

Zum Jahresbeginn 2017 wurde mit der zweiten und dritten Stufe des Pflegestärkungsgesetzes nach langjähriger Diskussion die bisher umfassendste Reform der sozialen Pflegeversicherung umgesetzt. Ist die Pflegeversicherung damit zukunftsfest und den Herausforderungen des demographischen Wandels gewachsen?

Bekämpfung des Fachkräftemangels in der Langzeitpflege

Fachkräftemangel – die offene Flanke der Pflegereform

Mit der zweiten und dritten Stufe des Pflegestärkungsgesetzes hat der Gesetzgeber nach langjähriger Diskussion zum Jahresbeginn 2017 die bisher umfassendste Reform der sozialen Pflegeversicherung umgesetzt. Die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist ohne Zweifel als ein Meilenstein bei der Entwicklung der Pflegeversicherung seit deren Einführung im Jahr 1995 anzusehen. Die »erstaunlich großzügige Reform« (Rothgang und Kalwitzki 2015) hat jedoch auch Schwachstellen. Insbesondere der bereits aktuell feststellbare und in Zukunft weiter steigende Fachkräftemangel in der Pflege sowie die unzureichende Entlohnung von Pflegekräften werden in der aktuellen Pflegereform nicht oder allenfalls am Rande thematisiert. Im vorliegenden Beitrag werden diese beiden Themenfelder genauer untersucht – insbesondere im Hinblick auf den zukünftigen Finanzierungsbedarf. Die Ausführungen beschränken sich dabei wegen der besseren Datenbasis weitgehend auf die stationäre Langzeitversorgung in Pflegeheimen.

Nachfrage nach Langzeitpflege übersteigt flächendeckend Angebot an Pflegepersonal

Im Gegensatz zur Akutpflege im Krankenhaus ist es in der stationären Langzeitver-

sorgung gelungen, einen Personalabbau bei den Pflegekräften zu verhindern. Es ist sogar zu einem moderaten Personalaufwuchs gekommen. Gleichzeitig haben sich jedoch die Anforderungen an die stationäre Pflege in Pflegeheimen in der jüngeren Vergangenheit massiv verschärft. Das gilt nicht nur für den rein quantitativen Anstieg der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen. Außerdem ist der Anteil der Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in Pflegeheimen gestiegen, die Verweildauern sind gesunken, zudem steigt die Bedeutung von Behandlungspflege genauso an wie Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt (vgl. Greß und Stegmüller 2016).

Die Zahl der Pflegebedürftigen mit stationärem Versorgungsbedarf wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten noch weiter deutlich zunehmen. Kurz- bis mittelfristig wird die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Anforderungen insbesondere im Hinblick auf die Versorgung von Pflegebedürftigen mit kognitiven Einschränkungen deutlich erhöhen. In der Vergangenheit konnte ein bescheidener Personalaufwuchs den gestiegenen Pflegebedarf nur teilweise kompensieren. Verschlechterte Betreuungsrelationen und die moderat gesunkene Fachkraftquote weisen allerdings auf steigende Belastungen für die Beschäftigten und Gefahren für die Pflegequalität in Pflegeheimen hin. Ausdruck dieser Belastungen sind eine hohe Fluktuationsrate – die in Deutschland auch aufgrund einer ausgeprägten hierarchischen Organisation der Pflege vergleichsweise hoch ist – sowie eine hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen von Beschäftigten in Pflegeheimen (vgl. Greß und Stegmüller 2016).

Zukünftig ist mit einer Verschärfung dieser Situation zu rechnen – bis zum Jahr 2030 ist nach einer von der Bertelsmann Stiftung in Auftrag gegebenen Studie flächendeckend und bundesweit mit Perso-



Stefan Greß*



Klaus Stegmüller**

* Prof. Dr. Stefan Greß leitet das Fachgebiet Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda.

** Prof. Dr. Klaus Stegmüller leitet das Fachgebiet Organisatorische und institutionelle Bedingungen der Pflege im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda.

nalengpässen in der Altenpflege zu rechnen. Regional steht demnach vor allem in den ostdeutschen Bundesländern ein sinkendes Angebot an Pflegekräften einer schnell steigenden Nachfrage nach professioneller Pflege gegenüber. Allerdings übersteigt auch in Bayern und Schleswig-Holstein in vielen Regionen die hohe Nachfrage das Angebot an künftigen Pflegepersonal (vgl. Hackmann et al. 2016, S. 31).

Personalausstattung in der stationären Langzeitpflege verbessern

Aus Sicht der Autoren stehen zwei zentrale Maßnahmen im Mittelpunkt von Strategien zur Bekämpfung des Fachkräftemangels (vgl. auch Jacobs et al. 2016). Erstens steigt die Attraktivität des Pflegeberufs in der Langzeitpflege durch die Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Allgemeinen und die Verbesserung der Personalausstattung im Besonderen. Zweitens ist eine zwingende Voraussetzung für die Bekämpfung des Fachkräftemangels die Verbesserung der – insbesondere im Vergleich zu Akutpflege – unattraktiven Vergütung in der Langzeitpflege.

Konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen aus Sicht der Beschäftigten könnten etwa Maßnahmen zur Entlastung von älteren Beschäftigten, zur Erhöhung der Verlässlichkeit des Dienstplans und Pausenregelungen sowie die Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen sein. Auch aus Sicht der Beschäftigten scheitert die Implementierung dieser Strategien jedoch regelmäßig an der nicht hinreichenden Personalausstattung (vgl. Benedix und Medjedovic 2014).

Die mangelnde Personalausstattung in der Altenpflege führt allerdings nicht nur zu einer hohen physischen und psychischen Belastung der Beschäftigten und engt die Möglichkeiten zur Umsetzung von entlastenden Strategien ein. Zumindest Studien aus dem Ausland zeigen, dass eine verbesserte Personalausstattung die Qualität der Pflege erhöht – zum Beispiel durch Reduktion von Pflegefehlern und eine verbesserte Versorgung von schwer pflegebedürftigen Personen. Umgekehrt ist damit begründet zu befürchten, dass eine mangelnde Personalausstattung die Gefahr von Pflegefehlern deutlich erhöht und die Pflegequalität gefährdet (vgl. Greß und Stegmüller 2016).

Derzeit sind die gesetzlichen Vorgaben in diesem Zusammenhang völlig ungenügend. Die sehr allgemein gehaltenen Vorgaben des Bundesgesetzgebers werden in den Ländern sehr unterschiedlich umgesetzt, so dass sich die Vorgaben für die Personalausstattung in Altenpflegeeinrichtungen je nach Bundesland stark unterscheiden. Bezogen auf eine Einrichtung mit 80 Pflegedürftigen und eine übliche Belegungsstruktur schwanken die länderspezifischen Vorgaben für die Personalausstattung zwischen 27,1 Vollzeitäquivalenten in Brandenburg und 34,5 Vollzeitäquivalenten in

Sachsen. Anzumerken ist jedoch, dass die Vorgaben in Sachsen nicht annähernd erfüllt werden, so dass wohl Baden-Württemberg mit 33,6 Vollzeitäquivalenten über die höchste finanzierbare Personalausstattung verfügen dürfte (vgl. Dösenfant 2014).

Es ist allerdings völlig unklar, auf welcher Basis die Personalrichtwerte in den einzelnen Bundesländern errechnet wurden. Da in keinem der Bundesländer ein Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs bzw. zur Bemessung der Pflegezeiten implementiert wurde, handelt es sich bei den vereinbarten Richtwerten wahrscheinlich um das Ergebnis eines Verhandlungsprozesses unter Berücksichtigung politischer und finanzieller Restriktionen mit allenfalls geringem Bezug zur Bedarfsgerechtigkeit der resultierenden Personalausstattung (vgl. Wingenfeld 2010).

Der Gesetzgeber hat diese Problematik insofern erkannt, als dass im zweiten Pflegestärkungsgesetz die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben bis zum 30. Juni 2020 vorgeschrieben wird. Dabei sind der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und die neuen Pflegegrade ebenso zu berücksichtigen wie bereits vorliegende Untersuchungen und Erkenntnisse zu Anforderungs- und Qualifikationsprofilen in der Pflege.

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber erstmals die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen normiert hat. Allein die Entwicklung eines wissenschaftlich validierten Verfahrens zur Personalbemessung wird jedoch weder die Personalausstattung in den Einrichtungen verbessern noch die Pflegequalität erhöhen. Dazu müssten erstens die zuständigen Behörden in den Bundesländern dazu verpflichtet werden, die Einhaltung des postulierten Personalbedarfs zu überprüfen und ggf. auch zu sanktionieren. Zweitens müssten verschärfte Standards in der Personalbemessung hinreichend Berücksichtigung in den Pflegesatzverhandlungen zwischen Einrichtungen und Kostenträgern finden. Drittens ist die Einheitlichkeit der Umsetzung in den Bundesländern eine wichtige Voraussetzung für die Festlegung von Mindeststandards zur Personalbemessung, um einen sachlich nicht zu rechtfertigenden »Flickenteppich« von landesgesetzlichen Regelungen zu verhindern (vgl. Greß und Stegmüller 2016).

Die finanziellen Effekte einer einheitlichen Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen lassen sich ohne das Vorliegen eines entsprechenden Instrumentariums derzeit nicht quantifizieren. Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Auswirkungen der mangelnden Personalausstattung auf Beschäftigte und Pflegebedürftige, der zusätzlichen Anspruchsberechtigung etwa von Demenzkranken im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und

der generellen Effekte des demographischen Wandels dürfte hier in den nächsten Jahren jedoch ein erheblicher Finanzierungsbedarf entstehen.

Vergütung in der Langzeitpflege anheben

Zu Konzepten zur Überwindung des Fachkräftemangels in der Langzeitpflege gehört zwingend neben der Verbesserung der Arbeitsbedingungen – insbesondere durch Verbesserung der Personalausstattung – auch eine Vergütungskomponente. Im Vergleich zur Akutpflege werden sowohl Fach- als auch Hilfskräfte in der Langzeitpflege deutlich schlechter bezahlt (vgl. Tab. 1).

Allein eine Angleichung der Vergütungen an die Krankenpflege – bei konstantem Qualifikationsniveau und konstanter Beschäftigtenzahl – hätte vergleichsweise dramatische finanzielle Auswirkungen. Eine entsprechende Angleichung würde einen dauerhaften zusätzlichen Finanzierungsbedarf von rund 5,9 Mrd. Euro pro Jahr nach sich ziehen (vgl. Tab. 2).

Dieser Betrag entspricht einem Beitragssatzeffekt von fast 0,5 Beitragssatzpunkten und damit in etwa dem Finanzierungsbedarf, der durch die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ausgelöst wurde. Hinzu kommt noch der derzeit nicht quantifizierbare Finanzierungsbedarf, der durch die notwendige Verbesserung der Personalausstattung ausgelöst wird.

Umwandlung des Pflegevorsorgefonds in einen Pflegepersonalfonds

Natürlich ist nicht damit zu rechnen, dass die Verbesserung der Personalausstattung und der Vergütung kurzfristig und in voller Höhe ausgabenwirksam werden würden. Die vorgeschlagenen Maßnahmen würden sicherlich nur sukzessive umgesetzt werden können. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen schlagen die Autoren daher vor, den mit dem Pflegegestärkungsgesetz I ab dem Jahr 2015 eingerichtete Pflegevorsorgefonds in einen Pflegepersonalfonds umzuwidmen. Bei dem Pflegevorsorgefonds handelt es sich um ein Sondervermögen, das mit 0,1 Beitragssatzpunkten (derzeit ca. 1,3 Mrd. Euro pro Jahr) der sozialen Pflegeversicherung gebildet wird. Mit den Mitteln des Fonds sollen künftige Beitragssatzsteigerungen nach dem Jahr 2035 abgemildert werden. Der Pflegevorsorgefonds ist jedoch viel zu klein, um den nach 2035 zu erwartenden Beitragsanstieg spürbar reduzieren zu können – insbesondere in Zeiten eines anhaltenden Niedrigzinsniveaus (vgl. Jacobs und Rothgang 2014). Zudem wäre es deutlich sinnvoller, die im Fonds gesammelten Finanzmittel unmittelbar und kurzfristig in eine verbesserte Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen und in eine verbesserte Vergütung des Personals als in eine zweifelhafte Beitragssatzstabilisierung in den Jahren 2035 bis 2055 zu investieren. Selbstverständlich müsste der Pflegepersonalfonds dann zukünftig nicht nur von den Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung, sondern auch von den Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung gespeist werden.

Tab. 1
Monatliche Medianbruttoentgelte von Vollzeitbeschäftigten in den Pflegeberufen in Deutschland (in Euro, 2013)

	Westdeutschland	Ostdeutschland
Fachkraft Krankenpflege	3 139	2 738
Fachkraft Langzeitpflege	2 568	1 945
<i>Differenz</i>	<i>571</i>	<i>793</i>
Helfer/in Krankenpflege	2 470	1 854
Helfer/in Langzeitpflege	1 885	1 495
<i>Differenz</i>	<i>585</i>	<i>359</i>

Quelle: Bogai et al. (2015, S. 11).

Tab. 2
Finanzierungsbedarf für eine Vergütungsanpassung Altenpflege an Krankenpflege

	Vollzeit- äquivalente	Fachkraft- quote	Fachkräfte	Helfer/innen
Ambulante Pflege	213 000	60%	127 800	85 200
Pflegeheime	491 000	52%	255 320	235 680
Gesamt			383 120	320 880
Finanzierungsbedarf pro Person pro Jahr in Euro			8 862	7 773
Gesamter Finanzierungsbedarf pro Jahr in Mrd. Euro			3,4	2,5

Quelle: Greß und Jacobs (2016).

Literatur

Benedix, U. und I. Medjedovic (2014), *Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege. Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten*, Institut für Arbeit und Wirtschaft/Arbeitnehmerkammer B, Bremen.

Bogai, D., J. Carstensen, H. Seibert, D. Wiethöller, S. Hell und O. Ludewig (2015), *Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient*, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg.

Désenfant, C. (2014), »Alle sind gleich, nur manche sind gleicher. Die Personalausstattung in der stationären Pflege«, *Altenheim* (6), 12–13.

Greß, S. und K. Jacobs (2016), »Kosten und Finanzierung von Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel in der Pflege«, in: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2016: Die Pflegenden im Fokus*, Schattauer, Stuttgart, 263–274.

Greß, S. und K. Stegmüller (2016), *Gesetzliche Personalbemessung in der stationären Altenpflege: Gutachterliche Stellungnahme für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)*, pp-papers: Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit – 1/2016, Fulda

Hackmann, T., R. Klein, T. Schneidenbach, M. Anders und J. Vollmer (2016), *Pflegeinfrastruktur. Die pflegerische Versorgung im Regionalvergleich*, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Jacobs, K., A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger (Hrsg.) (2016), *Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus*, Schattauer, Stuttgart.

Jacobs, K. und H. Rothgang (2014), »Pferdefuß beim Pflegefonds«, *Gesundheit und Gesellschaft* 17(6), 26–29.

Rothgang, H. und T. Kalwitzki (2015), »Pflegestärkungsgesetz II: Eine erstaunlich großzügige Reform«, *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik* 69(5), 46–54.

Wingefeld, K. (2010), *Grundlagen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen*, GKV-Spitzenverband der Pflegekassen, Berlin.



Sabine Strüder*

Ist die Pflegeversicherung zukunftsfest? – Betrachtungen aus der Perspektive der Interessenvertretung für Pflegebedürftige und Versicherte

Seit mehr als 15 Jahren ist die Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz in der Interessenvertretung und Rechtsberatung für Versicherte und Pflegebedürftige aktiv und stellt fest: Mit den Reformen des Sozialgesetzbuches XI (Pflegeversicherung) hat der Gesetzgeber in den letzten Jahren umfassende leistungsrechtliche Änderungen vorgenommen. Dank Pflegestärkungsgesetz I (PSG I) sind die Pflegeleistungen gestiegen und können besser miteinander kombiniert werden. Das PSG II und der damit eingeführte erweiterte Pflegebedürftigkeitsbegriff berücksichtigt seit 1. Januar 2017 vor allen Dingen den Unterstützungs- und Hilfebedarf von Menschen mit kognitiven Einschränkungen wie beispielsweise Demenz angemessener. Das PSG III soll die Einflussmöglichkeit der Kommunen auf die Pflegesituation vor Ort stärken, die bislang überwiegend durch die Pflegekassen bestimmt wird. Insgesamt führt dieses Gesetzespaket zu umfangreichen Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige und deren Angehörige, insbesondere in der ambulanten Pflege.

Gegenfinanzierung der Leistungsverbesserungen

Zur Finanzierung der Leistungsverbesserungen wurde der Beitragssatz zur Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 2015 um 0,3% und ab dem 1. Januar 2017 um 0,2% auf 2,55% (für Kinderlose 2,8%) der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds erhöht.

Zum 1. Januar 2015 wurde auch der Pflegevorsorgefonds eingerichtet. Ziel ist, die Finanzierung der aufgrund der demographischen Entwicklung im Zeitverlauf deutlich steigenden Leistungsausgaben gerechter auf die Generationen zu

* Sabine Strüder ist Referentin für Gesundheit und Pflege bei der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V.

verteilen und damit auch der möglichen Gefahr einer langfristigen Beschränkung des Leistungsniveaus der Pflegeversicherung zu begegnen (vgl. Deutscher Bundestag 2014). Im Jahr 2015 wurden dem Pflegeversorgungsfonds 1,1 Mrd. Euro zugeführt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2017). Für das Jahr 2017 sind durch die Pflegereformen bei Pflegegeld, Pflegesachleistungen und vollstationärer Pflege sowie die Regelungen zum Bestandsschutz zusätzliche Ausgaben von etwa 7 Mrd. Euro zu erwarten. Diese führen 2017 zu einem strukturellen Defizit von mehr als 3 Mrd. Euro (vgl. Rothgang et al. 2016, S. 11).

Durchblick für Pflegebedürftige schwierig

Die Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz stellt in ihrer landesweiten Pflegerechtsberatung fest, dass mit den verschiedenen Pflegereformen die Transparenz und Verständlichkeit bezüglich der möglichen Leistungen und auch Leistungskombinationen für Pflegebedürftige und deren Angehörige komplizierter geworden ist. So ist es beispielsweise nicht verwunderlich, dass die niedrighschwelligigen Betreuungs- und Entlastungsleistungen bislang nicht in dem erwarteten Umfang abgerufen werden (vgl. *RP Online* 2016), weil sie einem bürokratischen Kostenerstattungsverfahren und länderspezifischen Anforderungen unterliegen und auch die Pflegekassen nach den vorliegenden Erfahrungen nicht immer ausreichend und verständlich ihrer Aufklärungs- und Informationspflicht nachkommen. Auch Schwinger et al. (2016) haben festgestellt, dass nicht alle Hauptpflegepersonen die Unterstützungsangebote kennen und somit nur eine Minderheit der Anspruchsberechtigten die durch die Pflegeversicherung zur Verfügung gestellten Angebote nutzt.

Dynamisierung

In den Jahren 1995 bis 2008 konnten mit Hilfe der Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung immer weniger Pflege- und Betreuungsleistungen durch die Pflegebedürftigen finanziert werden. Pflegebedürftige mussten immer mehr als Eigenanteil zuzahlen. Erst ab 2008 erfolgten Anpassungen, die allerdings nicht den Realwertverlust der Leistungen für Pflegebedürftige ausgleichen konnten. Entsprechend der Dynamisierungsregel zur Pflegeversicherung überprüft die Bundesregierung erst seit 2014 alle drei Jahre, ob und in welcher Höhe die Pflegeversicherungsleistungen angepasst werden müssen (§ 30 SGB XI) (vgl. Verbraucherzentrale Bundesverband 2016a). Die mit den Pflege-stärkungsgesetzen einhergehenden Leistungserhöhungen gleichen erstmalig in etwa den beschriebenen Kaufkraftverlust der Pflegebedürftigen für Leistungen der Pflegeversicherung aus (vgl. Rothgang et al. 2016, S. 11). Der Verbraucherzentrale Bundesverband fordert für die Zukunft eine gesetzliche Regelung, die eine automatisierte Angleichung der Leistungen an die tatsächliche Kostenentwick-

lung nach eindeutig festgelegten Kriterien (Bruttolohnentwicklung, Preisentwicklung) vorschreibt, um Pflegepolitik von der Kassenlage abzukoppeln (vgl. Verbraucherzentrale Bundesverband 2016b).

Künftige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Im Dezember 2015 waren in Deutschland knapp 2,9 Mio. Menschen pflegebedürftig im Sinne des zu diesem Zeitpunkt geltenden Pflegeversicherungsgesetzes (vgl. Statistisches Bundesamt 2017). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) fasst die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 auf eine Spanne zwischen etwa 3,09 und 3,36 Millionen zusammen, bezogen auf die Vorausberechnungen zum Basisjahr 2005 bzw. 2007. Bei den Prognosen, die eine Morbiditätskompression berücksichtigen, sind je nach Quelle etwa 2,93 bis 2,95 Mio. Pflegebedürftige zu erwarten. Für das Jahr 2050 wird die Zahl der Pflegebedürftigen auf etwa 4 bis 4,35 Millionen vorausberechnet. Gleichzeitig sinkt die Zahl der Beitragszahler aufgrund der Bevölkerungsentwicklung.

Pflegeversicherung zukunftsfest machen

Um für diese Entwicklung gewappnet zu sein, müssen zwei sehr grundsätzliche Probleme in der Pflege gelöst werden. Ein gravierendes Problem ist die Sicherung der Fachkräfte in der Pflege (vgl. Rothgang, Müller und Unger 2012), was aber nicht Gegenstand dieses Artikels ist.

Das zweite grundlegende Problem ist die nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung. Es stellt sich die Frage, ob das bisherige Umlageverfahren durch ein Kapitaldeckungsverfahren ersetzt und ob die bisherige Trennung in eine soziale und eine private Pflegeversicherung beibehalten werden soll.

In einer Repräsentativbefragung des wissenschaftlichen Instituts der AOK (vgl. Zok 2011) lehnen es mehr als die Hälfte der Befragten ab, zur künftigen Finanzierung der Pflege eine obligatorische private Pflegezusatzversicherung abzuschließen. Die Akzeptanz einer solchen Zusatzversicherung steigt dabei mit dem Einkommen und der Schulbildung der Versicherten. Die ablehnende Haltung ist umso stärker ausgeprägt, je niedriger das Einkommen ist.

Mit der Einführung des sogenannten »Pflege-Bahr« sollte die freiwillige private Vorsorge gefördert werden. Doch der »Pflege-Bahr« ist nur für wenige sinnvoll und ein Geschenk an die Versicherungswirtschaft. Es fehlen Ansätze einer regelmäßigen Leistungsdynamisierung, um dem tendenziellen Kaufkraftverlust entgegenzuwirken (vgl. Verbraucherzentrale Bun-

desverband 2012a). Zudem ist unter sozialen Aspekten zu beachten, dass auch faktisch private Vorsorgeangebote in der Regel von Personen wahrgenommen werden, die über höhere Einkommen verfügen. Viele Menschen hingegen werden sich eine zusätzliche Risikoversicherung nicht leisten können (vgl. Verbraucherzentrale Bundesverband 2012b).

Die Mehrheit der Versicherten spricht sich zudem für eine einkommensabhängige Erhebung der Beiträge für die Pflegeversicherung aus. Kaum Zustimmung bei den Versicherten (lediglich 10,3% der Befragten) findet der Vorschlag, höhere Ausgaben in der Pflegeversicherung künftig – wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – allein über höhere Beiträge der Mitglieder ohne Beteiligung der Arbeitgeber zu finanzieren.

Nach derzeitiger Gesetzeslage gibt es in Deutschland in der Pflegepflichtversicherung zwei getrennte Systeme: ein gesetzliches und ein privates. Die Leistungen sind in der sozialen und in der privaten Pflegepflichtversicherung identisch, die Finanzierung erfolgt hingegen strikt getrennt. Eine große Mehrheit der in der sozialen Pflegepflichtversicherung Versicherten (67,8%) spricht sich für eine Aufhebung der Trennung zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung aus, während nur 12,6% der Befragten diesen Reformvorschlag ablehnen.

Auch wenn diese Befragung vor der Einführung der Pflegestärkungsgesetze durchgeführt wurde, so standen die Versicherten individualisierenden Elementen bei der Finanzierungsgestaltung deutlich ablehnend gegenüber. Sie sprachen sich vielmehr eindeutig für eine integrative, solidarisch finanzierte Pflegeversicherung aus (vgl. Zok 2011).

Diese Forderung unterstützen die Verbraucherverbände vollumfänglich, indem die soziale Pflegeversicherung und die private Pflegepflichtversicherung (PPV) zusammengeführt werden sollten zu einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung: mit gleichen Zugangsvoraussetzungen und Leistungsstrukturen, mit einem einheitlichen paritätischen Pflegeversicherungsbeitrag für alle und einer ausgeweiteten Bemessungsgrundlage für Versicherungsbeiträge (vgl. Verbraucherzentrale Bundesverband 2016a).

Über den Tellerrand der Pflegeversicherung hinaus

Dass eine Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung auch über die engen Grenzen des Sozialgesetzbuches XI hinausgehen muss, verdeutlichen die folgenden beiden Beispiele:

Behandlungspflege

Bei einer anstehenden Finanzreform der Pflegeversicherung sollte das Augenmerk auch auf die Behandlungspflege in

stationären Einrichtungen gerichtet werden. Diese wird derzeit über die Pflegeversicherung finanziert, obwohl sie originär zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Je nach Quelle wird hier ein mögliches Umverteilungsvolumen von rund 1,8 Mrd. Euro (Basis = GKV Routinedaten) (vgl. Rothgang und Müller 2013) bis zu 3 bis 4 Mrd. Euro genannt (vgl. Gesundheitsstadt Berlin 2014). Während bei Pflegebedürftigen, die ambulant versorgt werden, die Kosten für die Behandlungspflege durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen werden, müssen Pflegebedürftige im Heim diese zumindest teilweise mitfinanzieren, da die Pflegesätze regelmäßig nicht über den Zuschuss der Pflegekasse vollständig abgedeckt sind (vgl. Sozialverband Deutschland 2017). Folgerichtig wären die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im stationären Bereich in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verorten, ohne dass gleichzeitig die Leistungen der Pflegeversicherung in der stationären Pflege gesenkt werden. Der damit verbundene mögliche Beitragsanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung sollte jedoch paritätisch und nicht über den Zusatzbeitrag finanziert werden.

Hilfe zur Pflege

Mit dem PSG III wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch für den sozialhilferechtlichen Anspruch »Hilfe zur Pflege« des Sozialgesetzbuches XII eingeführt. Dabei lehnt sich der Begriff der Pflegebedürftigkeit an den des Sozialgesetzbuches XI an. Die meisten Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten jedoch nur Personen, die den Pflegegraden 2 bis 5 zugeordnet sind. Personen im Pflegegrad 1 können als Leistungen der Hilfe zur Pflege lediglich Pflegehilfsmittel, Zuschüsse zu Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes sowie den Entlastungsbetrag erhalten. Personen, die nach der neuen Begutachtungssystematik nicht die erforderliche Mindestpunktzahl von 12,5 Gesamtpunkten für den Pflegegrad 1 erreichen, erhalten nun anders als bisher keinerlei Leistungen über die Hilfe zur Pflege. Das gilt sowohl für die ambulante als auch stationäre Pflege.

Besonders hart trifft die Gesetzesänderung Personen, die auf eine Versorgung im Pflegeheim angewiesen sind. Hier erhalten Betroffene nur dann Leistungen des Sozialhilfeträgers, wenn sie mindestens dem Pflegegrad 2 zugeordnet sind. Personen mit dem Pflegegrad 1 erhalten lediglich einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro, die sie für die Heimkosten einsetzen können, so dass sozialhilfebedürftige Personen mit dem Pflegegrad 1 eine vollstationäre Pflege nicht mehr finanzieren können. Sozialhilfebedürftige Personen, die bereits in einer Pflegeeinrichtung leben und auch nicht durch eine neue Begutachtung nach der neuen Begutachtungssystematik mindestens den Pflegegrad 2 erreichen, müssen wahrscheinlich aus dem Heim ausziehen. Vielerorts weisen die Sozialhilfeträger bereits auf die neue Gesetzeslage hin und bitten die Heimbewohner, sich eine andere Unterkunft zu suchen, wozu die Betroffenen in aller Regel nicht in der Lage sind.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (2017); »Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten«, 12. Januar, verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>.

Deutscher Bundestag (2014), *Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)*, Drucksache 18/2909, 15. Oktober, verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/029/1802909.pdf>.

Gesundheitsstadt Berlin (2014), »Müssen sich Krankenkassen an Behandlungspflege beteiligen?«, verfügbar unter: <https://www.gesundheitsstadt-berlin.de/muessen-sich-krankenkassen-an-behandlungspflege-beteiligen-4145/>.

Rothgang, H., T. Kalwitzki, R. Müller und R. Unger (2016), *Barmer GEK Pflegereport 2016*; Berlin.

Rothgang, H. und R. Müller (2013), *Ökonomische Expertise: Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung*, verfügbar unter http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Oekonomische_Expertise_Rothgang.pdf.

Rothgang, H., R. Müller und R. Unger (2012), *Themenreport Pflege 2030*, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, verfügbar unter: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/pflege-vor-ort/projektthemen/pflegereport-2030/>.

RP Online (2016), »Zu wenig Anträge bei Krankenkassen: Geld für Pflegehilfen bleibt liegen«, 13. September, verfügbar unter: <http://www.rp-online.de/leben/gesundheits/news/zusaetzliches-pflegegeld-wird-zu-wenig-bei-kassen-abgerufen-aid-1.6255382>.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009), *Sondergutachten 2009; Ziffer 87*; verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=185>.

Schwinger, A., Ch. Tsiasioti und J. Klauber (2016), »Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege – eine Befragung pflegender Angehöriger«, in: K. Jacobs, A. Kuhlmei, St. Greß, J. Klauber und A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2016*. Schattauer, Stuttgart, 189–216.

Sozialverband Deutschland (2017), *Kostenrisiko Behandlungspflege*, verfügbar unter: http://www.sovd.de/fileadmin/downloads/broschueren/pdf/web_positionspapier_kostenrisiko_behandlungspflege.pdf.

Statistisches Bundesamt (2017), »Knapp 2,5 Millionen Pflegebedürftige im Dezember 2015«, Pressemitteilung, 16. Januar, verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemittelungen/2017/01/PD17_017_224pdf.pdf?__blob=publicationFile.

Verbraucherzentrale Bundesverband (2012a), »Pflegereform und »Pflege-Bahr««, verfügbar unter: <http://www.vzbv.de/meldung/pflegereform-und-pflege-bahr>.

Verbraucherzentrale Bundesverband (2012b) *Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverband zum Änderungsantrag 18 zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung*, verfügbar unter: http://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/Pflege-Bahr_Stellungnahme_2012_06_20.pdf.

Verbraucherzentrale Bundesverband (2016a), *Soziale Pflegeversicherung – Leistungssätze anpassen*, verfügbar unter: http://www.vzbv.de/sites/default/files/vzbv_2016_faktenblatt_pflegeversicherung_neu.pdf.

Verbraucherzentrale Bundesverband (2016b), »Pflegestärkungsgesetze lassen wichtige Verbraucheranliegen außen vor«, verfügbar unter: <http://www.vzbv.de/meldung/pflegestaerkungsgesetze-lassen-wichtige-verbraucheranliegen-aussen-vor>.

Zok, K. (2011), »Erwartungen an eine Pflegereform; Ergebnisse einer Repräsentativbefragung«, *WidO Monitor* 8(2), 1–8.



Dörte Heger*

»Weiter so« wird nicht funktionieren

Seit ihrer Einführung im Jahr 1995 wurde die Soziale Pflegeversicherung (SPV) dafür kritisiert, sich einseitig um Menschen mit körperlicher Behinderung zu kümmern und Menschen mit kognitiven Einschränkungen, insbesondere Menschen mit Demenz, zu benachteiligen. Mit den Pflegestärkungsgesetzen wurde diese Benachteiligung nach und nach durch die Ausweitung der Leistungsberechtigung behoben und mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu Jahresbeginn vollständig aufgehoben. Schätzungen rechnen allein dadurch mittelfristig mit etwa 500 000 zusätzlichen Leistungsempfängern (vgl. BMG 2015). Dieser Schritt war wichtig und richtig, denn nicht nur körperliche Einschränkungen führen zu Pflegebedürftigkeit.

Neben dieser Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die sicherlich die umfassendste Neuerung darstellt, wurden aber auch andere Leistungen ausgeweitet: Unter anderem wurden die Leistungsbeträge für alle Pflegearten erhöht, der Leistungskatalog um zusätzliche Unterstützungs- und Betreuungsleistungen ergänzt und Angebote für pflegende Angehörige ausgeweitet. Insbesondere bei täglicher Pflege und bei Pflege von Demenzkranken ist die Belastung pflegender Angehöriger tendenziell sehr hoch (vgl. Bauer und Sousa-Poza 2015). Daher sind auch diese zusätzlichen Entlastungsangebote zu begrüßen.

Vor Einführung der Pflegeversicherung war Pflege hauptsächlich eine Aufgabe der Familie. Aufgrund des demographischen Wandels steigt jedoch die Zahl älterer und pflegebedürftiger Menschen kontinuierlich. Gleichzeitig nimmt die Zahl der Jüngeren, die familiäre Pflege leisten könnten, ab. Immer häufiger wohnen Kinder von Pflegebedürftigen auch weit entfernt oder haben selbst berufliche oder familiäre Verpflichtungen und können oder wollen daher nicht pflegen. Nicht zuletzt deshalb wird die Pflegeversicherung, auch wenn sie nur als Teilversicherung konzipiert ist, als wichtige

* Dr. Dörte Heger ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Kompetenzbereich »Gesundheit« am RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung Essen.

soziale Unterstützung wahrgenommen, an deren Finanzierung sich die Allgemeinheit beteiligen sollte. Gleichzeitig fallen in der Altenpflege im Vergleich zu anderen Berufen und insbesondere auch zu Krankenpflegern die Löhne im Durchschnitt tendenziell niedrig aus (vgl. Bispinck et al. 2013). Daher wurde die mit den Leistungsverbesserungen einhergehende stufenweise Erhöhung der Beitragssätze ohne große Diskussion akzeptiert.

Die Ausweitung von Leistungen auf Kosten höherer Beiträge funktioniert also – noch. Die Frage ist nur: wie lange noch? Denn die Kosten für Pflege steigen rasant. Mit dem Rückgang der Zahl jüngerer Menschen sinkt gleichzeitig die Zahl der Beitragszahler, welche die ausgeweiteten Pflegeleistungen finanzieren müssen. Pro Kopf steigt die Belastung junger Menschen daher sehr stark. Um ihre Leistungsbereitschaft nicht zu schwächen, müssen wir versuchen, das Ausgabenwachstum zu bremsen. Das ist in einer Dienstleistung wie der Pflege besonders schwer, weil man bisher z.B. keine Roboter einsetzen kann oder will. Dennoch lässt sich die Pflege nur zukunftsfest gestalten, wenn wir als Gesellschaft auch in der Pflege offen für Innovationen sind.

Im Folgenden beleuchte ich die Zukunftsfestigkeit der Pflegeversicherung aus Sicht ihrer finanziellen Situation und betrachte als wesentliche Herausforderungen den Fachkräftemangel und den Investitionsbedarf. Abschließend diskutiere ich, wie mehr Innovationen und Prävention helfen können, die Situation zu verbessern.

Die finanzielle Lage der SPV

Derzeit erzielt die SPV Überschüsse und das könnte – wenn die Umstellung auf Pflegegrade nicht deutlich teurer ausfällt als erwartet – noch ein paar Jahre weitergehen. Dafür haben die regelmäßigen Beitragserhöhungen der letzten Jahre gesorgt. Allerdings werden die Kosten zukünftig deutlich steigen. Zum einen wurde der Empfängerkreis mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ausgeweitet. Zum anderen steht die starke Alterungswelle erst noch bevor. In einem Szenario mit gleichbleibender Pflegewahrscheinlichkeit und Pflegedauer (also ohne Berücksichtigung der zusätzlichen Pflegebedürftigen) wurde errechnet, dass die Einnahmen bis 2022 noch die Ausgaben übersteigen, dieser Trend sich dann aber umkehrt und 2028 auch die Kapitalreserven aufgebraucht wären (vgl. Augurzky et al. 2016). Die Kosten für die Umstellung auf die Pflegegrade und auch die tatsächlich anfallenden Kosten nach der Umstellung konnten für die Berechnung aber nur sehr grob geschätzt werden. Die Berechnung würde zwar den von Bundesgesundheitsminister Gröhe gegenüber der *Süddeutschen Zeitung* genannten Plan, bis 2022 die Beiträge konstant zu halten, zulassen (vgl. *Süddeutsche Zeitung* 2017). Dennoch ist eine solche »Beitragsgarantie« riskant, denn es hakt bei der Nachhaltigkeit. Die Einnahmen der SPV können schnell sinken, wenn die

Erwerbstätigkeit sinkt (weil viele Ältere in Rente gehen). Eine Zeit lang wäre also ein konstanter Beitrag möglich, früher oder später sind aber die Reserven aufgebraucht, was zukünftig zu deutlichen Leistungskürzungen führen muss, bzw. zu deutlich steigenden Beiträgen, die dann von einer geringeren Anzahl an Erwerbstätigen geleistet werden muss. Daher ist eine offene Diskussion darüber notwendig, für welche Leistungen die Versicherung aufkommt und inwieweit das Pflegerisiko privat abgesichert werden kann. So gibt es bereits Vorschläge, wie die Einführung einer Karenzzeit, während der die Pflegebedürftigen selbst für ihre Pflege aufkommen. Im Gegenzug können Personen mit einer langen Pflegebedürftigkeit besser vor übermäßigen Kosten geschützt werden (vgl. Häcker et al. 2010).

Fachkräftemangel in der Pflege

Neben der Finanzierung ist für eine gute Pflege auch ausreichendes und gut ausgebildetes Personal notwendig, denn Pflege ist personalintensiv. Im Januar 2017 kamen auf jede arbeitslose Person in der Altenpflege 4,4 gemeldete offene Stellen – bei allen Berufen lag diese Zahl bei knapp 0,4 (Statistik der Bundesagentur für Arbeit 2017).¹ Der Bedarf an Pflegekräften und insbesondere Fachkräften wird durch die Pflegereform weiter wachsen. Ausreichendes Personal zu finden wird somit schwieriger werden. Um existierendes Personal zu halten und neue Kräfte zu gewinnen, muss es daher gelingen, die Verweildauer im Pflegeberuf zu verlängern, die Vollzeitquote auszuweiten und neue Auszubildende zu gewinnen. Dazu muss die Attraktivität des Berufs gesteigert werden, z.B. durch den Ausbau von Karrieremöglichkeiten, eine gute Führungskultur oder eine bessere Vereinbarung von Familie und Beruf. Auf mehr familiäre Pflege sollte man als Lösung des Personalmangels nur begrenzt setzen.

Zwar nahm der Anteil der Pflegebedürftigen, die von Angehörigen oder gemeinsam mit ambulanten Diensten gepflegt werden, in den letzten Jahren leicht zu. Dazu beigetragen haben sicher auch bessere Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige. Doch auch durch die familiäre Pflege entstehen Kosten: in Form von reduziertem Arbeitseinkommen oder schlechterer Gesundheit der Pflegepersonen (vgl. Skira 2015; Heger 2016). Daher ist ein ausreichendes professionelles Pflegeangebot durch ambulante Dienste oder stationäre Einrichtungen nach wie vor notwendig. Wenn gleich die meisten Menschen zu Hause alt werden wollen, ist das je nach Pflegebedarf allein durch Angehörige nicht zu leisten. Diesen Schluss lassen auch die geschätzten 150 000 bis 300 000 Pflegekräfte in Schwarzarbeit zu. Eine stärkere Angleichung von Pflegegeld und Leistungen für ambulante und stationäre Pflege würde Pflegebedürftigen hier

¹ Die Werte beziehen sich auf die Kategorien »Berufe in der Altenpflege ohne Spezialisierung« und »alle Berufe«.

mehr Wahlfreiheit ermöglichen. Denn die Ausgestaltung der Pflegeversicherung setzt wichtige Anreize für die Wahl der Pflegeart, wie ein Vergleich mit anderen europäischen Ländern zeigt (vgl. Heger und Korfhage 2016). Die Höhe des Leistungsanspruchs sollte daher von der Pflegebedürftigkeit und nicht von der Art der empfangenen Pflegeleistung abhängig sein.

Keine Angst vor privatem Kapital

Damit aber ein ausreichend großes Angebot an Pflegeleistungen zur Verfügung steht, sind auch mehr Investitionen notwendig. Bis zum Jahr 2030 werden bei gleichbleibenden Pflegequoten und Verweildauern rund 3,5 Mio. Menschen pflegebedürftig sein – 0,6 Mio. mehr als im Jahr 2015 (vgl. Augurzky et al. 2016; Statistisches Bundesamt 2017). Um den zusätzlichen Bedarf an Pflegebetten zu gewährleisten, fallen allein im stationären Bereich bis 2030 Neu- und Reinvestitionen in Höhe von knapp 60 Mrd. Euro an (vgl. Augurzky et al. 2016). Öffentliches Kapital wird dabei alleine nicht ausreichen. Auch privates Kapital wird nötig sein, um das Angebot für diese wachsende Nachfrage zu schaffen. Privates Kapital wird aber nur bereitgestellt, wenn es risikogerecht verzinst wird. Sonst weichen Investoren auf andere Anlagemöglichkeiten aus. Die Politik tut gut daran, wenn sie dieses Potenzial weiterhin nutzt und nicht durch zu viele regulatorische Vorgaben, insbesondere auf der Länderebene, abschreckt. Die Qualität muss dabei nicht leiden, wenn das System so gestaltet ist, dass man nur bei guter Pflege Profit machen kann – wie in anderen Branchen auch. Wer schlechte Qualität liefert, sollte einen Einbruch bei der Auslastung verzeichnen, was sofort zulasten der Profite geht. Umgekehrt sollten Heime mit guter Qualität voll ausgelastet und damit auch profitabel sein. Durch die größere Nachfrage können sogar mehr spezialisierte Angebote für unterschiedliche Pflegesituationen am Markt entstehen. Das Angebot kann sich somit besser an den Wünschen und Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen orientieren.

Fazit

Die größte Herausforderung für die Pflegeversicherung stellt weiterhin der demographische Wandel dar – besonders ab ca. 2024, wenn allmählich die ersten geburtenstarken Jahrgänge in Deutschland in das Rentenalter kommen und damit nicht nur die Zahl der Pflegebedürftigen weiter steigt, sondern auch die Zahl der Beitragszahler zurückgeht.

Wie kann bei wachsendem Bedarf und schwindenden Ressourcen eine ausreichende pflegerische Versorgung erfolgen? Dies wird nur möglich sein, wenn es gelingt (1) den Bedarf an Pflegeleistungen zu reduzieren und (2) die vorhandenen Ressourcen besser zu nutzen. Entscheidend wird

deshalb sein, wie sich das Risiko, pflegebedürftig zu werden, für künftige Jahrgänge verändert. So gibt es erste Anzeichen, die zeigen, dass z.B. die Neuerkrankungsrate bei Demenz dank eines gesünderen Lebenswandels und höherer Bildung leicht rückläufig ist (vgl. Wu et al. 2016). Allgemein zeigt sich jedoch kein Rückgang der Krankheitsraten, sondern vielmehr leicht zunehmende Krankheitsraten je Altersklasse über die Zeit (vgl. Heger und Kolodziej 2016). Die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit wird daher künftig eine noch wichtigere Rolle spielen, um einen Kollaps in der Altenpflege zu verhindern. Prävention und die konsequente Umsetzung des Prinzips »Rehabilitation vor Pflege« sind hier wichtige Stichworte. Zusätzlich muss aber auch in der Pflege die Produktivität gesteigert werden. Dazu können neue Innovationen im Bereich eHealth und mHealth sowie ein verstärkter Technikeinsatz beitragen. Technische Hilfsmittel zur Unterstützung der Mobilität können von pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen genutzt werden, um ihnen möglichst lange ein selbständiges Leben zu ermöglichen. Überwachungssysteme wie Fallsensoren oder Notrufsysteme können sowohl zu Hause als auch in Pflegeeinrichtungen für mehr Sicherheit bei den Bewohnern sorgen, und schließlich kann Technik auch Pflegerinnen und Pfleger bei kräftefordernden Arbeiten unterstützen. Auch die Flüssigkeitsaufnahme oder die regelmäßige Einnahme von Medikamenten kann durch intelligente Software erleichtert oder überprüft werden. Dabei ersetzt die Technik nicht die Pflegekraft, aber die Pflegekraft wird entlastet und hat damit mehr Zeit für die Pflege am Menschen. Hier bedarf es mehr Mut, sich auf Neuerungen einzulassen und neue Entwicklungen zu fördern.

Literatur

Augurzky, B., D. Heger, C. Hentschker, S. Krolop und M. Stroka (2016), *Pflegeheim Rating Report 2015*, Vincentz Network, Hannover.

Bauer, J.M. und A. Sousa-Poza (2015), »Impacts of informal caregiving on caregiver employment, health, and family«, *Journal of Population Ageing* 8(3), 113–145.

Bispinck, R., H. Dribbusch, F. Öz und E. Stoll (2013), »Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank«, Arbeitspapier 21, Oktober, Düsseldorf.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2015), »Größe: Mehr Hilfe für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen Bundeskabinett verabschiedet Entwurf des Pflegestärkungsgesetzes II«, Pressemitteilung, 12. August, verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/4_Pressemitteilungen/2015/2015_3/150812-27_PSG_II.pdf.

Häcker, J., T. Hackmann und B. Raffelhüschen (2010), »Pflegerreform 2010: Karenzzeiten in der Sozialen Pflegeversicherung«, Diskussionspapiere des Forschungszentrums Generationenverträge, Nr. 46, Freiburg.

Heger, D. (2016), »The mental health of children providing care to their elderly parents«, *Health Economics*, forthcoming.

Heger, D. und I. Kolodziej (2016), »Changes in Morbidity over Time – Evidence from Europe«, Ruhr Economic Papers #640, RWI, Essen.

Heger, D. und T. Korfhage (2016), »Care Choices in Europe: To Each According to His Needs?«, Ruhr Economic Papers #649, RWI, Essen.

Skira, M. (2015), »Dynamic wage and employment effects of elder parent care«, *International Economic Review* 56(1), 63–93.

Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2017), *Arbeitsmarkt nach Berufen. Reihe: Arbeitsmarkt in Zahlen – Arbeitsmarktstatistik, Januar 2017*, Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017), *Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse – 2015*, Wiesbaden.

Süddeutsche Zeitung (2017), »Gröhe verspricht stabile Beiträge zur Pflegeversicherung«, 2. Januar, verfügbar unter: <http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/pflege-groeh-e-erwartet-stabile-beitraege-zur-pflegeversicherung-1.3317676>.

Wu, Y.T., L. Fratiglioni, F. Matthews, A. Lobo, M. Breteler, I. Skoog und C. Brayne (2016), »Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making«, *The Lancet Neurology* 15(1), 116–124.



Thomas Gerlinger*

Leistungsverbesserungen bei fortbestehenden Strukturdefiziten

Ein Sozialversicherungssystem gilt gemeinhin dann als zukunftsfest, wenn es auf längere Zeit finanzierbar ist. Dies bedeutet zumeist, dass der Sozialversicherungsbeitrag nicht oder zumindest nicht erheblich zu einem Anstieg der Lohnkosten beiträgt. Hier soll ein weiteres Verständnis zugrunde gelegt werden. Demnach bedeutet »zukunftsfest«, dass die Pflegeversicherung finanzierbar bleibt, ihr Leistungsrecht den Betroffenen einen umfassenden Schutz im Bedarfsfall gewährt und die Versorgung auch bei stark wachsendem Bedarf gewährleistet ist. Keine einfache Aufgabe.

Finanzierung

Seit der Schaffung der Pflegeversicherung sehen die Regierungsparteien auf deren Finanzierung mit Unbehagen, wenn nicht mit Sorge. Hintergrund ist die fest verankerte Überzeugung, dass Globalisierung und Standortkonkurrenz dazu zwingen würden, die Lohnkosten und damit auch die Sozialabgaben zu begrenzen, um die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen und Standort nicht zu gefährden. Dieses Motiv erzeugt gleichsam ein – je nach konjunktureller Lage etwas lauterer oder leiserer – Grundrauschen in der Sozialpolitik, das auch bei der Gestaltung der Pflegeversicherung allgegenwärtig ist.

Bekanntlich wird der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung wegen der sich öffnenden Schere der Zahl der Leistungsempfänger und der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den kommenden Jahrzehnten steigen, vermutlich sehr deutlich. Schätzungen gehen von bis zu 4,5 Mio. Leistungsempfängern in den 2050er Jahren aus. Verstärkt wird diese Entwicklung noch durch eine aufgrund des sozialen Wandels vermutlich wachsende Bedeutung professionell erbrachter Pflegeleistungen. Zwar sind auch entlastende Effekte zu erwarten, z.B. ein Rückgang der al-

* Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger lehrt an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld.

tersgruppenspezifischen Pflegequote, also eine Verschiebung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit in ein höheres Lebensalter, auch könnten durch verbesserte Prävention und Rehabilitation Pflegebedürftigkeit vermieden oder ihr Eintritt verzögert werden, jedoch werden solche Effekte den skizzierten Trend nicht spürbar dämpfen, geschweige denn aufhalten können.

Ceteris paribus ist also von einem deutlichen Anstieg des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung auszugehen. Allerdings können die bei diesem Befund mitschwingenden Befürchtungen nicht überzeugen. Die Leistungsbilanz der letzten Jahre zeigt, dass die deutsche Volkswirtschaft außerordentlich wettbewerbsfähig ist – obwohl von interessierter Seite schon seit Jahrzehnten vermeintlich überbordende Sozialversicherungsbeiträge beklagt werden. Deutschland sieht sich mittlerweile der Kritik von Handelspartnern und internationalen Organisationen ausgesetzt, u.a. mit Lohn-Dumping zu weltwirtschaftlichen Ungleichgewichten beigetragen zu haben, die dringend der Korrektur bedürfen. Auch kräftige Anhebungen des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung scheinen vor diesem Hintergrund durchaus verkraftbar. Selbst wenn man dieser Meinung nicht folgt, wäre in Rechnung zu stellen, dass ein Anstieg des Beitrags zur Pflegeversicherung nur einen geringen Einfluss auf die Lohnkosten hat. Zudem haben Investitionen in den personalintensiven Pflegesektor höhere Beschäftigungseffekte als in zahlreichen anderen Branchen.

Die Reformen der Großen Koalition haben die Leistungen der Pflegeversicherung erheblich ausgeweitet. Der ebenfalls denkbare Weg, den Beitragssatz durch eine spürbare Leistungsbegrenzung zu stabilisieren, wurde nicht beschritten. Stattdessen setzt sie offenkundig auf eine Kombination mehrerer Instrumente: Ein Pflegevorsorgefonds soll ab 2035, wenn die Zahl der Leistungsempfänger stark gestiegen sein dürfte, den Beitragssatzanstieg dämpfen; darüber hinaus soll die Schaffung besserer Rahmenbedingungen die ambulante Pflege durch Angehörige stärken und so den Trend zur teureren professionellen Pflege eindämmen. Ob diese Strategie erfolgreich sein wird, ist mehr als zweifelhaft, denn erstens wird der Pflegevorsorgefonds nicht in der Lage sein, den Beitragsanstieg spürbar zu dämpfen, und darüber hinaus ab Mitte der 2050er Jahre, wenn das Verhältnis der Zahlen von Leistungsempfängern und Beitragszahlern weiterhin ungünstig bleibt, aufgebraucht sein. Zweitens dürften die Anreize zur informellen Pflege den Bedeutungszuwachs der stationären Pflege und der professionellen Pflege insgesamt nicht aufhalten können.

Bemühungen, den Beitragssatzanstieg zu dämpfen, müssen vor allem an der Einnahmeseite ansetzen, denn die soziale Pflegeversicherung leidet unter einer strukturellen Einnahmeschwäche. Hier wäre die Einführung einer Bürgerpflegeversicherung, die ein einheitliches Pflegeversiche-

rungssystem für alle Bürgerinnen und Bürger schafft, ein wirksames Instrument. Die soziale Pflegeversicherung agiert derzeit unter deutlich schlechteren Rahmenbedingungen als die private: Die Einkommen der Versicherten sind im Durchschnitt deutlich niedriger, der Anteil der Pflegebedürftigen ist in fast allen Altersgruppen höher, und die Ausgaben je Versicherten sind sogar fast viermal so hoch. Die Erweiterung des Versichertenkreises auf die gesamte Bevölkerung, verbunden mit einer Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlagen, würde den Anstieg des Beitragssatzes dämpfen. Auf diesem wichtigen Feld der Zukunftssicherung für die Pflegeversicherung ist die Bundesregierung in dieser Legislaturperiode untätig geblieben.

Leistungsberechtigte und Leistungsansprüche

Die im Zuge der drei Pflegestärkungsgesetze verabschiedeten Maßnahmen sind die umfangreichsten Leistungsverbesserungen seit der Einrichtung der Pflegeversicherung im Jahr 1995. Im Mittelpunkt stehen die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Reform des Begutachtungs-Assessments. Beides entspricht im Grundsatz einem breiten Konsens in Politik, Wissenschaft und Praxis. Die Reform war längst überfällig, und die Voraussetzungen für ihre Implementierung lagen schon seit Jahren vor. Damit haben sich der Kreis der Leistungsempfänger und der Leistungsumfang deutlich erweitert. Vor allem Demenzerkrankte werden von diesen Reformen profitieren. Dieser Personenkreis ist nun vollständig in das Leistungsrecht der sozialen Pflegeversicherung integriert, nachdem vorangegangene Reformen nur kleine Schritte zur vorläufigen und punktuellen Berücksichtigung ihrer Belange gegangen waren. Angesichts der künftig zu erwartenden epidemiologischen Bedeutung von Demenzerkrankungen ist dies ein bedeutender Schritt zu einer angemessenen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber die Leistungen für die Leistungsempfänger angehoben. Sie gehen überwiegend auf bereits mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 beschlossene Vorgaben zur Dynamisierung der Leistungen zurück. Schließlich wurden auch Maßnahmen zur besseren Personalausstattung in der Pflege getroffen. Insgesamt führen die diversen Leistungsverbesserungen zu erheblichen Mehrausgaben, zu deren Finanzierung der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung um 0,4 Prozentpunkte angehoben wurde. Hinzu kommen 0,1 Prozentpunkte für die Finanzierung eines Pflegevorsorgefonds.

Von einem umfassenden Schutz bei Pflegebedürftigkeit kann aber nach wie vor nicht die Rede sein. Die Pflegeversicherung bleibt eine nicht kostendeckende Grundsicherung und unterscheidet sich darin grundlegend von der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Jahr 2014 wurden immerhin knapp 37% der Ausgaben für Pflege durch Private getragen. Die soziale Pflegeversicherung trug nur etwas

mehr als die Hälfte aller Pflegeausgaben. Die Kaufkraft der Pflegegeld- und Pflegesachleistung wurde erstmals 2008 angehoben. Für den Kaufkraftverlust der Vorjahre (1995–2008) gab es bisher keinen Ausgleich, so dass die Leistungen bei Gründung der Pflegeversicherung de facto höher waren als heute. Auch in Zukunft werden private Zuzahlungen beträchtlich sein bzw. dürfte ein erheblicher Teil der Pflegebedürftigen auf Hilfe zur Pflege angewiesen bleiben. Seit Jahren bewegt sich der Anteil der stationär Pflegebedürftigen, die auf Hilfe zur Pflege angewiesen sind, bei rund einem Drittel. Zieht man Prognosen zur Entwicklung der Altersarmut heran, so ist kaum damit zu rechnen, dass sich die Abhängigkeit von der Sozialhilfe spürbar reduzieren wird.

Versorgung

Leistungsanspruch und Versorgungswirklichkeit sind nicht unbedingt gleichzusetzen. Die Gewährleistung einer angemessenen Versorgung ist vielmehr durchaus fraglich und zählt zu den größten Zukunftsherausforderungen in der Pflegepolitik. Die informelle Pflege durch Angehörige, Nachbarn, ehrenamtlich Tätige usw. spielt in Deutschland eine traditionell große Rolle. Zwar ist sie erstaunlich stabil, werden doch rund 70% der ambulant Pflegebedürftigen durch diesen Personenkreis allein oder in Zusammenarbeit mit professionellen Diensten versorgt. Vielgestaltiger sozialer Wandelung wie der Bedeutungsverlust der Familie, Individualisierung, die Lockerung der Inter-Generations-Beziehungen, wachsende Flexibilitätsanforderungen in der Arbeit, erhöhte räumliche Mobilität etc. lassen es aber zweifelhaft erscheinen, ob Familien und soziale Netze weiterhin ihre bisher tragende Rolle wahrnehmen können. Die Förderung der ambulanten Pflege durch Angehörige ist Bestandteil einer Kostendämpfungsstrategie, da die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit weniger kostet als die Pflege im Heim und das Pflegegeld niedriger ist als die Pflegesachleistung. Zudem entspricht die Pflege durch Angehörige im eigenen Zuhause den Wünschen der großen Mehrheit der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Zugleich setzt der Mangel an qualifizierten Pflegekräften (»Pflegenotstand«) einer Ausweitung professioneller Pflege Grenzen.

Die Große Koalition hat sich – wie auch schon die Vorgängerregierungen – an einem Policy Mix orientiert, der die Bedingungen sowohl für informelle als auch für professionelle Pflege zu verbessern versucht. Der Instrumentenkasten zur Förderung der informellen Pflege beinhaltet u.a. Zuschüsse zur Anpassung des häuslichen Wohnumfeldes, die Flexibilisierung der Versorgungsformen und Leistungsangebote, die Schaffung neuer niedrigschwelliger Versorgungsangebote sowie finanzielle Anreize für die Pflegepersonen. Die vorläufige Bilanz dieser Maßnahmen ist durchwachsen. Auf der einen Seite ist ein Anstieg von Tages- und Nachtpflege

sowie von Kombinationsleistungen zu verzeichnen. Beides deutet darauf, dass Angehörige versuchen, die Pflege mit privaten und beruflichen Belangen zu vereinbaren. Allerdings wurden andere Leistungsangebote bzw. Anreize bisher kaum wahrgenommen. Insgesamt haben diese Bemühungen nicht verhindern können, dass seit der Einrichtung der Pflegeversicherung die vollstationäre Versorgung von Pflegebedürftigen erheblich zugenommen hat und die Inanspruchnahme von Pflegegeld stark rückläufig ist. Offenkundig sind die Anreize für Angehörige zur Übernahme der Pflege nicht stark genug, um den Trend zur Professionalisierung und zur Heimpflege zum Stillstand zu bringen oder gar umzukehren.

Im Hinblick auf die professionelle Pflege gehen alle Prognosen von einem sich verschärfenden Mangel an qualifizierten Pflegekräften aus. Auch hier hat die Große Koalition eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, die den Pflegeberuf stärken sollen. Dazu gehören Vorgaben für eine bessere Personalausstattung, die Anhebung des Mindestlohns sowie die Stärkung von Tariflöhnen in der Altenpflege. Das Pflegeberufsgesetz, wenn es denn noch in Kraft tritt, soll bestehende Hürden beim Zugang zur Pflegeausbildung abbauen. Aber auch auf diesem Handlungsfeld ist fraglich, ob sich der gewünschte Erfolg einstellen wird. Ob ein Pflegeberufsgesetz gerade die Altenpflege stärkt, ist heftig umstritten und wird abzuwarten sein. Zwar sind die Ausbildungszahlen in der Altenpflege gestiegen, aber nach wie vor sind dort schlechte Arbeitsbedingungen und geringe Gehälter weit verbreitet. Dies grundsätzlich zu ändern, wäre aber erforderlich, um die Attraktivität des Pflegeberufs dauerhaft zu erhöhen und den Berufsausstieg aus der Pflege zu reduzieren. Derartige Maßnahmen scheitern an den restriktiven finanziellen Rahmenbedingungen der sozialen Pflegeversicherung. Ihre Realisierung würde erhebliche Mehrkosten erzeugen, für deren Aufbringung der politische Wille fehlt. Dem Weg, das Problem über die Rekrutierung qualifizierter und billiger Arbeitskräfte aus dem europäischen und außereuropäischen Ausland zu lösen, sind aus ethischer Perspektive enge Grenzen gesetzt, weil die Abwanderung von Pflegekräften aus den zumeist ärmeren Herkunftsländern in den dortigen Gesundheitssystemen Mangelsituationen zu erzeugen oder zu verschärfen droht.

Zudem zeigt sich, dass sich sowohl der Bedarf als auch der Mangel an Pflegekräften regional und lokal höchst unterschiedlich entwickeln (werden). Dies verweist auf die Notwendigkeit, die Rechte und Handlungschancen der Länder und Kommunen bei der Ausgestaltung der Pflegeversicherung und bei der Gewährleistung einer angemessenen Pflegeinfrastruktur gezielt zu stärken. Das Pflegestärkungsgesetz III sieht dafür zwar einige Maßnahmen vor, die aber von einer umfassenden Stärkung noch recht weit entfernt sind. Allerdings sind auf diesem Gebiet neben dem Bund auch die Länder, die Kommunen und die Pflegekassen gefordert.

Fazit

Die Große Koalition hat die bisher umfassendsten Reformen der sozialen Pflegeversicherung durchgeführt. Mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazu gehörenden Begutachtungs-Assessments wurden längst überfällige Maßnahmen zur Erweiterung des Leistungsempfängerkreises und der Ermittlung ihres Versorgungsbedarfes ergriffen. Insofern hat sie einen wichtigen Schritt zur Anpassung des Leistungsrechts an aktuelle und künftige Bedarfe vollzogen. Allerdings bleibt die soziale Pflegeversicherung eine nicht kostendeckende Grundsicherung mit fortgesetzter Abhängigkeit eines erheblichen Teils der Leistungsempfänger von der Sozialhilfe. Im Hinblick auf die Finanzierung sind Spielräume zur Anhebung des Beitragsatzes vorhanden. Allerdings hat die Große Koalition – sieht man einmal von der zweimaligen Anhebung des Beitragsatzes ab – auf Schritte zu einer strukturellen Stärkung der Einnahmeseite verzichtet. Hier wäre vor allem die Einführung einer Bürgerversicherung ein substanzieller Schritt, der helfen würde, künftige Beitragssatzanhebungen zu dämpfen. Der neu eingerichtete Pflegevorsorgefonds ist hierfür hingegen kein geeignetes Instrument. Im Hinblick auf die Gewährleistung der Versorgung ist ein sowohl auf informelle als auch auf professionelle Pflege setzender Policy Mix sinnvoll, aber es mangelt den bisherigen Maßnahmen vor allem an Reichweite und Durchschlagskraft. Eine Bewältigung des Mangels an Pflegekräften ist nicht in Sicht. Von einer zukunftsfesten Pflegeversicherung kann also keine Rede sein.