

Breyer, Friedrich

Working Paper

Ökonomische Grundlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung

Diskussionsbeiträge - Serie I, No. 277

Provided in Cooperation with:

Department of Economics, University of Konstanz

Suggested Citation: Breyer, Friedrich (1995) : Ökonomische Grundlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung, Diskussionsbeiträge - Serie I, No. 277, Universität Konstanz, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften und Statistik, Konstanz

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/68923>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

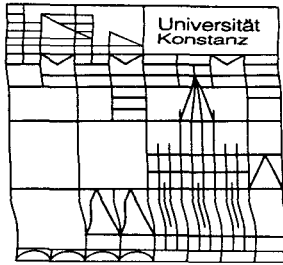
Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



Fakultät für Wirtschaftswissenschaften und Statistik

Friedrich Breyer

Ökonomische Grundlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung

26. MAI 1995 Weltwirtschaft
Kiel

W 284 C 277) ~~mi~~ ~~gü~~ sig ka

Diskussionsbeiträge

**Ökonomische Grundlagen
der gesetzlichen Pflegeversicherung**

Friedrich Breyer

Serie I - Nr. 277

Mai 1995

W 284 (277)



Ökonomische Grundlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung

Friedrich Breyer

Universität Konstanz

Fakultät für Wirtschaftswissenschaften und Statistik

Postfach 5560 D 135

D-78434 Konstanz

erscheint in: Bertram Schulin (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 4:
Pflegeversicherungsrecht, Verlag C.H. Beck, München 1995

Übersicht

I. Einleitung

II. Empirische Bedeutung der Pflegeproblematik

1. Pflegebedürftige und Ausgaben für Pflegeleistungen
2. Finanzierungsquellen
3. Prognosen der zukünftigen Kostenentwicklung

III. Finanzierung der Pflegevorsorge

1. Versicherungspflicht versus freiwillige Absicherung
 - a) Motive für den Verzicht auf private Absicherung des Pflegerisikos
 - b) Ökonomische Begründung der Versicherungspflicht
 - ba) Effizienzgesichtspunkte
 - bb) Gerechtigkeitsgesichtspunkte
2. Kapitaldeckungs- versus Umlageverfahren
 - a) Charakterisierung der Verfahren
 - b) Institutionelle Realisierbarkeit
 - c) Langfristige Effizienzbetrachtung
 - ca) Der Effizienzvergleich bei Sicherheit
 - cb) Der Effizienzvergleich bei Unsicherheit
 - d) Intergenerationelle Verteilungswirkungen
3. Effizienzprobleme der Beitragserhebung

IV. Vergütung und Qualitätssicherung bei stationären Pflegeleistungen

1. Systematik von Entgeltsystemen
2. Kriterien zur Bewertung von Entgeltsystemen
3. Wirkungen alternativer Entgeltsysteme
4. Voraussetzungen für die praktische Einführung eines differenzierten Preissystems

- a) Klassifikationssysteme in der Alten- und Behindertenhilfe
- b) Verfahren zur Zurechnung der Kosten auf einzelne Gruppen

5. Maßnahmen zur Qualitätssicherung

- a) Detaillierte Leistungsbeschreibungen
- b) Setzung von Mindeststandards
- c) Qualitätswettbewerb
- d) Erfolgsabhängige Vergütung

V. Vergütung häuslicher Pflegeleistungen

VI. Politisch-ökonomische Überlegungen zur Einführung der Pflegeversicherung

I. Einleitung

Pflegeleistungen können - wie alle sonstigen Dienstleistungen auch - zum einen privat und unentgeltlich erbracht werden, etwa zwischen Mitgliedern einer Familie, und zum anderen von professionellen Anbietern gegen Entgelt. Im zweiten Fall setzen sie eine vertragliche Beziehung zwischen dem Leistungsempfänger, einer pflegebedürftigen Person, und dem Leistungserbringer, einer ambulant tätigen Pflegekraft, einer Sozialstation oder einer stationären Pflegeeinrichtung, voraus.

Existiert eine private oder öffentlich-rechtliche Pflegeversicherung, so tritt eine zweite vertragliche Beziehung hinzu, nämlich die zwischen dem Versicherungsnehmer, einer dem Risiko der Pflegebedürftigkeit ausgesetzten Person, und der Versicherungsgesellschaft. Diese kann festlegen, daß der Versicherungsnehmer gegen Zahlung einer monatlichen Prämie bei Eintritt des Schadensfalls "Pflegebedürftigkeit" von der Versicherungsgesellschaft eine - möglicherweise vom Grad der Pflegebedürftigkeit abhängige - Geldleistung erhält, die ihn in die Lage versetzen soll, sich die benötigte Pflegeleistung zu kaufen. Man spricht in diesem Fall vom Geldleistungsprinzip. Alternativ dazu kann die vertraglich zugesicherte Versicherungsleistung in einer Pflegeleistung selbst bestehen ("Sachleistungsprinzip"). In diesem Fall obliegt es der Versicherungsgesellschaft, für ihre Versicherungsnehmer Pflegeleistungen bei den o.g. Leistungsanbietern einzukaufen, wodurch eine dritte vertragliche Beziehung, nämlich die zwischen Versicherer und Anbietern von Pflegeleistungen begründet wird. Abb. 1 stellt das beschriebene Dreiecksverhältnis graphisch dar.

[Abb. 1 hier einfügen]

Jede der in Abb. 1 aufgeführten Vertragsbeziehungen kann im Prinzip auf verschiedene Weisen geregelt sein, und die ökonomische Analyse bietet sich dazu an, die Auswirkungen unterschiedlicher Regelungen und Institutionen auf das Verhalten der beteiligten Vertragspartner zu untersuchen. Dabei geht es nicht

zuletzt auch um die Frage, wie die betreffenden Auswirkungen unter normativen Gesichtspunkten wie Effizienz des Einsatzes knapper Mittel und Gerechtigkeit der Verteilung zu beurteilen sind.

Auf der Ebene (1) der Vertragsbeziehungen zwischen Versicherungsnehmer und Versicherungsgesellschaft geht es etwa um folgende Regelungen:¹

1. Zwangscharakter der Versicherung: Freiwillige Versicherung versus gesetzliche Versicherungspflicht,
 2. Finanzierungsverfahren: Kapitaldeckungs- versus Umlageverfahren,
 3. Art der Versicherungsleistung: Geld- versus Sachleistung.
- Je nachdem, wie die zuletzt gestellte Frage beantwortet wurde, geht es dann entweder (Im Falle der Sachleistung) auf der Ebene (2) Versicherungsgesellschaft - Leistungsanbieter oder (im Falle der Geldleistung) auf der Ebene (3) Pflegebedürftiger - Leistungsanbieter um die Frage der
4. Form der Honorierung des Leistungserbringers: Selbstkostendeckung versus Budgetierung versus leistungsorientierte Vergütung anhand von Preisen.

Alle angesprochenen Fragen werden in dieser Übersicht behandelt werden, wobei dem derzeitigen (Frühjahr 1995) Stand der wirtschaftswissenschaftlichen Literatur Rechnung getragen wird. Dabei wird kein Unterschied danach gemacht, ob der Gesetzgeber (wie bei den Fragen 1. und 2.) im PflegeVG die betreffende Regelung bereits verbindlich getroffen hat oder ob es (wie bei Frage 4.) noch einen Gestaltungsspielraum für die Vertragspartner gibt. Dabei ist Abschnitt 3 den Regelungen des Versicherungsverhältnisses gewidmet, während in den Abschnitten 4 und 5 die Vergütung der Erbringer stationärer bzw. ambulanter Pflegeleistungen behandelt wird. Zuvor - in Abschnitt 2 - werden einige Daten präsentiert, die den empirischen Stellenwert des Problems der Pflegefinanzierung in Deutschland in der Gegenwart und in der Zukunft beleuchten sol-

¹ Vgl. hierzu *Eisen* (1992).

len. Den Abschluß bilden in Abschnitt 6 einige politisch-ökonomische Überlegungen dazu, wie es zur Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung in Deutschland kommen konnte.

II. Empirische Bedeutung der Pflegeproblematik

1. Pflegebedürftige und Ausgaben für Pflegeleistungen

Die Anzahl der pflegebedürftigen Personen in der Bundesrepublik Deutschland betrug zu Beginn der 90er Jahre ca. 1,6 Mio. Von diesen wurden ca. 450.000 stationär, also in Pflegeheimen versorgt, während nach einer Infratest-Studie 1,123 Mio. Pflegebedürftige im eigenen Haushalt lebten (*Schneekloth/Potthoff* 1993). Während stationäre Pflegeleistungen immer durch professionelles Pflegepersonal erbracht werden, wird häusliche Pflege zu einem erheblichen Teil von den Angehörigen der zu pflegenden Person getragen, und zwar vorwiegend vom Ehepartner und den Kindern. Dies wird auch in Zukunft zumindest für den Personenkreis gelten, der nach der Infratest-Klassifizierung der untersten Pflegestufe mit "mehrmals wöchentlichem Pflegebedarf" angehören (465.000 Personen), da diese nach dem PflegeVG keine Leistungsansprüche geltend machen können.

2. Finanzierungsquellen

Für die verbleibenden ca. 1,1 Mio. Personen mit "erheblicher" oder "schwerer Pflegebedürftigkeit" ist zu klären, aus welchen Quellen diese vor Inkrafttreten des PflegeVG ihre Pflegeleistungen finanziert haben. Soweit nicht auch sie die Pflege unentgeltlich von ihren eigenen Angehörigen erhalten haben, sind - in absteigender Priorität - zu nennen:

1. das laufende (Renten-)Einkommen,
2. das Vermögen,
3. Zuwendungen der eigenen Kinder oder sonstigen Verwandten,

4. Sozialhilfeleistungen als "Hilfe in besonderen Lebenslagen" nach § 68f. BSHG.

Die Angehörigen in direkter Linie wurden darüber hinaus indirekt im Rahmen des Sozialhilfe-Regresses nach § 90 BSHG zur Finanzierung herangezogen.

Während über die Ausgaben aus den ersten drei Quellen kein genaues Datenmaterial verfügbar ist, können die Sozialhilfeleistungen präzise beziffert werden: Im Jahre 1992 wurde an 675.000 Personen (davon 398.000 in Heimen lebenden) insgesamt 14,68 Mrd. DM "Hilfe zur Pflege" gewährt, davon allein 13,27 Mrd. an Personen, die in Einrichtungen leben (*Statistisches Bundesamt 1994*).²

Pflege im Sinne des PflegeVG erhalten ferner ca. 100.000 behinderte Menschen, die in stationären Einrichtungen leben. Diese Leistungen wurden bislang von der Sozialhilfe im Rahmen der "Eingliederungshilfe" nach §§ 39 ff. BSHG finanziert.

3. Prognosen der zukünftigen Kostenentwicklung

Pflegebedürftigkeit tritt zwar nicht ausschließlich im Alter auf, doch ihre Häufigkeit steigt mit zunehmendem Alter progressiv an (vgl. Tabelle 1, Quelle: *Schmähl 1993*, S.234).

[Tabelle 1 hier einfügen]

Versucht man, die zukünftigen Kosten der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit zu prognostizieren, so spielt daher die demographische Entwicklung eine entscheidende Rolle:

1. Nach den Ergebnissen der 7. koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Bundesamtes (*Sommer 1992*) wird

² Die Anzahl der Selbstzahler betrug allein in den alten Bundesländern 1989/90 noch 118.000 (*Krug/Reh 1992*), dürfte jedoch wegen des starken Anstiegs der Pflegekosten bis 1992 auf ca. 50.000 gesunken sein.

aufgrund der Erhöhung der Lebenserwartung³ und der größeren Besetzungshäufigkeit der Geburtsjahrgänge zwischen 1950 und 1970 die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen - bei unveränderten altersspezifischen Pflegequoten wie in Tabelle 1 - im Jahre 2030 um 36 % höher liegen als 1990. Da die Gesamtbevölkerung im gleichen Zeitraum um ca. 12% abnehmen wird, dürfte die Anzahl der Pflegebedürftigen pro Kopf der Bevölkerung sogar um ca. 55 % zunehmen (*Dinkel* 1993, S.39).

2. Gleichzeitig wird unter den Pflegebedürftigen der Anteil derjenigen zunehmen, die auf professionelle Hilfe angewiesen sind, da sie nicht von Familienangehörigen gepflegt werden können. Zu diesem Trend wird zum einen die Singularisierung der Gesellschaft beitragen - 1990 waren bereits 37,7 % aller Haushalte in Deutschland Einpersonen-Haushalte, und deren Anteil wird von Generation zu Generation höher. Zum anderen wird wegen der zunehmenden Erwerbsbeteiligung der Frauen das Hauptpotential der nicht-professionellen Pflegepersonen (Frauen zwischen 45 und 65 Jahren) immer kleiner.

In diesem Zusammenhang ist ein weiteres empirisches Phänomen bedeutsam, das in der oben zitierten Infratest-Studie (*Schneekloth/Potthoff* 1993, S.128f.) festgestellt wurde: Während 65-79jährige Pflegebedürftige überwiegend (in 61% der Fälle) von ihrem Lebenspartner gepflegt werden, übernehmen bei über 80jährigen Pflegebedürftigen zu 67% die Kinder und deren Lebenspartner diese Rolle. Eine alternde Bevölkerung ist also in zunehmendem Maße auf die Hilfe der nachfolgenden Generation angewiesen, die diese wegen der steigenden Erwerbsbeteiligung vermutlich immer weniger gewähren kann.

3. Die zunehmende Nachfrage nach professioneller Pflege dürfte darüber hinaus deren Preis in die Höhe treiben. So werden die tariflichen Gehälter von Altenpflegern heute verbreitet als - gemessen an den Anforderungen des Berufs - zu gering angese-

³ Dabei geht die Erhöhung der Lebenserwartung zum großen Teil auf eine sinkende Mortalität der über 65jährigen zurück.

hen. Der zu erwartende Lohnanstieg könnte allerdings dadurch gedämpft werden, daß bei zunehmender Erwerbsbeteiligung auch das Angebot an Pflegekräften größer wird.

4. Bei der Frage der Finanzierung der Pflegekosten im Rahmen einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung (vgl. dazu Abschnitt III.2.) ist ferner die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen zu berücksichtigen. Einen ersten Anhaltspunkt liefert hierzu die Entwicklung der erwerbsfähigen Bevölkerung. Versteht man darunter die Altersgruppen zwischen 20 und 60 Jahren, so nimmt deren Anteil im Zeitraum von 1990 bis 2030 von 58% auf 48% ab. *Dinkel* (ebenda) errechnet daraus, daß die Anzahl der Pflegebedürftigen pro Kopf der erwerbsfähigen Bevölkerung ("Pflegefallquotient") sogar um 72% steigen wird.

Relevant für das beitragspflichtige Einkommen ist jedoch nicht allein die Erwerbsbevölkerung, sondern, da Rentenbezüge ebenfalls der Beitragspflicht unterliegen, die gesamte erwachsene Bevölkerung. Die von *Schmähl* (1993, S.234) vorgeschlagene Definition "Pflegebedürftige als Anteil der erwachsenen Bevölkerung" für den Indikator "Pflegefallquotient", nach der dieser bis 2030 lediglich um 47% zunehmen wird, berücksichtigt allerdings nicht, daß Renteneinkommen i.a. wesentlich geringer sind als Erwerbseinkommen. Gewichtet man die Rentner bei der Berechnung der beitragspflichtigen Bevölkerung mit dem Faktor 0,5, so erhöht sich der dadurch definierte "gewichtete Pflegefallquotient" bis 2030 um gut 57%.

5. Schließlich ist damit zu rechnen, daß allein schon die Existenz einer Pflegeversicherung, die den Betroffenen Leistungsansprüche sichert, sowohl auf die Einstufung einer Person als "pflegebedürftig" als auch auf die Ausgaben für Pflegeleistungen einen Einfluß haben wird, so daß Hochrechnungen auf der Basis der Verhältnisse vor Einführung der Pflegeversicherung die tatsächliche Ausgabenentwicklung vermutlich untertreiben (vgl. dazu genauer Abschnitt III.1.a).

III. Finanzierung der Pflegevorsorge

1. Versicherungspflicht versus freiwillige Absicherung

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit infolge von Behinderung, Krankheit oder altersbedingter Gebrechlichkeit gehört zu den Wechselfällen des Lebens, denen im Prinzip jeder Mensch ausgesetzt ist. Während der einzelne die immateriellen Folgen eines Schadensfalls - etwa den Verlust an Lebensfreude durch Einschränkung seiner Beweglichkeit - notwendigerweise selbst tragen muß, lassen sich materielle Lasten wie in diesem Fall die Kosten der Bezahlung einer Pflegekraft oder der Betreuung in einem Pflegeheim durch Abschluß eines Versicherungsvertrags auf eine Versicherungsgesellschaft bzw. die Gemeinschaft der Versicherten überwälzen.

Entwickelte Gesellschaften haben typischerweise vier verschiedene Arrangements für den Umgang mit solchen allgemeinen Lebensrisiken getroffen:

- a) keine gesetzliche Regelung, so daß es der freien Entscheidung des einzelnen unterliegt, ob er einen privaten Versicherungsvertrag abschließt oder eine andere Form der Vorsorge gegen das betreffende Risiko wie Ersparnis vornimmt; dieses Arrangement gilt z.B. für das Risiko des "vorzeitigen" Todes (Lebensversicherung) und die meisten Risiken des Verlustes von Sacheigentum (Hausrat- und Kraftfahrzeug-Kaskoversicherung);
- b) der gesetzliche Zwang zum Abschluß eines privaten Versicherungsvertrags ("Versicherungspflicht"), wie er z.B. bei der Wohngebäude- und Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung gilt;
- c) der gesetzliche Zwang zur Mitgliedschaft in einer öffentlich-rechtlichen Versichertengemeinschaft ("Pflichtversicherung"), wie es für bestimmte Bevölkerungsgruppen in den klassischen Sparten der Sozialversicherung der Fall ist (Gesetzliche Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung);
- d) die (teilweise oder vollständige) Übernahme der Kosten im Schadensfall durch den Staat, der damit implizit als Pflichtversicherung agiert, jedoch unter Verzicht auf zweckgebundene Bei-

tragserhebung; dies gilt für die Leistungen der Sozialhilfe, die im Rahmen der "Hilfe in besonderen Lebenslagen" gewährt werden.

Mit der Verabschiedung des PflegeVG hat der Gesetzgeber sich dafür entschieden, einer Kombination der Arrangements c) und b) den Vorzug zu geben und es damit insbesondere nicht der freien Entscheidung des Staatsbürgers zu überlassen, ob er für das Risiko der Pflegebedürftigkeit durch Abschluß eines Versicherungsvertrages, durch andere Maßnahmen oder überhaupt nicht vorsorgt. Im Rahmen einer freiheitlichen Rechtsordnung, wie sie durch das GG der Bundesrepublik Deutschland vorgegeben ist, bedarf ein solcher Zwang einer spezifischen Rechtfertigung, die sich auf allgemein anerkannte Wohlfahrtskriterien stützen sollte. Als solche kommen in Frage:

- Effizienzkriterien wie das der (potentiellen) Pareto-Verbesserung: durch die Einführung einer Versicherungspflicht erzielen entweder alle Gesellschaftsmitglieder einen Vorteil bzw. die Vorteile bei den Begünstigten übertreffen die Nachteile bei den übrigen in so hohem Maße, daß Kompensationszahlungen von den Gewinnern an die Verlierer der Maßnahme möglich wären, nach deren Durchführung alle besser gestellt wären als ohne die Maßnahme;
- distributive Kriterien, d.h. durch die Maßnahme wird eine gerechtere Verteilung von Einkommen und Vermögen herbeigeführt.

Eine sich auf Effizienzkriterien stützende Begründung für die Einführung einer Versicherungspflicht stößt dabei auf das besondere logische Problem, erklären zu müssen, warum diejenigen, denen durch eine Versicherung geholfen werden soll, dies nicht selbst erkennen und damit auch in Abwesenheit einer Versicherungspflicht die für sie richtige Form der Vorsorge für das Pflegerisiko wählen können. Es ist daher sinnvoll, zunächst die Lage auf dem Markt für private Pflegeversicherungen in Deutschland vor Einführung des PflegeVG zu betrachten und mögliche Gründe dafür zu diskutieren, daß der Großteil der Bürger keinen entsprechenden Versicherungsvertrag besaß.

a) Motive für den Verzicht auf private Absicherung des Pflegerisikos

Private Krankenversicherungs-Gesellschaften bieten seit Mitte der achtziger Jahre zwei Typen von Versicherungsverträgen zur Absicherung des Pflegerisikos an, nämlich die Pflegekosten- und die Pfl egetagegeldversicherung. Die Gesamtzahl des Versichertenbestands wuchs kontinuierlich, aber zunächst nur langsam und betrug am Jahresende 1991 erst 133.000. Danach beschleunigte sich das Wachstum etwas, so daß Ende 1993 297.000 Verträge bestanden (PKV-Verband 1995). Dies entspricht knapp 0,4% der Wohnbevölkerung.⁴ Ähnlich sind die Erfahrungen in anderen Industrieländern: So bestanden in den USA im Jahre 1990 1,9 Mio. Verträge, so daß dort ebenfalls weniger als 1% der Wohnbevölkerung abgesichert waren. Bemerkenswert ist in den USA vor allem das hohe Durchschnittsalter bei Vertragsabschluß: 71 Jahre (*Scanlon* 1992, S.48).

Diese Zahlen stehen in deutlichem Kontrast zu den entsprechenden Werten in der Krankenversicherung: In der Bundesrepublik Deutschland sind nur ca. 0,3% der Bevölkerung ohne Krankenversicherungsschutz. Bezogen auf die Grundgesamtheit der 25% der Bevölkerung, die nicht Pflichtmitglieder der GKV sind, beobachten wir hier also einen freiwilligen Versicherungsschutz bei fast 99% der in Frage kommenden Bürger.

Dieser Kontrast ist um so bemerkenswerter, als es sich bei der Pflegebedürftigkeit um ein Risiko handelt, das die "klassischen" Voraussetzungen für die Versicherbarkeit erfüllt (*Pauly* 1990): Die Eintrittswahrscheinlichkeit für ein Schadensereignis ist - zumindest bei einem Vertragsabschluß in jüngeren Jahren - gering, die Schadenshöhe jedoch beachtlich: Bei schwerer oder schwerster Pflege-

⁴ Dazu kommen noch die von den Lebensversicherungs-Gesellschaften angebotenen Pflegerentenversicherungen, die jedoch zahlenmäßig nahezu bedeutungslos waren (Ende 1991: 2.655 Verträge, Ende 1993: 7.885 Verträge).

bedürftigkeit liegen die monatlichen Pflegekosten mittlerweile über dem Nettoeinkommen eines Durchschnittsverdieners und damit erst recht über der Rentenhöhe der weitaus größten Zahl von Rentnern. Eine Finanzierung allein aus dem laufenden Einkommen ist also in den meisten Fällen ausgeschlossen.

Eine weitere allgemeine Voraussetzung für die Nachfrage nach einem Versicherungsvertrag ist, daß der Versicherungsnehmer seine Konsummöglichkeiten über alle Zustände der Welt egalieren möchte. Dieses Ziel wird wiederum mit dem Gesetz des "abnehmenden Grenznutzens des Konsums" begründet. Ist nun das Einkommen bzw. Vermögen in einem möglichen Zustand der Welt durch ein Schadensereignis (Pflegebedürftigkeit) reduziert, so wird der Konsumnutzen im Erwartungswert erhöht, wenn man Vermögensteile aus Zuständen mit hohem Vermögen (kein Schaden) in Zustände mit durch das Schadensereignis reduziertem Vermögen transferiert.

Ein solcher Transfer mittels eines Versicherungsvertrages wird allerdings dann nicht bis zur vollständigen Egalisierung der Konsummöglichkeiten vorgenommen, wenn der Versicherungsschutz (z.B. aufgrund von Verwaltungskosten) nicht zu einer versicherungstechnisch äquivalenten Prämie erhältlich ist, d.h. wenn die Versicherungsprämie höher ist als der mathematische Erwartungswert der Versicherungsleistungen (*Mossin* 1968).

Diese allgemeinen Überlegungen bilden einen sinnvollen Ausgangspunkt, wenn man versucht, die in der Literatur genannten Gründe für einen Verzicht auf Absicherung des Pflegerisikos zu systematisieren. Es ergibt sich dabei der folgende Katalog:

1. fehlender Wunsch nach Angleichung des Vermögens,
2. mangelnde Information über Risiken und Versicherungsmöglichkeiten,
3. Existenz einer Absicherung ohne eigene Prämienzahlung,
4. Fehlen eines Versicherungsangebots zu den Bedingungen versicherungstechnischer Äquivalenz,

ad 1.: Die Angleichung der Konsummöglichkeiten in allen Gesundheitszuständen kann von einem Individuum nur dann gewünscht werden, wenn die Fähigkeit, Konsumgüter zu genießen, von der Gesundheit unabhängig ist (*Parkin/Wu 1972*). Diese Voraussetzung ist im Fall der Pflegebedürftigkeit typischerweise verletzt, denn an vielen kostspieligen Konsumaktivitäten wie Reisen, Sport und dem Besuch von Kulturveranstaltungen ist der Pflegebedürftige gehindert. Zudem dauert dieser Zustand in der überwiegenden Zahl der Fälle bis zum Tode an, so daß man den versäumten Konsum auch nicht später nachholen kann.⁵

Statt dessen würde in allen jenen Fällen, in denen die Pflegekosten das bereits angesammelte Vermögen zwischen dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit und dem Tod nicht vollständig aufzehren, durch eine Pflegeversicherung lediglich die Vererbung und damit die Konsummöglichkeiten der Erben erhöht. Ist jedoch der (altruistische) Nutzen aus einer zusätzlichen Mark, die die Nachkommen ausgeben, geringer als aus einer zusätzlichen Mark, die für den eigenen Konsum bei bester Gesundheit aufgewendet werden, so lohnt sich aus der Sicht des Versicherungsnehmers zumindest kein vollständiger Versicherungsschutz gegen Pflegekosten (*Meier 1994*). Der Verzicht läßt sich nach dieser Theorie also als eine bewußte und rationale Entscheidung wohlinformierter Konsumenten begründen.

Nach einer verwandten Hypothese ziehen Individuen eine Pflegevorsorge in Form von Ersparnissen einer Absicherung durch eine Pflegekostenversicherung vor, wenn sie ein Interesse daran haben, bei Pflegebedürftigkeit nicht von bezahlten Kräften gepflegt zu werden, sondern von ihren eigenen Angehörigen. Denn in Abwesenheit einer Pflegekostenversicherung schmälert jede Ausgabe für am Markt bezogene Pflege in vollem Umfang das Vermögen

⁵ Allgemein beobachtet man, daß Individuen im sehr hohen Alter eine positive Nettoersparnis haben. Dieses Phänomen unterstützt die These, daß deren Konsum aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt ist (*Börsch-Supan/Stahl 1991*).

und damit das Erbe, mit dem die Nachkommen rechnen können. Diese haben somit einen Anreiz, diese Ausgaben durch eigene Leistungen vermeiden zu helfen (*Pauly 1990*). Dieses Argument ist allerdings auf die (kostenunabhängige) Pflegegeldversicherung nicht anwendbar.

ad 2.: Anders als in der unter 1. genannten Erklärung vorausgesetzt, ist es denkbar, daß die Mehrheit der Bevölkerung entweder über die Höhe der Pflegekosten oder über die bestehenden Versicherungsmöglichkeiten nur unzureichend informiert war und ist. Für die Plausibilität dieser Hypothese spricht, daß parallel zu der intensiven Debatte über eine gesetzliche Regelung der Pflegevorsorge, die in Deutschland seit Beginn der neunziger Jahre geführt wurde, der Bestand an Versicherungsverträgen wesentlich schneller gewachsen ist als zuvor. Dagegen spricht auch nicht die Tatsache, daß der Gesamtbestand Ende 1993 immer noch weit unter 1% der Bevölkerung lag, denn mittlerweile konnte man davon ausgehen, daß eine gesetzliche Versicherungspflicht früher oder später ohnehin eingeführt werden würde, so daß man sich die Mühe eines Vergleichs verschiedener privat angebotener Verträge sparen konnte.

ad 3.: Für einen großen Personenkreis galt darüber hinaus, daß ihm ein Teil der Kosten der Pflegebedürftigkeit auch ohne Beitragszahlung aus öffentlichen Mitteln erstattet wurde, und zwar als "Hilfe in besonderen Lebenslagen" nach §§ 68, 69 BSHG. Zu diesem Personenkreis gehören alle diejenigen, deren laufendes Einkommen zu gering ist, um neben dem allgemeinen Lebensunterhalt auch noch die Pflegekosten zu decken und die entweder über keine Ersparnisse verfügen oder deren Vermögen durch länger dauernde Pflegebedürftigkeit bereits aufgezehrt ist. Er umfaßt also alle Mitglieder der unteren und mittleren Einkommensklassen sowie diejenigen Besserverdiener, die in jungen Jahren eine hohe Konsumneigung hatten und daher nur geringe Ersparnisse gebildet haben (*Buchholz/Wiegand 1992*).

Wegen der Nachrangigkeit der Sozialhilfe hätten diese Individuen durch den Abschluß einer privaten Pflegeversicherung ihren gesamten Sozialhilfeanspruch verloren. Die Regelungen der Sozial-

hilfe (einer impliziten Pflichtversicherung im Sinne des Punktes d) in Abschn. III.1.) brachte also für den ärmeren Teil der Bevölkerung einen bedeutenden Anreiz mit sich, für das Risiko der Pflegebedürftigkeit weder durch Abschluß einer privaten Pflegeversicherung noch durch Bildung von Ersparnissen vorzusorgen.

ad 4.: Die noch Mitte der achtziger Jahre verschwindend geringe Größe des Marktes für private Pflegeversicherungen (28.420 versicherte Personen Ende 1986) deutet ferner darauf hin, daß die von den Versicherern angebotenen Verträge durch eine Diskrepanz zwischen Versicherungsschutz und Prämie für den Nachfrager nicht attraktiv waren. Dieser Angebotsmangel wiederum kann auf eine Besonderheit von Versicherungsmärkten zurückgeführt werden, die im Fall der Pflegeversicherung in hohem Maße erfüllt ist, nämlich das Vorliegen asymmetrischer Information in Form von "Adverse Selection" ("negativer Auslese") und "Moral Hazard" ("moralischem Risiko").

Unter Adverse Selection versteht man das Phänomen, daß das Risiko eines Schadenseintritts nicht für alle Individuen gleich hoch ist, wobei das Individuum selbst über seine Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe besser informiert ist als die Versicherungsgesellschaft. Ein Versicherungsschutz zu einer für die gesamte Bevölkerung im Durchschnitt äquivalenten Prämie ist dann für Mitglieder der Gruppe mit niedrigem Risiko wenig attraktiv und wird von diesen nicht nachgefragt. Diese Entscheidung wiederum hat Einfluß auf die Kalkulation von (im Durchschnitt) kostendeckenden Prämien durch die Versicherungsgesellschaft. Im Gleichgewicht eines Versicherungsmarktes ist die Prämie so hoch, daß die Versicherungsgesellschaft auch dann noch ohne Verlust arbeitet, wenn nur die Gruppe mit dem höchsten Risiko einen Vertrag abschließt, und nur für diese ist der Vertrag folglich interessant.

Relevanz hat die getroffene Informationsannahme weniger im Hinblick auf die Wahrscheinlichkeit, einmal ein Pflegefall zu werden, als auf die - nur dem Individuum selbst bekannte - Möglichkeit, einen Teil der benötigten Pflegeleistungen kostenlos von Familienmitgliedern zu erhalten: Ein spezieller Versicherungsschutz für die "guten Risiken", d.h. diejenigen, die Hilfe aus der eigenen

Familie erwarten können, zu einer reduzierten Prämie wird am Markt nicht angeboten, da der Anbieter zwischen der eigentlichen Zielgruppe und allen anderen Versicherungsnachfragern nicht diskriminieren könnte. Private Pflegekostenversicherungen erscheinen daher als teuer, weil sie nur von denjenigen nachgefragt werden, die erwarten, im Schadensfall ausschließlich auf professionelle Pflege angewiesen zu sein ("schlechte Risiken").

Moral Hazard bedeutet demgegenüber, daß das Bestehen eines Versicherungsschutzes das Verhalten des Versicherten ändert und damit die Kalkulationsgrundlagen, auf denen die Prämienberechnung des Versicherers beruht. Dies bedeutet, daß man aus dem Anteil der Schwer- bzw. Schwerstpflegebedürftigen der einzelnen Altersgruppen und den Ausgaben für deren Pflege in einer Ausgangssituation ohne (umfassenden) Versicherungsschutz nicht direkt ableiten kann, wie hoch die kostendeckende Prämie für eine Pflegeversicherung sein müßte.

Das Bestehen einer umfassenden Pflegekostenversicherung wird zum einen die Bereitschaft der Ärzte fördern, ihren Ermessensspielraum beim Attestieren des Grades der Pflegebedürftigkeit zugunsten des Patienten zu nutzen. Zum anderen wird die Wahl der Versorgungsform (häusliche oder stationäre Pflege) in diesem Fall nicht davon abhängen, welche kostengünstiger ist, sondern ausschließlich davon, welche den persönlichen Präferenzen des Pflegebedürftigen eher entspricht. Beispielsweise wird ein Schwerst-Pflegebedürftiger, der einer Betreuung rund um die Uhr bedarf, die in diesem Fall teurere häusliche Pflege wählen, wenn er die gewohnte Atmosphäre seiner eigenen Wände schätzt.

Dieses ganz normale Verhalten - der Begriff "Moral Hazard" sollte nicht als mißbilligendes Werturteil interpretiert werden - führt dazu, daß kostendeckend kalkulierte Versicherungsangebote dem Nachfrager unangemessen teuer erscheinen, und dieser daher auf einen Abschluß verzichtet.

b) Ökonomische Begründung der Versicherungspflicht

ba) Effizienzgesichtspunkte

Zur Beantwortung der Frage, ob eine gesetzliche Versicherungspflicht aus Effizienzgründen gefordert ist, ist es sinnvoll, die oben diskutierten Motive für den Verzicht auf freiwillige Absicherung darauf zu untersuchen, ob sie ein "Versagen" des Marktes anzeigen und, wenn ja, ob man sich von staatlichem Zwang eine effizientere Risikoversorge versprechen kann.

Dabei spricht das erste Motiv (fehlender Wunsch nach Angleichung des Vermögens) eindeutig gegen eine Effizienzverbesserung durch staatlichen Zwang zur Versicherung, da diese den Interessen der Betroffenen explizit zuwiderläuft. Der zweite Grund (mangelnde Information über Versicherungsmöglichkeiten) ist zwar als "Marktversagen" zu deuten, das jedoch adäquater durch eine staatlich finanzierte Informationskampagne über das Pflegerisiko und Möglichkeiten der Vorsorge bekämpft werden kann als durch Versicherungspflicht.

Beim dritten Grund (Absicherung durch die Sozialhilfe) handelt es sich zwar nicht um ein Versagen des Marktes selbst, da die Ursache in der staatlichen Institution "Sozialhilfe" zu suchen ist. Dennoch liegt eine Ineffizienz vor, da vor allem die Angehörigen mittlerer Einkommensschichten zum einen wegen der Nachrangigkeit der Sozialhilfe nicht den für sie optimalen Versicherungsschutz erhalten, sondern nur den durch die Sozialhilfe bereitgestellten, zum anderen jedoch auch zu diesem als Steuerzahler beitragen müssen. Diesem Mangel kann eine Mindest-Versicherungspflicht abhelfen, die gegenüber der Sozialhilfe den Vorteil hätte, daß der Versicherte im Schadensfall - unabhängig von seinen Einkommens- und Vermögensverhältnissen - einen Anspruch auf die Versicherungsleistungen hat, so daß eine Risikoabdeckung im gewünschten Ausmaß möglich wird. Unter Berücksichtigung des ersten Grundes sollte es jedoch keinen Zwang zur vollständigen Absicherung der gesamten Pflegekosten geben.

Hinsichtlich des vierten Grundes (Informationsasymmetrien) ist festzustellen, daß Adverse Selection durch Versicherungspflicht

wirksam bekämpft werden kann: Die Versicherungsgesellschaft weiß nun, daß sie sowohl "gute" als auch "schlechte Risiken" in ihrem Versichertenpool hat, und kann ihre Prämien entsprechend kalkulieren. Wegen dieser die "schlechten Risiken" begünstigenden Mischkalkulation würde jedoch eine umfassende Absicherung der gesamten Pflegekosten die Lage der "guten Risiken" auf keinen Fall verbessern - andernfalls hätten sie bei Freiwilligkeit nicht auf die Absicherung verzichtet. Pareto-verbessernd kann daher allenfalls eine Pflicht zur Teilabsicherung der Pflegekosten wirken. Schließlich ist einzuwenden, daß Adverse Selection beim Risiko der Pflegebedürftigkeit empirisch nur geringe Bedeutung haben dürfte, da sich in dem langen Zeitraum zwischen dem Abschluß einer Pflegeversicherung und dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit die familiäre Situation entscheidend verändern kann.

Größere empirische Relevanz hat zweifellos das Phänomen des Moral Hazard. Dieses tritt jedoch unabhängig davon auf, ob die Versicherung privat oder staatlich angeboten wird und kann daher nicht als Argument für staatlichen Zwang dienen. Insbesondere spricht es gegen eine staatliche Pflichtversicherung, da die Entwicklung von Gegenmaßnahmen wie Anreizen zur Wahl einer effizienten Versorgungsform (durch Gewährung von Geldleistungen anstelle von Kostenerstattung oder Einführung von Selbstbeteiligung) eher von einem unregulierten Markt erwartet werden können, auf dem gewinnorientierte Anbieter miteinander im Wettbewerb stehen.

Zusammenfassend kann man feststellen, daß unter Effizienzgesichtspunkten die einzige überzeugende Rechtfertigung für die Einführung einer Versicherungspflicht die Abwehr der Ineffizienzen ist, die durch die Institution der Sozialhilfe herbeigeführt werden.⁶

⁶ Eine effizienzorientierte Begründung für eine staatliche Pflichtversicherung könnte theoretisch auch darin bestehen, daß man auf der Finanzierungsseite dem Umlageverfahren den Vorzug gibt, das nur vom Staat betrieben werden kann. Aus systematischen Gründen diskutieren wir dieses Argument in Abschnitt 3.2.

bb) Gerechtigkeitsgesichtspunkte

Daneben ist es jedoch durchaus möglich, daß die Rechtfertigung sich überwiegend auf Kriterien einer gerechten Verteilung von Chancen oder von Einkommen und Vermögen stützt. Die entsprechenden Argumente werden im folgenden diskutiert, wobei hier lediglich die Verteilung innerhalb der Generationen angesprochen wird. Verteilungswirkungen zwischen den Generationen sind demgegenüber hauptsächlich für die Wahl des Finanzierungsmodells einer Pflegeversicherung interessant und werden daher in Abschnitt 3.2.2 zur Sprache kommen.

Unter Herstellung von Chancengleichheit kann man die Kompensation unterschiedlicher, von der Natur vorgegebener Startbedingungen verstehen. So wird die Existenz einer Pflichtversicherung gegen Krankheitskosten damit gerechtfertigt, daß Individuen mit unterschiedlicher Krankheitsanfälligkeit geboren werden. Eine Privatversicherung, die sich am Markt behaupten muß, ist nun gezwungen, diese Unterschiede in der Bemessung der Prämien zu berücksichtigen. Ein Risikozuschlag in der Prämie kann jedoch von der Gesellschaft als "Steuer auf Krankheitsanfälligkeit" interpretiert und als ungerecht empfunden werden. Hier schafft eine Pflichtversicherung ohne risikobezogene Prämiendifferenzierung Abhilfe.

Auf die Pflegeversicherung ist diese Überlegung allerdings kaum anwendbar. Bei Personen mit angeborenen Behinderungen ist der Hilfebedarf kein Risiko, sondern eine Gewißheit. Eine adäquate Kompensation für die Benachteiligung durch die Natur kann daher entweder durch ein vom Staat finanziertes Hilfeangebot (Sachleistungen) oder durch einen nach Schwere der Behinderung gestaffelten Einkommenstransfer (Geldleistungen) geleistet werden; der aufwendigen Konstruktion einer Versicherung bedarf es dazu nicht.

Für die Pflegebedürftigkeit im Alter sind dagegen naturgegebene Risikounterschiede allenfalls zwischen den Geschlechtern zu erkennen: Frauen haben eine deutlich höhere Lebenserwartung und daher ein größeres Risiko, bei Pflegebedürftigkeit professionelle Hilfe zu benötigen, da in der Mehrzahl der Fälle der Ehepartner dann entweder nicht mehr am Leben oder zur Erbringung von Pfle-

leistungen nicht mehr in der Lage ist. Private Pflegeversicherungen erheben daher von Frauen höhere Prämien.⁷ Es ist nun fraglich, ob man dies als eine "Benachteiligung" der Frauen durch die Natur werten soll, da die längere Lebenserwartung als solche eher als eine Bevorzugung angesehen werden kann.

Ferner ist durch die Art der Beitragserhebung in einer Pflichtversicherung die Einkommensverteilung berührt, und auch diese Änderung kann man mit Gerechtigkeitskriterien bewerten. Hier soll es vor allem um einen Vergleich mit der vor Inkrafttreten des PflegeVG geltenden Sozialhilfөлösung gehen.

Diese verteilt Einkommen in zweierlei Weise um: Die Sozialhilfeausgaben werden durch allgemeine Steuermittel finanziert. Obwohl das Non-Affektationsprinzip eine direkte Zuordnung zwischen Steuer- und Ausgabenarten nicht zuläßt, sei davon ausgegangen, daß die Sozialhilfe durch die progressive Einkommensteuer finanziert wird.⁸ Auf der Aufbringungsseite beinhaltet die Sozialhilfөлösung folglich eine erhebliche Umverteilung von den Besser- zu den Geringverdienern. Auf der Ausgabenseite setzt sich der Kreis der Begünstigten aus Personen mit geringem Einkommen und Vermögen zusammen. Unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten problematisch ist dabei die Benachteiligung derer, die durch Konsumverzicht in jüngeren Jahren Ersparnisse zum Zweck eines höheren Konsums im Alter oder zur Vorsorge gegen das Pflegerisiko gebildet haben.

Ein gesetzlicher Zwang zum Abschluß einer privaten Pflegeversicherung würde alle genannten Umverteilungselemente beseitigen. Lediglich diejenigen Personen, die bereits im "gesunden" Zustand Leistungen der Sozialhilfe empfangen, würden weiterhin be-

⁷ Dabei liegt der durchschnittliche Prämienzuschlag für Frauen etwa bei 20 %.

⁸ Diese Annahme ist insofern problematisch, als unklar ist, ob die Einsparungen an Sozialhilfeausgaben bei den Kommunen überwiegend zu Steuersenkungen oder zu Mehrausgaben für andere Zwecke führen.

günstigt, da die Sozialhilfe für sie die Prämien zur Pflegeversicherung übernehmen müßte.

Die mit dem PflegeVG in Kraft getretene Mischlösung aus Sozial- und Individualversicherung liegt in ihren Umverteilungswirkungen zwischen den skizzierten Polen (*Dudey 1991*): Innerhalb des Kreises der Sozialversicherten - dieser ist identisch mit den in der GKV Krankenversicherten - tritt auf der Einnahmeseite ein (bis zur Bemessungsgrenze) einkommensproportionaler Beitrag an die Stelle einer progressiven Steuer, wodurch die Besserverdienenden entlastet werden. Zudem werden die privat Krankenversicherten, zu denen die meisten Spitzenverdiener zählen, völlig von Umverteilungsbeiträgen freigestellt.

Auf der Ausgabenseite entfällt die Bindung des Leistungsanspruchs an die Höhe des Einkommens und Vermögens. Damit wird insbesondere der Verzehr angesparter Vermögen durch Pflegekosten verhindert. Angesichts der oben (Abschn. III.1.a) festgestellten eingeschränkten Fähigkeit der Pflegebedürftigen zum eigenen Konsum vergrößert die Einführung der Pflegeversicherung somit in erster Linie die Höhe der Erbschaften, weshalb sie auch als "Erbschaftsschutzversicherung" bezeichnet werden kann. Problematisch ist dabei unter dem Gerechtigkeitsaspekt die Verschärfung der Ungleichheit in den Startchancen der nachfolgenden Generation.

Ob folglich durch die Schaffung einer Versicherungspflicht in der spezifisch deutschen Kombination aus Sozial- und Individualversicherung ein höheres Maß an Gerechtigkeit der Einkommens- und Vermögensverteilung erreicht wird, hängt offensichtlich entscheidend von der Bewertung der Umverteilungseffekte in der "Sozialhilfelösung" ab: Nur dann, wenn man die Auffassung vertritt, daß diese eine *zu weitreichende* Umverteilung beinhaltet, wird man der Lösung des PflegeVG einen Fortschritt in punkto Gerechtigkeit attestieren können.

2. Kapitaldeckungs- versus Umlageverfahren

a) Charakterisierung der Verfahren

Die Nachfrage nach Pflegeleistungen ist in hohem Maße altersabhängig. Mehr noch als bei einer Rentenversicherung konzentrieren sich daher die Leistungsansprüche an eine Pflegeversicherung auf Personen in ihrem achten oder neunten Lebensjahrzehnt. Demgegenüber werden Beiträge bzw. Prämien kontinuierlich über das ganze Erwachsenenleben aufgebracht, bei einer Orientierung am Arbeitseinkommen sogar verstärkt während der Erwerbsphase. Somit liegt der Schwerpunkt der Beitragszahlung bei den meisten Individuen um mehrere Jahrzehnte vor dem Schwerpunkt der Leistungsansprüche.⁹

Aus diesem zeitlichen Auseinanderklaffen von Beiträgen und Leistungen für den einzelnen Beitragszahler bzw. seine Alterskohorte folgt, daß eine Pflegeversicherung sich grundsätzlich zweier verschiedener (reiner) Finanzierungsverfahren bedienen kann:

- Beim reinen Kapitaldeckungsverfahren dienen die Beiträge jeder Alterskohorte dazu, deren eigene Pflegeleistungen zu finanzieren, d.h. die Beiträge junger und erwerbstätiger Versicherter werden zum weitaus überwiegenden Teil verzinslich angesammelt, um deren Pflege im Alter zu bezahlen.
- Beim reinen Umlageverfahren bildet dagegen die Versicherungsgesellschaft keine Rückstellungen, sondern verwendet die laufenden Beitragseinnahmen zur Finanzierung der in der gleichen Periode anfallenden Pflegekosten. Innerhalb jeder Periode organisiert sie daher implizit einen Transfer zwischen den Generationen: von den jüngeren Generationen mit ihren hohen Beitragsüberschüssen zu der ältesten lebenden Generation, der die meisten Leistungsempfänger angehören.

⁹ Dies ist bei vielen Versicherungssparten wie z.B. der Haftpflicht- und der Arbeitslosenversicherung nicht der Fall.

b) Institutionelle Realisierbarkeit

Die Realisierung eines Finanzierungsverfahrens scheint auf den ersten Blick mit der Wahl des Trägers einer Pflegeversicherung verknüpft zu sein (*Schmähl* 1992, S.1): Da das Umlageverfahren nicht durch eine endliche Anzahl bilateraler Verträge organisierbar ist (*Samuelson* 1958), sondern - wie jedes Kettenbriefsystem¹⁰ - von der ständigen Aufnahme neuer und junger Beitragszahler abhängt, erfordert es eine Institution wie eine staatliche Pflichtversicherung, die junge Bürger zur Mitgliedschaft zwingen kann. Private Versicherungsgesellschaften, die am Markt miteinander im Wettbewerb stehen, können dagegen nicht sicher sein, jeweils genug junge Mitglieder werben zu können, und müssen daher ein Kapitaldeckungsverfahren betreiben, indem sie durch Alterungsrückstellungen für die zu erwartenden Pflegekosten jeder Alterskohorte innerhalb ihres Versichertenbestands vorsorgen.

Auf der anderen Seite wird von vielen Experten dem Staat nicht zugetraut, im Rahmen der Sozialversicherung ein Kapitaldeckungsverfahren zu betreiben (*Schmähl* 1992, S.48), da ein einmal angesammeltes Sozialversicherungsvermögen von den Politikern dazu verwendet werden könnte, neue Sozialleistungen für die Masse der Bevölkerung zu finanzieren oder Engpässen in anderen Sparten der Sozialversicherung abzuhelpen, anstatt es entsprechend seines ursprünglichen Zwecks für die zukünftig zu erwartenden Pflegekosten aufzubewahren.¹¹

Die Gleichsetzung von Privatversicherung mit Kapitaldeckungsverfahren einerseits und Sozialversicherung mit Umlageverfahren andererseits ist allerdings in jüngster Zeit in die Kritik geraten, seit in empirischen Untersuchungen gezeigt worden ist, daß private Krankenversicherungs-Gesellschaften zu geringe Alterungsrückstellungen bilden, als daß sie - ohne Neuabschlüsse mit jungen

¹⁰ Das gleiche gilt etwa für Bausparkassen.

¹¹ Scherzhaft könnte man sich das Bild von einem Hund mit einem Wurstvorrat vorstellen.

Versicherten - ihre Prämien stabil halten könnten, m.a.W. auch sie verwenden Umlageelemente zur Finanzierung ihrer Leistungsausgaben. Daraus ist abzuleiten, daß der Versicherungsaufsicht eine wichtige Rolle bei der Praktizierung eines reinen Kapitaldeckungsverfahrens durch private Träger einer Pflegeversicherung zukommt.

c) Langfristige Effizienzbetrachtung

Ein Effizienzvergleich zwischen beiden Finanzierungsverfahren kann in zwei Schritte zerlegt werden: Im ersten Schritt wird die relative Vorteilhaftigkeit zweier "ausgereifter", d.h. schon seit längerer Zeit bestehender Systeme aus der Sicht eines repräsentativen Versicherten verglichen. In einem zweiten Schritt werden dann spezifische Effekte, die mit der Einführung eines Verfahrens verbunden sind, betrachtet. Aus systematischen Gründen werden letztere in Abschnitt d) im Zusammenhang mit intergenerationellen Umverteilungswirkungen behandelt.

Ein Effizienzvergleich setzt voraus, daß die Wirkungen der jeweiligen Finanzierungsform innerhalb eines konsistenten ökonomischen Modellrahmens abgeleitet werden. Dazu müssen auch Verhaltensannahmen getroffen werden, deren Gültigkeit letztlich nur empirisch bestimmt werden kann.

ca) Der Effizienzvergleich bei Sicherheit

In einem Grundmodell wird zunächst von Unsicherheit über die zukünftige Entwicklung der Bevölkerung, der Lohn- und Zinssätze und des Preisniveaus abstrahiert, und es wird ermittelt, mit welcher impliziten Verzinsung seiner Beiträge - ausgedrückt durch das Verhältnis der erwarteten Versicherungsleistung zur Summe der gezahlten Beiträge - der Versicherte in jedem der beiden Fälle rechnen kann.

Da im Kapitaldeckungsverfahren die Rückstellungen auf dem Kapitalmarkt angelegt werden, ist dessen implizite Verzinsung mit dem Kapitalmarktzins identisch. Die Verzinsung im Umlageverfahren hängt dagegen davon ab, wie sich der Beitragssatz im Zeitver-

lauf entwickelt. Im einfachsten Fall eines zeitlich konstanten Beitragssatzes¹² ist die implizite Verzinsung durch die Wachstumsrate der Lohnsumme gegeben, die wiederum näherungsweise der Summe der Wachstumsrate der (erwerbstätigen) Bevölkerung und der Wachstumsrate der Arbeitsproduktivität entspricht (vgl. *Aaron* 1966). Dagegen spielen weder die Entwicklung der Lebenserwartung noch die des Anteils Pflegebedürftiger in den verschiedenen Altersgruppen für den Effizienzvergleich eine Rolle, da diese Faktoren lediglich die Ausgaben der Pflegeversicherung betreffen, die in beiden Systemen gleichermaßen abgedeckt werden müssen.

Unterstellt man, daß die entscheidenden Größen (Kapitalmarktzins, Bevölkerungswachstum, Produktivitätssteigerung) ihrerseits nicht vom Finanzierungsverfahren in der Pflegeversicherung abhängen, so kann man deren Entwicklung prognostizieren und den angestrebten Vergleich durchführen. Die Annahme der Exogenität der Größen wird i.a. dadurch gerechtfertigt, daß Kapitalmarktzins und Lohnsätze infolge der engen internationalen Verflechtung durch den Wettbewerb auf den Weltmärkten determiniert werden, auf den die deutsche Volkswirtschaft keinen ausschlaggebenden Einfluß hat. Zusätzlich muß angenommen werden, daß die Art der Beitragserhebung in beiden Systemen die gleiche ist oder zumindest keine Anreizwirkung auf das Arbeitsangebot der Erwerbstätigen ausübt.

Setzt man für den langfristigen realen Kapitalmarktzins einen Durchschnittswert von 3 % p.a. und für die Wachstumsrate der Arbeitsproduktivität 2 % p.a. an, so wären beide Verfahren langfristig gleich effizient, wenn die erwerbstätige Bevölkerung pro Jahr um 1 % wüchse.

Nach übereinstimmenden Bevölkerungsprognosen für die Bundesrepublik Deutschland wird jedoch im ersten Drittel des 21. Jahrhunderts die Zahl der Personen im Erwerbsalter drastisch abnehmen, bevor sie sich auf niedrigerem Niveau stabilisiert. Auch

¹² vgl. dazu Abschnitt 3., wo auf das Prinzip der Beitragssatzstabilität (§ 70 SGB XI) eingegangen wird.

eine weitere Zunahme der Erwerbsbeteiligung kann diese Schrumpfung keinesfalls kompensieren, zumal diese vermutlich mit einem nochmaligen Sinken der Fertilität verbunden wäre, was wiederum die langfristige Schrumpfung der Bevölkerung verstärkt.

Alle Bevölkerungsprognosen sind nun in starkem Maße davon abhängig, in welchem Maß die "Geburtenlücke" durch Einwanderungen aufgefüllt wird. Angesichts der sozialen Probleme der Integration von Ausländern einerseits und humanitär motivierter Forderungen nach großzügiger Asylgewährung andererseits muß jedoch die Bereitschaft der Wähler bezweifelt werden, das Einwanderungsrecht voll und ganz einer bevölkerungspolitischen Zielsetzung unterzuordnen. Es folgt also aus diesen Berechnungen, daß in der gegenwärtigen bevölkerungspolitischen Situation der Bundesrepublik Deutschland das Kapitaldeckungsverfahren langfristig eine höhere Rendite abwirft als das Umlageverfahren.

Eine Korrektur der angesetzten Zahlenwerte ist erforderlich, wenn man realistischerweise unterstellt, daß das Erwerbspotential in allen Industrienationen gleichzeitig zurückgeht und sich damit die Einsatzrelation der Produktionsfaktoren Arbeit und Kapital zu Lasten der Arbeit verschiebt. Die damit einhergehende relative Verknappung der Arbeit würde den Zinssatz dämpfen und das Wachstum der Arbeitsproduktivität erhöhen. Ob dieser Effekt stark genug ist, um das zuvor abgeleitete Ergebnis umzukehren, muß allerdings bezweifelt werden.

Läßt man die Bedingung eines zeitlich konstanten Beitragsatzes fallen und unterstellt man, daß ein über die Zeit konstantes Niveau realer Pflegeleistungen gewährt wird, so gelten die Renditeüberlegungen analog weiter. Auch bei einer solchen Politik entspricht die Rendite auf den im Umlageverfahren gezahlten Beitrag der Wachstumsrate der Lohnsumme. Ein Bevölkerungsrückgang äußert sich in diesem Fall in einem Anstieg des zum Budgetausgleich erforderlichen Beitragssatzes. Ein Unterschied besteht lediglich in der zeitlichen Verteilung der Belastung bei Absinken der Fertilität. Während bei konstantem Leistungsniveau darunter die Generation leidet, die selbst in Relation zu der ihrer Eltern "zu klein" ist,

muß bei konstantem Beitragssatz die Elterngeneration die Einbuße hinnehmen, die sich "zu wenig" reproduziert hat.

cb) Der Effizienzvergleich bei Unsicherheit

In welcher Weise muß das bisher abgeleitete Ergebnis des Effizienzvergleichs revidiert werden, wenn in der Realität bestehende Unsicherheiten berücksichtigt werden? Sind die beiden Finanzierungssysteme in gleicher Weise in der Lage, Schutz gegen das Risiko eines allgemeinen Geldwertverfalls und gegen einen Anstieg der Pflegekosten zu bieten, und inwiefern sind sie gegen willkürliche politische Entscheidungen zukünftiger Wählermehrheiten immun?

Gemeinhin wird dem Kapitaldeckungsverfahren attestiert, es sei nicht zur Finanzierung realwertgesicherter Ansprüche über lange Fristen geeignet, wofür die Beobachtung spricht, daß Kapital-Lebensversicherungen durchweg nur nominal festgelegte Leistungen anbieten. Demgegenüber ist das Umlageverfahren gegen Inflation immun, da die Basis der Beitragserhebung die Arbeitseinkommen der jeweiligen Erwerbsgeneration sind, die in der Regel mit dem Preisniveau mitsteigen.

Um dieses Argument zu bewerten, ist zunächst zwischen antizipierter und nicht-antizipierter Inflation zu unterscheiden. Soweit inflationäre Prozesse vorhersehbar sind, wird ihnen auf den Kapitalmärkten durch entsprechend höhere nominale Zinssätze Rechnung getragen, so daß sie die reale Verzinsung nicht berühren. Gegen nicht-antizipierte Inflation wiederum kann ein Versicherungsunternehmen durch seine Anlagepolitik Vorkehrungen treffen. Hält es seine Aktiva überwiegend in Immobilien sowie einem ausreichend diversifizierten Aktien-Portfolio, so ist einer realen Entwertung vorgebeugt. Ein solches Verhalten kann nötigenfalls sogar durch die Versicherungsaufsicht erzwungen werden.

Noch schwieriger scheint es zu sein, auf mehrere Jahrzehnte hinaus den Finanzierungsbedarf abzuschätzen, der zu einer vollständigen Absicherung aller Pflegekosten für eine Generation von zukünftigen Anspruchsberechtigten benötigt wird. Diese Informa-

tion ist im Kapitaldeckungsverfahren unabdingbar, um heute bereits die Prämie für die betreffende Generation erheben zu können, die zur Deckung ihrer Pflegekosten angespart werden muß. Unsicherheit besteht dabei vor allem über

- die Lebenserwartung in der betreffenden Generation,
- den Anteil der Pflegebedürftigen in den einzelnen Pflegestufen,
- die relativen Preise für Pflegeleistungen, vor allem die Lohnsätze der Pflegekräfte.

Während sich die beiden zuerst genannten Risiken grundsätzlich nicht abwälzen, sondern nur durch vorsichtige Prämienkalkulation in Grenzen halten lassen, können Versicherer das dritte Risiko dadurch an den Versicherten weitergeben, indem sie keine Sachleistungen, sondern nur Geldleistungen anbieten.

Dagegen könnte im Umlageverfahren eine kostendeckende Sachleistung festgelegt werden, weil zur Finanzierung immer die Höhe des Beitragssatzes der zukünftigen Erwerbstätigen variiert werden kann. Allerdings hat der Gesetzgeber trotz Wahl des Umlageverfahrens von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch gemacht, da er in den §§ 36-43 PflegeVG die Leistungen betragsmäßig nach oben begrenzt hat. Im übrigen kann die Möglichkeit einer kostendeckenden Absicherung strenggenommen nicht als Effizienzvorteil gedeutet werden, da sie lediglich in einer Überwälzung des Kostenrisikos von der Generation der Leistungsempfänger auf die der Beitragszahler besteht und somit Umverteilungscharakter hat.

Dieser Gedanke leitet über zur dritten Quelle der Unsicherheit, nämlich den politischen Entscheidungen künftiger Wähler. Diese müssen nämlich bereit sein, die ihnen aufgebürdeten Lasten auch tatsächlich zu tragen. Insbesondere im Umlageverfahren besteht dabei die Gefahr, daß zukünftige Generationen die durch das demographische Ungleichgewicht entstandene Belastung durch den "Generationenvertrag" - nicht nur in der Pflege- sondern auch in der Renten- und Krankenversicherung - als ungerecht oder untragbar ansehen und durch Leistungskürzungen reduzieren. Die häufigen Reformen in der GKV liefern den Beweis dafür, daß sich ein Beitragszahler im Umlageverfahren nicht sicher sein kann, daß das

Leistungsniveau auch dann noch ungeschmälert Bestand hat, wenn er selbst im Alter seine Ansprüche geltend macht.

Dem könnte entgegengehalten werden, daß gerade der wachsende Anteil älterer Bürger deren politische Macht steigern und ihre Ansprüche vor einer Kürzung durch die Jüngeren schützen dürfte. Dieser Einwand ist allerdings nicht triftig, da sich die jeweils arbeitende Generation, auch wenn sie nicht über die politische Mehrheit verfügt, durch Mittel wie Schwarzarbeit oder Auswanderung einer als ungerecht empfundenen Abgabenbelastung entziehen kann.

Demgegenüber sind die Ansprüche der Versicherten im Kapitaldeckungsverfahren privatrechtlich abgesichert und damit weniger dem Zugriff der politisch und gesellschaftlich Mächtigen ausgesetzt. Eine schleichende Enteignung der Versicherten durch bewußt (etwa mittels Geldmengenausweitung) gesteuerte Geldentwertung ist zum einen relativ unwahrscheinlich, da eine Inflation außer der angestrebten Umverteilung noch andere Wirkungen hat, die im allgemeinen als unerwünscht gelten. Zum anderen verfehlt eine solche Maßnahme ihre Wirkung, wenn die Versicherungsgesellschaften die oben skizzierte Anlagepolitik betreiben.

d) Intergenerationelle Verteilungswirkungen

Die oben angestellten Überlegungen lassen darauf schließen, daß die Einführung einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung nicht alle Generationen besserstellen kann und damit keinen Effizienzvorteil gegenüber einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung bedeutet. Es ist daher zusätzlich nach den Verteilungswirkungen zu fragen, d.h. es ist zu untersuchen, welche Generationen durch die Einführung eines Umlageverfahrens begünstigt und welche belastet werden.

Die offensichtlichsten Nutznießer eines Umlageverfahrens sind die Angehörigen der Generation, die zum Zeitpunkt seiner Einführung und in den darauffolgenden Jahrzehnten zum Kreis der Leistungsempfänger gehört, ohne vorher entsprechende Beiträge entrichtet zu haben. So wurde in der politischen Diskussion in

Deutschland im Vorfeld des PflegeVG immer wieder betont, daß nur eine umlagefinanzierte Pflegeversicherung die Versorgung der bereits heute Pflegebedürftigen garantieren könne.

Einschränkend ist allerdings festzustellen, daß diese Gruppe nur in dem Maße von der Pflegeversicherung profitiert, in dem deren Leistungen über den zuvor durch die Sozialhilfe gewährten Rahmen hinausgehen. Entscheidend ist dabei der Umstand, daß die Leistungen aus dem PflegeVG anders als die der Sozialhilfe nicht subsidiär gewährt werden, sondern daß ein unbedingter Leistungsanspruch besteht. Bei den Nutznießern handelt es sich also um diejenigen, die aufgrund ihres Einkommens und ihres Vermögens keine Leistungen der Sozialhilfe erhalten hätten, - mithin der wohlhabendere Teil der alten Generation - sowie ihre Nachkommen, deren Erbe nun nicht mehr durch Pflegeausgaben geschmälert wird.

Entlastet werden zudem in den Jahrzehnten nach Einführung des Umlageverfahrens die (überwiegend erwerbstätigen) Steuerzahler in dem Maße, in dem die Sozialhilfeausgaben sinken. Denn bei Einführung einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung hätte diese Generation eine zweifache Last tragen müssen: eine Ansparleistung zur Vorsorge für ihre eigene Pflege im Alter und die Versorgung der bereits Pflegebedürftigen nach geltendem Recht.

Eine Belastung durch das Umlageverfahren erfahren alle diejenigen Generationen, die in ihrer Stärke hinter der ihrer jeweiligen Elterngenerationen zurückbleiben, weil sie in ihrer Erwerbsphase eine überproportionale Alterslast zu tragen haben. Dazu zählt mit Gewißheit die Generation der zwischen 1970 und 1995 Geborenen: Da die Netto-Reproduktionsrate in diesem Zeitraum nur zwischen 0,6 und 0,7 betragen hat, ist diese Generation um gut 30% kleiner als die ihrer Eltern. Infolgedessen müssen Angehörige dieser Generation, über ihren gesamten Lebenszyklus gerechnet, voraussichtlich ca. 40% mehr an Beiträgen in die Pflegeversicherung einzahlen, als sie an Leistungen aus ihr erhalten (*Breyer 1991/2, S.99*).

Diese Mehrbelastung ist vor allem deswegen problematisch, weil eben diese erste Generation nach dem Geburtenrückgang bereits durch die schon länger bestehenden Umlagesysteme in der

Gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung besonders stark belastet wird. Der intergenerationelle Transfer in der Krankenversicherung ist dabei weniger offensichtlich, aber quantitativ bedeutsam, da die Rentner mit ihren GKV-Beiträgen nur einen geringen Anteil ihrer eigenen Leistungsausgaben finanzieren.

Der konstatierte Unterschied in der Belastung dieser Übergangsgeneration wird bisweilen unter Berufung auf die "Mackenroth-These" angezweifelt. Gemäß dieser These ist das Finanzierungsverfahren der Sozialversicherung lediglich ein Schleier, der die güterwirtschaftlichen Zusammenhänge überdeckt. Diese liefen in jedem Fall darauf hinaus, daß die Erwerbsgeneration Konsumverzicht leisten müsse, um den Lebensunterhalt, die Krankenversorgung und die Pflege der Rentner zu ermöglichen, die allesamt aus dem Sozialprodukt der laufenden Periode gespeist werden müßten. Somit könne das Kapitaldeckungsverfahren diese Generation im Vergleich mit dem Umlageverfahren nicht real entlasten.

Diese Argumentation übersieht, daß die Praktizierung eines Kapitaldeckungsverfahrens notwendigerweise mit der Vergrößerung des Kapitalstocks der betrachteten Volkswirtschaft einhergeht. Denn selbst wenn die Versicherungsunternehmen ihre Rückstellungen überwiegend in Form von Finanztiteln halten, übt die Nachfrage nach solchen Anlagen einen Druck auf die Zinssätze aus und induziert somit zusätzliche Investitionen. Ein höherer Kapitalstock wiederum ermöglicht bei gegebenem Arbeitspotential ein höheres Sozialprodukt und - wenn der Zinssatz die Wachstumsrate übertrifft - ein höheres Niveau des Gesamtkonsums. Die oben skizzierte "Mackenroth-These" ist folglich irreführend, da sie den Umstand ignoriert, daß nach Abzug des Sozialaufwands der jungen Generation im Kapitaldeckungsverfahren ein wesentlich höherer Konsum verbleibt als im Umlageverfahren (*Homburg* 1988).

3. Effizienzprobleme der Beitragserhebung

Daneben sind Effizienzprobleme zu berücksichtigen, die weder mit der Versicherungspflicht als solcher noch mit dem gewählten Finanzierungsverfahren untrennbar verknüpft sind, sondern mit

der Form der Beitragserhebung einhergehen. Das PflegeVG sieht, wie bereits erwähnt, vor, daß die Beiträge als fester Prozentsatz vom Arbeitseinkommen (innerhalb der in der Sozialversicherung üblichen Grenzen) erhoben werden. Demgegenüber hat jeder Versicherte - unabhängig von der Dauer der Mitgliedschaft und der Höhe der von ihm geleisteten Beiträge - im Schadensfall die vollen Ansprüche auf Leistungen entsprechend dem Grad seiner Pflegebedürftigkeit. Anders als etwa in der Renten- oder Arbeitslosenversicherung steigen die Leistungsansprüche also nicht mit dem Arbeitsentgelt bzw. der Beitragszahlung.

Der Beitrag hat daher aus der Sicht des Arbeitnehmers den Charakter einer Lohnsteuer, und wie diese bringt er negative Arbeitsanreize mit sich: Anstatt offiziell bezahlte Überstunden zu leisten, lohnt es sich, zusätzliche Arbeit "schwarz" oder in Form von "Nachbarschaftshilfe" zu erbringen bzw. mehr (unversteuerte) Freizeit zu genießen. Ferner geht der Beitragsanteil, der vom Arbeitgeber zu erbringen ist, in die Personalzusatzkosten ein und erhöht somit den ohnehin schon starken Anreiz, den Faktor Arbeit durch den (schwächer besteuerten) Faktor Kapital zu ersetzen oder sogar die Produktion ins Ausland zu verlagern.

Der Gesetzgeber hat diese Gefahr offenbar erkannt, und er hat versucht, die geschilderten negativen Konsequenzen auf dem Arbeitsmarkt durch Verankerung des Prinzips der Beitragssatzstabilität (§ 70 SGB XI) wenigstens in ihrem Ausmaß zu begrenzen. Dabei ist allerdings zu beachten, daß dieses Prinzip mit dem Ziel der umfassenden Absicherung aller Pflegekosten zur möglichst vollständigen Entlastung der Sozialhilfe in Konflikt geraten kann.

IV. Vergütung und Qualitätssicherung bei stationären Pflegeleistungen

Im Jahre 1992 wurden in Deutschland ca. 450.000 Pflegebedürftige und knapp 300.000 nicht-pflegebedürftige Behinderte in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe ver-

sorgt.¹³ Bei monatlichen Ausgaben von ca. DM 4.000 je Pflegeplatz ergeben sich daraus Gesamtausgaben von jährlich etwa 36 Mrd. DM. Bei diesem Finanzvolumen ist es einleuchtend, daß die Verfahren der Mittelverteilung, also der Vergütung für die Leistungen der Heime einen erheblichen Einfluß darauf haben, welche volkswirtschaftlichen Ressourcen in dem betreffenden Sektor eingesetzt werden. Der Gesetzgeber hat in § 93, Abs.2 BSHG und in den §§ 82 ff. SGB XI einen weiten Spielraum für Vereinbarungen über diese Entgelte gelassen. Daher werden im folgenden zunächst denkbare Vergütungsformen im Rahmen einer systematischen Klassifizierung dargestellt, und anschließend wird auf die Wirkungen ihrer Verwendung eingegangen.

1. Eine Systematik von Entgeltsystemen

Formen der Vergütung stationärer Leistungen von Altenpflege- und Behinderteneinrichtungen kann man nach einer Reihe von Merkmalen klassifizieren. Im folgenden sollen dazu acht Merkmale herangezogen werden (vgl. Übersicht 1):

[Übersicht 1 hier einfügen]

(1) Der **Zweck der Vergütung** kann sein:

- a) die Erstattung der Selbstkosten einer Einrichtung oder
- b) eine Honorierung der erbrachten Leistung.

¹³ Nach Angaben des *Statistischen Bundesamts* (1994) wurde 1992 von den Sozialämtern an 398.000 in Einrichtungen lebende Personen Hilfe zur Pflege und an 259.000 Personen Eingliederungshilfe gezahlt. Dazu kommen jeweils noch Selbstzahler, die jedoch bei den Behinderten nur einen geringen Prozentsatz ausmachen. Die Zahl der Pflegebedürftigen kann auch durch Hochrechnung der Angaben von *Krug/Reh* (1992) auf die Neuen Bundesländer gewonnen werden.

- (2) Im Falle eines Leistungsentgelts kann die **Abrechnungseinheit** gegeben sein durch
- a) den Aufenthalt eines Leistungsempfängers in einer Einrichtung für den Zeitraum eines Tages. In diesem Fall spricht man von einem "**Pflegesatz**";
 - b) den gesamten Aufenthalt eines Leistungsempfängers in einer Einrichtung, unabhängig von seiner Dauer ("**Fallpauschale**");
 - c) die einzelne pflegerische und sonstige Verrichtung (**Einzelleistungs-Vergütung**);
 - d) die Gesamtleistung einer Einrichtung in einem Zeitraum von zumeist einem Jahr (festes **Perioden-Gesamtbudget**).

In den Fällen a) bis c) kann man von einem Preissystem sprechen, bei dem die Preise für diverse Leistungen vor Beginn der Rechnungsperiode, also prospektiv, festgelegt werden, die Gesamtvergütung als Produkt aus Preisen und Leistungsmengen jedoch erst am Periodenende feststeht. Prospektiven Charakter hat auch das feste Budget, wobei hier sogar die Höhe der Gesamtvergütung vor Beginn des Abrechnungszeitraums festgelegt wird.

Da das PflegeVG in § 84 Abs. 1 SGB XI explizit von "Pflegesätzen" spricht, beziehen sich die meisten der folgenden Klassifikationsmerkmale ausschließlich oder vorrangig auf diese Abrechnungseinheit:

- (3) Das Entgeltsystem kann entweder
- a) nur **eine Komponente** enthalten, wie es etwa bei einem vollpauschalierten Pflegesatz der Fall ist, oder
 - b) **mehrere Komponenten**, mit denen verschiedene Leistungen der Einrichtung getrennt vergütet werden, z.B.
 - 1. ein Unterbringungs- und Verpflegungsentgelt
 - 2. ein Pflegeentgelt
 - 3. (für Behinderte) ein Eingliederungsentgelt
- (4) Eine **Differenzierung des Entgelts nach Leistungsempfängern** kann
- a) abwesend sein, d.h. eine bestimmte Einrichtung erhält für jeden ihrer Bewohner exakt das gleiche Entgelt; oder

- b) in einer geringen Anzahl von Klassen gemäß des Ausmaßes des Hilfebedarfs bestehen, z.B. in 3 oder 4 Pflegestufen; oder
 - c) nach Art und Umfang des Hilfebedarfs stark ausdifferenziert sein, etwa in einem Klassifikationssystem mit bis zu mehreren hundert Gruppen nach dem Vorbild der Patienten-Klassifikationssysteme im Krankenhausbereich (DRG, PMC etc.).
- (5) Eine **Differenzierung nach Einrichtungen** kann
- a) fehlen, d.h. die aus (4) resultierende Entgeltskala ist für alle Einrichtungen einheitlich; oder
 - b) vorhanden sein, d.h. die Skala ist einrichtungsbezogen.
- (6) Die **Festsetzung der Entgeltskala** kann
- a) in Verhandlungen mit der einzelnen Einrichtung erfolgen;
 - b) in kollektiven Verhandlungen zwischen jeweils einem Verband der Finanzierungsträger (z.B. Landeswohlfahrtsverband) und der Leistungserbringer, nach dem Vorbild von Tarifverhandlungen für Arbeitnehmer; oder
 - c) durch administrative Setzung durch einen staatlichen Verordnungsgeber, wie es etwa bei der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) der Fall ist.
- (7) Ein **Maßstab**, an dem sich die **Entgelthöhe** zu orientieren hat, kann
- a) fehlen, d.h. das Entgelt ist zwischen den Vertragspartnern frei verhandelbar;
 - b) durch die Kosten der Erbringung der betrachteten Leistung in der jeweiligen Einrichtung gegeben sein, und zwar entweder
 - ba) durch die tatsächlich beobachteten Kosten der Periode, für die das Entgelt gezahlt werden soll ("retrospektive Selbstkostendeckung"),
 - bb) durch die vorauskalkulierten (projektierten) Kosten für einen zukünftigen Vergütungszeitraum ("prospektive

Selbstkostendeckung");¹⁴

- c) durch die (durchschnittlichen oder minimalen) Kosten der Erbringung der Leistung an allen vergleichbaren Einrichtungen gegeben sein;
- d) durch fiktive Kosten gegeben sein, die auf analytischem Wege ermittelt worden sind, indem ein Expertengremium für jede Leistung die seiner Meinung nach benötigten Produktionsfaktormengen mit Faktorpreisen bewertet und summiert.

Schließlich kann

(8) die Festlegung der Entgeltsätze **verbindlich** sein

- a) nur in der Beziehung zwischen Finanzierungsträger und Leistungsempfänger, d.h. sie legen die *Geldleistung* fest, die der Leistungsempfänger vom Finanzierungsträger erhält; dessen Zahlung an den Leistungserbringer wird davon jedoch nicht berührt (vgl. die Festbetragsregelung für Arzneimittel in der GKV); oder
- b) für die Beziehung zwischen Finanzierungsträger und Leistungserbringer, d.h. als Entgelt für eine Leistung, die der Finanzierungsträger bei der Einrichtung einkauft und dann als *Sachleistung* an den Leistungsempfänger weitergibt. Dies gilt im Prinzip auch bei Kostenerstattung, wenn der Leistungsempfänger das zwischen den beiden anderen Partnern vereinbarte Entgelt zunächst vorstreckt.

Dabei muß nicht jede Ausprägung eines Merkmals mit jeder eines anderen Merkmals vereinbar sein, obgleich die Merkmale prinzipiell voneinander unabhängig sind. Eine relativ enge Beziehung besteht vor allem zwischen den Merkmalen unter (4), (5) und (6): So wird man nicht erwarten können, daß individuelle Verhandlungen mit den einzelnen Einrichtungen (6a) zu einem für alle einheitlichen Pflegesatz (5a) führen. Andererseits ist es jedoch

¹⁴ Ein Vorbild für retrospektive Selbstkostendeckung liefert die Krankenhausfinanzierung von 1972 bis 1985, für prospektive Selbstkostendeckung die Krankenhausfinanzierung von 1985 bis 1992.

durchaus möglich, daß in Kollektivverhandlungen (6b) Entgeltsätze vereinbart werden, die zwischen den Einrichtungen differieren (5b). Schließlich ist das Verfahren, Entgelte in Verhandlungen festzulegen (6a,b), nur dann sinnvoll, wenn diese auch für die Einrichtungen selbst verbindlich sind (8b).

2. Kriterien zur Bewertung von Entgeltsystemen

Will man die Wirkungen alternativer Vergütungssysteme für stationäre Pflegeleistungen bewerten, so muß dazu zunächst ein Katalog von Bewertungskriterien entwickelt werden, m.a.W. es ist nach Zielen zu fragen, deren Erreichung durch ein Entgeltsystem in der Alten- und Behindertenhilfe gefördert werden soll. Bei diesen Zielen handelt es sich um normative Setzungen, die nicht mit wissenschaftlichen Methoden bewiesen oder widerlegt werden können. Vielmehr obliegt es der gesellschaftlichen Konsensfindung, sich über ökonomische Zielsetzungen zu einigen.

Der nachfolgende Zielkatalog ist so zu verstehen, daß der Autor vermutet, daß diese Ziele einen breiten gesellschaftlichen Konsens finden könnten, wobei die Reihenfolge der Nennung gleichzeitig eine Priorität angibt:

1. die Wahrung der Menschenwürde der Leistungsempfänger ("Menschenwürdeziel").
2. die Sicherstellung einer ausreichenden und gemeindenahen Versorgung für alle Gruppen von Hilfebedürftigen ("Bedarfsdeckungsziel"),
3. die Vermittlung von Anreizen zur wirtschaftlichen Leistungserbringung ("Wirtschaftlichkeitsziel")
4. die Leistungsgerechtigkeit des Entgelts ("Leistungsgerechtigkeitsziel"),

a) Konkretisierung der Einzelziele

Diese eher schlagwortartigen Zieldefinitionen können wie folgt präzisiert werden:

Ad 1.: Das Ziel der Aufrechterhaltung der Menschenwürde ist am schwersten zu konkretisieren. An erster Stelle verlangt es, daß der (oder die) Leistungsempfänger nicht als bloßes Objekt der Tätigkeit einer Einrichtung angesehen wird, sondern seine Fähigkeit zum selbstbestimmten Handeln und zum autonomen Entscheiden so weit wie möglich zur Geltung gebracht und gestärkt wird.

Ad 2.: Das Bedarfsdeckungsziel verlangt, daß die Vergütungssätze hoch genug sind, um im gesamten Geltungsbereich des Entgeltsystems ein quantitativ ausreichendes und möglichst gemeindenahes Angebot an Plätzen in Alten- und Behinderteneinrichtungen seitens privater oder frei-gemeinnütziger Träger zu ermöglichen. Es muß also wirtschaftlich lohnend oder zumindest nicht von vornherein verlustbringend sein, eine zur Bedarfsdeckung notwendige Einrichtung zu betreiben. Die Bedarfsdeckung bezieht sich dabei auf jede einzelne Gruppe von Hilfebedürftigen. Insbesondere fordert das genannte Ziel also, daß es keine Anreize für die Einrichtungen geben darf, bestimmte Gruppen wie die Schwerstbehinderten bei der Aufnahmeentscheidung zu diskriminieren, wie das bei dem vor Inkrafttreten des PflegeVG gültigen Pflegesatzsystem offensichtlich der Fall war (vgl. *Eltzner/Roth* 1993).

Ad 3.: Unter dem Begriff der Wirtschaftlichkeit versteht man im allgemeinsten Sinne das Verhältnis des Ertrags (Ergebnisses) einer produktiven Tätigkeit zum dabei betriebenen Aufwand. Bezogen auf den sozialen Sektor, könnte man Wirtschaftlichkeit oder Effizienz so definieren, daß eine gegebene Dienstleistung zu geringstmöglichen Kosten erstellt wird. Ein Entgeltsystem erfüllt daher das Wirtschaftlichkeitsziel, wenn es der einzelnen Einrichtung Anreize dazu vermittelt, die Kosten für ihr Leistungsbündel zu minimieren.

Dabei stellt sich sofort die Frage, wie denn die Leistung einer Alten- oder Behinderteneinrichtung zu definieren und gegebenenfalls zu messen ist.

- a) Die erste Möglichkeit der Leistungsbestimmung knüpft am *Grad der Zweckerfüllung* an: In welchem Ausmaß ist die Zielsetzung des Aufenthalts eines Hilfebedürftigen in der Einrichtung erreicht worden? Am Beispiel eines Behinderten könnte man von einer

zweifachen Zielsetzung sprechen:

Zum einen geht es um die Erreichung eines bestimmten Eingliederungserfolgs, der daran gemessen werden kann, in welchen Aspekten und in welchem Umfang die Fähigkeit des Behinderten zur Teilnahme an einem "normalen", d.h. selbstbestimmten Leben in der Gesellschaft verbessert wurde.

Zum anderen ist - gerade bei längeren oder sogar lebenslangen Heimaufenthalten - die subjektive Zufriedenheit des Behinderten mit seinem Leben in der Einrichtung selbst ein erstrebenswertes Ziel. Wird die Einrichtung als "Ort zum Leben" empfunden und bietet sie vergleichbare Wohn- und Lebensstandards zum Leben in einer Familie? Insbesondere diese zweite Erfolgskomponente läßt sich allerdings nur relativ schwer zuverlässig messen und vor allem zwischen verschiedenen Einrichtungen vergleichen.

- b) Die zweite Möglichkeit bezieht den Begriff der "Leistung" auf die von der Einrichtung gegenüber ihren Bewohnern konkret erbrachten Hilfen pflegerischer, therapeutischer, pädagogischer und sonstiger Art. Die Analogie hierzu aus dem Krankenhausbereich bilden die medizinischen und pflegerischen Einzelleistungen.

Es kann jedoch kein Zweifel darüber bestehen, daß die unter b) aufgeführten Einzelleistungen im Verhältnis zu dem letztlich angestrebten Erfolg einer stationären Betreuung den Charakter von "Zwischenprodukten" haben. Folglich zerfällt das Konzept der Wirtschaftlichkeit in zwei Teile:

- die Minimierung der Kosten der Erstellung der pflegerischen, therapeutischen, pädagogischen und sonstigen Einzelleistungen, sowie
- die Erreichung eines bestimmten Erfolgs mit einer möglichst geringen Menge der genannten Einzelleistungen.

Demgemäß sollte ein Entgeltsystem den betroffenen Einrichtungen Anreize vermitteln, *beide Teile* des Wirtschaftlichkeitskonzepts zu verwirklichen.

Ad 4.: Das Ziel der Leistungsgerechtigkeit in seiner reinen Form verlangt, daß zwei Einrichtungen, die die gleiche Leistung er-

bringen, auch die gleiche Vergütung erhalten. Umgekehrt sollte in den Vergütungssätzen nach der Art und dem Umfang der erbrachten Leistung differenziert werden. Wo eine zuverlässige Erfolgsmessung nicht möglich ist, sollte das Entgelt ersatzweise nach der Schwierigkeit der Aufgabenstellung differenziert werden, also nach dem Grad der Behinderung bzw. der Pflegebedürftigkeit.¹⁵

b) Zielkonflikte

Mögliche Zielkonflikte dürften sich in der Tat vor allem zwischen den unter 2. und 3. genannten Zielen ergeben. Denn ein wichtiger Kostenfaktor bei der Erstellung stationärer Pflegeleistungen ist der Standort: In Ballungsgebieten sind die Kosten der Gebäudenutzung (Mieten bzw. kalkulatorische Kosten wie Eigenkapitalzinsen und Abschreibungen) erheblich höher als im ländlichen Raum. Eine Möglichkeit der Senkung der Kosten bei Aufrechterhaltung der Leistung bestünde daher in einer systematischen Wahl kostengünstiger Standorte. Dadurch würde jedoch das im Bedarfsdeckungsziel enthaltene Ziel einer wohnort- und damit familien-nahen Versorgung der Hilfebedürftigen in den Ballungsräumen verfehlt. Bei einer Prioritätensetzung, wie sie oben angedeutet wurde, müßte die Gesellschaft daher bereit sein, die Wirtschaftlichkeitsanreize so zu setzen, daß auf eine kostenbedingte Standortwahl verzichtet wird.

¹⁵ Im Gleichgewicht eines Wettbewerbsmarkts kann es für ein und dieselbe Leistung nur einen einzigen Preis geben. Somit ist das Prinzip "gleiches Entgelt für gleiche Leistung" dort automatisch erfüllt. Dies gilt jedoch nicht für das Verfahren der Verhandlung oder der administrativen Preissetzung.

3. Wirkungen alternativer Entgeltsysteme

a) Vergütungszweck

Die Forderung, daß den Einrichtungen die Selbstkosten der Erbringung ihrer Pflegeleistungen erstattet werden sollten, erscheint auf den ersten Blick durchaus plausibel, denn sie folgt unmittelbar aus den beiden folgenden Postulaten:

1. Aus der Not (Behinderung, Pflegebedürftigkeit) anderer Menschen sollte man keinen Profit ziehen.
2. Man kann dem Träger einer Einrichtung oder den in ihr Tätigen nicht zumuten, Leistungen unentgeltlich zu erbringen.

Aus dem erstgenannten Grund darf die Vergütung nicht höher, aus dem zweiten Grund darf sie nicht geringer sein als die Kosten. Problematisch ist lediglich noch der zugrundeliegende Kostenbegriff. Dieser hat zwei mögliche Interpretationen, nämlich

- a) die minimalen Aufwendungen zur Erstellung des jeweiligen Leistungsbündels der Einrichtung,
- b) ihre tatsächlichen Ausgaben.

Nur bei der unter a) genannten Interpretation erscheint die retrospektive Erstattung der Selbstkosten normativ gerechtfertigt. Diese Interpretation schwebte vermutlich auch dem Gesetzgeber vor, wenn er im Krankenhaus-Finanzierungsgesetz von 1984 die "Erstattung der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses" vorschrieb.

In der Praxis sind die Minimalkosten jedoch nicht beobachtbar, und so läuft die Anwendung des Selbstkostendeckungsprinzips letztlich immer auf die Erstattung der tatsächlichen Ausgaben der einzelnen Einrichtung hinaus. Hierbei wird jeder Ressourcenverbrauch seitens des Leistungserbringers unmittelbar mit einer Einnahme honoriert, und somit werden diesem jegliche Anreize genommen, seine Leistungen wirtschaftlich zu erbringen. Darüber hinaus wird auch die Leistungsgerechtigkeit des Entgeltsystems insoweit verfehlt, als das Ausmaß des Ressourcenverbrauchs für die gleiche Leistung in verschiedenen Einrichtungen variiert.

Gleichzeitig ist es bei diesem Entgeltmaßstab nicht einmal sichergestellt, daß das Bedarfsdeckungsziel voll erreicht wird, denn die Erstattung genau der Kosten impliziert ja, daß mit dem Betreiben einer Einrichtung keine Gewinne erwirtschaftet werden können. Zumindest für private Träger lohnt es sich daher nicht, etwaige Bedarfslücken durch Markteintritt zu decken.

Dem Mangel an Wirtschaftlichkeitsanreizen kann man zwar dadurch zu begegnen versuchen, daß man gesonderte Maßstäbe für "Wirtschaftlichkeit" in Form von Personalschlüsseln etc. setzt und deren Einhaltung durch Wirtschaftlichkeitskontrollen überwacht. Solche Maßnahmen sind jedoch kontraproduktiv, da sie die zum Wirtschaften notwendige Dispositionsfreiheit einengen: Kostensenkende Substitution zwischen Produktionsfaktoren wird durch solche starren Vorgaben verhindert. Zudem verstoßen sie, soweit sie das Spektrum der Leistungsempfänger nach Art und Ausmaß des Hilfebedarfs nicht oder nur sehr grob berücksichtigen, auch gegen das Prinzip der Leistungsgerechtigkeit.

In allen genannten Belangen ist die Honorierung der erbrachten Leistung einer Kostenerstattung überlegen: Die Vergütung ist unabhängig vom Ressourcenverbrauch, und somit hat die Einrichtung genau dann Anreize zur wirtschaftlichen Betriebsführung, wenn sie Gewinne erzielen oder zumindest - was bei freigemeinnützigen Trägern zumeist der Fall ist - Verluste vermeiden möchte. Da sich das Entgelt an der erbrachten Leistung orientiert, ist Leistungsgerechtigkeit erreichbar. Ferner dient es dem Bedarfsdeckungsziel, daß das Entgeltsystem prinzipiell die Erzielung von Gewinnen zuläßt.

b) Abrechnungseinheit

Anders als bei Akut-Krankenhäusern, deren primäre (nämlich medizinische) Leistung von der Verweildauer des Patienten unabhängig ist, ist die Pflegeleistung weitgehend proportional zur Aufenthaltsdauer des Pflegebedürftigen in der Einrichtung. Daher spricht das Prinzip der Leistungsgerechtigkeit in diesem Bereich für

eine Vergütung pro Zeiteinheit ("**Pflegesatz**") und gegen ein zeit-unabhängiges Entgelt ("**Fallpauschale**").

Die Honorierung einzelner pflegerischer Verrichtungen ("**Einzeleistungsvergütung**") dient nicht dem Wirtschaftlichkeitsziel, weil die zweite Komponente der Wirtschaftlichkeit - die Erreichung eines bestimmten Erfolgs mit einer möglichst geringen Menge der genannten Einzelleistungen - dabei nicht gefördert wird.

Ein festes **Perioden-Gesamtbudget** scheint auf den ersten Blick das Wirtschaftlichkeitsziel zu fördern, da die Vergütung nicht von den Ausgaben der Einrichtung abhängt und somit Gewinnmaximierung nur durch Minimierung der Kosten erreichbar ist. Gleichzeitig gibt es jedoch bei dieser Entgeltform kein Korrektiv gegen die Absenkung der Leistung - Kostensenkung durch Leistungseinschränkung ist jedoch keinesfalls mit Wirtschaftlichkeit gleichzusetzen. Vielmehr gefährdet sie zusätzlich das Ziel der Bedarfsdeckung und ist - wegen des fehlenden Bezugs der Vergütung zur erbrachten Leistung einer Einrichtung - auch nicht leistungsgerecht.

c) Die Anzahl der Entgeltkomponenten

Grundsätzlich sind alle genannten ökonomischen Zielsetzungen sowohl mit einem monistischen als auch mit einem mehrere Komponenten umfassenden Entgeltsystem erreichbar. Die getrennte Vergütung z.B. der Pflegeleistung und der pädagogisch-therapeutischen Leistung im Behindertenbereich kann dann einen Sinn ergeben, wenn standortbedingte Unterschiede im Aufwand nur bei der Erstellung *einer* Leistungskategorie (etwa den Pflegeleistungen) auftreten. Dann kann nur die entsprechende Komponente des insgesamt mehrgliedrigen Entgelts zwischen den Einrichtungen differenziert, die übrigen jedoch einheitlich festgesetzt werden. Die Mehrgliedrigkeit erhöht also die Flexibilität eines Entgeltsystems im Hinblick auf die gleichzeitige Erreichung des Bedarfsdeckungs- und des Wirtschaftlichkeitsziels.

Auf der anderen Seite ist die Mehrgliedrigkeit in der Praxis oft mit Einschränkungen bezüglich der Verwendung der Mittel aus den einzelnen Entgeltkomponenten verknüpft. So durften im Rah-

men der Dualen Krankenhausfinanzierung Investitionszuschüsse des Bundes bzw. des Landes nur für Investitionen, Einnahmen aus Pflegesätzen nur zur Deckung der Betriebskosten verwendet werden. Eine solche Zweckbindung verhindert die kostensparende Substitution zwischen verschiedenen Verwendungsarten (z.B. die Modernisierung der Heizungsanlage zur Senkung der laufenden Energiekosten) und läuft somit dem Wirtschaftlichkeitsziel zuwider.

Schließlich kann Mehrgliedrigkeit dann zu unerwünschten Konsequenzen führen, wenn für die verschiedenen Komponenten des Entgelts unterschiedliche Entgeltmaßstäbe gelten. Gilt z.B. für eine der Komponenten das Selbstkostendeckungsprinzip, so hat die Einrichtung nicht nur keine Veranlassung zur Sparsamkeit in den betroffenen Ausgabenkategorien, sondern zusätzlich einen Anreiz, in ihrer Kostenrechnung einen möglichst großen Anteil ihrer Gemeinkosten diesem Kostenträger zuzuordnen. Insofern, als dies nicht allen Einrichtungen gleichermaßen gelingt, ist auch die Leistungsgerechtigkeit der Vergütung verletzt.

d) Differenzierung nach Leistungsempfängern

Auch wenn sich die meisten Einrichtungen aufgrund ihrer Zweckbestimmung (z.B. Altenpflegeheim, Wohnheim für geistig Behinderte etc.) einer bestimmten Personengruppe widmen, so differenzieren doch die einzelnen Leistungsempfänger bezüglich der Art und Schwere ihrer Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit erheblich voneinander. Somit hat jeder einzelne von ihnen einen individuellen Hilfebedarf und stellt die ihn beherbergende Einrichtung vor eine ganz spezifische Aufgabe. Soll das Entgelt die erbrachte Leistung vergüten, so müßte es sich idealerweise daran orientieren, wie gut diese Aufgabe gelöst wurde. Da dies in der Praxis schwierig oder gar unmöglich sein kann, ist der nächstbeste Maßstab die Art und Schwierigkeit dieser Aufgabe. Diese dürfte jedoch kaum für zwei Leistungsempfänger vollkommen identisch sein, und so müßte - puristisch betrachtet - für jeden einzelnen ein individuelles Entgelt festgesetzt werden.

Eine solche Vorgehensweise wäre allerdings mit einem prohibitiv hohen Verwaltungsaufwand verbunden, so daß als möglicher Kompromiß die Bildung von Gruppen von Personen mit "ähnlichem" Hilfebedarf fungieren könnte, für die dann jeweils ein einheitlicher Pflegesatz gezahlt wird. Eine solche Gruppenbildung kann auch deswegen sinnvoll sein, weil sie die Erarbeitung von Standards für eine angemessene, qualitativ gute und wirtschaftliche Leistungserbringung erleichtert.

Dabei ist allerdings darauf zu achten, daß die Gruppen in sich bezüglich des Betreuungsaufwands möglichst homogen sind. Diese Anforderung ergibt sich zum einen aus dem Postulat der Leistungsgerechtigkeit, da es bei heterogenen Gruppen vorkommen kann, daß die eine Einrichtung die "schwereren", die andere die "leichteren" Fälle innerhalb einer Gruppe versorgt und somit das gleiche Entgelt für unterschiedliche Leistung gezahlt würde. Noch wichtiger ist jedoch die Verfehlung des Bedarfsdeckungsziels, da jede Einrichtung einen Anreiz hätte, bereits bei der Aufnahme die aufwendigeren Fälle innerhalb einer Entgeltkategorie zu diskriminieren, die es damit schwer haben dürften, überhaupt eine aufnahmewillige Einrichtung zu finden. Schließlich ist auch das Wirtschaftlichkeitsziel gefährdet, wenn die Einrichtungen ihre Bemühungen um finanziellen Erfolg überwiegend darauf konzentrieren, bei der Aufnahme die "Rosinen zu picken", anstatt echte Effizienzgewinne bei der Leistungserbringung zu erzielen.

Aus allen diesen Gründen erscheint also schon in der Altenpflege die bundesweit übliche Differenzierung nach 3-4 Pflegestufen eher zu grob, und noch wesentlich mehr Gruppen werden bei den Behinderten benötigt.

e) Differenzierung nach Einrichtungen

Wird ein und dieselbe Leistung - z.B. die Pflege einer alten Person einer bestimmten Klasse der Pflegebedürftigkeit - in verschiedenen Einrichtungen mit dem gleichen Pflegesatz honoriert, so ist dies offensichtlich unter dem Kriterium der Leistungsgerechtigkeit positiv zu bewerten. Dagegen kann es die Einhaltung des Be-

darfsdeckungsziels in den einzelnen Regionen erfordern, daß standortbedingte Unterschiede in den Kostenstrukturen im Pflegesatz berücksichtigt werden.

f) Festsetzungsverfahren für den Pflegesatz

Mit dem entwickelten Kriterienkatalog kann man das Verfahren der Bestimmung der Pflegesätze als solches - losgelöst von dessen Ergebnissen, die in den Merkmalen (5) und (7) angesprochen sind - nicht bewerten. Zu betonen ist ferner eine enge Beziehung zu Merkmal (8): Verhandlungen mit den Einrichtungen über Entgeltsätze erscheinen dann nicht sinnvoll, wenn lediglich die Gewährung einer Geldleistung an den Leistungsempfänger vorgesehen ist.

Individuelle Verhandlungen haben den Vorteil, daß in ihnen regionale Knappheiten am ehesten berücksichtigt werden können, was der Erreichung des Bedarfsdeckungsziels dient, aber zu Lasten der Leistungsgerechtigkeit gehen dürfte, da sich die unterschiedliche Verhandlungsmacht der einzelnen Einrichtungen in verschiedenen Entgelthöhen für vergleichbare Leistungen niederschlagen wird. Ferner ist zu berücksichtigen, daß auf der Seite der Finanzierungsträger Vertreter öffentliche Institutionen verhandeln, die nicht über ihr eigenes Geld, sondern das von Steuer- und Beitragszahlern verfügen, während die Leistungserbringer von einem Verhandlungserfolg unmittelbar selbst profitieren. Diese Asymmetrie, die bei Einzelverhandlungen stärker ist als bei Kollektivverhandlungen, fehlt beim Verfahren der administrativen Setzung.

g) Maßstab für die Pflegesatzhöhe

Dieses Merkmal spielt vor allem im Zusammenhang mit dem Verfahren zur Entgeltbestimmung eine Rolle. Finden freie Verhandlungen auf der Ebene einer einzelnen Einrichtung oder eines begrenzten regionalen Versorgungsgebiets statt, so wird die relative Marktmacht der Anbieter- und der Nachfragerseite eine erhebliche Bedeutung für das Resultat der Verhandlungen haben. Diese wie-

derum hängt stark von den Knappheitsverhältnissen, d.h. vom kurzfristig konstanten Angebot verfügbarer Plätze in Relation zum Bedarf ab. Sind diese in den verschiedenen Regionen unterschiedlich, so muß mit unterschiedlichen Pflegesätzen für vergleichbare Leistungen gerechnet werden, und das Kriterium der Leistungsgerechtigkeit wird verletzt.

Andererseits bieten aufgrund einer Monopolstellung zustandegekommene "überhöhte" Pflegesätze in einer Region potentiellen neuen Anbietern, auch und gerade aus dem privaten, gewinnorientierten Sektor einen Anreiz, durch Gründung einer neuen Einrichtung zur Überwindung der Knappheit beizutragen. Somit können freie Verhandlungen der Erreichung des Bedarfsdeckungsziels dienlich sein - immer unter der Voraussetzung, daß dem Angebot neuer Plätze keine Hindernisse seitens der staatlichen Bedarfsplanung im Weg stehen.

Auch im Rahmen eines leistungsbezogenen Entgeltsystems können sich die Vergütungssätze an den Kosten der einzelnen Einrichtung orientieren, und zwar an den Kosten, die für einen in der Zukunft liegenden Pflegesatzzeitraum vorauskalkuliert worden sind ("prospektive Selbstkostendeckung"). Die Grundidee dieses Konzepts ist es, der Einrichtung in der Phase der *Budgetdurchführung* größtmögliche Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten zu geben, da die Höhe der Einnahmen hierbei nicht von den tatsächlich verursachten Kosten, sondern nur von den vorher kalkulierten und im Verhandlungsprozeß mit den Kostenträgern anerkannten Kosten abhängen sollen. Das Konzept hatte jedoch zwei Schwächen:

- 1) Offensichtlich bestehen keine Anreize zur Wirtschaftlichkeit in der Phase der *Budgetaufstellung*, denn je höhere Kosten ein Verwaltungsleiter veranschlagt, desto bequemer kann die Einrichtung später arbeiten.
- 2) Auch die Anreize zur wirtschaftlichen *Budgetdurchführung* werden ausgehöhlt, wenn im Zuge der Verhandlungen über prospektive Pflegesätze die tatsächlich entstandenen Kosten der Vorperiode als Argument für die Begründung eines Budgetansatzes dienen: Je unwirtschaftlicher man in der Vergangenheit gearbeitet

tet hat, desto höhere Kosten kann man für die Zukunft veranschlagen.

Daneben dürften in einem solchen System die historisch überkommenen - und auf unterschiedlicher Wirtschaftlichkeit beruhenden - Unterschiede in der Vergütung zwischen verschiedenen Einrichtungen zementiert werden - ein Verstoß gegen das Ziel der Leistungsgerechtigkeit.

Bezieht sich der Begriff "Kosten" dagegen auf den "minimalen Aufwand zur Erbringung eines bestimmten Leistungsbündels bei gegebenen Faktorpreisen", so gewinnt man einen Maßstab für die Entgelthöhe aus den *minimalen Kosten unter allen Einrichtungen mit vergleichbarem Leistungsspektrum*. Die damit verbundene Abkopplung der Einnahmen von den *eigenen* Kosten machte den Pflegesatz zu einem echten "Preis" und setzt Anreize zur Wirtschaftlichkeit; auch das Ziel der Leistungsgerechtigkeit ist offensichtlich erfüllt, da der gleiche Maßstab für alle Einrichtungen gilt. Dagegen ist das Bedarfsdeckungsziel in dem Maße gefährdet, in dem es den weniger wirtschaftlichen Einrichtungen nicht gelingt, ihr Kostenniveau kurzfristig auf das erwähnte Minimum zu senken und der Träger nicht bereit oder in der Lage ist, die daraus resultierenden Verluste aufzufangen.

Ein möglicher Kompromiß zwischen den genannten Zielen könnte darin bestehen, nicht das Minimum, sondern den *Durchschnitt* der tatsächlich aufgewendeten Kosten zur Erbringung einer bestimmten Leistung über alle vergleichbaren Einrichtungen als Maßstab für den Pflegesatz heranzuziehen. Der Anreiz zur Wirtschaftlichkeit bliebe erhalten, weil die Einnahmen auch hier nicht von den eigenen Kosten abhängen; die Leistungsgerechtigkeit ebenfalls, und der Grad der Bedarfsdeckung wäre höher, da die Anpassung der eigenen Ausgaben an einen Durchschnittswert naturgemäß leichter fällt als die an ein Minimum.

Schließlich kann sich die Entgelthöhe an einer hypothetischen Kostengröße orientieren, die wie folgt ermittelt wird: Für jede Gruppe von Pflegebedürftigen wird das Ausmaß an Leistungen festgelegt, das die Gesellschaft für bedarfsgerecht hält und zu finanzieren bereit ist. Anschließend werden die Mengen an Produk-

tionsfaktoren (Arbeitszeit unterschiedlicher Qualifikation, Räume, Arbeitsmittel etc.) bestimmt, die zur Erbringung dieser Leistungen erforderlich sind, und diese werden mit den Faktorpreisen bewertet. Die resultierende Größe kann als "analytische Kosten" bezeichnet werden, Kosten, die nicht in der Realität beobachtet, sondern am Verhandlungstisch ermittelt worden sind.

Der Vorteil des zuletzt beschriebenen Verfahrens kann darin gesehen werden, daß es transparent macht, daß der "Hilfebedarf" keine objektiv feststehende Größe ist, sondern letztlich immer eine Wertung darstellt. Er drückt die Bereitschaft der Gesellschaft aus, finanzielle Mittel für die betreffende Gruppe von Behinderten oder Pflegebedürftigen bereitzustellen. Es findet hierbei auch eine Abkopplung vom tatsächlich (in der Vergangenheit) betriebenen Hilfeaufwand statt, der sich in den anderen Kostengrößen (Minimal- bzw. Durchschnittskosten) widerspiegelt und der dem von der Gesellschaft gewünschten Aufwand nicht unbedingt zu entsprechen braucht.

h) Gültigkeit des Pflegesatzes

Die Verbindlichkeit des Entgeltsystems spielt eine erhebliche Rolle für die Erreichung des Ziels der Wahrung der Menschenwürde. Wenn sich - wie im bislang herrschenden Pflegesatzsystem - zwei dem Leistungsempfänger fernstehende und anonyme Institutionen wie der Landeswohlfahrtsverband und die Liga der freien Wohlfahrtspflege verbindlich über die Höhe des Pflegesatzes sowie über Art und Umfang der dafür zu erbringenden Leistungen einigen, so muß sich jener als Objekt des Verfahrens fühlen. Wird dagegen in Verhandlungen oder durch administrative Setzung lediglich eine Geldleistung festgelegt, die an ihn ausgezahlt wird und die ihn befähigen soll, sich die von ihm benötigten Leistungen bei einer geeigneten Einrichtung zu beschaffen, so ist ihm damit ein bedeutendes Stück Selbständigkeit und Autonomie gegeben.

Die Erreichung der übrigen Ziele, vor allem das der Leistungsgerechtigkeit der Vergütung der Einrichtungen, kann durch eine Skala, die lediglich die Geldleistung an den Leistungsempfän-

ger festlegt, nicht jedoch die Zahlung an die Einrichtung, per se nicht sichergestellt werden. Andererseits dürften sich die Gebühren, die die Einrichtung verlangen kann, wesentlich an der Kaufkraft des Leistungsempfängers orientieren. Diese wiederum wird bei Personen, die auf Sozialhilfe bzw. auf Leistungen der Pflegeversicherung angewiesen sind, eindeutig durch die Geldleistung geprägt. Somit würde sich die Eigenschaft der Leistungsgerechtigkeit der Geldleistung auf die der Zahlung an die Einrichtung übertragen.

4. Voraussetzungen für die praktische Einführung eines differenzierten Preissystems

Die vorangegangenen Überlegungen deuten darauf hin, daß die genannten Bewertungskriterien am ehesten von einem System differenzierter Geldleistungen an die Leistungsempfänger selbst erfüllt werden. Sollen dagegen für die Leistungserbringer verbindliche Entgelte festgelegt werden, so bietet sich ein Preissystem mit folgenden Elementen an:

- Honorierung der erbrachten Leistung,
- Abrechnungseinheit "Pflegesatz",
- möglichst detaillierte Differenzierung nach Leistungsempfängern,
- einrichtungsunabhängige Gültigkeit,
- Festsetzung in Kollektivverhandlungen oder administrativ,
- Orientierung der Pflegesatzhöhe an den Kosten der Erbringung der jeweiligen Leistung im Durchschnitt aller vergleichbaren Einrichtungen.

Für die praktische Einführung eines solchen Entgeltsystems müssen allerdings eine Reihe von Voraussetzungen erfüllt werden; insbesondere benötigt man

1. ein Klassifikationssystem zur Bildung von Gruppen mit möglichst homogenem Pflegebedarf,
2. ein Verfahren zur Zurechnung der Gesamtkosten stationärer Einrichtungen auf die einzelnen Gruppen von Leistungsempfängern.

a) Klassifikationssysteme in der Alten- und Behindertenhilfe

Es ist der Zweck eines Klassifikationssystems, eine Gruppenbildung der Leistungsempfänger in der Weise zu ermöglichen, daß jede Gruppe in sich möglichst homogen bezüglich des Aufwands ist, der zu ihrer Versorgung - bei wirtschaftlicher Leistungserstellung - notwendig ist.

In der Altenhilfe hat der Gesetzgeber hierzu bereits eine Einteilung in vier Stufen vorgegeben. Es handelt sich hierbei um die drei in § 15 SGB XI genannten Stufen

- Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige),
- Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige),
- Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)

sowie die in § 43 Abs. 2 genannten

- Ausnahmefälle innerhalb der Stufe III mit außergewöhnlich hohem und intensivem Pflegeaufwand ("Härfälle").

Im Behindertenbereich existiert noch kein allgemein anerkanntes Klassifizierungssystem. Es sind jedoch zur Bestimmung des Hilfebedarfs bereits verschiedene Erhebungsbögen entwickelt worden, z.B. der EHB'94 des Verbandes Katholischer Einrichtungen für Lern- und Geistigbehinderte (VKELG). In diesem werden insgesamt 36 Indikatoren abgefragt, die zu vier Faktoren (Pflege, Selbständigkeit, Verhaltensauffälligkeiten, Medizinische Hilfe) zusammengefaßt sind. Jeder Indikator wird auf einer Ordinalskala (0-4) gemessen. Die Werte für die vier Faktoren werden dann mit vorgegebenen Gewichtungsfaktoren versehen und dazu verwendet, einen Gesamtindex des Hilfebedarfs zu ermitteln. Auf der Basis dieses Gesamtindex bzw. der vier Einzelfaktoren könnte eine Gruppenbildung vorgenommen werden.

b) Verfahren zur Zurechnung der Kosten auf einzelne Gruppen

Zur Ermittlung der Durchschnittskosten der Betreuung einer Gruppe von Leistungsempfängern über alle relevanten Einrichtun-

gen sind zwei prinzipiell unterschiedliche Methoden denkbar, nämlich

1. die Methode der betrieblichen Kostenträgerrechnung und
2. die Methode der ökonometrischen Kostenfunktion.

Ad 1.: Grundidee der Anwendung der betrieblichen Kostenträgerrechnung in der einzelnen Einrichtung ist die Zuordnung der Gesamtkosten der Einrichtung zu einzelnen Leistungsempfängern. Dies bedeutet, daß möglichst viele der erbrachten pädagogisch-therapeutischen Verrichtungen empfängerbezogen erfaßt und die mit ihnen verbundenen Kosten dem einzelnen Bewohner unmittelbar zugerechnet werden. Probleme ergeben sich hierbei jedoch bei den nicht zurechenbaren Gemeinkosten (wie den Heizungskosten oder dem Gehalt des Pförtners), die man allenfalls über Hilfskonstruktionen wie Schlüsselsysteme oder Äquivalenzziffern einzelnen Kostenträgern zuordnen kann.

Das derzeit praktizierte betriebliche Rechnungswesen ist in den meisten Einrichtungen nicht so ausgebaut, daß die komplizierte Leistungsverflechtung zwischen den einzelnen Kostenstellen exakt abgebildet und somit eine Zurechnung der Kosten auf Kostenträger vorgenommen werden könnte. Lediglich in einigen Modell-Häusern sind in den letzten Jahren wohldurchdachte Kostenerfassungssysteme errichtet worden, und Ergebnisse der entsprechenden Kostenträgerrechnungen liegen vor.

Die Repräsentativität der Ergebnisse aus einem Haus auf alle entsprechenden Einrichtungen und die Interpretation als "Durchschnittskosten" sind jedoch aus zwei Gründen fragwürdig. Zum einen hängt die Aufteilung der Gesamtkosten auf einzelne Kostenträger (d.h. Gruppen von Leistungsempfängern) entscheidend vom benutzten Kostenrechnungsmodell und damit von den teilweise willkürlich gewählten Schlüsselwerten ab. Ordnet man dabei etwa - gemessen an den "wahren", aber unbekannten Kosten - einer Gruppe A zu hohe, einer anderen Gruppe B dagegen zu niedrige Kosten zu, so werden die Entgeltsätze entsprechend verzerrt, und eine Einrichtung mit einem hohen Anteil von Bewohnern vom Typ B würde somit finanziell benachteiligt.

Zum anderen muß natürlich auch die Repräsentativität der Einrichtung selbst in Frage gestellt werden. In Ermangelung eines externen Wirtschaftlichkeitsmaßstabs ist es äußerst schwer sicherzustellen, daß die betreffende Einrichtung durchschnittlich gut gewirtschaftet hat. Handelt es sich um eine unterdurchschnittlich effiziente Einrichtung, so wird es für die Finanzierungsträger ungerechtfertigt teuer, wenn sie ihre Preisskala auf den ermittelten Kostenwerten aufbaut; ist jene dagegen überdurchschnittlich effizient, so wird die Mehrzahl der restlichen Einrichtungen zumindest kurzfristig große Mühe haben, mit den ermittelten Preisen auszukommen. Andererseits ist es allein schon aus Kostengründen wohl kaum möglich, eine so umfangreiche Berechnung für alle oder auch nur die Mehrzahl der Einrichtungen in der nötigen Präzision durchzuführen.

Ad 2.: Die Grundidee der ökonometrischen Vorgehensweise ist die Überlegung, daß man durch einen Vergleich der tatsächlich angefallenen Kosten in verschiedenen Einrichtungen mit unterschiedlicher Zusammensetzung der Leistungen (Bewohner) die Kostenträchtigkeit der einzelnen Leistungsarten erschließen kann. Diese Idee wird in dem Konzept der "ökonometrischen Kostenfunktion" umgesetzt. Hierunter versteht man eine systematische Beziehung zwischen den Kosten einer Einrichtung und einer Reihe von Kosteneinflußgrößen, insbesondere der Leistungsmenge, der Leistungsqualität, der Zusammensetzung der Leistungen (z.B. nach Pflegestufen), den Faktorpreisen und dem Grad der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

Zur praktischen Umsetzung dieses Konzepts muß für jede der Kosteneinflußgrößen eine konkrete Maßzahl gefunden werden. Die daraus resultierende Regressionsgleichung wird dann anhand von Daten aus einem möglichst großen Querschnitt von Einrichtungen empirisch getestet, wodurch die Parameter der Beziehung, die die Richtung und Stärke der Kosteneinflüsse wiedergeben, geschätzt werden können. Da man die Wirtschaftlichkeit nicht direkt messen kann, sind aus statistischen Gründen die Ergebnisse der Schätzgleichung als "Kostenfunktion einer Einrichtung mittlerer

Wirtschaftlichkeit" zu interpretieren, d.h. sie bilden tatsächlich Durchschnittswerte bezüglich der Kosten ab.

Aus den geschätzten Parametern bezüglich der Zusammensetzung der Bewohner können die Grenzkosten der Betreuung einer Person aus einer bestimmten Gruppe in einer durchschnittlichen Einrichtung ermittelt werden. Diese bestimmen dann die Höhe des entsprechenden Entgeltsatzes.¹⁶

Der Vorteil der ökonometrischen gegenüber der betriebswirtschaftlichen Methode kann darin gesehen werden, daß auf die weitgehend willkürliche kostenrechnerische Abgrenzung von Einzel- und Gemeinkosten, Vollkosten und Teilkosten vollkommen verzichtet wird. Auf der Kostenseite erforderlich ist lediglich die Kenntnis der Gesamtkosten der einzelnen Einrichtungen, falls es das Ziel ist, ein umfassendes Pauschalentgelt für die einzelne Gruppe von Pflegebedürftigen zu ermitteln. Etwas komplizierter ist das Verfahren, wenn hiermit lediglich eine Entgeltart, z.B. die Pflegevergütung nach § 82 SGB XI, bestimmt werden soll, denn dann dürfen nur die Kosten einbezogen werden, die für Pflegeleistungen aufgewendet worden sind, so daß hier wieder eine gewisse Willkür in der Aufspaltung der Gesamtkosten zum tragen kommt.

Zudem umgeht sie das Problem der Repräsentativität, da sie wegen der geringen Kosten der Datenerhebung prinzipiell dazu geeignet ist, die Gesamtheit aller Einrichtungen in der Analyse zu erfassen.

Auf Krankenhäuser wurde das Konzept der ökonometrischen Kostenschätzung auch in Deutschland bereits mehrmals empirisch umgesetzt (z.B. *Breyer u.a.* 1988). Seine Übertragung auf Pflegeeinrichtungen ist allerdings nur unter gewissen Voraussetzungen erfolgversprechend. Insbesondere darf die Spezialisierung der Einrichtungen nicht so weitgehend sein, daß eine bestimmte Gruppe von Leistungsempfängern nur in einem einzigen oder einigen weni-

¹⁶ Eine detaillierte Beschreibung des Verfahrens findet sich in Breyer u.a. (1988).

gen Häusern versorgt wird. Denn in diesem Fall könnte man aus dem entsprechenden Parameter der ökonometrischen Schätzgleichung weniger auf die Kostenträchtigkeit der Pflege dieser Gruppe schließen als vielmehr auf die (Un-)Wirtschaftlichkeit der betreffenden Einrichtung(en).

Ein weiteres statistisches Problem besteht darin, daß die Anzahl der Beobachtungen (Einrichtungen) ein Mehrfaches der Anzahl der zu schätzenden Parameter ausmachen sollte. Letztere wird maßgeblich durch die Anzahl der Leistungsarten (Gruppen) bestimmt. Damit setzt die beschränkte Anzahl von Einrichtungen Grenzen für den Typ des anwendbaren Klassifikationssystems: Zu stark differenzierte Systeme können, auch wenn sie unter dem Gesichtspunkt der Leistungsgerechtigkeit wünschenswert wären, mit dieser Methode nicht verwendet werden.

Prinzipiell anwendbar ist die ökonometrische Methode auf die Ermittlung der Kosten der verschiedenen Pflegestufen im Bereich der Altenpflege, da hier die Zusammensetzung der Leistungen durch lediglich vier Größen gemessen wird. Auch die Datenerhebung dürfte hier relativ unproblematisch sein, da die Einteilung der Heimbewohner in die vier Pflegeklassen zügig und mit vertretbarem Aufwand vorgenommen werden kann.

5. Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Bei einem prospektiven Entgeltsystem, bei dem die Einnahmen einer Einrichtung nicht von ihren Kosten abhängen und somit Pauschalcharakter haben, besteht für ihre Träger prinzipiell ein Anreiz, die Kosten durch eine Absenkung der Leistungsmenge oder -qualität zu reduzieren. Der Gesetzgeber hat diese Gefahr offensichtlich bedacht und daher in § 93 Absatz 2 BSHG den Vertragspartnern in der Behindertenhilfe aufgetragen, nicht nur Vergütungssätze zu vereinbaren, sondern auch die entsprechenden Leistungen zu fixieren. Dabei gibt es vier verschiedene Wege zur nachhaltigen Sicherung der Qualität und Quantität der Leistungen von Alten- und Behinderteneinrichtungen, deren Vorzüge und Nachteile im folgenden diskutiert werden.

a) Detaillierte Leistungsbeschreibungen

Die erste Möglichkeit zur Sicherstellung der Leistungsqualität besteht darin, die nach § 93 Absatz 2 BSHG geforderten Vereinbarungen über die zu erbringenden Leistungen detailliert zu handhaben. So müßte für jede Gruppe von Behinderten genau spezifiziert werden, welche Einzelmaßnahmen zum Zwecke der Eingliederung in welcher Häufigkeit und Intensität durchgeführt werden sollen. Je genauer dies geschieht, desto einfacher ist es später, die Einhaltung der Abmachungen zu überwachen, auch wenn dies einen erheblichen Verwaltungsaufwand verursacht.

Der eigentliche Nachteil dieser - für alle vergleichbaren Einrichtungen gültigen - Festlegung ist jedoch nicht der Überwachungsaufwand, sondern der Umstand, daß durch die Fixierung bestimmter Maßnahmen innovative therapeutische Ansätze behindert werden, bei denen andere Maßnahmen mit der gleichen Zielsetzung durchgeführt werden.

Ein nur bei Einzelverhandlungen gangbarer Ausweg bestünde darin, auch den Leistungsumfang individuell zu verhandeln. Dies käme aber offenkundig der Opferung des Grundsatzes der Leistungsgerechtigkeit gleich, da nun jeglicher Maßstab fehlte, die Leistungen verschiedener Einrichtungen vergleichbar zu machen.

b) Setzung von Mindeststandards

Diese Schwierigkeiten würde man umgehen, wenn die kollektiven Vertragspartner lediglich Mindeststandards für Leistungsumfang und -qualität vertraglich festlegten, den Einrichtungen aber darüber hinaus freie Hand ließen, welche Leistungen in welchem Umfang sie zur Erreichung des Pflege- und Eingliederungsziels für geeignet halten. Je weniger detailliert diese Mindeststandards bestimmt werden, desto weniger einengend können sie wirken, desto eher ist es jedoch möglich, daß sie redundant sind, da sie über die ohnehin schon bestehenden Regelungen des Heimgesetzes nicht hinausgehen.

c) Qualitätswettbewerb

Allgemein wird in der Ökonomie dem Wettbewerb die Funktion zugesprochen, eine Versorgung der Bevölkerung mit Gütern und Dienstleistungen sicherzustellen, die nach Qualität und Preis deren Wünschen bestmöglich entspricht. Es ist daher zu fragen, ob der Wettbewerbsmechanismus diese Funktion auch auf dem Markt für Pflege-Dienstleistungen erfüllen kann. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Preise in Kollektivverhandlungen fixiert werden, so daß als Wettbewerbsparameter lediglich noch die Leistungsqualität zur Verfügung steht.

Unter diesen Voraussetzungen wird sich nun die Erbringung einer (in den Augen der Leistungsempfänger) möglichst hohen Leistungsqualität für eine Einrichtung genau dann lohnen, wenn

1. die volle Kapazitätsauslastung nicht generell sichergestellt ist und
2. die Nachfrage nach Plätzen *in dieser Einrichtung* auf eine Erhöhung oder Senkung der Leistungsqualität entsprechend reagiert.

Die erste Voraussetzung ist notwendig, weil andernfalls mit der Erhöhung der Qualität nur höhere Kosten, wegen der festen Preise jedoch keine höheren Einnahmen verbunden sind. Ist dagegen die Kapazität nicht ausgelastet, so kann es sich für ein Unternehmen mit einem hohen Fixkostenanteil und festen Preisen (die über den Grenzkosten liegen) auch dann lohnen, zusätzliche Nachfrager für sich zu gewinnen, wenn dies nur durch eine Qualitäts- und damit Kostenerhöhung bewerkstelligt werden kann.

In einer Zeit allgemeiner Knappheit von Heimplätzen scheint diese Voraussetzung überwiegend verletzt zu sein. Diese empirische Tatsache ist jedoch vermutlich eine Folge des bisher geltenden Selbstkostendeckungs-Prinzips, unter dem es sich gerade für private Unternehmer nicht lohnte, in den Markt einzutreten, weil sie sich davon keine Gewinne versprechen konnten. Ein neues, von den individuellen Kosten der Einrichtung abgekoppeltes Entgeltsystem mit Möglichkeiten zur Gewinnerzielung schafft die Voraussetzungen dafür, daß der permanente Nachfrageüberhang beseitigt wird (vgl. *Wagner 1993*).

Daß die zweite Voraussetzung ebenfalls erfüllt ist, könnte im Fall von ,Altenpflege- und Behindertenheimen bezweifelt werden. Immerhin stellt das Heim für den Bewohner seinen Lebensmittelpunkt dar, und es ist unwahrscheinlich, daß er es sich jeden Morgen von neuem überlegt, ob er nicht die Einrichtung wechseln soll. Gerade für geistig oder seelisch Behinderte, aber auch z.B. für Blinde spielt das Gefühl der Vertrautheit eine große Rolle für ihre subjektive Befindlichkeit, und dem wäre ein häufiger Umzug sehr abträglich.

Die unter 2. geforderte Reaktion der Nachfragemenge muß sich jedoch nicht unbedingt im Auszug bereits anwesender Bewohner äußern, sondern kann sich auch einzig und allein bei den Neuzugängen abspielen. Vor allem bei hoher Fluktuation - in Altenpflegeheimen liegt die durchschnittliche Verweildauer bei 2-3 Jahren, d.h. mindestens ein Drittel der Plätze sind jährlich neu zu besetzen - ist eine Einrichtung darauf angewiesen, in der Bevölkerung ihres Einzugsgebietes ein gutes Ansehen zu genießen, um immer wieder neue Bewohner zu gewinnen. In einem solchen Reputations-Wettbewerb kann sich die Aufrechterhaltung einer hohen Leistungsqualität auch dann, wenn sie Kosten verursacht, für eine Einrichtung lohnen.

Schließlich ist nicht außer acht zu lassen, daß die Schaffung einer "Wettbewerbs-Mentalität" bei den Trägern von Einrichtungen und ihrem Personal auch die Haltung gegenüber den Heimbewohnern verändern würde. Diese könnten nicht länger als Almosenempfänger betrachtet werden, sondern bekämen den Status von Kunden, um deren Wohl sich die Leistungsanbieter in ihrem eigenen Interesse täglich bemühen müßten. Dies wäre ein erheblicher Schritt in Richtung auf Normalität des Lebens von Behinderten und Pflegebedürftigen, was gerade unter dem prioritären Ziel der Wahrung der Menschenwürde sehr hoch veranschlagt werden muß.

d) Erfolgsabhängige Vergütung

Schließlich läßt sich auch der Standpunkt vertreten, daß eine hohe Qualität der erbrachten Leistungen per se nicht wünschens-

wert ist, solange - etwa in der Behindertenhilfe - mit den Leistungen kein (Eingliederungs-)Erfolg verbunden ist. Unter diesem Aspekt könnte es sinnvoller sein, die Honorierung des "Inputs" Leistung (im Sinne eines Bündels von Maßnahmen) zumindest partiell durch die des "Outputs" Eingliederungserfolg zu ersetzen. Zu dem (eventuell reduzierten) Eingliederungsentgelt, das lediglich die *Bemühungen* um Eingliederung vergütet, träte dann eine Erfolgsprämie, die unter der Voraussetzung gezahlt wird, daß der betreffende Behinderte von einer Gruppe mit höherem in eine mit geringerem Betreuungsaufwand "aufgestiegen" ist.

Unter einem Entgeltsystem, bei dem das Eingliederungsentgelt von der Schwere der Behinderung bzw. dem Umfang des Betreuungsaufwands abhängt, könnte ein solches System von Erfolgsprämien notwendig sein, um den Einrichtungen ausreichende Anreize zu vermitteln,

1. Eingliederungserfolge zu erzielen und
2. diese dem Finanzierungsträger anzuzeigen.

Beides führt in der Folge zu einer Reduzierung des Eingliederungsentgelts, das die Einrichtung beanspruchen kann, und diesem negativen Anreiz kann die Zahlung einer einmaligen Erfolgsprämie entgegenwirken. Die geeignete Bemessung solcher Erfolgsprämien stellt gegenwärtig jedoch noch eine offene Frage dar.

V. Vergütung häuslicher Pflegeleistungen

Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland lebt im eigenen Haushalt und wird dort entweder von Familienangehörigen oder durch ambulante Pflegedienste versorgt. Unter ökonomischen Gesichtspunkten ist hier insbesondere die Beziehung zwischen dem Pflegebedürftigen und der (privaten oder sozialen) Pflegeversicherung von Bedeutung. Leistungen der Versicherung an diesen Personenkreis können nämlich unter zwei verschiedenen Voraussetzungen gewährt werden:

1. Sachleistungen: Es werden nur die tatsächlichen Aufwendungen für die Pflege erstattet, die dem Pflegebedürftigen aufgrund

eines privatrechtlichen Vertrages mit einem professionellen Leistungserbringer entstehen. Leistungen von Angehörigen bleiben dabei unberücksichtigt.

2. Geldleistungen: Der Pflegebedürftige erhält, abhängig von der Pflegestufe, einen pauschalen Geldbetrag zur freien Verwendung.

Das Prinzip der Sachleistung liegt der Pflegekosten-Versicherung zugrunde, die die PKV-Unternehmen seit etwa 10 Jahren anbieten; allerdings ist die Höhe der Kostenerstattung in den einzelnen Pflegestufen nach oben begrenzt. Demgegenüber beruhen sowohl die Pflegetagegeld-Versicherung der PKV als auch die Pflegerenten-Versicherung der privaten Lebensversicherungsunternehmen auf dem Prinzip der Geldleistung. Der Gesetzgeber hat im PflegeVG einen Mittelweg gewählt: Nach den §§ 36 ff. SGB XI hat der Pflegebedürftige das Wahlrecht zwischen einer betragsmäßig in den drei Pflegestufen nach oben (durch 750, 1800 bzw. 2800 DM) begrenzten Sachleistung und einer geringeren Geldleistung (in Höhe von 400, 800 bzw. 1300 DM).

Diese Regelung hat die folgende ökonomische Begründung: Die Beschränkung auf reine Sachleistungen hätte jeglichen finanziellen Anreiz für Familienmitglieder, die Pflegeleistungen selbst zu erbringen, zunichte gemacht. Die Konsequenz wäre ein verstärktes Ausweichen auf professionelle Leistungsanbieter und damit hohe Ausgaben für die Träger der Pflegeversicherung gewesen.

Das entgegengesetzte Extrem - die reine Geldleistung, unabhängig von der Person des Leistungserbringers - hätte einen sehr starken Anreiz zum Verzicht auf professionelle Pflege mit sich gebracht. Darin könnte man die Gefahr sehen, daß die Pflege von den Angehörigen unzureichend vorgenommen wird, da es - anders als bei professioneller Pflege - keine vertragliche Festlegung von Leistungsmenge und -qualität zwischen Pflegebedürftigem und Leistungserbringer gibt. Ferner ist der Anreiz, sich vom Arzt einen höheren als den tatsächlich vorliegenden Grad an Pflegebedürftigkeit bescheinigen zu lassen, stärker, wenn dies zu einem höheren, nicht zweckgebundenen Transfer seitens der Versicherung führt.

Beide Verhaltensweisen, sowohl die Übertreibung des Grades der Pflegebedürftigkeit als auch die Inanspruchnahme professioneller anstelle von familiären Hilfen, sind unterschiedliche Ausprägungen des Moral-Hazard-Phänomens (s.o., Abschnitt III.1.a). Das System der Abstufung von Geld- und Sachleistung stellt einen Versuch dar, beide Verhaltensweisen, die jeweils eine Belastung der Versichertengemeinschaft darstellen, gleichzeitig zu bekämpfen. Ob die vom Gesetzgeber festgelegten Höhen für Geld- und Sachleistung dazu am besten geeignet sind, muß natürlich offen bleiben.

VI. Politisch-ökonomische Überlegungen zur Einführung der Pflegeversicherung

Die oben (Abschn. III) vorgenommene Betrachtung von Effizienz- und Gerechtigkeitsaspekten hat keine überzeugenden Argumente für die Einführung einer gesetzlichen Pflegeversicherung in der tatsächlich gewählten Form (Zwangsmitgliedschaft und Umlageverfahren) zu Tage gefördert. Es ist daher zu fragen, wie man die Verabschiedung des PflegeVG durch den deutschen Bundestag erklären kann. Die Beantwortung dieser Frage ist ebenfalls Gegenstand ökonomischer Analyse, und zwar des Forschungszweigs der "Neuen Politischen Ökonomie" (engl. "public choice theory"), der sich damit befaßt, die Ergebnisse politischer Prozesse aus dem Rationalverhalten der darin handelnden Personen (Wähler, Politiker, Lobbyisten, Ministerialbürokraten) abzuleiten.

Vordergründig erschien es so, daß mit der Einführung des PflegeVG vor allem eine Entlastung der Kommunen von Sozialhilfeausgaben durch Schaffung einer eigenständigen Finanzierungsquelle angestrebt wurde. Diese Erklärung greift allerdings zu kurz, da es einem rationalen Wähler gleichgültig sein müßte, in welcher Form (Steuern oder Sozialversicherungsbeiträge) er zur Finanzierung sozialer Leistungen herangezogen wird und durch welche öffentlichen Kassen sein Geld geschleust wird.

Bedeutsamer für die Wiederwahlchancen der Politiker, die das PflegeVG durchgesetzt haben - und dies waren Repräsentanten

sowohl des großen Koalitionspartners CDU/CSU als auch der Oppositionspartei SPD -, ist vielmehr, daß eine Mehrheit der Wähler sich als Nutznießer dieser Reform fühlen konnten. In der Tat sprachen sich in Umfragen der Jahre 1992-94 jeweils eine große Mehrheit der Bürger für die Einführung einer umlagefinanzierten Pflicht-Pflegeversicherung aus. Unterscheidet man die Wähler nun nach dem Merkmal des Einkommens, so erscheint dies plausibel, da vor allem zwei Einkommensschichten von der Neuregelung profitieren werden, die zusammen eine Mehrheit der Wähler ausmachen dürften:

- Bezieher von unterdurchschnittlichen Einkommen, die in den Genuß der vollen Leistungsansprüche aus der Pflegeversicherung kommen, aufgrund der einkommensproportionalen Beiträge aber weniger dazu beitragen müssen, als sie pro Kopf kostet,
- Bezieher von Einkommen jenseits der Versicherungspflichtgrenze, die von ihrem Beitrag zur Finanzierung der Sozialhilfe entlastet werden und sich in einer privaten Pflegekasse ohne interpersonelle Umverteilung versichern dürfen.

Alternativ dazu könnte man das Merkmal des Alters bei Einführung der Pflegeversicherung anführen. Nach diesem Kriterium profitieren alle diejenigen von der Umlagefinanzierung, die schon zu alt sind, um noch eine gleichwertige Absicherung nach dem Kapitaldeckungsverfahren aufzubauen, also bei weitem die Mehrzahl der stimmberechtigten Bürger, während die Verlierer unter den schwach besetzten Geburtsjahrgängen nach 1970 zu suchen sind, von denen die Masse noch nicht wahlberechtigt ist.

In einer repräsentativen Demokratie muß allerdings nicht jede einzelne Entscheidung unbedingt den Interessen einer Mehrheit der Wahlberechtigten dienen. Vielmehr ist es gerade bei komplexen Problemen üblich, daß die Mehrzahl der Bürger - aus ihrer Sicht rational handelnd - die Kosten der eigenen detaillierten Information spart. Gut organisierte Gruppen mit intensiven Präferenzen können dann durch Lobbytätigkeit einen überproportionalen Einfluß auf die politischen Entscheidungsträger nehmen. Im Fall der Pflegeversicherung ist es nicht zu verkennen, daß die Verbände der Leistungsanbieter, insbesondere aus der freien Wohlfahrtspflege, im

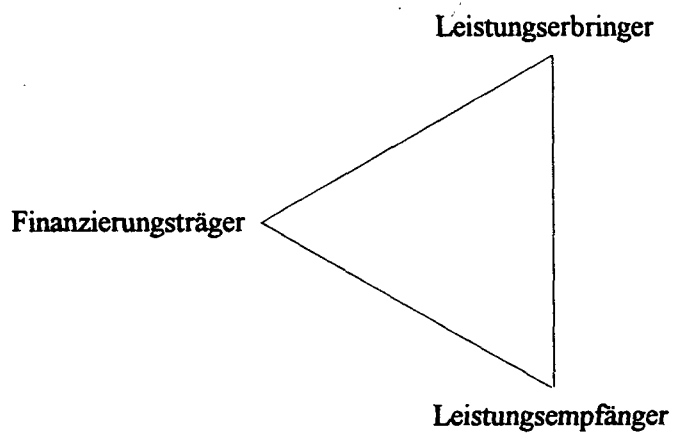
Zuge der Gesetzesberatung massiv für die Einführung einer möglichst umfassenden Pflichtversicherung geworben haben. Dies ist auch durchaus rational, da die Anbieter ständig darum bemüht sein müssen, sich eine kaufkräftige Nachfrage zu sichern.

Insgesamt läßt sich also feststellen, daß es gut erklärbar ist, daß die Einführung einer umlagefinanzierten Zwangsversicherung gegen das Pflegekostenrisiko eine breite politische Unterstützung in Deutschland hatte und lediglich auf geringen Widerstand (vor allem seitens des kleinen Koalitionspartners F.D.P. und der Arbeitgeberverbände traf.

Tabelle 1: Alter und Pflegehäufigkeit

Altersgruppe in Jahren	Pflegehäufigkeit in % aller Angehörigen der Altersgruppe
0 - 15	0,5
16 - 39	0,4
40 - 64	0,6
65 - 69	1,7
70 - 74	3,2
75 - 79	6,2
80 - 84	10,7
85 -100	26,3

Abb. 1: Das Dreiecksverhältnis der Vertragspartner bei
Pflegeleistungen



Übersicht 1: Systematik von Entgeltsystemen

- (1) **Zweck der Vergütung:**
 - a) Erstattung der Selbstkosten
 - b) Honorierung der erbrachten Leistung
- (2) **Abrechnungseinheit:**
 - a) **Pflegesatz**
 - b) **"Fallpauschale"**
 - c) **Einzelleistung**
 - d) festes **Perioden-Gesamtbudget**
- (3) **Anzahl der Entgeltkomponenten**
 - a) eine (monistisches System)
 - b) mehrere
- (4) **Differenzierung nach Leistungsempfängern**
 - a) keine
 - b) wenige Pflegestufen
 - c) stark ausdifferenziert: Klassifikationssystem
- (5) **Differenzierung nach Einrichtungen**
 - a) einrichtungsunabhängig, einheitlich
 - b) einrichtungsbezogen
- (6) **Festsetzungsverfahren**
 - a) Verhandlungen mit der einzelnen Einrichtung
 - b) kollektive Verhandlungen
 - c) administrative Setzung
- (7) **Maßstab für die Pflegesatzhöhe**
 - a) fehlt: frei verhandelbar
 - b) Orientierung an Kosten der einzelnen Einrichtung
 - ba) retrospektiv
 - bb) prospektiv
 - c) Orientierung an Kosten aller vergleichbaren Einrichtungen
 - d) analytisch ermittelte Kosten.
- (8) **Gültigkeit des Pflegesatzes**
 - a) nur zwischen Finanzierungsträger und Leistungsempfänger
 - b) zwischen Finanzierungsträger und Leistungserbringer

Literatur

- H. Aaron*, The Social Insurance Paradox, in: Canadian Journal of Economics and Political Science 32 (1966), S.371-374;
- A. Börsch-Supan/K. Stahl*, Life-Cycle Savings and Consumption Constraints, in: Journal of Population Economics 4 (1991), S.233-255;
- F. Breyer*, Verteilungswirkungen unterschiedlicher Formen der Pflegevorsorge, in: Finanzarchiv 49 (1991/2), S.84-103;
- F. Breyer/D. Paffrath/W. Preuss/ R. Schmidt*, Die Krankenhaus-Kostenfunktion. Der Einfluß von Diagnosespektrum und Bettenauslastung auf die Kosten im Krankenhaus, 1988;
- W. Buchholz/W. Wiegard*, Allokative Überlegungen zur Pflegevorsorge, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 209 (1992), S.441-457;
- R.H. Dinkel*, Die Pflegeversicherung: Ein finanzieller Sprengsatz für die Zukunft?, in: Sozialer Fortschritt 42 (1993), S.39-42;
- S. Dudey*, Verteilungswirkungen einer Gesetzlichen Pflegeversicherung, in: Wirtschaftsdienst 71 (1991), S.356-359;
- R. Eisen*, Alternative Sicherungsmöglichkeiten bei Pflegebedürftigkeit, in: Sozialer Fortschritt 41 (1992), S.236-241;
- E. Eltzner/N. Roth*, Aufnahme als Ausnahme. Dokumentation und Analyse von Aufnahmeanfragen in der Behindertenhilfe im Zeitraum 1986 bis 1991, 1993;
- K.-D. Henke*, Die finanzielle Absicherung des Pflegerisikos, in: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (Hrsg.), Die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, 1991;
- S. Homburg*, Theorie der Alterssicherung, 1988;
- W. Krug/G. Reh*, Pflegebedürftige in Heimen. Statistische Erhebung und Ergebnisse, 1992;
- V. Meier*, On the Demand for Long-Term Care Insurance, unveröffentl. Manuskript 1994,
- J. Mossin*, Aspects of Rational Insurance Purchasing, in: Journal of Political Economy 76 (1968), S.553-568;
- J.M. Parkin/S.Y. Wu*, Choice Involving Unwanted Risky Events and Optimal Insurance, in: American Economic Review 62 (1972), S.982-987;
- M.V. Pauly*, The Rational Nonpurchase of Long-Term-Care Insurance, in: Journal of Political Economy 98 (1990), S.153-168;
- A.B. Pfaff*, Kosten der ambulanten Pflegeleistungen. Auswirkungen der demographischen Entwicklung, in: Die Ortskrankenkasse 22 (1994), S.723-731;
- P.A. Samuelson*, An Exact Consumption-Loan Model of Interest with and without the Social Contrivance of Money, in: Journal of Political Economy 66 (1958), S.467-482;
- W. Scanlon*, Possible Reforms for Financing Long-Term Care, in: Journal of Economic Perspectives 6 (1992), No.3, S.43-58;

- W. Schmähl, Zum Vergleich von Umlageverfahren und kapitalfundierte Verfahren zur Finanzierung einer Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, 1992;
- W. Schmähl, Demographische Entwicklung und Pflegeausgaben, in: Sozialer Fortschritt 42 (1993), S.233-235;
- U. Schneekloth, P. Potthoff, Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Band 20.2;
- B. Sommer, Entwicklung der Bevölkerung bis 2030. Ergebnis der siebten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, in: Wirtschaft und Statistik (1992), S.217-222;
- Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1994;
- G. Wagner, Re-Regulierung des Marktes für Altenpflege erforderlich, in: DIW-Wochenbericht 60, Nr.31, S.419-422.