleistung nicht umwandelbar

⁸⁶ Ebenda, S. 92.

⁸⁷ Ebenda, S. 95.

		und Geldleistung geringer als Sachleistung abhängig von den Präferenzen
--	--	---

Quelle: Eigene Zusammenstellung auf der Basis von v. Zameck (1996).

Eindeutig fällt die Entscheidung bei nichtpflegenden erwerbstätigen Personen aus. Sie entscheiden sich deshalb für eine Pflegesachleistung, da sie mit einem Pflegegeld ebenfalls professionelle Pflege einkaufen würden. Das Pflegegeld ist aber geringer als die Sachleistung, daher ist der Nutzenzuwachs aus der Sachleistung für sie dementsprechend größer.

Problematisch bei der Interpretation des Verhaltens der pflegenden Personen ist die Unterstellung unterschiedlicher Präferenzen. Präferenzen sind grundsätzlich exogen. Bei einer ex post Einführung unterschiedlicher Präferenzen der Pflegepersonen lassen sich dadurch alle möglichen Verhaltensweisen erklären, sofern man diejenige Präferenzstruktur anlegt, die dies zu fundieren vermag.

Aus der empirischen Fundierung wurde deutlich, daß über 80 % der Pflegebedürftigen sich für eine Geldleistung gemäß § 37 SGB XI entscheiden. Einer der Gründe für dieses starke Auseinanderklaffen der Leistungsarten scheint darin begründet zu sein, daß ein überwiegender Teil der Betroffenen den Nutzenverlust einer inflexiblen Sachleistung als größer empfindet als den der geringeren Geldleistung. Für Haushalte unterer Einkommens- und Vermögensklassen ist diese Position plausibel. Eine vergleichsweise umfassende Sachleistung erbringt ein hohes Pflegeversorgungs niveau, welches nicht kompatibel ist mit dem sonstigen Versorgungs niveau des Haushalts.

Der Anteil der Frauen an den Pflegepersonen ist groß. Es könnte zu einem negativen Effekt auf das Erwerbsverhalten der Frauen kommen, da Berufstätigkeit und Pflege nicht leicht miteinander zu kombinieren sind.

Das SGB XI hält zwar durch die Leistungen für die Pflegepersonen (§§ 44, 45 SGB XI) eine gewisse Absicherung für pflegende Frauen bereit. Die Sicherung durch Beitragszahlungen zur gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung müssen aber den Opportunitätskosten der Erwerbstätigkeit, d.h. dem erzielbaren Lohn auf dem Arbeitsmarkt gegenübergestellt werden. Es sind sogar Fälle denkbar, in denen die Kosten der häuslichen Pflege durch die Angehörigen höher sind, als die einer professionellen Pflege. Dies kommt durch hohe Opportunitätskosten der pflegenden Familie zustande⁸⁸.

⁸⁸ Pauly (1996), S. 321.

Darüber hinaus haben Frauen eine um einige Jahre längere Lebenserwartung. Wird zum Beispiel eine Frau zum Pflegefall, wenn ihr Ehepartner selbst pflegebedürftig oder bereits verstorben ist, und es auch sonst keine pflegenden Angehörigen gibt, dann ist sie unter Umständen auf Sozialhilfe angewiesen, da die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen. Eine Vermögensansammlung kann sie bei langjähriger Pflege Tätigkeit nicht erreichen, und ohne eine familiäre Pflegeperson muß sie dann eine stationäre Unterbringung wählen. Eine stationäre Pflegeversorgung muß aber oberhalb der Grenzen von DM 1.800,--, DM 2.500,-- und DM 2.800,-- je Monat und Pflegestufe vom Pflegebedürftigen selbst getragen werden und ebenso die Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Somit kann nicht in jedem Fall die Sozialhilfeabhängigkeit vermieden werden ⁸⁹.

4.2.3 Der Einfluß von Erbschaften auf familiäre Entscheidungen

Die Betrachtung des Generationenkonflikts bezüglich der Pflegeversicherung und der Art der Leistung im Pflegefall soll nun erweitert werden um die Existenz einer möglichen Erbschaft.

Zunächst gilt es festzustellen, daß es einen Fall gibt, in dem Vererbung einen Nutzen stiftet und einen in dem Vererbung keinen Nutzen stiftet. Es ist möglich, daß es keine Erben gibt, denen etwas hinterlassen werden kann. Deshalb resultiert aus der Vererbung kein Nutzen. Eine Pflegeversicherung, die unter anderem auch zum Schutz des Vermögens im Pflegefall gedacht ist, hat dann keinen Sinn. Der Pflegebedürftige kann auch sein Vermögen für Pflegezwecke aufzehren, ohne daß er dies als schlechter empfindet als eine Versicherungslösung⁹⁰.

Im anderen Fall gibt es Erben, und somit stiftet eine Hinterlassenschaft einen Nutzen. Der Abschluß der Pflegeversicherung ist schon deshalb optimal, weil dadurch das verbleibende Erbe geschützt wird (Erbschaftsschutzversicherung⁹¹).

⁸⁹ Krasney (1994), S. 277 u. 282.

⁹⁰ Pauly (1990), S. 157/158.

⁹¹ Breyer (1997), S. 70.

Somit wird die Nachfrage nach Pflegeversicherung um so größer sein, je größer der Nutzen aus dem Erbe ist⁹².

Im allgemeinen kann davon ausgegangen werden, daß „parents prefer care from their children to care from others“⁹³.

Da die Eltern aber die Kinder nicht zwingen können, sie zu pflegen, werden sie bestrebt sein, frühzeitig, d.h. in jedem Fall vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit aktiv zu werden, um ihre Präferenzen durchzusetzen. Die Eltern können zwar Drohungen aussprechen wie `Wenn ihr mich nicht pflegt, werdet ihr enterbt`, oder bestimmte Verhaltensweisen mit Sanktionen belegen. Wenn aber der Pflegefall eintritt, sind sie darauf angewiesen, das Verhalten der Kinder zu akzeptieren. Die Eltern werden daher durch das Erbe das Verhalten der Kinder manipulieren.

Die auf Bernheim zurückgehende Nutzenfunktion der Eltern sieht wie folgt aus⁹⁴:

$$(4-26) \quad U_p = U_p(C_p, A, M_p, U_k(C_k, A))$$

und die der Kinder:

$$(4-27) \quad U_k = U_k(C_k, A),$$

wobei C_p bzw. C_k der Konsum der Eltern bzw. der Kinder ist; M_p sind die medizinischen Kosten für die Eltern, und A ist der Einsatz oder die Aufmerksamkeit, die die Kinder den Eltern entgegenbringen.

Entsprechend der Annahme, daß die Eltern von den Kindern gepflegt werden wollen, werden sie versuchen, A zu maximieren. Dabei wird ein nicht eigennütziger Elternteil, d.h. für den:

$$(4-28) \quad \frac{\partial U_p}{\partial U_k} > 0$$

gilt, versuchen das Erbe zu benutzen, um die Kinder zu motivieren, möglichst viel Einsatz zu zeigen (d.h. A möglichst groß zu wählen). Allerdings ist es durchaus denkbar, daß dennoch ein Pflegeversicherungsschutz gekauft wird, falls die familiäre Pflege

⁹² Pauly (1990), S. 160.

⁹³ Ebenda, S. 163.

⁹⁴ Ebenda.

subjektiv zu teuer ist, zum Beispiel wegen extrem hoher Opportunitätskosten der Kinder oder weil sich die Pflege durch die Familie als ineffizient herausstellt.

Wenn der Pflegefall eintritt sind zwei Fälle denkbar. Zum einen kann der pflegebedürftige Elternteil noch fit genug sein, um auf die Inanspruchnahme der Versicherungsleistung sowie der Art der Leistung und die Person, die sie erbringt, Einfluß zu nehmen. Zum anderen kann die Pflegebedürftigkeit soweit fortgeschritten sein, daß die Kinder die Entscheidung treffen werden. Diese werden bestrebt sein, ihre eigene Pflegeleistung durch professionelle Pflege zu substituieren. Es kommt also zu einem moral hazard-Verhalten der Kinder. Durch die Substitution bleibt das zukünftige Erbe erhalten. Falls die Eltern das Verhalten der Kinder befürchten, aber großen Wert auf die Pflege durch ihre Kinder legen, bleibt ihnen nur ein Ausweg durch eine vorherige testamentarische Festlegung. Dies bedeutet, sie müssen solange sie dies noch können, urkundlich festlegen, daß sie die Kinder enterben, falls diese die Pflege von Profis erledigen lassen. Darüber hinaus müßten sie dies den Kindern mitteilen.⁹⁵

Aus den selben Gründen verbieten die Eltern den Kindern unter Umständen auch, für sie eine Pflegeversicherung abzuschließen. Grundsätzlich muß aber bei allen Manipulationen der Eltern bedacht werden, daß sie strategische Anreize setzen können, es ihnen aber niemals möglich ist die Aktionen der Kinder zu steuern.

Durch das Vorliegen einer Zwangsversicherung hat diese Problematik nicht mehr das gleiche Ausmaß, wie vor Einführung der Pflegeversicherung. Die Manipulation der Kinder durch die Eltern betrifft also für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung die Leistungsart und oberhalb der Leistungsgrenzen greifen die erwähnten Anreizsysteme.

Für die Entscheidung zwischen Geldleistung und Sachleistung in der sozialen Pflegeversicherung, führt die Einstellung der Eltern zu einem eindeutigen Ergebnis zugunsten der Geldleistung. Wenn die Eltern von ihren Kindern gepflegt werden wollen, so können sie dies durch eine Geldleistung besser erreichen, als durch eine Sachleistung. Da die Sachleistung, Pflege durch professionelle Einrichtungen bedeutet, lehnen sie diese Leistungsform in der Regel ab. Die Inanspruchnahme der Kombinationsleistung ist denkbar für den Fall, daß die Angehörigen physisch oder psychisch nicht in der Lage sind die Pflege alleine vollständig und umfassend zu erbringen. Die Familie wird sich dann in dem Maß für eine Sachleistung entscheiden, wie sie selbst nicht fähig ist, die Pflege zu leisten.

⁹⁵ Ebenda, S. 164/165.

Die Möglichkeit der Eltern ihre Präferenzen für eine familiäre Pflege durchzusetzen, wird aber bei einer reinen Geldleistung am größten sein. Ein Teil des Erbes wird dann durch die Geldleistung geschützt und ein Teil durch die `kostenlose` familiäre Pflege. Der Einkauf professioneller Hilfe mit der Geldleistung ist zwar möglich, ökonomisch aber nicht rational und wird daher hier nicht mehr betrachtet.

Soweit hier von Erbschaften die Rede ist, setzt dies voraus, daß sie eine nennenswerte Höhe haben derart, daß Anreize damit zu erzeugen sind. Untere Einkommensklassen betrifft dies wohl eher nicht. In dieser Argumentation könnte ein Grund zu sehen sein, warum über 80 % der Betroffenen sich für die Geldleistung und nicht für die höhere Sachleistung entscheiden.

4.3 Qualitätsaspekte der Pflegeversorgung

Dieses Kapitel befaßt sich mit den Qualitätsmomenten der pflegerischen Versorgung. In der bisherigen Analyse wurde von unterschiedlichen Qualitätsstandards der Pflegeversorgung noch abstrahiert. Für die Entscheidung zwischen Geld- und Sachleistung sind aber die Art der Qualität der Pflege und die Qualitätssicherungsmaßnahmen bedeutsam. Deshalb wird die rechtliche Sicherstellung der Qualität in diesem Kapitel beleuchtet und verschiedene Standards betrachtet, die üblicherweise im Zusammenhang mit Pflegeleistungen angelegt werden. Des weiteren wird der Qualitätsaspekt insbesondere im Hinblick auf die Fragestellung Geld- versus Sachleistung diskutiert. Bei dieser Unterscheidung treten zwischen Geld- und Sachleistung erhebliche Diskrepanzen auf.

Die Qualität einer Sache beschreibt ihren Wert, ihre Güte bzw. ihre Beschaffenheit. Eine einheitliche und anerkannte Definition der Pflegequalität gibt es bislang nicht. Dementsprechend vielseitig wird der Qualitätsbegriff benutzt.⁹⁶

Das SGB XI spricht zwar von Qualität, Maßstäben der Qualität und Qualitätssicherung, definiert sie aber nicht, bzw. nur indirekt. Die im SGB XI gebräuchlichen Definitionen werden weiter unten dargestellt.

Für eine adäquate Formulierung der Qualität der Pflege müssen vor allen Dingen die Bedürfnisse und die Situation des Pflegebedürftigen berücksichtigt werden. Ein hoher Stand medizinisch-technischer Versorgung oder eine `Satt-und-Sauber` Pflege

⁹⁶ Klie (1995), S. 56.

garantieren noch keine Qualität.⁹⁷ Vielmehr sollten insbesondere in der Pflege die individuellen Gegebenheiten des Pflegebedürftigen Beachtung finden. Es „eignet sich die Definition der `Qualität` in der Pflegeversorgung gemäß DIN ISO 9004/8402, nach der Qualität als Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung verstanden wird, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse bezieht“⁹⁸.

Darüber hinaus gibt es Bedenken bei der Sicherstellung der Qualität der Pflege durch die Leistungsbegrenzungen im SGB XI und das im Gesetz vorgesehene Budgetprinzip. Andererseits muß gesehen werden, daß der Begriff der Qualität erstmals in dieser Form Eingang in die gesetzlichen Regelungen des Sozialrechts gefunden hat⁹⁹.

Sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege werden verschiedene Ebenen der Qualitätssicherung unterschieden. Dabei beschreibt die *Strukturqualität* die Rahmenbedingungen bei der Erbringung der Pflegeleistung. Die *Prozeßqualität* bezieht sich auf das Leistungsgeschehen am Pflegebedürftigen. Und die *Ergebnisqualität* stellt fest, inwieweit, die durch die Pflege angestrebten Ziele erreicht wurden.

Unter Strukturqualität versteht man alle notwendigen Voraussetzungen zur Erbringung einer wirkungsvollen Pflege. Im Mittelpunkt stehen dabei organisatorische Rahmenbedingungen, d.h. zum Beispiel, daß die Fachkompetenz der Mitarbeiter gewährleistet ist oder, daß die Personalausstattung ausreichend ist und der Personaleinsatz gut geplant ist. Außerdem gehören zu den Voraussetzungen auch gesellschaftliche, sozialpolitische sowie rechtliche Rahmenbedingungen¹⁰⁰.

Bei der Prozeßqualität geht es in einem nächsten Schritt um die Leistungserbringung der Pflege selbst; diese sollte sich am pflegerischen Arbeitsablauf orientieren¹⁰¹. Der Durchführungsprozeß sollte auf der Basis einer entsprechenden Anamnese auch eine geeignete Pflegeplanung und Pflegedokumentation beinhalten. Einem Dokumentationsstandard, der eine einheitliche, systematische und vollständige Erfassung des Pflegeverlaufs sichert, kommt bei der Qualitätssicherung eine große Bedeutung zu¹⁰².

Bei der Ergebnisqualität wird die Zielerreichung durch die Pflege überprüft anhand verschiedener Kriterien. Dabei handelt es sich um das Befinden des Pflegebedürftigen,

⁹⁷ Ebenda, S. 66 und Wittenius (1994), S. 204.

⁹⁸ Klie (1995), S. 56.

⁹⁹ Ebenda, S. 55.

¹⁰⁰ Ebenda, S. 56.

¹⁰¹ Knaack (1994), S. 274.

¹⁰² Zur Bedeutung der Pflegedokumentation s. Forschungsbericht des BMA (1996).

die Selbstversorgungsfähigkeiten, die subjektive Zufriedenheit des Pflegebedürftigen und die Erhaltung oder Reaktivierung von körperlichen, geistigen und seelischen Potentialen¹⁰³. Es liegt in der Natur der Pflegebedürftigkeit, daß auch bei qualitativ hervorragender Versorgung sich der Zustand des Pflegebedürftigen verschlechtern kann. Die Ergebnisqualität bleibt also zu einem gewissen Teil unbeeinflussbar durch die Pflegekräfte. Bei der Erbringung der Pflegeleistung sollte deshalb keinesfalls an Qualität gespart werden. Bei der Bewertung der Ergebnisse allerdings sollte dies mit berücksichtigt werden.

Die verschiedenen beschriebenen Ebenen der Qualität der Pflege bilden ein komplexes System, bei dem ein Glied ins andere greift.

Nur wenn die Rahmenbedingungen adäquat geschaffen worden sind und die Leistungserbringung optimal und bedarfsgerecht für den Pflegebedürftigen ist, kann im Rahmen der Ergebnisqualität eine Zielerreichung wirklich festgestellt werden.

Ferner wird insbesondere auch für die stationäre Pflege zwischen interner und externer Qualitätssicherung differenziert¹⁰⁴.

Unter interner Qualitätssicherung versteht man alle innerbetrieblichen Maßnahmen und Verfahren, die die Qualität sichern, entwickeln und verfestigen sollen (Qualitätsmanagement). Qualitätszirkel, der Einsatz von Qualitätsbeauftragten oder Pflegestandardentwicklungen sind mögliche Formen des Qualitätsmanagements.

Bei der externen Qualitätssicherung werden freiwillige und verpflichtende Maßnahmen unterschieden. Als verpflichtend gelten dabei solche, zu denen die Leistungserbringer gemäß SGB XI rechtlich angehalten sind (§§ 80, 75 SGB XI). Des weiteren gibt es die Möglichkeit zusätzlicher freiwilliger Maßnahmen, zum Beispiel durch Zertifizierung nach DIN-Norm oder durch Qualitätssicherungskonferenzen.

Problematisch ist allerdings, daß es grundsätzlich Schwierigkeiten bereitet, Qualitätssicherungsprogramme aus dem industriellen Sektor auf den Nonprofitsektor der Pflegedienstleistung zu übertragen. Die Resultate von Pflegedienstleistungen sind jedoch in erheblichem Umfang vom individuellen, subjektiven Empfinden abhängig und deshalb nicht immer erfaßbar¹⁰⁵.

Mikroökonomisch betrachtet haben Leistungserbringer mit einem Vergütungssystem, welches kostenunabhängig ist wie in der sozialen Pflegeversicherung, nur die Möglichkeit durch Absenkung von Menge oder Qualität, Einfluß auf ihre Kosten zu

¹⁰³ Knaack (1994), S. 274.

¹⁰⁴ Für die Qualitätssicherung bei stationärer Pflege s. Sitte (1996).

¹⁰⁵ Klie (1995), S. 58/59.

nehmen¹⁰⁶. Das Vergütungssystem selbst wird an anderer Stelle dargestellt und kritisch betrachtet (s. Abschnitt 5.1).

Da die Pflegeversicherung dem Bedürftigen verschiedene Leistungen ermöglicht, ist es wichtig, die Qualität dieser verschiedenen Leistungsarten miteinander zu vergleichen. Im folgenden werden daher nur die Qualitätssicherungsmaßnahmen bei häuslicher Pflege betrachtet.

4.3.1 Qualität der Pflege bei Sachleistungen

Das SGB XI enthält sowohl implizite als auch explizite Aussagen zu Qualität und Qualitätssicherung in Bezug auf die Leistungserbringung¹⁰⁷.

Explizit definiert § 80 Abs. 1 SGB XI die Qualitätssicherung. Es werden gemeinsame und einheitliche Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung, sowie für die Verfahren der Durchführung der Qualifikationsprüfungen festgelegt. An diesen Grundsätzen sind die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beteiligt. Alle Beteiligten werden dazu `in die Pflicht` genommen¹⁰⁸.

Außerdem sind alle zugelassenen Einrichtungen zur Zusammenarbeit mit dem MDK verpflichtet, was die Überprüfung der Qualität ihrer Leistungen betrifft und insbesondere die Prozeß- und Ergebnisqualität. Die Vereinbarungen gelten unmittelbar und verbindlich für alle Verbände und alle zugelassenen Einrichtungen (§ 80 Abs. 1 letzter Halbsatz SGB XI).

Rechtlich problematisch ist, daß durch eine unmittelbare Geltung auch nicht verbandsangehörige Einrichtungen und unorganisierte Leistungserbringer erfaßt werden. Dadurch kommt es zu einem verfassungsrechtlichen Problem. Damit die Qualitätsmaßstäbe ihre gewünschte Wirkung erzielen und ein effizientes Instrument darstellen, ist es notwendig, daß alle zugelassenen Einrichtungen auch erfaßt werden. In der unmittelbaren Geltung der Rahmenverträge und der Vereinbarungen wird ein unverhältnismäßiger Grundrechtseingriff in die grundrechtlich geschützte Vertragsfreiheit gesehen¹⁰⁹. Die Vereinigungsfreiheit ist insofern beeinträchtigt, (Art. 9 Abs. 1 GG), als

¹⁰⁶ Breyer (1997), S. 88.

¹⁰⁷ Klie (1995), S. 59.

¹⁰⁸ BT-Drucks., S. 141, Begründung zu § 89 des Entwurfs.

¹⁰⁹ Neumann (1994b), S. 120.

daß es jedem Leistungserbringer auch möglich sein muß, sich nicht den Verbänden anzuschließen. Er wird aber von den Vereinbarungen der Qualitätsgrundsätze über die unmittelbare Geltung dennoch erfaßt, obwohl er an den Vereinbarungen nicht beteiligt war.

Die Problematik resultiert unter anderem daraus, daß der Gesetzgeber die bekannte Regelungstechnik des Kassenarztrechts fortführen wollte. Die kassenärztlichen Vereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, die Vereinigungen der Pflegeeinrichtungen sind allerdings privatrechtliche Vereinigungen. Neumann¹¹⁰ sieht daher die einzige Möglichkeit in einer Allgemeinverbindlichkeitserklärung durch staatlichen Rechtsakt wie beim Tarifvertrag des Arbeitsrechts (§ 5 TVG).

Die Regelungstechnik in Bezug auf Qualitätsvereinbarungen ist eine vertraute Systematik des Sozialrechts, sowohl im Krankenversicherungsrecht als auch im Sozialhilferecht.

Außerdem wird die zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Pflegebedürftigen auch durch die Rahmenverträge zur pflegerischen Versorgung explizit geregelt (§ 75 SGB XI).

Das SGB XI definiert aber noch konkreter als im § 80 SGB XI eine Reihe von qualitätsorientierten Zielvorstellungen der Leistungserbringung bei Pflegebedürftigkeit.

Dem Pflegebedürftigen soll geholfen werden, durch die Leistungen der Pflegeversicherung ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben zu führen, welches der Würde des Menschen entspricht (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB XI).

Außerdem sollen die Leistungen so erbracht werden, daß die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte des Pflegebedürftigen mobilisiert werden (§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB XI, aktivierende Pflege).

Ferner sollen die Leistungen vornehmlich dazu dienen, die Pflege von Familie, Nachbarn und Ehrenamtlichen zu unterstützen und zu fördern, um sicherzustellen, daß der Pflegebedürftige solange wie möglich in seiner gewohnten häuslichen Umgebung bleiben kann (§ 3 Satz 1 SGB XI, ambulant vor stationär).

Außerdem werden die Versicherten selbst dazu angehalten, eine Lebensweise zu verfolgen, durch die Pflegebedürftigkeit vermieden werden kann (§ 6 Abs. 1 SGB XI).

Und bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit sollen sie mithelfen, sie zu überwinden bzw. einer Verschlimmerung entgegenzuwirken (§§ 6 Abs. 2, 28 Abs. 4 SGB XI).

¹¹⁰ Neumann (1994a), S. 320.

Des weiteren ist die Pflegeleistung durch die Pflegeeinrichtung gemäß dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu erbringen (§§ 11 Abs. 1 Satz 1, 28 Abs. 3 SGB XI).

Die Leistungserbringung durch die Einrichtungen hat unter Wahrung der Menschenwürde des Pflegebedürftigen als humane und aktivierende Pflege zu geschehen (§ 11 Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

Die Pflege ist koordiniert mit anderen Hilfeleistungen zu erbringen, wie hauswirtschaftliche Versorgung, Rehabilitation und medizinische Behandlung analog SGB V. Schließlich verpflichtet § 8 Abs. 2 SGB XI Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen, sowie den MDK zu einer engen Zusammenarbeit, um eine leistungsfähige, ortsnahe und aufeinander abgestimmte pflegerische Versorgung gewährleisten zu können. Des weiteren haben sie zur Entwicklung und zum Ausbau der Pflegeversorgung beizutragen und die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung zu fördern. Sie haben ferner bei Familien, Nachbarn und Selbsthilfegruppen auf eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung hinzuwirken (§ 8 Abs. 2 letzter Satz SGB XI).¹¹¹

Bei einer Sachleistung werden die Pflegeleistungen von einer professionellen Pflegeeinrichtung erbracht. Unabhängig davon, ob es sich um einen privaten, kirchlichen oder freigemeinnützigen Leistungserbringer handelt, sind alle diese Leistungserbringer an die Verträge (Versorgungsvertrag, § 72 SGB XI) und die Vereinbarungen (§ 80 SGB XI) gebunden. Durch diese straffe Regelungstechnik ist eine Qualitätssicherung bei der Sachleistung schon wegen einer gesetzlichen Fundierung gewährleistet.

Es ist aber durchaus möglich, daß eine Leistung nicht ordnungsgemäß erbracht wird. Der Sicherstellungsauftrag (§ 69 Satz 1 SGB XI) stellt i. V. m. § 17 Abs. 1 SGB I eine Gewährleistungspflicht des Leistungserbringers gegenüber dem Versicherten dar. Somit hat der Pflegebedürftige im Falle einer unzureichenden Qualität der Leistung einen Gewährleistungsanspruch gegen den Leistungsträger. Der Betroffene kann im Fall der Sachleistung die gesetzlich angeordnete Leistungsqualität gerichtlich erstreiten (§§ 17 Abs. 1, 38 SGB I, § 69 Satz 1 SGB XI)¹¹².

Die notwendige Qualifizierung des Personals einer Pflegeeinrichtung wird durch § 71 SGB XI sichergestellt. Ambulante Pflegeeinrichtungen haben demnach unter der ständigen Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft zu stehen (§ 71 Abs. 1

¹¹¹ Moldenhauer/Kämper (1995), S. 183 und Klie (1995), S. 60.

¹¹² Neumann (1994a), S. 319.

SGB XI). Zusätzlich zur Ausbildung als Krankenschwester ist eine entsprechende Berufserfahrung notwendig (§ 71 Abs. 3 SGB XI).

Gemäß der Qualitätsgrundsätze (§ 80 SGB XI) wird zusätzlich eine Weiterbildungsmaßnahme von mindestens 460 Stunden oder ein Studium im Pflegemanagement verlangt. Im Vergleich zur Pflege durch unprofessionelle Angehörige liegt hier eine sehr hohe Anforderung an die Personalqualifikation vor. Da das SGB XI diese zusätzliche Ausbildung gesetzlich nicht fordert, und da sich das hohe Ausbildungsniveau negativ auf die Kosten der Pflegeeinrichtung auswirken kann, können derartig strenge Voraussetzungen mit Recht in Frage gestellt werden¹¹³.

Des weiteren dürfen nach den Qualitätsgrundsätzen als Pflegekräfte nur bestimmte Arbeitskräfte mit entsprechender beruflicher Qualifikation eingestellt werden, zum Beispiel Krankenschwestern / Krankenpfleger oder staatlich anerkannte Altenpflegerin / Altenpfleger¹¹⁴.

Durch die expliziten vertraglichen und die impliziten Regelungen unterliegt die Sachleistung einer umfassenden Qualitätssicherung und Kontrolle.

Eine ökonomische Problematik liegt darin, daß die Kosten der Pflegeeinrichtung steigen, je mehr die Anforderungen an die Personalqualifikation steigen. Da sich aber die Einrichtungen einem fixen Vergütungssystem gegenüber sehen, können sie die Kosten nur reduzieren, indem sie die Menge oder die Qualität der Pflege reduzieren. Dann hätten die hohen Qualitätsanforderungen für den Pflegebedürftigen einen negativen Effekt. Auch muß gefragt werden, ob bei einer verhältnismäßig hochqualifizierten Ausbildung der Pflegebedürftige durch die Höherqualifizierung seiner Pflegekraft noch einen Grenznutzen verspürt. Ist dies nicht der Fall, dann wäre auch die Sicherstellung der Personalqualifikation ohne zusätzliche Ausbildung ausreichend.

Die Pflegeeinrichtungen sind ferner verpflichtet eine Überprüfung ihrer Pflegeleistung zuzulassen (§ 80 Abs. 2 Satz 2 und 3, Abs. 3 SGB XI). Die Überprüfung erstreckt sich auf die Qualität der Pflege, die Versorgungsabläufe (Prozeßqualität) und die Pflegeergebnisse (Ergebnisqualität). Werden Mängel festgestellt und nicht frist- und sachgerecht von der Einrichtung behoben, besteht die Möglichkeit den Versorgungsvertrag mit der Pflegeeinrichtung zu kündigen. Dieser Sanktionsmechanismus stellt ein geeignetes Instrument dar, „Pflegedienste mit mangelnder Pflegequalität zu erkennen und letztlich von der Versorgung

¹¹³ Moldenhauer/Kämper (1995), S. 186/187 und Schülke (1995), S. 734.

¹¹⁴ Ebenda.

auszuschließen“¹¹⁵. Da allerdings die Ergebnisqualität, wie oben dargestellt, schlecht zu erfassen ist, werden voraussichtlich nur Pflegeeinrichtungen mit eklatanten Qualitätsmängeln durch die Überprüfungen auffallen.

Darüber hinaus sind sogenannte Selbstverwaltungsräte denkbar, die größtenteils mit Betroffenen besetzt sind. Diese Räte überwachen die Qualität der Pflege, bearbeiten Beschwerden und repräsentieren die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen. Aus den USA sind derartige Modelle bekannt und sie haben sich dort bewährt. In Europa ist man in diesem Punkt noch nicht so weit.¹¹⁶ Obwohl es durchaus denkbar wäre, den Selbstverwaltungsräten die Möglichkeit zur Kündigung der Versorgungsverträge bei Mißachtung der Qualitätsstandards ebenfalls einzuräumen.

4.3.2 Qualität der Pflege bei Geldleistung

Bezieht der Pflegebedürftige eine Geldleistung gemäß § 37 SGB XI und die Pflege wird durch Angehörige geleistet, dann ist die Qualitätssicherung nicht förmlich geregelt¹¹⁷.

Es fehlt eine vertragliche Grundlage der Qualitätssicherung, wie bei der Pflegesachleistung. Die privaten Beziehungen zu einer informellen Pflegeperson unterliegen keinen vertraglichen oder formellen Regelungen, daher ist die Qualitätssicherung der Pflege bei der Geldleistung unzureichender geregelt als bei der Sachleistung.

Diese Problematik ist vom Gesetzgeber erkannt und durch zwei wichtige Maßnahmen eingeschränkt worden. Zum einen werden für informelle Pflegepersonen, d.h. Familienangehörige, Nachbarn oder Ehrenamtliche Pflegekurse angeboten (§ 45 SGB XI). Diese Kurse sollen dazu beitragen, die häusliche Pflege zu erleichtern und zu verbessern. Es sollen sowohl Kenntnisse vermittelt werden für eine wirkungsvolle Pflege, als auch Beratung und Unterstützung für die Pflegeperson gegeben werden. Allerdings ist sowohl das Angebot an Pflegekursen durch die Leistungsträger freiwillig als auch die Teilnahme an den Kursen für die Pflegeperson nicht verpflichtend.¹¹⁸

Zum anderen schreibt das SGB XI bei Inanspruchnahme der Geldleistung einen Pflichtabruf einer professionellen Pflegeeinrichtung vor, zur Überprüfung ob bei der durch das Pflegegeld selbstbeschafften Pflege die Qualität sichergestellt ist (§ 37 Abs. 3

¹¹⁵ Ebenda, S. 190.

¹¹⁶ Pilcher (1995), S. 104 ff.

¹¹⁷ BT-Drucks., S. 141, Begründung zu § 89 des Entwurfs.

¹¹⁸ Schülke (1995), S 734.

SGB XI). Bei Pflegestufe I und II hat dieser Pflichteinsatz einmal halbjährlich, bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich zu erfolgen. Aber auch bei vorschriftsmäßigem Abruf der Sachleistung durch eine Pflegeeinrichtung, kann nicht die Garantie dafür gegeben werden, daß bei Bezug der Geldleistung die Qualität der Pflege dauerhaft gewährleistet ist¹¹⁹.

Da große Zeitabstände zwischen den Pflichtkontrollen liegen, ist die Wirksamkeit solcher Überprüfungsbesuche eingeschränkt.

Außerdem können Begutachtungen durch Institutionen auch demotivierend auf das Engagement der Familie oder der ehrenamtlichen Pflegekräfte wirken¹²⁰. Falls es daraufhin zu einer Reduzierung der familiären Pflege kommt, können sich die Überprüfungen negativ auf die Versorgung des Pflegebedürftigen auswirken.

Andererseits sind die Kontrollvisiten der Pflegeeinrichtungen ebenso notwendig, wie die oben erwähnten Pflegekurse. Für Überprüfungen spricht die Befürchtung von Mitnahmeeffekten, sowie die fachliche Überforderung der Familie, welche unter Umständen zu einer gefährlichen und ungeeigneten Versorgung, bis hin zu einem hohen Gewaltpotential in der Pflege führen kann¹²¹.

Die rechtlich fundierten Qualitätssicherungen bei Geldleistungen sind also eher gering. Die Instrumente selbst, Pflegekurse und Kontrollen der familiären Pflege sind ihrer Art nach sicherlich wünschenswert.

Die sehr hohen Qualitätsanforderungen an professionelle Pflegeeinrichtungen sind allerdings unverhältnismäßig im Vergleich zu den Anforderungen bei Geldleistung und familiärer Pflege, insbesondere in Anbetracht der Tatsache, daß 85 % der Pflegebedürftigen das Pflegegeld wählen. Schülke¹²² fordert daher eine strengere Qualitätssicherung in der Laienpflege: Pflegekurse müssen angeboten werden und die Teilnahme ist für die Pflegepersonen verpflichtend; Kontrollbesuche sind häufiger durchzuführen und solange die Teilnahme an den Pflegekursen, bzw. die Kontrollvisiten nicht nachgewiesen werden können, ist das Pflegegeld zu kürzen.

Geldleistung muß aber nicht notwendigerweise familiäre Pflege bedeuten. Da die Geldleistung als Sachleistungssurrogat zu verstehen ist, können mit dem Geld auch Pflegeeinsätze auf dem Markt für Pflegekräfte eingekauft werden¹²³. Falls ein Pflegebedürftiger Leistungen einer Pflegeeinrichtung in Anspruch nimmt, die nicht

¹¹⁹ Igl (1995), S. 291.

¹²⁰ Kesselheim/Tophoven (1994), S. 487.

¹²¹ Klie (1995), S. 61.

¹²² Schülke (1995), S. 736.

¹²³ BT-Drucks., S. 112, Begründung zu § 33 des Entwurfs.

zugelassen ist, d.h. die keinen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse gemäß § 72 SGB XI abgeschlossen hat, so ist das zwar prinzipiell denkbar, unterliegt aber nicht den Qualitätssicherungsgrundsätzen.

Ferner kann Pflegeleistung in Anspruch genommen werden durch Einrichtungen, die zwar zugelassen sind, mit denen aber kein Vergütungsvertrag zustande gekommen ist. In diesem Fall ist die Qualität der Pflegeleistung durch den Versorgungsvertrag sichergestellt. Die Vergütung regelt der Pflegebedürftige selbst mit der Einrichtung. Die Pflegekasse erstattet dann 80 % der entsprechenden Sachleistung. Es handelt sich hierbei um die Kostenerstattungsregelung gemäß § 91 SGB XI.

Bei der Geldleistung wird der Leistungsträger von der vertraglichen Verpflichtung durch die Auszahlung der Leistung (§ 47 SGB I) frei. Falls der Pflegebedürftige sich für die Geldleistung entscheidet und die Pflege durch professionelle Einrichtungen erbringen läßt und die Pflege mangelhaft ist, hat er einen Anspruch gegenüber der pflegenden Einrichtung aus p.V.V. des Dienstvertrages.

Läßt sich der Pflegebedürftige aber von seiner Familie pflegen, ist auch innerhalb der Familie eine vertragliche Gestaltung grundsätzlich denkbar. In der Regel wird es sich allerdings um ein Gefälligkeitsverhältnis handeln, bei dem es keinerlei vertragliche Beziehungen gibt, die einen Gewährleistungsanspruch auslösen könnten, außer deliktischen.

4.3.3 Zusammenfassung

Das SGB XI enthält ein umfassendes Instrumentarium um die Qualität der Pflegeleistung zu sichern. Allerdings muß offen bleiben, was Qualität der Pflege für den einzelnen Betroffenen letztlich ist, da es vom Gesetzgeber nicht explizit definiert wird.

Die Qualitätssicherung gelingt bei der Sachleistung umfangreicher und besser als bei der Geldleistung. Im Widerspruch zu den hohen Anforderungen an die Qualifikationen bei Sachleistungen stehen aber die strikten Leistungsbegrenzungen des SGB XI¹²⁴.

Die Pflegeversicherung ist keine Vollabsicherung, dies soll sie auch nicht sein. Daher muß sie notwendigerweise mit anderen Sozialversicherungszweigen zusammenarbeiten. Entscheidend für die Frage der Qualität ist daher auch, wie die Qualität bei anderen Leistungsträgern, zum Beispiel Krankenkassen oder Sozialhilfeträgern sichergestellt ist.

¹²⁴ Moldenhauer/Kämper (1995), S. 184.

Eine entsprechende Zusammenarbeit ist hier notwendig.¹²⁵

Eine unprofessionelle Pflege muß aus der Sichtweise des Pflegebedürftigen keineswegs schlechter sein als Pflege durch eine professionelle Einrichtung. Die Frage der Entscheidung zwischen Geld- und Sachleistung unter Qualitätsaspekten hängt also davon ab, wie die Präferenzen des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen bezüglich der Qualität der Pflege sind. Falls eine sehr umfassende und medizinisch-pflegerisch hochqualifizierte Versorgung gewünscht ist, dominiert die Sachleistung die Geldleistung. Wenn die menschliche Zuwendung durch vertraute Personen im Vordergrund stehen soll, dann kann auch die Geldleistung der Sachleistung vorgezogen werden. Eine Kombination von beidem ist ebenfalls denkbar.

5 Preisbildung und Leistungserbringungsrecht

In den bisherigen Betrachtungen sind die Preise für Pflegeleistungen als exogen unterstellt worden. In diesem Kapitel soll diese Annahme aufgehoben werden, und zwar derart, daß zunächst allgemein denkbare Preisbildungsmechanismen für den Markt der Pflegeleistungen dargestellt werden. Dann wird das derzeit praktizierte System der Leistungskomplexe vorgestellt. Es werden sowohl Vor- und Nachteile diskutiert, als auch wichtige Kriterien herausgearbeitet, die ein derartiges Preissystem besitzen sollte.

Preise für Pflegeleistungen sind im Zusammenhang mit Geld- und Sachleistung eine wichtige Größe. Da sowohl die Geld- als auch die Sachleistung in einer bestimmten Höhe vorgegeben sind durch das Gesetz, entscheidet der Preis darüber, wieviel Pflegeleistung dafür eingekauft werden kann. Und in diesem Zusammenhang ist bedeutsam, wie diese Preise zustande gekommen sind.

Da das Leistungserbringungsrecht diese Aspekte rechtlich regelt, werden im zweiten Abschnitt dieses Kapitels Besonderheiten der Leistungserbringung des SGB XI erläutert und ausgewählte Probleme betrachtet.

5.1 Preisbildung

¹²⁵ Klie (1995), S. 66.

Damit es überhaupt zu einer Pflegeversorgung durch die Einrichtung kommen kann, muß ein Versorgungsvertrag zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und der Einrichtung geschlossen werden (§ 72 Abs. 1 SGB XI). Durch den Vertragsabschluß erlangt die Einrichtung den Status einer zur Pflegeversorgung zugelassenen Einrichtung. Der Versorgungsvertrag hat eine rein `statusbegründende Funktion`, er beinhaltet weder Belegungs- noch Preisabsprachen¹²⁶. Die Zulassung zur Versorgung ist Basis für jede Form der Vergütung.

„Das volkswirtschaftliche Oberziel im Rahmen der Pflegeversicherung ist die Versorgung der Bevölkerung mit Pflegeeinrichtungen zu den niedrigsten volkswirtschaftlichen Kosten (Allokationeffizienz)“¹²⁷. Um dieses Ziel zu erreichen ist die Grundidee des Vergütungssystems wesentlich. Bisher galt insbesondere in der Krankenhausfinanzierung und der Finanzierung von Pflegeleistungen in Pflegeheimen über die Sozialhilfe das Selbstkostendeckungsprinzip¹²⁸. Selbstkostendeckung bedeutet, daß die Kassen im nachhinein die Kosten der Leistungserbringer erstattet haben. Durch dieses Prinzip geht jeder Anreiz zu einer sparsamen Inanspruchnahme der Ressourcen und einer effizienten Leistungserbringung verloren. Für die gesetzliche Krankenversicherung ist dieses Prinzip mit dem Gesundheitsstrukturgesetz aufgehoben worden. In der Pflegeversicherung hat der Gesetzgeber dem Prinzip der Selbstkostenerstattung von Beginn an eine klare Absage erteilt. Sowohl die Pflegesätze in der teil- und vollstationären Versorgung als auch die Pflegevergütung im ambulanten Bereich müssen leistungsgerecht sein. Für die Pflegesätze der stationären Pflege wird dies in § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB XI geregelt. In der Gesetzesbegründung heißt es, „Darin liegt für die Pflegeversicherung eine klare Absage an jede Form der Kostenerstattung“¹²⁹. Es sollen demnach fortan in der Pflegeversicherung keine abstrakten Kosten erstattet werden, sondern konkrete Leistungen differenziert vergütet werden. § 89 Abs. 1 Satz 2 SGB XI regelt diese leistungsgerechte Vergütung analog für den ambulanten Pflegebereich.

Das SGB XI enthält weitere wichtige Kernpunkte der Vergütungsregelungen, abgesehen vom Ziel der Leistungsgerechtigkeit. Dabei handelt es sich um die prospektive Ausrichtung der Pflegesätze, das Vereinbarungsprinzip sowie die Konfliktlösung durch eine unabhängige Schiedsstelle (§ 85 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 5 Satz 1 SGB XI)¹³⁰.

¹²⁶ BT-Drucks., S. 135, Begründung zu § 81 des Entwurfs.

¹²⁷ Prinz (1995), S. 37.

¹²⁸ Ebenda, S. 31.

¹²⁹ BT-Drucks., S. 144, Begründung zu § 93 des Entwurfs.

¹³⁰ Prinz (1995), S. 32.

Die prospektive Ausgestaltung bedeutet, daß bei der Vergütung in die Zukunft geplante Größen zugrunde gelegt werden. Es soll nicht auf die in der abgelaufenen Periode angefallenen Kosten zurückgegriffen werden, wie etwa beim Selbstkostendeckungsprinzip.

Vereinbarungsprinzip meint, daß Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer gemeinsam festgelegt werden. Dadurch wird verhindert, daß die Leistungserbringer zu verschwenderisch und zu ineffizient arbeiten, weil die Kosten ohnehin erstattet werden. Die Leistungsträger haben so größeren Einfluß auf die Kostensituation.

Für den Fall, daß es nicht zu einer Verständigung zwischen den Vertragsparteien kommt, setzt eine unabhängige Schiedsstelle die Pflegesätze unverzüglich fest.

Die Vergütungen der Pflegeleistungen im ambulanten Bereich sehen die gleichen Kernpunkte der Ausgestaltung des Preissystems vor (§ 89 Abs. 1 Satz 1 SGB XI)¹³¹.

Die Kosten von Pflegeleistungen ergeben sich durch Multiplikation der in Anspruch genommenen Menge mit dem jeweiligen Preis der Leistung. Die Mengenkomponekte liegt in der Regel fest durch Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit, bzw. durch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Pflegestufe¹³². Für die Preise sind generell verschiedene Preisbildungsmöglichkeiten denkbar. Es handelt sich dabei entweder um *Marktpreise*, um *Verhandlungspreise* oder um *administrierte Preise*¹³³.

Diese verschiedenen Möglichkeiten werden im folgenden dargestellt.

Marktpreise bilden sich als optimale Lösung durch Aufeinandertreffen von Angebot und Nachfrage. Unter Effizienzgesichtspunkten sind Marktpreise eine optimale Lösung. Für den Markt der Pflegehilfsmittel und der technischen Hilfen kann man von Marktpreisen ausgehen¹³⁴.

Bei Verhandlungspreisen wird die Vergütung zwischen den Vertragsparteien, Leistungsträger und Leistungserbringer, gemeinsam vereinbart. Es wirken hier also nicht die typischen Marktkräfte. Diese Möglichkeit sieht die Pflegeversicherung sowohl für den stationären (§ 85 Abs. 1 SGB XI), als auch für den ambulanten Bereich vor (§ 89 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Dabei muß weiter unterschieden werden, ob der Leistungsträger Verhandlungen individuell führt, mit jeder einzelnen Einrichtung, oder kollektiv, so daß sich als Vertragspartner jeweils die Verbände gegenüberstehen¹³⁵. Für eine

¹³¹ BT-Drucks., S. 148, Begründung zu § 98 des Entwurfs.

¹³² Prinz (1995), S. 38.

¹³³ Breyer/Zweifel (1997), S. 356.

¹³⁴ Prinz (1995), S. 39.

¹³⁵ Breyer (1997), S. 78.

Verhandlungslösung ist weiterhin die Machtposition und das Verhandlungsgeschick sehr entscheidend. Wenn es zum Beispiel in einem urbanen, räumlich großen Gebiet nur eine Pflegeeinrichtung gibt, kann diese ihre Monopolstellung als Versorgungsinstitution in den Verhandlungen ausnutzen¹³⁶. Das Gesetz untersagt eine Differenzierung nach Kostenträgern (§§ 84 Abs. 3 Satz 2, 89 Abs. 1 letzter Satz SGB XI).

Administrierte Preise schließlich werden von einer staatlichen Behörde oder einer dafür beauftragten Institution, etwa in Form einer Gebührenordnung, festgesetzt. Auch diese Möglichkeit ist im SGB XI vorgesehen. § 90 SGB XI sieht die Möglichkeit einer Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen vor, die durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung erlassen wird, in Zusammenarbeit mit dem Familien- und dem Gesundheitsministerium und darüber hinaus auch der Zustimmung des Bundesrates bedarf. Diese Gebührenordnung wird nur erlassen, falls es nicht zu einer Vergütungsvereinbarung gemäß § 89 SGB XI kommt. Bis zum jetzigen Zeitpunkt existiert keine Gebührenordnung nach § 90 SGB XI.

Mit dem administrativen Verfahren läßt sich eine leistungsgerechte und einheitliche Vergütung am einfachsten erreichen. Bei staatlich administrierten Preisen kann ebenfalls eine effiziente Leistungserbringung erwartet werden¹³⁷.

Marktpreise sind zumindest im Bereich der Pflegeleistungserbringung nicht zu beobachten und auch gesetzlich nicht vorgesehen. Administrative Preise könnte es zwar für die ambulante Pflege geben, diese Möglichkeit hat aber bisher keine Anwendung gefunden. Somit stehen die Vergütungen, die durch Verhandlungen zustande gekommen sind, im Mittelpunkt.¹³⁸

Im folgenden wird die Vergütung im häuslichen Pflegebereich betrachtet und das real existierende Vergütungsmodell vorgestellt.

§ 89 Abs. 3 SGB XI gibt den Verhandlungspartnern die Möglichkeit, die Vergütung von verschiedenen Kriterien abhängig zu machen. Die Vergütung kann bemessen werden nach Art, Umfang oder Zeitaufwand, sowie zeitunabhängig nach Leistungsinhalt. Derzeit gilt in der überwiegenden Zahl der Bundesländer ein sogenanntes Leistungskomplexsystem, bei dem sich die Vergütung nach den erbrachten Leistungsinhalten richtet. In den übrigen Bundesländern wird eine zeitabhängige Vergütung praktiziert.

¹³⁶ Breyer/Zweifel (1997), S. 356.

¹³⁷ Ebenda, S. 357.

¹³⁸ Für eine Systematisierung der Entgeltsysteme s. Breyer (1997), S. 76.

Ein Leistungskomplexsystem sieht unterschiedliche `Pakete` an Pflegeleistungen vor. Jeder Paketleistung, zum Beispiel aufrichten, waschen, anziehen, Essen zubereiten und füttern, entspricht einer Punktzahl. Diese Punktzahl drückt den Wert der Pflegeleistung aus. Den Punkten entsprechen Preise, zum Beispiel 6 Pfennig pro Punkt für Pflegeleistungen und 5,5 Pfennig pro Punkt für hauswirtschaftliche Versorgung. Durch Multiplikation der Punktzahl der Leistung mit dem Preis ergeben sich die Kosten der Pflegeleistung. Bei einer Sachleistung hat der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen in Abhängigkeit von seiner Pflegestufe. In Pflegestufe II zum Beispiel werden Leistungen in Höhe von DM 1800,-- erbracht. Bei einem Punktpreis von 6 Pfennig, entspricht das einem Budget von 30.000 Punkten, die prinzipiell beliebig auf die Leistungspakete verteilt werden können. Die Problematik des Leistungskomplexes liegt darin, daß die Leistungspakete die individuelle Versorgung nicht genügend gewährleisten. Einige Pakete können mit anderen nicht verbunden werden. Und manche Pakete enthalten Leistungen, die der Pflegebedürftige nicht benötigt und wieder andere Leistungen werden dringend benötigt, können aber nicht erbracht werden, da sie von der Paketleistung nicht vorgesehen sind. Außerdem können die Pflegeeinrichtungen eine nicht notwendige Mengenausweitung herbeiführen, die der Betroffene dann selbst zu tragen hat, wenn sein Leistungsanspruch aufgebraucht ist¹³⁹.

Nach Auskunft des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung bestehen daher Bestrebungen auf Zeitvergütungen umzustellen, um den Erfordernissen des Einzelfalls mehr Beachtung schenken zu können.

Des Weiteren sind die Vergütungen in den einzelnen Bundesländern zum Teil sehr unterschiedlich. Die folgende Tabelle stellt die Vergütungen der Pflegeleistungen bei häuslicher Pflege für die verschiedenen Bundesländer einander gegenüber.

In Baden-Württemberg und Hessen werden derzeit Vergütungssysteme auf Zeitbasis praktiziert, d.h. es werden Einsatzstunden vergütet. Und für die Länder Schleswig-Holstein und Thüringen lagen keine Angaben vor.

Tab. 5-1: Vergütungsvereinbarungen der ambulanten Pflegeleistungen nach Leistungskomplexen in den verschiedenen Bundesländern

Bundesländer	Vergütungsvereinbarungen (Punktwert)	Vergütungsvereinbarungen mit nicht Organisierten (Punktwert)
Bayern	7,35 Pf. mit Wohlfahrtsverbänden	6,5 - 7,23 Pf.

¹³⁹ Oldiges (1996), S. 8.

	und privaten Trägervereinigungen, + Anfahrtspauschalen	
Berlin	7,6 Pf.	
Brandenburg	6,5 Pf. für Grundpflege 6,2 Pf. für hausw. Versorgung für alle organisierten und verbandsangehörigen , nach Schiedsstellenentscheidung	
Bremen	6,9 Pf.	
Hamburg	7,0 Pf. + Wegegeld	5,9 Pf.
Mecklenburg- Vorpommern	6,4 Pf. 6,0 Pf. für private Neuanbieter	
Niedersachsen	7,6 Pf. für Grundpflege 4,67 Pf. für hausw. Versorgung mit den Sozialstationen 7,2 Pf. für private Anbieter	
Nordrhein- Westfalen	7,8 Pf. nach Schiedsstellen- entscheidung	6,5 - 7,0 Pf.
Rheinland-Pfalz	7,5 Pf. für Grundpflege 4,66 Pf. für hausw. Versorgung mit Ligaverbänden, Bundesverband ambulanter Pflege, Berufsverband Hauskrankenpflege,	
Saarland	6,9 Pf.	6,0 - 6,9 Pf.
Sachsen	6,5 Pf. mit den Wohlfahrtsverbänden 6,0 Pf. mit dem Landesverband Hauskrankenpflege	6,0 - 6,5 Pf.
Sachsen-Anhalt	6,4 Pf.	5,2 - 6,2 Pf.

Quelle: Eigene Zusammenstellung nach Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zum Stand der Pflegeversicherung, Stand: März 1997.

Zur Erklärung der obigen Tabelle dient eine kurze Beispielrechnung.

Ein Pflegebedürftiger der Stufe II hat Anspruch auf Sachleistungen in Höhe von DM 1800,-. Bei einem Punktwert von 7,6 Pfennig (Nordrhein-Westfalen), steht ihm ein Punktebudget von 23.684 Punkten für einen Monat zu Verfügung, bei einem Punktwert von 6,4 Pfennig (Sachsen-Anhalt) stehen ihm 28.125 Punkte für einen Monat zu. Es ergibt sich also in der gleichen Pflegestufe ein Unterschiedsbetrag in Punkten von immerhin 4441 Punkten. Die Paketleistung `Große Morgen- / Abendtoilette` (340 Punkte) zum Beispiel kann davon 13 mal konsumiert werden.

Angemerkt sei an dieser Stelle, daß bei den unterschiedlichen Preisen eine weitere Form von moral hazard denkbar ist. Der Pflegebedürftige kann theoretisch entscheiden, die

Pflegeleistung in dem Bundesland in Anspruch zu nehmen, in dem der Preis am geringsten ist und die Punktzahl, die ihm dadurch als Budget zur Verfügung steht am höchsten. Dies wäre eine Art 'Tiebout-moral hazard'¹⁴⁰, welches mit Wanderungen verbunden ist. Bei Pflegebedürftigkeit sind Wanderungen eher unwahrscheinlich und gewisse regionale Preisunterschiede sind durchaus akzeptabel und gesetzlich legitim, zum Beispiel wegen fehlender Pflegeinfrastruktur in den neuen Bundesländern.

Diese Form der Verhandlungslösung, nämlich die Leistungskomplexe, muß nun daraufhin überprüft werden, ob sie die ökonomisch optimale Lösung darstellt. Um die Bedingung der Effizienz zu erfüllen, müssen Preise bestimmte Kriterien erfüllen¹⁴¹. Die Preise müssen sowohl Knappheitsindikatoren sein, als auch für alle Leistungserbringer identisch sein und darüber hinaus darf in den Preisverhandlungen keine Marktmacht ausgenutzt werden. Die Bedingung, daß es sich um Knappheitsindikatoren handeln muß und daß die Preise für alle Leistungsanbieter identisch sein sollen, sind für den Pflegemarkt nicht problematisch.

Bei einer Verhandlungslösung besteht das wohl größte Problem darin, daß die Leistungsanbieter Einfluß nehmen können auf die Vergütungsgestaltung ihrer eigenen Leistungen. Wenn die Kosten der Anbieter die Preisbildung beeinflussen, besteht für die Leistungserbringer kein ökonomischer Anreiz zur Kostenreduktion. Somit wird das Ziel der volkswirtschaftlichen Effizienz verfehlt.¹⁴²

Bei staatlich administrierten Preisen, besteht dieses Problem nicht, da eine mögliche Machtposition hier nicht ausgenutzt werden kann. Wenn sich die Pflegesätze an den durchschnittlichen Kosten orientieren, werden langfristig die ineffizienten Anbieter aus dem Markt ausscheiden, und da Gewinne zulässig sind, besteht auch weiterhin ein Anreiz zur Kostensenkung¹⁴³. Problematisch ist allerdings, daß die Knappheitsverhältnisse dabei nicht immer entsprechend repräsentiert werden¹⁴⁴. Prinz¹⁴⁵ hält es daher insgesamt für wünschenswert, aus den schlechten Erfahrungen im Krankenhausbereich zu lernen und im Bereich der ambulanten Pflege von der staatlichen Gebührenordnung Gebrauch zu machen.

Außerdem ist eine Lösung zu Marktpreisen ökonomisch am effizientesten, allerdings mit dem bundesdeutschen Sozialversicherungssystem nicht zu vereinbaren. Falls es bei einer

¹⁴⁰ Für eine Erklärung des Tiebout-Ansatzes s. Brümmerhoff (1992), S. 487.

¹⁴¹ Prinz (1995), S. 39.

¹⁴² Ebenda, S. 40.

¹⁴³ Breyer/Zweifel (1997), S. 358.

¹⁴⁴ Prinz (1995), S. 41.

¹⁴⁵ Ebenda.

geeigneten Qualitätskontrolle nur noch Geldleistungen gäbe, könnten die Betroffenen immer selbst ihre Pflegeleistung bei den Anbietern einkaufen. Es würde sich ein Preis durch Angebot und Nachfrage bilden und dadurch ein normales Produzenten- / Konsumentenverhältnis entstehen. Insgesamt würde eine derartige Form der Leistungsnachfrage die Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen stärken und eine individuelle Leistungserbringung ermöglichen¹⁴⁶. Es wird eine internationale Tendenz in Richtung der Geldleistung beobachtet¹⁴⁷. In der Bundesrepublik ist eine derartige Entwicklung mit dem Sachleistungsprinzip als einem der wesentlichen Prinzipien der Sozialversicherung, nicht zu vereinbaren.

Vergleicht man eine Geldleistung und eine Sachleistung und berücksichtigt dabei die oben aufgeführten Argumente, dann zeigt sich, daß die Geldleistung der Sachleistung bei gleicher betragsmäßiger Höhe überlegen ist. Dem Betroffenen steht es frei mit dem Pflegegeld bei Einrichtungen Pflegeleistung einzukaufen oder die Familie mit der Pflege zu beauftragen. Da die Einrichtungen in diesem Fall nicht an das Leistungskomplexsystem gebunden sind, kann eine einzelfallspezifischere Versorgung vereinbart werden. Die Leistungserbringer sind in diesem Fall nur dem privatrechtlichen Vertrag verpflichtet, dies betrifft die Versorgung und die Vergütung. Allerdings muß die geringere Leistungshöhe der Geldleistung des SGB XI im Verhältnis zur Sachleistung berücksichtigt werden.

5.2 Probleme des Leistungserbringungsrechts

Im folgenden wird den rechtlichen Regelungen der Leistungserbringung Beachtung geschenkt. Durch das Sachleistungsprinzip, bei dem die Leistungen in `natura` erbracht werden, finden Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht zusammen¹⁴⁸.

Es werden einige Besonderheiten des Leistungserbringungsrechts der Pflegeversicherung erläutert und spezielle, damit verbundene Probleme diskutiert.

Für die Pflegeversicherung gilt der Grundsatz der Wahrung der Trägervielfalt. In § 11 Abs. 2 Satz 1 SGB XI findet dieser Grundsatz explizit Ausdruck. Die gewachsenen Strukturen in der Pflegeversorgung sollen weiterhin Bestand haben. Insbesondere die kirchlichen Träger sollen auch weiterhin ihrer Aufgabe der Nächstenliebe nachgehen¹⁴⁹.

¹⁴⁶ Evers (1995), S. 24.

¹⁴⁷ Pijl (1994).

¹⁴⁸ Neumann (1997), S. 531.

¹⁴⁹ Ebenda, S. 521 und BT-Drucks., S. 93, Begründung zu § 10 des Entwurfs.

Alle Träger, egal ob kirchliche, private oder freigemeinnützige haben einen Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages (§ 72 Abs. 3 Satz 2 SGB XI). Alle Träger müssen demnach zur pflegerischen Versorgung zugelassen werden, soweit und solange sie die Voraussetzungen zur Erbringung der Pflege erfüllen gemäß § 71 SGB XI, und eine leistungsfähige und wirtschaftliche Pflegeversorgung gewährleisten können. Diese Marktzutrittsvoraussetzungen sind demnach für alle gleich; dadurch wird eine gewisse Form von Wettbewerb auf dem Pflegemarkt erreicht¹⁵⁰. Insbesondere soll es innovativen Leistungserbringern dadurch ermöglicht werden, in den Pflegemarkt einzutreten und so den Wettbewerb zu fördern. „Nachteile für die Pflegekassen sind mit der Zulassung bedarfsüberschreitender Versorgungskapazitäten nicht verbunden“¹⁵¹. Diese Begründung ist insofern problematisch, als daß es nicht einer Gesetzesbegründung obliegt, Erfahrungen vorwegzunehmen, die es erst noch zu machen gilt.

Einerseits wird der Wettbewerb gesetzlich gesichert und die Zugangsgleichheit betont. Andererseits finden sich mehrere Regelungen, die den Wettbewerb behindern.

§ 9 Satz 2 SGB XI weist den Ländern die Aufgabe der Investitionsförderung zu. Die Pflegeeinrichtungen, die aber nicht von den Ländern gefördert werden, dürfen ihre betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen den Pflegebedürftigen gesondert berechnen (§ 82 Abs. 4 SGB XI). Falls die Länder die Einrichtungen nicht gleichmäßig investiv fördern, kann es zu Wettbewerbsnachteilen kommen. Diejenigen Einrichtungen, die nicht gefördert werden, müßten höhere Vergütungen verlangen¹⁵². In der Praxis wird eine völlige Gleichbehandlung bei den Investitionen nicht möglich sein. Daraufhin entstehen Verzerrungen wegen unterschiedlicher Vergütungen und dadurch ist die Wahlfreiheit der Betroffenen nicht mehr gewährleistet¹⁵³. Den Ländern kommt also die Aufgabe zu, den Wettbewerbsmarkt der Pflege nicht durch ungleiche Investitionspolitik zu zerstören.

§ 11 Abs. 2 Satz 2 SGB XI legt den Vorrang der kirchlichen Träger fest. Insbesondere bei der Betreuung der gebrechlichen, kranken und sterbenden Menschen ist der kirchliche Auftrag zu achten. Und § 11 Abs. 2 Satz 3 SGB XI sowie § 72 Abs. 3 Satz 3 SGB XI gewährt den privaten und freigemeinnützigen Trägern Vorrang vor den öffentlichen. Die öffentlichen Leistungserbringer werden explizit benachteiligt und dadurch wird das Wettbewerbsgleichgewicht wieder eingeschränkt. Obwohl es durchaus denkbar ist, daß

¹⁵⁰ Igl (1995), S. 287.

¹⁵¹ BT-Drucks., S. 136, Begründung zu § 81 des Entwurfs.

¹⁵² Igl (1995), S. 288.

¹⁵³ Schulin (1994a), S. 440.

die öffentlichen Träger ihre Rechtsform ändern¹⁵⁴. Gerechtfertigt wird dieser Vorrang der privaten und freigemeinnützigen, bzw. kirchlichen Träger mit dem Subsidiaritätsprinzip¹⁵⁵. Subsidiarität bedeutet, daß die Verantwortung für eine Aufgabe jeweils der kleinsten, dafür geeigneten Einheit zu übertragen ist.

Ebenfalls vom SGB XI erfaßt werden die privaten Pflegeversicherungsanbieter. Die Regelung für diese privaten Versicherungsanbieter sehen in weiten Teilen eine Entsprechung der organisatorischen und leistungsrechtlichen Regelungen der gesetzlichen Pflegeversicherung vor (§§ 23, 110 f SGB XI). Allerdings haben privat Pflegeversicherte Anspruch auf eine Kostenerstattung in Höhe der Sachleistung (§ 23 Abs. 1 Satz 3 SGB XI). Die soziale Pflegeversicherung sieht eine Kostenerstattung nur im Ausnahmefall des § 91 SGB XI vor. Diese Kostenerstattung beträgt dann allerdings nur 80 % der entsprechenden Sachleistung und setzt voraus, daß die Leistungen bei einem Anbieter in Anspruch genommen werden, der keinen Vergütungsvertrag mit den Pflegekassen abgeschlossen hat. Die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung wird in der Gesetzesbegründung zwar betont, aber durch diese Regelungssystematik nicht eingehalten¹⁵⁶. Hat der Betroffene die Möglichkeit zu wählen, zwischen privatem und sozialem Versicherungsschutz, stellt er sich bei einer privaten Lösung leistungsrechtlich besser. Andererseits aber werden die Verbände der privaten Krankenversicherung e.V. bei dem Pflegesatzverfahren (§ 85 Abs. 2 letzter Satz SGB XI) nur angehört, d.h. ihre Belange sollen zu Gehör kommen¹⁵⁷. Bei der Bildung der Pflegesatzkommission (§ 86 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) werden die Privaten beteiligt. Die strikten Vorschriften zur Leistungsregelung stehen im Gegensatz zur schwachen Beteiligung der privaten Verbände.

Die Kostenerstattung wird zwar im SGB XI als Leistungsart grundsätzlich ermöglicht (§ 4 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Die Geldleistung nach § 37 SGB XI stellt allerdings keine Kostenerstattung dar. Und auch die Regelung des § 91 SGB XI, wonach 80 % der Sachleistung erstattet werden, ist keine typische Kostenerstattung¹⁵⁸. Für eine richtige Kostenerstattung ist auch der Versorgungsvertrag unerheblich. Bleibt als Kostenerstattungsregelung in diesem Sinne nur die der privat Pflegeversicherten (§ 23 Abs. 1 letzter Satz SGB XI).

¹⁵⁴ Igl (1995), S. 287.

¹⁵⁵ Neumann (1997), S. 522.

¹⁵⁶ BT-Drucks., S. 103, Begründung zu § 20 des Entwurfs.

¹⁵⁷ Ebenda, S. 148, Begründung zu § 94 des Entwurfs.

¹⁵⁸ Schulien (1994b), S. 290/291.

§ 70 SGB XI definiert die Beitragssatzstabilität. In den Verträgen zwischen den Leistungserbringern und den Leistungsträgern soll sichergestellt werden, daß die Leistungsausgaben die Beitragseinnahmen nicht übersteigen. Die Beiträge sind ohnehin stabil, da sie gesetzlich festgelegt sind (§ 55 Abs. 1 SGB XI). Da die Leistungsart und die Leistungsvergütung vertraglich geregelt sind, haben die Pflegekassen hier keinen großen Einfluß. Und das Pflegefallrisiko selbst ist eine Zufallsvariable und damit völlig unbeeinflussbar. In § 70 Abs. 2 SGB XI werden Vergütungsvereinbarungen, die nicht dem Prinzip der Beitragssatzstabilität entsprechen für unwirksam erklärt. Würde sich wirklich herausstellen, daß die Leistungsausgaben nicht gedeckt sind, so müßten die Verträge im Nachhinein für unwirksam erklärt werden. Diese Folgen sind nicht mit den elementaren Grundsätzen der Rechtsstaatlichkeit vereinbar¹⁵⁹.

Ein weiterer erwähnenswerter Aspekt des Leistungserbringungsrechts sind die Vergütungsregelungen für Unterkunft und Verpflegung bei der stationären Pflege.

Diese Vergütungen werden ebenfalls, wie die pflegerische Versorgung, zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern vereinbart (§ 87 Satz 1 SGB XI). Der Pflegebedürftige selbst hat diese Leistungen zu tragen (§§ 4 Abs. 2 letzter Halbsatz, 87 Satz 1 SGB XI). Eigentlich handelt es sich hierbei um unzulässige Verträge zu Lasten Dritter, der betroffenen Pflegebedürftigen, bzw. falls sie die Leistungen nicht finanzieren können, der Sozialhilfe. Diese Regelung wird aber als sachgerecht angesehen. Zum einen wird es für die Pflegebedürftigen und die Angehörigen meistens nicht möglich sein, selbst Verhandlungen mit dem Pflegeheim zu führen. Und zum anderen besteht ein enger inhaltlicher Zusammenhang zwischen der pflegerischen Leistung und der Leistung für Unterkunft und Verpflegung¹⁶⁰. Zum Beispiel hängt eine spezielle Diät oder ein besonderes Krankenbett mit der Art des Pflegefalls eng zusammen. Die Leistungen für Unterkunft und Verpflegung müssen im Verhältnis zu den pflegerischen Leistungen (§ 87 Satz 2 SGB XI) angemessen sein.

Was die Vergütungsregelungen betrifft, besteht noch eine weitere rechtliche Ungenauigkeit. Eine Vergütungsvereinbarung kann für eine Einrichtung nur dann verbindlich werden, wenn sie ihre Zustimmung dazu gegeben hat. Die Möglichkeit einer Schiedsstellenvereinbarung schränkt diese Regelung ein. § 91 Abs. 1 SGB XI zeigt aber, daß es möglich ist, daß eine Vergütungsregelung unter Umständen auch gar nicht

¹⁵⁹ Schulin (1994a), S. 444.

¹⁶⁰ Schulin (1994b), S. 289.

zustande kommt, da keine Einrichtung dazu gezwungen werden kann. Die Schiedsstellenentscheidungen (§§ 85 Abs. 5, 89 Abs. 3 Satz 2 SGB XI) können also nur bei Zustimmung der Einrichtungen zur Anwendung kommen. Die Einrichtungen, mit denen keine Vergütungsregelungen zustande kommen, stellen sich ohnehin schlechter, da die Kostenerstattungsregelung des § 91 SGB XI um 20 % geringer ist als bei einer Vergütungsvereinbarung.

6 Fazit: die optimale Lösung für den `Homo Pflegicus`¹⁶¹

Die Problematik der Entscheidung zwischen Geld- und Sachleistung in der sozialen Pflegeversicherung ist unter Berücksichtigung verschiedener Situationen diskutiert worden.

Dabei ergab die mikroökonomische Analyse, daß die soziale Pflegeversicherung, in der bestehenden Form, einem ökonomisch optimalen System zur Absicherung gegen das Pflegefallrisiko unterlegen ist (s. Kapitel 4.1).

Die Untersuchung der Entscheidungssituation unter Einbeziehung familiärer Aspekte führte zu dem Ergebnis, daß der Pflegebedürftige seine Präferenzen besser mit einer Geldleistung durchzusetzen vermag. Die Betrachtung der Qualitätsfragen für die Pflegeversicherung hingegen lieferte das Resultat, daß die Qualität der Pflege bei einer Sachleistung besser und umfassender geregelt ist.

Daraus ergibt sich der eigentliche `trade-off`; es entscheiden sich 85 % der Betroffenen für eine Geldleistung, obwohl diese Leistung wertmäßig wesentlich geringer ist als die Sachleistung. Dies führt zu der Schlußfolgerung, daß der Nutzenverlust aus der inflexiblen Sachleistung größer ist, als der Nutzenverlust aus der wertmäßig geringeren Geldleistung. Offensichtlich ist der Markt für Pflegeleistung durch Angehörige, Freunde und Nachbarn attraktiver und flexibler und wird den Präferenzen der Pflegebedürftigen eher gerecht¹⁶². Pflegebedürftige wollen zum größten Teil zu Hause und von ihren Angehörigen gepflegt werden.

Eine eindeutige oder für alle Betroffenen gleiche Lösung gibt es dabei nicht. Deshalb sollten die Leistungen des SGB XI nicht nur konkurrierend gegeneinander stehen, sondern sie sollten sich zu einer optimalen Lösung ergänzen (s. Kapitel 4.1.1). Beide Leistungsarten sind dazu notwendig.

¹⁶¹ Allemeyer (1994), S. 316.

¹⁶² Oldiges (1996), S. 10.

Es geht also abschließend nicht nur darum, eine ausschließliche Entscheidung zu treffen, sondern eine optimale Kombination der bestehenden Leistungen zu finden. Der Möglichkeit einer Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) kommt dabei auch eine Bedeutung zu.

Jeder einzelne Pflegebedürftige besitzt seine optimale Mischung an verschiedenen Pflegeleistungen unter Berücksichtigung seiner spezifischen familiären, gesundheitlichen, finanziellen und sonstigen Bedingungen.

Um eine optimale Leistungsmischung gewähren zu können, muß Anpassung der Leistungsstruktur und Flexibilität garantiert sein. „Anpassung ist politisch gewollt. Qualität und Wirtschaftlichkeit, Ökonomisierung und Rationalisierung, Wettbewerb und Wahlfreiheit sind mehr denn je zu dominanten Größen in unseren Sozialsystemen und damit auch im Überlebensprozeß für Dienstleister und Kostenträger geworden“¹⁶³.

Vor allen anderen aber sollte immer den Bedürfnissen der betroffenen Pflegebedürftigen und deren Situation Rechnung getragen werden. D.h. Leistungsanpassung, Ökonomisierung und Flexibilität müssen auf der Basis der Präferenzen der Pflegebedürftigen geschehen, sie müssen dabei immer im Mittelpunkt stehen.

7 Literaturverzeichnis

Bücher und Zeitschriften:

Allemeyer, Jürgen (1994); Die Pflegeversicherung, in: Altenpflege, 5/1994, S. 315-320.

Arrow, Kenneth (1969); The Economics of Moral Hazard: Further Comment, in: The American Economic Review, Vol. 58, S. 537-539.

Bernholz, Peter und Breyer, Friedrich (1993); Grundlagen der Politischen Ökonomie, Band 1, J.C.S. Mohr, Tübingen.

Breyer, Friedrich (1997); Ökonomische Grundlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung, in: Bertram Schulin (Hrsg.), Handbuch für das Sozialversicherungsrecht, Band 4, Pflegeversicherungsrecht, Verlag C.H. Beck, München, S. 59-91.

Breyer, Friedrich (1984); Moral Hazard und der optimale Krankenversicherungsvertrag. Eine Übersicht, in: Zeitschrift für die gesamte Staatswirtschaft, Band 140, 2/1984.

¹⁶³ Ebenda, S. 11.

Breyer, Friedrich und Zweifel, Peter (1997); Gesundheitsökonomie, 2. Auflage, Springer.

Brümmerhoff, Dieter (1992); Finanzwissenschaft, 6. Auflage, Oldenbourg, München.

Buchholz, Wolfgang und Wiegard, Wolfgang (1992); Allokative Überlegungen zur Reform der Pflegevorsorge, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Band 209, S. 441-451.

Eisen, Roland (1992); Alternative Sicherungsmöglichkeiten bei Pflegebedürftigkeit, in: Sozialer Fortschritt, 10/1992, S. 236-241.

Eisen, Roland (1981); Monetäre versus reale Sozialtransfers, in: Jahrbuch für Sozialwissenschaft, Band 32, S. 41-65.

Eisen, Roland and Mager, Hans-Christian (1996); Long-Term Care - An Inter- and Intragenerational Decision Model, in: Roland Eisen and Frank A. Sloan (Hrsg.), Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions, Kluwer, S. 251-284.

Evers, Adalbert (1995); Die Pflegeversicherung: Ein mixtum compositum im Prozeß der politischen Umsetzung, in: Sozialer Fortschritt, 2/1995, S. 23-28.

Evers, Adalbert (1994); Payments for Care: A Small but Significant Part of a Wider Debate, in Adalbert Evers/ Marja Pijl/ Clare Ungerson (Hrsg.), Payments for Care - A Comparative Overview, Avebury, S. 19-41.

Höhnmann, Ulrike und Weinrich, Heidi und Gätschenberger, Gudrun (1996); Die Bedeutung des Pflegeplans für die Qualitätssicherung in der Pflege, Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Nr. 261.

Igl, Gerhard (1995); Zu einigen sozialrechtlichen und sozialpolitischen Problemen des neuen Pflegeversicherungsrechts, in: Uwe Fachinger und Heinz Rothgang (Hrsg.), Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes, Duncker & Humblot, Berlin, S. 279-294.

Igl, Gerhard (1994); Entstehungsgeschichte der sozialen Pflegeversicherung - Eine Einführung, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, 4/1994, S. 261-264.

Kesselheim, Harald (1996); Pflegeversicherung - Aufbruch zu neuen Ufern, in: Die Ortskrankenkasse, S. 409-417.

Kesselheim, Harald (1995); Die neue Pflegeversicherung, in: Die Ortskrankenkasse, S. 546-551.

Kesselheim, Harald und Tophoven, Christina (1994); Pflegeversicherung - ein Beitrag zum menschenwürdigen Leben bei Pflegebedürftigkeit, in: Die Ortskrankenkasse, S. 483-493.

Klie, Thomas (1995); Auswirkungen des SGB XI auf die Qualität der Pflegeleistungen, in: Uwe Fachinger und Heinz Rothgang (Hrsg.), Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes, Duncker & Humblot, Berlin, S. 55-67.

- Knaack, Andreas (1994);** Maßstäbe zur Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, in: Die Ortskrankenkasse, S. 273-276.
- Krasney, Otto Ernst (1994);** Versicherter Personenkreis und Pflegeleistungen des SGB XI, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, 4/1994, S. 265-283.
- Kreps, David M. (1994);** Mikroökonomische Theorie, aus dem Engl. von Ulrich K. Schnittko, Verlag Moderne Industrie, Landsberg/ Lech.
- Leitherer, Stephan (1997);** Allgemeines zum Leistungsrecht, in: Bertram Schulin (Hrsg.), Handbuch für das Sozialversicherungsrecht, Band 4, Pflegeversicherungsrecht, Verlag C.H. Beck, München, S. 390-471.
- Mager, Hans-Christian (1995);** Moral hazard in der (sozialen) Pflegeversicherung?, in: Uwe Fachinger und Heinz Rothgang (Hrsg.), Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes, Duncker & Humblot, Berlin, S. 115-135.
- Moldenhauer, Meinolf und Kämper, Dietmar (1995);** Pflegeversicherung: Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, in: Die Betriebskrankenkasse, S. 283-190.
- Naegele, Gerhard (1984);** Zum aktuellen Stand der Kostenneuordnung bei Pflegebedürftigkeit - Lösungsalternativen, Hintergründe, Tendenzen, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 10/1984, S. 322-339.
- Neumann, Volker (1997);** Leistungserbringungsrecht, in: Bertram Schulin (Hrsg.), Handbuch für das Sozialversicherungsrecht, Band 4, Pflegeversicherungsrecht, Verlag C.H. Beck, München, S. 513-535.
- Neumann, Volker (1994);** zitiert als 1994a, Angebotssteuerung und Qualitätssicherung im SGB XI, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, 4/1994, S. 309-321.
- Neumann, Volker (1994);** zitiert als 1994b, Freiheit und Bindung bei der Leistungserbringung: Ambulante und stationäre Pflege, in: Schriftenreihe des deutschen Sozialrechtsverbandes e. V. (SDSRV), Band 38, S. 109-125.
- Oldiges, Franz Josef (1996);** Pflegeversicherung: Ein neuer Aufbruch?, in: Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hrsg.), Ein Jahr Pflegeversicherung - Beginn einer neuen Kultur in Altenarbeit und Altenhilfe? (Dokumentation einer Fachtagung), Köln, S. 3-13.
- Pauly, Mark (1996);** Almost Optimal Social Insurance for Long-Term Care, in: Roland Eisen and Frank A. Sloan (Hrsg.), Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions, Kluwer, S. 307-329.
- Pauly, Mark (1990);** The Rational Nonpurchase of Long-Term-Care Insurance, in: Journal of Political Economy, Vol. 98, S. 153-167.
- Pauly, Mark (1969);** The Economics of Moral Hazard: Comment, in: The American Economic Review, Vol. 58, S. 537-539.
- Pfaff, Anita B. (1994);** Kosten der ambulanten Pflegeleistungen in: Die Ortskrankenkasse, S. 723-731.

Pijl, Marja (1994); When Private Care Goes Public, in: Adalbert Evers/ Marja Pijl/ Clare Ungerson (Hrsg.), Payments for Care - A Comparative Overview, Avebury, S. 3-18.

Pilcher, Johannes W. (1995); Klientenrechtsentwicklungen - Die juristische Perspektive, in Adalbert Evers/ Kai Leichsenring/ Charlotte Strümpel (Hrsg.), Klientenrechte, Schriftenreihe `Soziales Europa`, Wien, S. 97-110.

Prinz, Aloys (1995); Die Auswirkungen des Gesetzes über die Pflegeversicherung auf das Angebot an Pflegeleistungen, in: Uwe Fachinger und Heinz Rothgang (Hrsg.), Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes, Duncker & Humblot, Berlin, S. 27-53.

Prinz, Aloys (1987); Pflegebedürftigkeit als ökonomisches Problem, Spardorf, Wilfer.

Rothgang, Heinz (1994); Die Einführung der Pflegeversicherung - Ist das Sozialversicherungsprinzip am Ende?, in: Barbara Riedmüller und Thomas Olk (Hrsg.), Grenzen des Sozialversicherungsstaates, Leviathan Sonderheft, 14/1994, Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 164-187.

Rückert, Willi (1995); Pflegedienste, in: Die Ortskrankenkasse, S. 121-128.

Schaper, Klaus (1979); Zur Kritik des moral-hazard-Theorems der Überinanspruchnahme medizinischer Leistungen, in: Sozialer Fortschritt, Vol. 28, S. 178-183.

Schmähl, Winfried and Rothgang, Heinz (1996); The Long-Term Costs of Public Long-Term Care Insurance in Germany. Some Guesstimates, in: Roland Eisen and Frank A. Sloan (Hrsg.), Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions, Kluwer, S. 181-222.

Schneekloth, Ulrich (1996); Determining The Long-Term Care Needs of Individuals Living in Private Households: Results from a Survey, in: Roland Eisen and Frank A. Sloan (Hrsg.), Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions, Kluwer, S. 171-180.

Schülke, Heiner (1995); „Es geht um die Pflegebedürftigen“ - Qualitätssicherung in der Pflege durch Angehörige, in: Häusliche Pflege, 10/1995, S. 732-736.

Schulin, Bertram (1994); zitiert als 1994a, Die soziale Pflegeversicherung des SGB XI - Grundstrukturen und Probleme, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, 10/1994, S 433-444.

Schulin, Bertram (1994); zitiert als 1994b, Verträge mit den Leistungserbringern im Pflegeversicherungsrecht (SGB XI), in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, 4/1994, S. 285-301.

Schulz-Nieswandt, Frank (1989); Kritik der „moral hazard“ - und „Sog“ - Erwartungen bei Einführung einer Pflege-Sozialversicherung, in: Sozialer Fortschritt, Vol. 33, S. 181-184.

Sinha, Monika (1993); Umsetzung des Pflegegesetzes, in: Arbeit und Sozialpolitik, 9-10/1993, S. 60-67.

Sitte, Martina (1996); Qualitätsmaßstäbe, in: Die Ortskrankenkasse, S. 266-270.

Wittenius, Ulrich (1994); Pflegeversicherung - Ein neues Zeitalter?, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 6/1994, S. 202-206.

von Zameck, Walburga (1995); Der Einfluß der Pflegeversicherung auf die Entwicklung des familialen Pflegepotentials und das Erwerbsverhalten von Frauen, in: Uwe Fachinger und Heinz Rothgang (Hrsg.), Die Wirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes, Duncker & Humblot, Berlin, S. 71-101.

Zweifel, Peter und Strüwe, Wolfram (1994); Pflegeleistung und Pflegeversicherung in einem Zwei-Generationen-Modell, in: Finanzarchiv, Vol. 51, S. 28-47.

Gesetzestexte, Informationsbroschüren, Berichte, etc.:

Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung, dtv - Ausgabe, Stand: 15.9.1996.

Bundestags-Drucksache 12/5262, zitiert als BT-Drucks., 12. Wahlperiode, Entwurf eines Gesetzes zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflegeversicherungs-Gesetz; Pflege-VG).

Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen für ein System der Vergütung von Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI, Stand: 8.11.1996.

Rat für Pflegende, Informationsbroschüre der AOK Gesundheitskasse, gemäß § 13 SGB I, Februar 1995.

Sozialpolitische Umschau, Nr. 478/1996 vom 25.11.1996, Bilanz der Pflegeversicherung.

Bundesarbeitsblatt, 2/1997.

Statistische Informationen, AOK Bundesverband, Pflegeversicherung, 1.-4. Quartal 1996.

Schriftlicher Bericht des BMA zum Stand der Pflegeversicherung, März 1997.

Infratestgutachten: Hilfe- und Pflegebedarf in Deutschland 1991, Infratest Sozialforschung, im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren, München, 1992.

Die soziale Pflegeversicherung, Informationsbroschüre des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, 1997.

