

Hendrik Dräther · Klaus Jacobs · Heinz Rothgang



Fokus Pflegeversicherung

Nach der Reform ist vor der Reform

Wissenschaftliches Institut der AOK

Kontakt:

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
im AOK-Bundesverband GbR
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
E-Mail: wido@wido.bv.aok.de
Internet: www.wido.de

Hendrik Dräther, Klaus Jacobs, Heinz Rothgang (Hrsg.)

Mit Beiträgen von:

Andreas Büscher, Hendrik Dräther, Nauka Holl-Manoharan,
Maike Holst, Klaus Jacobs, Sabine Kühnert, Peter Michell-
Auli, Edward Poniewaz, Isabel Rehbein, Heinz Rothgang,
Roland Schmidt, Klaus Wingefeld

© KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin 2009

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungssystemen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des geltenden Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland zulässig.

Redaktionelle Bearbeitung: Susanne Sollmann
Grafik und Satz: Ursula M. Mielke
Design und Umschlaggestaltung: Désirée Gensrich
Titelfoto: Ilan Amith - Fotolia.com
Druck: Mercedes Druck GmbH, Berlin

Internet: www.kompart.de

ISBN 978-3-940172-15-0

Inhalt

Vorwort.....	11
--------------	----

I. Finanzierung 13

1	Modellrechnungen zum zukünftigen Finanzierungsbedarf der sozialen Pflegeversicherung	
	Hendrik Dräther und Nauka Holl-Manoharan	15
1.1	Einleitung	15
1.2	Entwicklungen auf der Ausgabenseite der SPV seit 1998.....	16
1.3	Zahl der Pflegebedürftigen in 2040/2050.....	25
1.3.1	Unterschiedliche Bevölkerungsvorausberechnungen und Annahmen zur Entwicklung der Pflegeprävalenzen.....	25
1.4	Beitragssatzentwicklungen bis 2050.....	29
1.5	Fazit	36
1.6	Literaturverzeichnis	37
2	Zur aktuellen Diskussion über die Finanzierungsreform der Sozialen Pflegeversicherung	
	Heinz Rothgang und Hendrik Dräther	41
2.1	Einleitung	41
2.2	Ausgangslage: Die Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung vor dem Pflege- Weiterentwicklungsgesetz	42
2.2.1	Finanzentwicklung bis 2007	42

2.2.2	Zukünftige Finanzbedarfe und Anforderungen an eine Finanzreform	47
2.3	Die Regelungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetze.....	50
2.3.1	Leistungsdynamisierung.....	51
2.3.1.1	Schrittweise Leistungsanpassung.....	53
2.3.1.2	Regelmäßige Leistungsanpassung ab 2015.....	55
2.3.2	Finanzierung.....	57
2.4	Verbleibender Reformbedarf und Reformoptionen	60
2.5	Fazit	64
2.6	Literatur	66
3	Pflege-Bürgerversicherung	
	Hendrik Dräther, Klaus Jacobs und Heinz Rothgang	71
3.1	Einleitung	71
3.2	Ziele und Kernidee einer Pflege-Bürgerversicherung	72
3.3	Modelle einer von der Wohnbevölkerung solidarisch finanzierten Pflegeversicherung	80
3.4	Finanzausgleich zwischen SPV und PPV.....	83
3.5	Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragspflicht und Anhebung der Bemessungsgrenze.....	86
3.6	Schlussbetrachtung	89
3.7	Literatur	91
4	Einführung von Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung	
	Heinz Rothgang	95
4.1	Einleitung	95
4.2	Postulierte Vorteile der Kapitalfundierung.....	97
4.2.1	Mehr Wirtschaftswachstum durch höhere Sparquoten.....	97

4.2.2	Höhere individuelle Rendite.....	99
4.2.3	Demographieunabhängigkeit.....	101
4.2.4	Generationengerechtigkeit.....	103
4.2.5	Zwischenfazit.....	105
4.3	Varianten zur Einführung einer ergänzenden Kapitalfundierung.....	106
4.3.1	Ergänzende Kapitalfundierung als private Pflegezusatzpflichtversicherung.....	107
4.3.2	Ergänzende Kapitalfundierung als einfaches Spar- Entpar-Modell in einer kollektiven „Demographiereserve“.....	111
4.3.3	Ergänzende Kapitalfundierung und Zusatzbeitrag für Rentner.....	113
4.3.4	Ergänzende Kapitalfundierung in Abhängigkeit von der Kinderzahl.....	115
4.4	Fazit.....	118
4.5	Literatur.....	119

II. Leistungserbringung 123

5	Stand und Sicherung der Qualität der Pflege Sabine Kühnert.....	125
5.1	Einleitung.....	125
5.2	Zur inhaltlichen Bestimmung von Pflegequalität.....	126
5.2.1	Gesetzlich verankertes Qualitätsverständnis.....	128
5.2.1.1	Aussagen zur Pflegequalität.....	129
5.2.1.2	Gesetzlich verankerte Angebote und Vorgaben, die zur Qualitätssicherung der Pflege beitragen.....	130

5.2.1.3	Gesetzlich geschaffene Rahmenbedingungen und Strukturen	133
5.2.2	Sicherung von Pflegequalität aus Sicht der Leistungsanbieter	135
5.2.3	Die fachwissenschaftliche Perspektive	139
5.2.3.1	Nationale Expertenstandards des DNQP	140
5.2.3.2	Qualitätsniveaus der BUKO	143
5.2.3.3	Der Runde Tisch Pflege	145
5.2.4	Qualität aus Sicht der Inanspruchnehmer	146
5.3	Fazit	148
5.4	Literatur	151
6	Pflegeberatung und Pflegestützpunkte – Eine neue Form der wohnortbezogenen Beratung und Versorgung	
	Peter Michell–Auli.....	155
6.1	Einleitung	155
6.2	Qualitäts- und Kostenprobleme sozialer Dienstleistungen.....	156
6.2.1	Fehlanreize für Prävention und Rehabilitation.....	157
6.2.2	Vielzahl unkoordinierter Leistungen und das Fehlen von Leistungen.....	158
6.2.3	Keine wohnortbezogene Organisation der Leistungen.....	159
6.3	Zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI.....	161
6.3.1	Bewertung der Pflegeberatung	162
6.3.2	Generelle Schwachstellen einer singulären Pflegeberatung.....	163
6.4	Zu den Pflegestützpunkten nach § 92 c SGB XI.....	164
6.4.1	Das Profil eines Pflegestützpunktes.....	165
6.4.2	Vorgehen zum Aufbau von Pflegestützpunkten.....	166

6.4.3	Mögliche Schwachstellen	166
6.4.4	Eine erste Bewertung: Erfahrungen mit Pilot-Stützpunkten	167
6.4.5	Eine Umsetzungsidee für die Länder	169
6.5	Literatur	173
7	Das Vergütungsgeschehen in der ambulanten Pflege nach SGB XI	
	Nauka Holl-Manoharan und Isabel Rehbein	175
7.1	Einleitung	175
7.2	Rechtliche Grundlagen der Vergütung ambulanter Pflege nach SGB XI	176
7.3	Die Preisverhandlungssituation.....	179
7.4	Versuch eines Preisüberblicks über die ambulanten Sachleistungen (inkl. Kombinationsleistungen)	185
7.5	Fazit und Ausblick.....	196
7.6	Literatur	198
8	Zur Preisbildung in der stationären Pflege	
	Maika Holst	201
8.1	Einleitung	201
8.2	Regelungen auf Bundesebene	203
8.2.1	Vergütungsbestandteile	203
8.2.2	Bemessungsgrundsätze der Pflegesätze	208
8.3	Regelungen auf Landesebene.....	216
8.3.1	Rahmenverträge nach § 75 SGB XI	216
8.3.2	Investitionsförderung.....	219
8.4	Entgeltverhandlungen.....	221
8.4.1	Rolle der Leistungserbringer	221

8.4.2	Rolle der Pflegekassen	222
8.4.3	Rolle der Sozialhilfeträger	224
8.4.4	Beteiligung der Pflegebedürftigen und Angehörigen	224
8.4.5	Verhandlungsstrategien	225
8.5	Preistransparenz	227
8.6	Fazit	229
8.7	Literatur	231
8.8	Gesetzestexte und Verordnungen.....	234
8.9	Landesverträge: Verwendete Rahmenverträge nach § 75 SGB XI	236

9 Der Pflegemarkt aus der Anbieterperspektive – Die wirtschaftliche Situation stationärer Pflegeeinrichtungen

	Edward Poniewaz	237
9.1	Einleitung	237
9.2	Datenquelle Betriebsvergleiche.....	238
9.2.1	Kostendeckung.....	238
9.2.2	Verwaltungskostenanteil	240
9.2.3	Pflegefachpersonal	242
9.3	Datenquelle Jahresabschlussanalysen.....	243
9.3.1	Eigenkapitalquote	244
9.3.2	Liquiditätsstatus, Debitoren- und Kreditorenziel.....	246
9.3.3	Umsatzrentabilität.....	247
9.4	Datenquelle Pflege- und Insolvenzstatistik.....	247
9.5	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	252
9.5.1	Die Risiken im Markt werden steigen.....	252
9.5.2	Der Wettbewerb unter den Anbietern und den Angebotsformen wird weiter zunehmen	253
9.6	Literatur	254

III. Situation der Pflegebedürftigen 255

10	Pflegebedürftigkeit und Pflegeleistungen	
	Andreas Büscher und Klaus Wingenfeld.....	257
10.1	Die Diskussion um den Begriff der Pflegebedürftigkeit	258
10.2	Pflegebedürftigkeitsbegriff und Pflegeleistungen	262
10.3	Die pflegewissenschaftliche Perspektive.....	264
10.4	Pflegebedürftigkeit aus Sicht anderer wissenschaftlicher Disziplinen.....	268
10.5	Die sozialpolitische und sozialrechtliche Perspektive.....	270
10.6	Auf dem Weg zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff.....	273
10.7	Das neue Einschätzungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit	275
10.8	Literatur	279
11	Die Soziale Pflegeversicherung zwischen Armutsvermeidung und Beitragssatzstabilität	
	Hendrik Dräther und Isabel Rehbein.....	283
11.1	Die armutsvermeidenden Ziele der Gesetzlichen Pflegeversicherung.....	283
11.2	Beitragssatzstabilität in der Sozialen Pflegeversicherung	285
11.3	Pflegereform 2008 und Stärkung der häuslichen Pflege.....	290
11.4	Induziert die Pflegeversicherung Fehlanreize?	293
11.5	Fazit	296
11.6	Literaturverzeichnis.....	298

12	Veränderungen von Pflegearrangements: Neue Pflege- und spezielle Wohnformen	
	Roland Schmidt.....	301
12.1	Gestaltungsoptionen der Pflege im demographischen Wandel.....	301
12.2	Neue Dienstleistungen in der ambulanten Pflege.....	306
12.2.1	Dienstleistungen im Um- und Vorfeld der Langzeitpflege.....	309
12.2.2	Marktentwicklungen in der Langzeitpflege.....	311
12.2.3	Implementationshindernisse.....	313
12.3	Spezielle Wohnformen.....	314
12.3.1	Zur Bedeutung von Wohnen im hohen Alter.....	315
12.3.2	Betreutes Wohnen.....	317
12.3.3	Betreute Wohngruppen.....	323
12.4	Fazit.....	325
12.5	Literatur.....	327
Autoren	331

Vorwort

„Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit“ – so war der Koalitionsvertrag zwischen Unionsparteien und SPD überschrieben, mit dem im Herbst 2005 die Eckpfeiler für die Arbeit der Großen Koalition festgelegt wurden. Zu den sozialpolitischen Vorhaben zählte dabei auch eine Reform der sozialen Pflegeversicherung, die für eine nachhaltige und gerechte Finanzierung sowie Verbesserungen auf der Leistungsseite sorgen sollte.

Der notwendige Mut hatte die Regierungsparteien jedoch schon verlassen, als die Pflegereform im Verlauf des Jahres 2007 konkretisiert wurde. Zwar enthält das zum 1. Juli 2008 in Kraft getretene „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)“ eine Reihe von Maßnahmen zur Leistungsseite, doch wurden die angekündigten Finanzierungsreformen schlicht vertagt – schon deshalb hält die Reformdebatte unvermindert an, zumal der entsprechende Handlungsdruck keineswegs geringer geworden ist.

Vor diesem Hintergrund beleuchten in dieser Publikation verschiedene kompetente Autorinnen und Autoren wesentliche Dimensionen der Pflegeversorgung und ihrer Finanzierung.

Im ersten Teil zur Finanzierung werden der künftige Finanzierungsbedarf, die Diskussion zur Finanzierungsreform, zentrale Bausteine einer Pflege-Bürgerversicherung sowie der Stellenwert von Kapitaldeckung im Rahmen der Pflegefinanzierung analysiert.

Der zweite Teil zur Leistungserstellung enthält Beiträge zu Stand und Sicherung der Qualität der Pflege, zum neuen Konzept von Pflegeberatung und Pflegestützpunkten, zur Vergütung und Preisbildung in ambulanter und stationärer Pflege sowie zur wirtschaftlichen Situation der Pflegeeinrichtungen.

Im dritten Teil steht schließlich die Situation der Pflegebedürftigen im Blickpunkt: der Begriff der Pflegebedürftigkeit, das Ziel der Armutsvermeidung sowie Veränderungen in den Pflege- und Wohnarrangements.

Wir hoffen, dass diese Publikation einige fruchtbare Impulse für die weitere Reformdebatte geben kann.

Im WIdO sei allen gedankt, die an der Fertigstellung dieses Buches beteiligt waren. Besonderer Dank gebührt Ursula M. Mielke für die Erstellung der Grafiken, für den Satz und das Layout, Susanne Sollmann für die redaktionelle Bearbeitung und Hans-Peter Metzger für die organisatorische Unterstützung.

Berlin und Bremen, im März 2009

Hendrik Dräther

Klaus Jacobs

Heinz Rothgang

I. Finanzierung

1 Modellrechnungen zum zukünftigen Finanzierungsbedarf der sozialen Pflegeversicherung

Hendrik Dräther und Nauka Holl-Manoharan

1.1 Einleitung

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden hauptsächlich Teile der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) reformiert, die auf ihrer Leistungsseite anzusiedeln sind und die Angebotsstruktur von Pflegeleistungen betreffen (*vgl. Igl und Naegele 2008*). Abgesehen von einer Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Beitragssatzpunkte hat sich auf der Finanzierungsseite der SPV faktisch nichts geändert. Um den zukünftigen Finanzierungs- und somit auch den möglicherweise weiter bestehenden Reformbedarf einzuschätzen, werden im Folgenden zwei Themenbereiche aufgegriffen, die zum einen auf der Leistungsseite der SPV seit 1998¹ zu beobachten sind. Zum anderen werden einige Modellrechnungen zum zukünftigen Finanzierungsbedarf der SPV vorgestellt. Mit einem Blick auf die nächsten 40 Jahren sollen im Rahmen von Simulationsmodellen diejenigen Einflussfaktoren quantifiziert werden, die auf der Ausgabenseite der SPV zu verorten sind und besonders ausgabentreibende Potenziale zeigen.

¹ Dieses Jahr wurde gewählt, da es das erste Jahr nach Einführung der SPV 1995 ist, das hinreichend⁴ frei von statistischen und anderen Einführungseffekten ist.

1.2 Entwicklungen auf der Ausgabenseite der SPV seit 1998²

Im Zeitraum von 1998 bis 2007 ist die Zahl der Leistungsempfänger von 1.738 Tsd. auf über 2.000 Tsd. bzw. um durchschnittlich 1,74 % je Jahr gestiegen (*siehe Tabelle 1-1*). Dieser Anstieg fiel etwas höher aus, als er aufgrund der demographischen Entwicklung zu erwarten wäre, weil Personen bis zum 65. Lebensjahr und ab dem 85. Lebensjahr heute etwas höhere Pflegefallwahrscheinlichkeiten aufweisen als noch 1998 (*siehe dazu weiter unten*). Die Ausgaben der SPV sind dagegen etwas weniger schnell gestiegen: Im geometrisch gemittelten Durchschnitt seit 1998 um ca. 1,61 % je Jahr. Auch wenn sich somit die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in etwa im Gleichklang zur Entwicklung der Gesamtausgaben der SPV befindet, hat sich seit 1998 die Struktur der Pflegebedürftigen und ihr Inanspruchnahmeverhalten signifikant geändert.

² Als Ausgangsjahr wird das Jahr 1998 gewählt, ab dem frühestens Trends abgelesen werden können, die nicht direkt mit der Einführungsphase der SPV in Verbindung zu bringen sind.

Tabelle 1-1: Ausgaben- und Fallzahlentwicklung der SPV seit 1998											
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Ausgaben insg. (Mrd. €)	15,88	16,35	16,67	16,87	17,36	17,56	17,69	17,86	18,03	18,34	
Durchschnittl. jährliche Veränderungs-raten (geom. Mittel) in %	–	2,96	2,46	2,04	2,25	2,03	1,82	1,69	1,60	1,61	
Pflegebedürftige in Tsd. (Jahresende)	1.738	1.826	1.822	1.840	1.889	1.895	1.925	1.952	1.969	2.029	
Pflegestufe I	804	872	893	917	956	971	991	1.011	1.033	1.078	
Pflegestufe II	682	699	683	679	686	679	686	688	683	693	
Pflegestufe III	251	255	246	244	247	245	248	253	252	258	
Jährliche Veränderungs-raten (geom. Mittel) in %											
Pflegebedürftige insg.	–	5,08	2,39	1,91	2,10	1,75	1,71	1,67	1,57	1,74	
Pflegestufe I	–	8,44	5,34	4,45	4,42	3,84	3,55	3,32	3,18	3,30	
Pflegestufe II	–	2,41	0,06	-0,14	0,11	-0,10	0,08	0,12	0,01	0,17	
Pflegestufe III	–	1,56	-1,00	-1,05	-0,43	-0,50	-0,24	0,08	0,04	0,31	
Ausgaben gemäß der PV 45 des Bundesministeriums für Gesundheit. Quelle: BMG (2007), (BMG 2007a), (BMG 2007b); eigene Berechnung											
											WIDO 2009

So ist zum einen die Zahl der Pflegebedürftigen zwar in allen drei Pflegestufen gestiegen (*siehe Tabelle 1-1*), im Besonderen betraf dies aber die Pflegestufe I, in der es Ende 2007 im Vergleich zu 1998 etwa 268.000 mehr Pflegebedürftige gab (1.078 Tsd. Anstelle von 804 Tsd.). In der Pflegestufe II sind Ende 2007 dagegen nur ca. 11 Tsd. und in der Pflegestufe III „nur“ ca. 7 Tsd. mehr Pflegebedürftige gezählt worden, womit sich die relative Bedeutung der drei Pflegestufen verschoben hat. Der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe III ist von 14,5 % auf 12,9 % und der in Pflegestufe II von 39,3 % auf 35,3 % zurückgegangen, während Ende 2007 nun mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen pflegebedürftig gemäß der Stufe I waren. Deutlich wird diese Anteilsverschiebung zwischen den Pflegestufen in den geometrisch gemittelten jährlichen Steigerungsraten, die bei Pflegebedürftigen der Stufe I bei durchschnittlich 3,3 % lag, während sie bei der Pflegestufe II mit 0,17 % und bei der Pflegestufe III mit etwa 0,31 % deutlich niedriger war.

Tabelle 1-2: Leistungen nach SGB XI in Abhängigkeit der Pflegestufe und Art der Inanspruchnahme vor dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz			
Leistungsart	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
ambulant – Pflegegeld	205 €	410 €	665 €
– Sachleistungen	384 €	921 €	1.432 €
stationär	1.023 €	1.279 €	1.432 €
WIdO 2009			

Diese Entwicklung dämpfte die Ausgabensteigerung bei der SPV, da z. B. einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe I mit Anspruch auf Pflegegeld im Monat 205 € (2.460 € im Jahr) weniger an SPV-Leistungen zukommt als einem vergleichbaren Pflegebedürftigen der Pflegestufe II (*siehe Tabelle 1-2*). Am größten fällt der finanzielle

Unterschied aus (zwischen 511 € und 537 € in Monat), wenn ein stationär versorgter Versicherter nicht pflegebedürftig gemäß der Stufe III, sondern pflegebedürftig gemäß der Stufe II ist (921 € im Monat anstelle von 1.432 €; ohne Berücksichtigung von Härtefällen).³

Die zunehmende Bedeutung der Pflegestufe I ist möglicherweise ein „Einführungseffekt“ der SPV, der bis heute wirkt. Wenn davon ausgegangen werden kann, dass die Gesamtheit der Pflegebedürftigen heute nicht generell „gesünder“ ist als vor zehn Jahren (*so Simon 2003; abweichend dazu Schnabel 2007*), dann ist zum einen denkbar, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK), dem die Einstufung der Pflegebedürftigkeit obliegt (§ 18 SGB XI), sich heute anders verhält als noch vor fünf bis zehn Jahren. In der „Einführungsphase“ der SPV lagen u. U. kaum Erfahrungen vor, in welche Pflegestufe (potenziell) Pflegebedürftige in Grenz- und Zweifelsfällen einzustufen sind. Bei einer Differenzierung der Pflegebedürftigkeit in lediglich drei Stufen werden bei einer großen Anzahl an Fällen Abgrenzungsschwierigkeiten auftreten, mit denen heute anders umgegangen wird als vor fünf bis zehn Jahren. Auch aufgrund der Rechtsprechung der Sozialgerichte haben sich die Begutachterrichtlinien mehrfach geändert und konkretisiert. Es besteht daher heute möglicherweise mehr Klarheit – auch für den MDK – bzgl. der Einstufung Pflegebedürftigen in eine der drei Pflegestufen, mit der Folge, dass Pflegebedürftige heute eher in die Pflegestufe I eingestuft werden. Von größerer Bedeutung könnte allerdings sein, dass im Laufe der Zeit ein immer größerer Teil der SPV-Versicherten seinen potenziellen

³ Aus fiskalischer Perspektive verwundert es daher wenig, dass eine Neujustierung der Leistungen in Abhängigkeit von der Pflegestufe und der Art der Inanspruchnahme Gegenstand der Diskussion um die Finanzierung der SPV ist.

Anspruch auf Leistungen der SPV geltend gemacht hat und dies vermehrt potenziell Pflegebedürftige der Pflegestufe I sind, was zu einem vergleichsweise starken Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen dieser Pflegestufe führt. Es ist ein bekanntes Phänomen, dass nach Einführung neuer Sozialleistungen zunächst nur ein relativ kleiner, im Laufe der Zeit aber wachsender Personenkreis seinen Anspruch auf Sozialleistungen wahrnimmt.⁴

Daneben ist seit 1998 eine stetige zunehmenden stationären Versorgung zu beobachten, was die Ausgabensteigerung wiederum beschleunigt:⁵ Nicht mehr 29,4 % (1998), sondern mittlerweile 33,1 % (2007) der Pflegebedürftigen werden stationär versorgt (*vgl. Tabelle 1-3*). Die absolute Zahl an stationär versorgten Pflegebedürftigen stieg Ende 2007 um ca. 160.000 auf ca. 671 Tsd. an, während es in der ambulanten Versorgung „nur“ etwa 130.000 Pflegebedürftige mehr waren. Damit gehen deutlich höhere Leistungsausgaben der SPV einher, die im Vergleich zum Verhältnis von ambulanter zu stationärer Pflege des Jahres 1998 um x% höher ausfallen (*siehe Tabelle 1-4*). Anders als bei der zu beobachtenden zunehmenden relativen und absoluten Bedeutung der Pflegestufe I handelt es sich hier um eine Entwicklung, die in erster Linie auf Faktoren außerhalb der SPV zu-

⁴ Dass Sozialleistungen erst nach einigen Jahren ihrer Einführung zunehmend in Anspruch genommen werden, ist z. B. in der jüngeren Vergangenheit bei der sog. Riester-Rente zu beobachten gewesen. Diese wird zum Teil erheblich steuerlich gefördert und begünstigt – einkommensabhängig – besonders Personen mit Kindern und Verheiratete. Dennoch werden erst seit den letzten Jahren Riesterrenten im größtem Umfang abgeschlossen. Die Inanspruchnahmequote ist allerdings weit davon entfernt, den potentiell geförderten Personenkreis vollständig zu umfassen.

⁵ Darunter sind alle Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen sowie solche in vollstationären Behindertenheimen erfasst.

rückzuführen ist (*vgl. auch Schneekloth/Leven 2003 und Blinkert 2004*): Die fortschreitende Singularisierung der Gesellschaft, die zunehmende Bedeutung von sog. Patchwork-Familien und eine steigende Erwerbsbeteiligung der Frauen stellen dabei nur einige dieser Einflussfaktoren dar, die zur Verlagerung der Pflege in Pflegeheime führen (*siehe auch Bundestag 2002, S. 73 ff.*).

Tabelle 1-3: Zunahme der stationären Pflege – Angaben in % an Gesamtzahl der Pflegebedürftigen

Jahr	Ambulant* abs. in Tsd.	in % an Gesamt	Stationär abs. in Tsd.	in % an Gesamt	Gesamt abs. in Tsd.
1998	1.227	70,6	511	29,4	1.738
1999	1.280	70,1	546	29,9	1.826
2000	1.261	69,2	561	30,8	1.822
2001	1.262	68,6	578	31,4	1.840
2002	1.289	68,2	600	31,8	1.889
2003	1.281	67,6	614	32,4	1.895
2004	1.297	67,3	629	32,7	1.926
2005	1.310	67,1	642	32,9	1.952
2006	1.310	66,5	659	33,5	1.969
2007	1.358	66,9	671	33,1	2.029

* Anteil der Pflegebedürftigen, die gemäß Abgrenzung nach BMG überwiegend ambulant oder stationär versorgt werden.

Quelle: BMG (2008)

WIdO 2009

Aus Sicht der SPV birgt diese Entwicklung erhebliche fiskalische Risiken. Würde z. B. der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen wie im Durchschnitt der letzten vier Jahre weiter ansteigen,⁶ dann käme dies durchaus

⁶ Im Zeitraum 2001 bis 2005 nahm z. B. die relative Bedeutung der stationären Pflege um durchschnittlich 1,17 % pro Jahr zu (*siehe Tabelle 1-4*).

dem bei Einführung der Pflegeversicherung befürchteten „Heimsog“ (vgl. Mager 1996 und Schulz-Nieswandt 1995) nahe. Im Jahr 2040 befänden sich dann z. B. 49,5 % der Pflegebedürftigen in stationärer Versorgung und im Jahr 2050 sogar 56 %, mit der Folge, dass die Ausgaben je Pflegebedürftigen deutlich steigen würden (um ca. 76 % bis 2040 und um mehr als 106 % bis 2050).

Ob dieser Trend auch über die Ausgestaltung der SPV – u. a. in Bezug auf das Verhältnis von Leistungen für ambulante und stationäre Pflege – gestoppt oder mindestens gedämpft werden kann, ist umstritten. Für die stationäre Pflege in den Pflegestufen I und II werden zwar deutlich mehr Mittel je Pflegebedürftigen gewährt als bei ambulanter Pflege (vgl. Tabelle 1–2). Die im Vergleich zur ambulanten Pflege höheren Sachleistungen der stationären Pflege der Stufen I und II sind somit im Bezug auf die Wahl der Pflegeform nicht neutral und verzerren die Nachfrage nach Pflegeleistungen zu Gunsten der stationären Pflege. Entscheidend für die Wahl der Pflegeform sind jedoch die Selbstkosten, die die Pflegebedürftigen und ggf. ihre Familienangehörigen bei einer bestimmten Pflegeform selber zu tragen haben und sich aus den Gesamtkosten für Verpflegung, Unterbringung und Versorgung nach Abzug der Leistungen der SPV zusammensetzen. Diese Selbstkosten liegen bei stationärer Pflege insgesamt so hoch, dass dort im Bundesdurchschnitt über 30 % der Pflegebedürftigen auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind. Der Anteil an ambulant versorgten Pflegebedürftigen mit Bezug von „Hilfen zur Pflege“ liegt dagegen bei nur 4,3 % (siehe Beitrag von Dräther/Rehbein in diesem Band). Diese Sozialhilfequoten deuten daher darauf hin, dass für einen Großteil der Pflegebedürftigen die stationäre Pflege trotz höherer Versicherungsleistungen immer noch "teurer" ist als die ambulante Pflege, was bei einer isolierten Betrachtung der nach

Art der Inanspruchnahme differenzierten Leistungshöhe nicht zu erkennen ist.⁷

Es bedarf umfassender und weitergehender (u. a. ökonomischer) Untersuchungen, wie die durch die Leistungen der SGB XI induzierten Anreize tatsächlich und u. a. im Vergleich von ambulanter zu stationärer Pflege wirken. Der Anteil an Pflegebedürftigen mit Anspruch auf „Hilfen zur Pflege“ nach SGB XII stellt z. B. „nur“ eine Querschnittsbetrachtung nach einer getroffenen Wahlentscheidung dar. Ob (im Längsschnitt) die Sozialhilfebedürftigkeit erst während der stationären Pflege eingetreten ist oder auch schon vorher bestand, kann auf der bestehenden statistischen Datengrundlage (des Statistischen Bundesamtes) nicht beantwortet werden, ist aber für die Frage nach den Anreizwirkungen der Leistungen der SPV relevant. Für ambulant versorgte Pflegebedürftige mit Sozialhilfebezug gibt es in materieller Hinsicht keine durch die Leistungen der SPV induzierten Verhaltensanreize, ambulante oder stationäre Pflege zu bevorzugen. Denn auch bei stationärer Versorgung wird die Sozialhilfebedürftigkeit höchst wahrscheinlich bestehen bleiben. Das Argument der materiellen Begünstigung der stationären Pflege kann bei solchen Fällen im Hinblick auf die Steuerung der Nachfrage nach (ambulanten oder stationären) Pflegeleistungen kaum Geltung haben.

Zusammengenommen ist aus Sicht der SPV ein Pflegebedürftiger heute nur deswegen kaum bzw. nur um durchschnittlich 0,33 % „teurer“ als vor acht bis zehn Jahren, weil sich zwei Trends

⁷ Diesem Argument unterliegt die Annahme, dass die Einkommensverhältnisse von ambulant und stationär versorgten Pflegebedürftigen vergleichbar sind. Für oder gegen diese Annahme liegen bisher keine statistisch belastbaren Erkenntnisse vor.

neutralisiert haben. Auf der einen Seite sind die durchschnittlichen SPV-Ausgaben für einen Pflegebedürftigen gesunken, weil ein immer größerer Anteil von ihnen in die „günstige“ Pflegestufe I eingestuft wurde. Auf der anderen Seite gewinnt die stationäre Versorgung zunehmend an Bedeutung, was zusammen mit der leicht vermehrten Inanspruchnahme der ebenfalls teureren Sachleistungen anstelle von Geldleistungen in der ambulanten Pflege (vgl. Simon 2003, S. 12) zu höheren durchschnittlichen Ausgaben je Pflegebedürftigen führte (siehe Tabelle 1–4).

Tabelle 1–4: Entwicklung der Leistungsausgaben: Vergleich 1998 zu 2005				
	1998	2005	Veränderung 1998–2005 in %	Ø jährliche Veränderung in %
Leistungsausgaben				
insgesamt in Mrd. €	15,07	16,98	12,67	1,20
ambulant	8,01	8,23	2,75	0,27
stationär	7,06	8,75	23,94	2,17
Anzahl Pflegebedürftige				
insgesamt	1.738.118	1.951.953	12,3	1,17
ambulant	1.226.715	1.309.506	6,75	0,66
stationär	511.403	642.477	25,62	2,31
Leistungsausgaben je				
Pflegebedürftigen	8.670	8.699	0,33	0,03
ambulant	6.530	6.285	-3,75	-0,38
stationär	13.805	13.620	-1,34	-0,14
<i>Quelle: BMG (2007); eigene Berechnungen</i>				
WIdO 2009				

1.3 Zahl der Pflegebedürftigen in 2040/2050

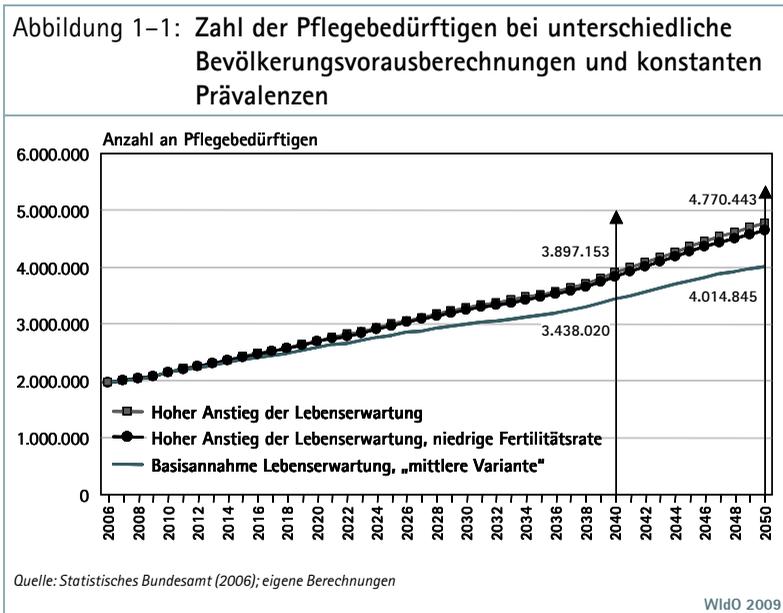
1.3.1 Unterschiedliche Bevölkerungsvorausrechnungen und Annahmen zur Entwicklung der Pflegeprävalenzen⁸

Während der Ausgabenanstieg der SPV seit 1998 damit weitgehend parallel zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen verlief und weitgehend mit einem konstanten Beitragssatz von 1,7 % bzw. seit 2005 von 1,95 % für kinderlose Beitragszahler finanziert werden konnte, sind für die nächsten Jahre und Jahrzehnte erhebliche Ausgaben- und Beitragssatzanstiege abzusehen.

Schon bei den Annahmen zur Bevölkerungsentwicklung können sich für die SPV für die nächsten 30 bis 40 Jahre unterschiedliche Pfade von Ausgaben- und Beitragssatzentwicklungen ergeben. Bevölkerungsvorausrechnungen beruhen auf Annahmen zur Fertilität, Mortalität und Migration. In der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Bundesamten wird in allen Varianten von einem positiven Wanderungssaldo (von mindestens 100.000 Personen pro Jahr) und einer fernerer Lebenserwartung von Neugeborenen, die bis 2050 bei Jungen um mindestens 7,6 Jahre und bei Mädchen um 6,5 Jahre steigt, ausgegangen (*vgl. Statistisches Bundesamt 2006, S. 13*). Die Fertilitätsrate wird in keinem Szenario für eine stabile, nicht schrumpfende Bevölkerung ausreichen. Ein Ergeb-

⁸ Pflegeprävalenzen (oder kurz: Prävalenzen) bezeichnen i im Folgenden Q Verhältnis der Anzahl der Pflegebedürftigen zu den Versicherten der SPV zu einem Zeitpunkt – hier zum Ende des Jahres – aus. Es handelt sich damit um Querschnittsprävalenzen.

nis aller Bevölkerungsvorausberechnungen ist auch, dass die Wohnbevölkerung immer schrumpfen und altern wird. Je nachdem, welche Bevölkerungsvorausberechnung herangezogen wird, ergibt sich bei konstanten Prävalenzen im Jahr 2040 eine Zahl an Pflegebedürftigen von 3,4 bis 3,9 Mio. bzw. 4 bis 4,7 Mio. in 2050 (siehe Abbildung 1–1). Ausgehend von etwas mehr als 2 Mio. Pflegebedürftigen am Ende des Jahres 2007 (vgl. Tabelle 1–1) kann also bis 2040/2050 bei konstanten Prävalenzen von einer Verdoppelung der Zahl an Pflegebedürftigen ausgegangen werden.



Konstante Prävalenzen anzunehmen ist jedoch aus zwei Gründen problematisch. Erstens sind sie in den letzten zehn Jahren nicht konstant gewesen (siehe dazu weiter unten), so dass die Konstanzan-

nahme nicht durch Erfahrungen aus der Vergangenheit gestützt ist. Zweitens wird bei den Bevölkerungsvorausrechnungen – wie erwähnt – eine steigende fernere Lebenserwartung unterstellt, die sich auch auf die (Pflege-)Prävalenzen auswirken dürfte. Die Diskussion um die Wirkungen einer steigenden Lebenserwartung etwa auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben (Medikalisierungs- versus Kompressionsthese) konnte bisher keine eindeutige Erkenntnisse bringen (*vgl. z. B. Cischinsky 2006*). Auch die Entwicklung der (Querschnitts-)Prävalenzen in Abhängigkeit von einer steigenden Lebenserwartung ist sowohl epidemiologischer wie auch in gesundheitswissenschaftlicher Perspektive unklar (*vgl. z. B. Comas-Herrera et al. 2003*).

Bei der im Folgenden verwendeten „mittleren“ Bevölkerungsvariante (Untergrenze)⁹ wurde die „Basisannahme“ eines Anstiegs der ferneren Lebenserwartung von etwa fünf Jahren bei Personen im Alter von 65 Jahren getroffen. Sollten infolge dessen ältere Menschen vor allem „gesunde“ Lebensjahre hinzugewinnen, kann sich das Eintrittsalters der Pflegebedürftigkeit verschieben und/oder deren durchschnittliche Dauer verkürzen. Es ist aber auch der andere Fall denkbar, dass infolge des Anstiegs der Lebenserwartung, die Dauer einer Pflegebedürftigkeit steigt. Da hier ein genauerer Zusammenhang von Veränderungen der Lebenserwartung und einer Veränderung der Prävalenzen nicht hergestellt werden kann, soll – stark vereinfachend – deren Rechtsverschiebung von einem oder 2,5 Jahren angenommen werden.

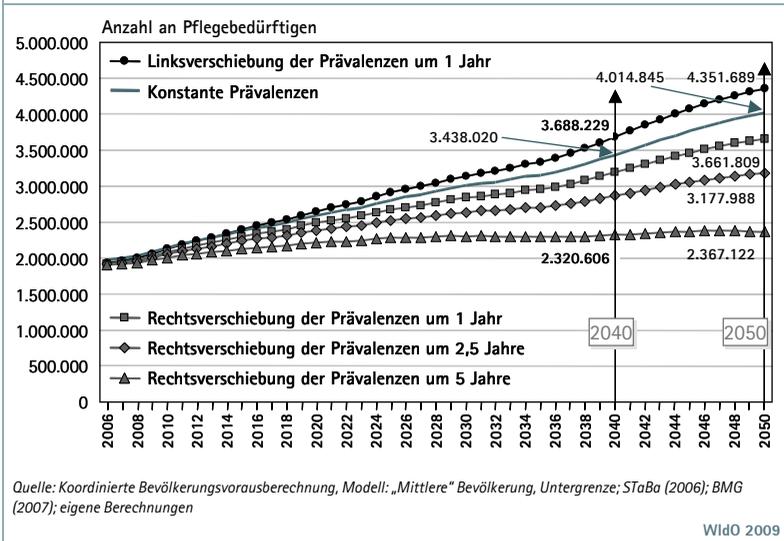
⁹ Dieser Variante liegen folgende Annahmen zu Grunde: Lebenserwartung Neugeborener im Jahr 2050: männlich 83,5, weiblich 88,0; annähernd konstante Geburtenhäufigkeit bei 1,4 Kindern pro Frau; jährliches Nettowanderungssaldo von 100.000 Personen.

Schon im ersten Fall würde sich dann bis 2050 die Zahl der Pflegebedürftigen recht deutlich von ca. 4 Mio. auf etwa 3,66 Mio. reduzieren, im zweiten Fall sogar auf etwa 3,18 Mio. (*siehe Abbildung 1–2*).¹⁰

Das Max-Planck-Institut für demografische Forschung kommt auf Grundlage des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) für den Zeitraum von 1991 bis 2003 zu dem Ergebnis, dass das Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden, leicht zurückgegangen ist (Ziegler 2005). Auf Grundlage der SPV-Statistiken der letzten zehn Jahre lässt sich bei den Prävalenzen dagegen partiell ein Anstieg beobachten. SPV-Versicherte in den Altersklassen zwischen 65 und 90 Jahren weisen in der Zeit von 1998 bis Ende 2006 keine signifikanten Veränderungen bei ihren Prävalenzen auf (95-%iges Konfidenzintervall); von den Versicherten im Alter von höchstens 65 Jahren ist heute aber ein größerer Anteil pflegebedürftig als noch 1998. Vor dem Hintergrund dieser in empirischer Hinsicht widersprüchlichen Ausgangslage können Annahmen einer Rechtsverschiebung der Prävalenzen zwar ebenso in Frage gestellt werden wie eine Linksverschiebung. Pflegebedürftigkeit könnte im Vergleich zu heute auch zu einem früheren Zeitpunkt eintreten und möglicherweise auch länger anhalten als heute. Um dies zu verdeutlichen wird in den Modellrechnungen eine pauschale Linksverschiebung der Prävalenzen um ein Jahr unterstellt. Dies führt dazu, dass 2050 nicht mehr ca. 4 Mio. Personen pflegebedürftig wären, sondern über 4,35 Mio.

¹⁰ Die Wirkungen eines Anstiegs der Lebenserwartung von aktuellen auf zukünftige altersspezifische Prävalenzen können nur sehr grob und pauschal geschätzt werden, da es dazu u. a. statistischer Angaben zur altersspezifischen Eintrittswahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit zur Pflegeverweildauer bedarf, die nicht zur Verfügung stehen.

Abbildung 1–2: Zahl der Pflegebedürftigen bei unterschiedliche Prävalenzen



1.4 Beitragssatzentwicklungen bis 2050

Für die zu erwartende Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der SPV sind damit zentrale Eckpunkte vorgegeben, bei denen jedoch Annahmen zur Entwicklung der Zahl der Beitragszahler und deren durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen fehlen. Diese beiden zentralen Größen auf der Einnahmeseite der SPV sollen durch ein einfaches und undifferenziertes „Quoten- und Fortschreibungsmodell“

abgebildet werden, in dem der Status Quo Ende 2005 entweder beibehalten oder aber pauschal fortgeschrieben wird.¹¹ Damit bleiben erhebliche Entwicklungen unberücksichtigt, die in den nächsten Jahren und Jahrzehnten zu erwarten sind: Demographisch bedingt wird sich z. B. das Erwerbspersonenpotenzial deutlich reduzieren und es ist damit zu rechnen, dass die Erwerbsquote der Frau weiter steigen wird. Da u. a. bereits beschlossen ist, die Altersgrenze bei Altersrenten der Gesetzlichen Rentenversicherung von 65 Jahren auf 67 Jahre zu erhöhen und zugleich die Möglichkeiten der Frühverrentung sehr stark beschränkt und in finanzieller Hinsicht durch Abschläge weniger attraktiv ausgestaltet wurden, wird sich die Struktur der Beitragszahler und deren beitragspflichtige Einnahmen in den nächsten Jahren deutlich ändern.¹² Diese Vereinfachungen sind bei der Interpretation der nachfolgenden referierten Ergebnisse der Modellrechnungen zu berücksichtigen.

Wenn die Leistungen der SPV weiterhin nicht dynamisiert würden und somit nominal auf dem Niveau von 1995 blieben, dann könnten bei konstanten Prävalenzen die Ausgaben der SPV in den nächsten 40 Jahren über einen ausgabendeckenden Beitragssatz in Höhe von

¹¹ Damit implizieren die Modellrechnungen eine in Relation zur Wohnbevölkerung (Stand 2005) konstante Struktur der Beitragszahler und der durchschnittlichen Höhe ihrer beitragsrelevanten Einnahmen. Eine detailliertere und zugleich wünschenswerte Betrachtung des Arbeitsmarktes und sozialrechtlicher Regelungen mit den vielfältigen Interdependenzen zur Einnahmeseite der SPV bleibt zukünftigen Modellrechnungen überlassen.

¹² Zu den Modellannahmen, die die Einnahmeseite der SPV betreffen, siehe auch Anmerkungen in der *Tabelle 1-5*.

1,8 % (2050) finanziert werden.¹³ Voraussetzung für diese Beitragssatzentwicklung ist allerdings ein jährliches Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Beitragszahler von durchschnittlich 2 % (*Tabelle 1-5*, Modell Nr. 1), was vor dem Hintergrund des Wachstums der beitragspflichtigen Einnahmen der letzten zehn Jahre durchaus eine optimistische Annahme ist.

Die Annahme nominal konstanter SPV-Leistungen auf dem Niveau von 1995 ist durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz obsolet und würden zudem im Laufe der Zeit zunehmend den mit der SPV verfolgten Zielen in Bezug auf die Vermeidung von pflegebedingter Sozialhilfe (*siehe Dräther/Rehbein in diesem Band*) zuwiderlaufen. Eine Leistungsdynamisierung in Höhe von 2 % – entsprechend der jährlichen Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Beitragszahler – kann als ein vereinfachtes Modell der „Kaufkrafterhaltung“ der SPV-Leistungen auf dem Niveau von 2005 angesehen werden. Nachdem sich demografisch bedingt die Zahl der Pflegebedürftigen (bei konstanten Pflegeprävalenzen) bis 2050 etwa verdoppeln wird, werden in einem Zeitraum von 35 Jahren die Leistungsausgaben ein weiteres mal um den Faktor 2 steigen. Folgerichtig liegt der ausgabendeckende Beitragssatz im Jahr 2040 dann nicht mehr bei 1,7 % (Ergebnis des Modells Nr. 1 mit der Annahme einer jährlichen Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen je Beitragszahler um 2 %), sondern bei ca. 3,5 % (Modell Nr. 2). Bis 2050 steigt der Beitragssatz der SPV sogar auf 4,4 %, weil hier vor allem ein starker Rückgang bei der Zahl der Beitragszahler zu verbuchen ist.

¹³ Grundlage dieses Modells ist die Variante 1 des „mittleren“ Modells der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes

Modell Nr. und Erläuterung	2010	2020	2030	2040	2050
1. Status-Quo-Modell 1* ohne Leistungsdynamisierung	1,7	1,7	1,8	1,7	1,8
2. Status-Quo-Modell 2** mit Bruttolohn orientierter Dynamisierung	1,9	2,4	2,9	3,5	4,4
3. Status-Quo-Modell 2, Variante "relativ alte Bevölkerung" mit konstanten Prävalenzen	1,9	2,4	3,1	3,8	5,0
4. Status-Quo-Modell 2, Variante "relativ junge Bevölkerung" mit konstanten Prävalenzen	1,9	2,3	2,8	3,3	4,0
5. Status-Quo-Modell, aber: jährlicher Leistungsdynamisierung von 3 % (bpE je Beitragszahler 2 %)	2,0	2,7	3,7	4,9	6,8
6. Status-Quo-Modell, aber: jährliche Leistungsdynamisierung von 1 % (bpE je Beitragszahler 2 %)	1,8	2,0	2,3	2,5	2,8
7. Status-Quo-Modell 2, in 2040 50 % der Pflegebedürftigen in stationärer Versorgung	1,9	2,5	3,2	3,9	5,2
8. Status-Quo-Modell 2 mit Rechtsverschiebung der Prävalenzen um 1 Jahr	1,8	2,3	2,7	3,2	4,0
9. Status-Quo-Modell 2 mit Rechtsverschiebung der Prävalenzen um 2,5 Jahre	1,8	2,2	2,5	2,9	3,5
10. Status-Quo-Modell 2 mit Linksverschiebung der Prävalenzen um 1 Jahr	1,9	2,4	3,0	3,7	4,8

bpE = beitragspflichtige Einnahmen

* Annahmen des **Status-Quo-Modells**: konstante Pflegeprävalenzen auf Basis des Jahres 2005; Variante 1 (jährliche Nettozuwanderung von 100.000, nahezu konstante Fertilitätsraten und Anstieg der Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 2050 auf 83,5 Jahre bei männlichen und auf 88,0 Jahre bei weiblichen Neugeborenen) der 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes; Anzahl der Beitragszahler ist definiert als konstanter prozentualer Anteil an der Wohnbevölkerung mit Stand Ende 2005; beitragspflichtige Einnahmen je Beitragszahler werden auf Basis der KJ1 für Personen bis zum 59. und für Personen ab dem 60. Lebensjahr berechnet und jährlich mit 2 % fortgeschrieben; die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Pflegebedürftigen sind auf Basis der Finanzstatistik des BMG nach Pflegestufen und Art der Inanspruchnahme differenziert (Stand 2005);

** Wie Status-Quo-Modell 1 nur mit einer jährlichen Anpassung der SPV-Leistungen je Pflegebedürftigen von 2 %. Im Unterschied zu anderen Berechnungen, z. B. von *Ehring (2007)*, wurden hier die beitragspflichtigen Einnahmen der Beitragszahler und nicht die gesamte Grundlohnsumme um 2 % jährlich angehoben.

Quelle: *WIdO*; eigene Berechnungen

WIdO 2009

Dieses Modell Nr. 2 soll der Ausgangspunkt für die weitere Modellrechnungen sein, mit dem unterschiedliche Beitragssatzentwicklungen verglichen werden, die aus bestimmten Annahmen bei den

Bevölkerungsvorausrechnungen (Modelle Nr. 3 und 4), aus unterschiedlichen Annahmen zur Leistungsdynamisierungen (Modelle Nr. 5 und 6), aus einer im Vergleich zu 2005 stärkeren Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen (Modell 7) und zuletzt aus einer Verschiebung der Prävalenzen (Modelle Nr. 8 bis 10), wie sie in *Kapitel 1.3.1.* dargestellt wurden, ergeben.

Während bereits am Modell 2 im Vergleich zu Modell 1 abzulesen ist, wie sensibel der Beitragssatz auf unterschiedliche Dynamisierungsarten reagiert, können solche extremen Beitragssatzunterschiede nicht beobachtet werden, wenn den Annahmen des Modells Nr. 2 lediglich unterschiedlichen Bevölkerungsvorausrechnungen des Statistischen Bundesamtes zugrunde gelegt werden. Ausgehend von einem durchschnittlichen Beitragssatz in Höhe von 3,5 % in 2040 (Modell 2) ergibt sich ein nur moderat höherer Beitragssatz von 3,8 %, wenn das Modell „relativ alte Bevölkerung“ herangezogen wird (Modell Nr. 3). Das Modell „relativ junge Bevölkerung“ zeigt einen moderat niedrigeren Beitragssatz von 3,3 % im Jahr 2040 (Modell Nr. 4). Im Jahr 2050 ist es dann exakt ein Beitragssatzpunkt Unterschied (zwischen 4 % und 5 %), der durch unterschiedliche Bevölkerungsvorausrechnungen maximal erzielt werden kann.

Die am Beitragssatz gemessenen Wirkungen einer kontinuierlich jährlichen Leistungsdynamisierung sind dagegen wesentlich größer und verdeutlicht eine hohen ausgabenrelevante Sensitivität. 2050 liegt der ausgabendeckende Beitragssatz bei einer vollständig ausbleibenden Leistungsdynamisierung bei 1,8 % oder aber bei 6,8 %, wenn die SPV-Leistungen jährlich um bis zu 3 % angehoben werden. Diese Modellrechnungen, bei denen die beitragspflichtigen Einnahmen je Beitragszahler jährlich um 2 % steigen, markieren einen Korridor mit extremen Annahmen, in denen sich die tatsächliche Entwicklung –

nach heutigem Erkenntnisstand – befinden dürfte. Nach § 30 SGB XI in der Fassung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes soll die Dynamisierung z. B. „nicht höher [...] als die Bruttolohnentwicklung“ ausfallen, womit das Modell Nr. 6 am realistischen scheint. Eine Dynamisierung der SPV-Leistungen von etwa 1 % führt zu einem Beitragssatz von 2,5 % im Jahr 2040 bzw. 2,8 % im Jahr 2050. Eine Halbierung der jährlichen Dynamisierungsrate von 2 % auf 1 % senkt damit den prognostizierten Beitragssatz von 3,5 % auf 2,5 % 2040 und von 4,4 % auf 2,8 % 2050 außerordentlich stark!

Aber nicht nur aus der Leistungsdynamisierung können sich aus Sicht der SPV erhebliche Ausgaben- und Beitragssatzsteigerungen ergeben. Auch die vermehrte Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen, für die die SPV mehr Mittel je Pflegebedürftigen gewährt, als wenn dieser ambulant gepflegt würde, würde zu großen Ausgabensteigerungen führen. Hielte z. B. der Trend der letzten fünf Jahre bis 2040 an, dann befänden sich fast 50 % der Pflegebedürftigen in stationärer Versorgung. Damit würde ein Anstieg des ausgabendeckenden Beitragssatzes von 3,5 % auf 3,9 % im Jahr 2040 bzw. von 4,4 % auf 5,2 % im Jahr 2050 einhergehen.

Bei den bisherigen Vorausberechnungen zur zukünftigen Zahl an Pflegebedürftigen und zur Beitragssatzentwicklung wurden konstante Prävalenzen angenommen. In Verbindung mit dem unterstellten Anstieg der ferneren Lebenserwartung von mindestens fünf Jahren bei den über 65-Jährigen im Jahr 2050 ist diese Annahme diskussionswürdig. Allerdings konnte der nähere Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Lebenserwartung und den Prävalenzen sowohl medizinisch als auch empirisch nicht befriedigend untersucht werden, weshalb an dieser Stelle sehr einfache Szenarien entworfen wurden.

Verschieben sich die Prävalenzen um ein Jahr ins höhere Lebensalter (Modell : Rechtsverschiebung der Prävalenzen um ein Jahr), dann wäre dies 2040 mit einem um 0,3 Prozentpunkte niedrigeren Beitragssatz von 3,2 % zu verbinden. Bei einer Rechtsverschiebung der Prävalenzen um 2,5 Jahre, was eine sehr extreme Annahme darstellt, geht der Beitragssatz auf 2,9 % bzw. um 0,6 Prozentpunkte vergleichsweise gering zurück (Modell 9). Für eine Linksverschiebung um ein Jahr wird ein ausgabendeckender Beitragssatz von 3,7 % vorausgerechnet (Modell 10).

Bei allen Modellrechnungen fallen die vergleichsweise deutlichen Beitragssatzanstiege in der Zeit von 2040 bis 2050 auf. Sie sind in erster Linie darauf zurückzuführen, dass der weiterhin relativ kontinuierlich steigenden Zahl an Pflegebedürftigen bei der Zahl der Beitragsszahler besonders deutlich Rückgänge zu beobachten sind.

Allen Simulationsrechnungen liegen explizit oder implizit (weitere) zahlreiche Ceteris-paribus-Annahmen zugrunde, was auch auf den Pflegebedürftigkeitsbegriff und die zugehörigen, nach Pflegestufen differenzierten Leistungen zutrifft. Der Leistungsanspruch ist nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ausgeweitet worden, u. a. auf Pflegebedürftige der „Pflegestufe 0“ und um den besonderen Anforderungen der Pflege von Demenzen besser zu entsprechen. Zudem ist vom Bundesministerium für Gesundheit ein Beirat eingerichtet worden, der auf wissenschaftlicher Basis Vorschläge zur Reformierung des Pflegebegriffs vorlegen soll. Alle Vorausberechnungen zur Entwicklung der zu finanzierenden Leistungsausgaben der SPV und des Beitragssatzes unterliegen daher allgemeinen Unsicherheiten und Annahmen bei der Leistungsanspruchnahme und den damit zu verbindenden Ausgaben, die möglicherweise schon in naher Zukunft korrigiert werden müssen. Dennoch zeigen alle Szenarien zur Ab-

schätzung eines ausgabendeckenden Beitragssatzes einmal mehr einen erheblich steigenden Finanzierungsbedarf an. Im Jahr 2040 werden es schätzungsweise 3 bis 4 Mio. Pflegebedürftige bzw. mindestens 50 % mehr sein als heute. Je mehr Sachleistungen dabei in Anspruch genommen werden, desto stärker werden auch die Finanzierungslasten der SPV steigen.

1.5 Fazit

Ob die hier bis 2040 vorausgerechneten Beitragssätze etwa von 2,5 % bis 3,5 % (Modell Nr. 2 und Nr. 6) einen dringenden Reformbedarf auf der Finanzierungsseite der SPV begründen, entzieht sich einer analytischen Grundlage und ist in erster Linie politisch zu entscheiden. Nach derzeitigem Kenntnisstand wird sich der Beitragssatz zur SPV in einem Zeitraum von über 30 Jahren bei einer stark alternden und schrumpfenden Wohnbevölkerung zwar verdoppeln, jedoch stellen Beitragssätze von 3 % bis 4 % für sich genommen in volkswirtschaftlicher Hinsicht keine unhaltbaren zukünftigen Finanzierungslasten dar. Allerdings werden steigende Sozialversicherungsabgaben auch vor dem Hintergrund eines Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes von derzeit über 40 % (Summe der Beitragssätze zur Arbeitslosenversicherung, Gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung) sehr kritisch bewertet, so dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass eine Verdopplung des SPV-Beitrags als akzeptabel angesehen wird.

Es ist deutlich geworden, dass unterschiedliche und auf der Leistungsseite der SPV anzusiedelnde Einflussfaktoren unterschiedliche und an der Höhe des Beitragssatz gemessene Wirkungen zeigen. Einflussfaktoren auf der Einnahmeseite der SPV wurden ausgeblendet,

wenngleich gerade diese enormen Einfluss auf die Höhen des Beitragssatzes nehmen können.

Die berechneten ausgabendeckenden Beitragssätze liegen in 2040/2050 bei den unterschiedlichen Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes auf Grundlage der Annahmen des Modells Nr. 2 relativ eng beieinander. Bei den unterschiedlichen Annahmen zur Leistungsdynamisierung ergeben sich dagegen Beitragssätze, die sehr weit auseinander liegen. Selbst bei einer „extremen“ Rechtsverschiebung der Prävalenzen um 2,5 Jahre lassen sich beim Beitragssatz keine derartig großen Abweichungen zu den Ergebnissen des Modells Nr. 2 erzielen.

1.6 Literaturverzeichnis

Bundesagentur für Arbeit (2007), Arbeitsmarkt in Zahlen – Beschäftigtenstatistik –. Nürnberg.

Blinkert B; Klie T (2004), Solidarität in Gefahr? Veränderung der Pflegebereitschaften und Konsequenzen für die Altenhilfe und Pflege: 293–315.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2005), Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (04/05). www.bmgs.de vom 26.6.2006.

Bundesministerium für Gesundheit (2007), Gesetzliche Krankenversicherung: Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitte 1998 bis 2006. Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2007), Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. Zugriff am 02.10.07 unter http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_600126/DE/Statistiken/In-Zahlen/in-zahlen-node,param=.html__nnn=true

Cischinsky H (2006), Lebenserwartung, Morbidität und Gesundheitsausgaben. Frankfurt am Main. Allokation im Marktwirtschaftlichen System, Bd. 56, Peter Lang

Comas-Herrera A, Costa-Font J, Gori C et al. (2003), European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs., Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG.

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2002), Enquête-Kommission Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Berlin.

Dräther H (2006), Zum Reformbedarf der solidarischen Absicherung des Pflegerisikos. In: Loccumer Beiträge (Hrsg.).

Igl G, Naegele G (2008), Strukturelle Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – nach der Reform ist vor der Reform. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Bd. 41, Heft 2.

Lauterbach K (2005), Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung. Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie. Köln, S. 35.

Leinert J (2006), Einkommenselektion und ihre Folgen. In: Klaus Jacobs, Jürgen Klauber und Johannes Leinert (Hrsg.): Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Bonn, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO): 31–48.

Leinert J, Grabka M M, Wagner G G (2005), Bürgerprämie für die Krankenversicherungen als Alternative zu den Reformvorschlägen Kopfpauschale und Bürgerversicherung. In: Gress S, Pfaff A B, Wagner G G (Hrsg.): Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie – Expertise zur Finanzierungsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung. Düsseldorf, edition Hans-Böckler-Stiftung: 209–273.

Mager H-C (1996), Pflegeversicherung und Moral Hazard. Sozialer Fortschritt 10, S. 242–249.

Rothgang H (2006), Finanzierungsalternativen der Pflegeversicherung zwischen Eigenverantwortung und Solidarität. WSI Mitteilungen 2006(4), S. 212–219.

Rothgang Heinz, Preuss M (2007), Was können wir über Finanzierungsprobleme der sozialen Pflegeversicherung in der Zukunft wissen? ZeS-Arbeitspapier, S. 20.

Schnabel R (2007), Zukunft der Pflege. Gutachten im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft. Berlin.

Schneekloth U, Leven I (2003), Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. Erste Ergebnisse der Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts "Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in privaten Haushalten". Infratest Sozialforschung. München.

Schulz-Nieswandt F (1995): Löst die gesetzliche Pflegeversicherung einen "Heimsog-Effekt" aus? In: Fachinger U, Rothgang H (Hrsg.): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin, Duncker & Humblot: 103–114.

Simon M (2003), Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeit: Eine Analyse der Leistungsentwicklung in den Jahren 1997 bis 2001. Veröffentlichungsreihe der Evangelischen Fachhochschule Hannover. Hannover.

Statistisches Bundesamt (2005), Pflegestatistik (2003) – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt, Bonn. <http://www.destatis.de/download/d/solei/pflstat01.pdf>.

Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2005), Die private Krankenversicherung. Zahlenbericht 2004/2005. Köln, Eigenverlag.

Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2006), Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2005/2006. Verband der privaten Krankenversicherung e. V., Köln.

Wasem J (1995), Zwischen Sozialbindung und versicherungstechnischer Äquivalenz – Die private Krankenversicherung und die Pflege-Pflichtversicherung. Fachinger U, Rothgang H. Frankfurt a.M., Campus.

Wasem J (2000), Die private Pflegepflichtversicherung – ein Modell für eine alternative Organisation der sozialen Sicherung zwischen Markt und Staat? In: Schmähl W (Hrsg.): Soziale Sicherung zwischen Markt und Staat. Berlin, Duncker & Humblot: 79–110.

Ziegler U, Doblhammer G (2005), Steigende Lebenserwartung geht mit besserer Gesundheit einher. Risiko der Pflegebedürftigkeit sinkt. Aus Erster Hand. Rostock.

2 Zur aktuellen Diskussion über die Finanzierungsreform der Sozialen Pflegeversicherung

Heinz Rothgang und Hendrik Dräther

2.1 Einleitung

Das zum 1.7.2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) enthält auch Elemente einer Finanzreform. Um beurteilen zu können, inwieweit die Finanzsituation der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) damit konsolidiert werden konnte, wird nachstehend zunächst die Ausgangslage, d. h. die Finanzsituation der Pflegeversicherung vor der Reform rekapituliert (*Abschnitt 2.2*). Vor diesem Hintergrund werden die Regelungen des PfWG analysiert (*Abschnitt 2.3*) und wird dann der verbleibende Reformbedarf konstatiert und werden die hierfür zur Verfügung stehenden Reformalternativen angesprochen (*Abschnitt 2.4*). Abschließend werden die Ergebnisse der Überlegungen noch einmal zusammengefasst (*Abschnitt 2.5*).

2.2 Ausgangslage: Die Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung vor dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

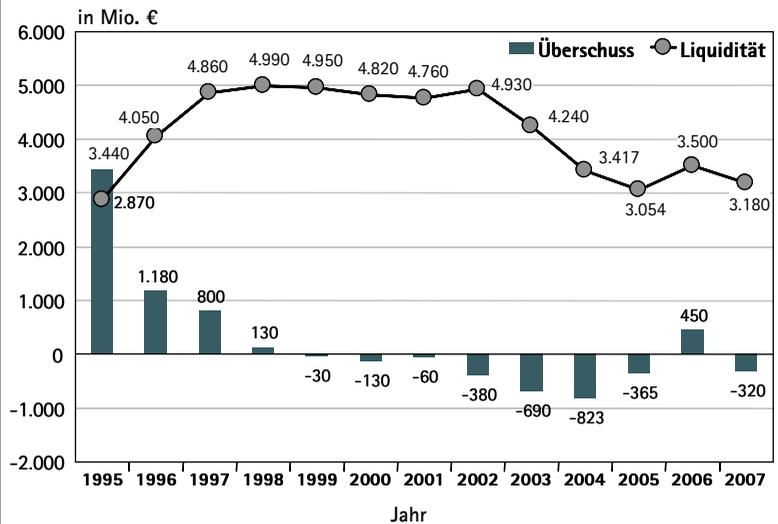
Um die Finanzsituation der SPV einschätzen zu können, ist es notwendig, sich zum einen die Finanzentwicklung bis zur Verabschiedung des PFWG anzuschauen (*siehe Abschnitt 2.2.1*), dann aber auch auf die zukünftige Entwicklung einzugehen (*siehe Abschnitt 2.2.2*).

2.2.1 Finanzentwicklung bis 2007

Nach Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes hat die Soziale Pflegeversicherung zunächst Überschüsse erwirtschaftet. Seit 1999 gibt es aber Defizite, die seit 2002 ein nennenswertes Ausmaß annehmen (*siehe Abbildung 2-1*).

Für das Jahr 2006 wird vom Bundesgesundheitsministerium zwar ein Überschuss in Höhe von rd. 450 Mio. € gemeldet, allerdings sind durch die Vorverlegung der Fälligkeit des Gesamtsozialversicherungsbeitrags (Gesetz zur Änderung des Vierten und Sechsten Buches Sozialgesetzbuch vom 03.08.2005) für die Beschäftigten im Januar zwei Beiträge und im ganzen Jahr damit – einmalig – 13 Beiträge eingegangen. Wird das Jahresergebnis um diesen Effekt korrigiert, der einmalig ca. 600 Mio. Mehreinnahmen bewirkt hat (*GVG 2005, S. 9*), ergibt sich auch für 2006 ein Defizit in dreistelliger Millionenhöhe – und dies trotz der regelmäßigen Zusatzeinnahmen durch den Zusatzbeitrag für Kinderlose in Höhe von ca. 700 Mio. € (*ebenda, S. 9*), der seit 2005 regelmäßig anfällt. Für 2007 fallen dann wieder nur 12 Monatsbeiträge an, und es ergibt sich ein Defizit von mehr als 300 Mio. €. Die massiven Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung halten damit an.

Abbildung 2-1: Bilanz der Sozialen Pflegeversicherung

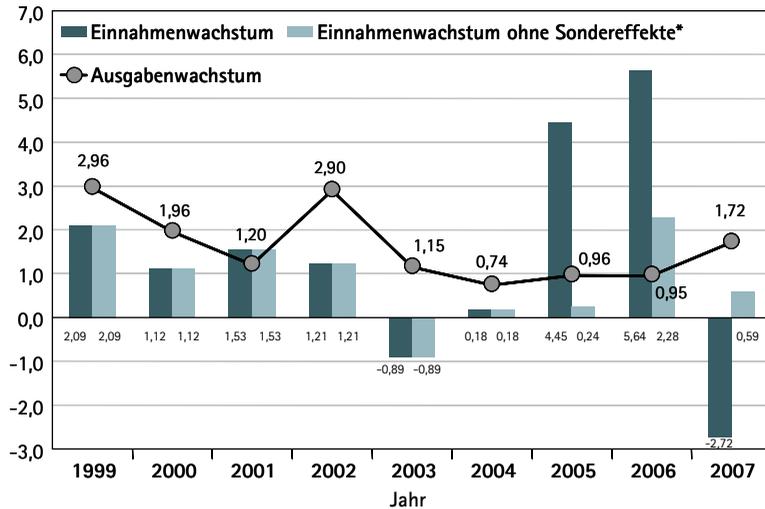


Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Daten des BMG (2008b)

WIdO 2009

Das zeigt auch *Abbildung 2-2*, in der die jährlichen Zuwachsraten der Beitragseinnahmen und Ausgaben der SPV angegeben sind. Für die Jahre 2005 bis 2007 sind dabei auch die Einnahmen fortgeschrieben, die sich ohne die Einführung des KiBG und ohne die Vorverlegung der Fälligkeit des Gesamtsozialversicherungsbeitrags ergeben hätten. Hierbei zeigt sich, dass im 5-Jahreszeitraum von 2003 bis 2007 nur einmal, nämlich 2006, ein mehr als einprozentiger Zuwachs erzielt wurde. Dies ist auch das einzige Jahr, in dem das (korrigierte) Einnahmewachstum das Ausgabenwachstum übertrifft.

Abbildung 2-2: Jährliches Beitragseinnahme- und Ausgabenwachstum



* Zu den Sondereffekten zählen die vorgezogene Abführung der Sozialversicherungsbeiträge im Jahr 2006, die einmalig zu Mehreinnahmen von schätzungsweise 600 Mio. € geführt hat, und die Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte für „Kinderlose“, die seit 2005 zu einem jährlichen Beitragsmehreinkommen von schätzungsweise 700 Mio. € führt.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten des BMG (2008b), SVR Wirtschaft (2005) und GVG (2005).

WIdO 2009

Das damit deutlich werdende Finanzierungsproblem resultiert vor allem aus der Einnahme- und nicht aus der Ausgabenentwicklung: Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung sind von 1998 bis 2007 nominal lediglich um jährlich 1,61 % gewachsen (geometrisches Mittel) – mit im Zeitverlauf sinkender Tendenz (siehe Tabelle 2-1). Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und einem Fallzahlenwachstum im gleichen Zeitraum von jährlich durchschnittlich (geometrisches Mittel) 1,74 % (vgl. Dräther/Holl-Manoharan in diesem Band), ist das kein hoher Wert. Allerdings lag das durchschnittliche

che jährliche Wachstum der Beitragseinnahmen der Pflegeversicherung (geometrisches Mittel) im Zeitraum von 1998–2007 bei nur 1,37 % (Tabelle 2–1). Ohne die beiden erwähnten Sondereffekte (Zusatzbeitrag für Kinderlose und zeitlicher Vorzug der Beitragserhebung bei Beschäftigten) belief sich das durchschnittliche jährliche Wachstum der Beitragseinnahmen seit 1998 sogar nur auf durchschnittlich 0,93 % (geometrisch gemittelt) und lag deutlich unterhalb der Inflationsrate von 1,3 %. Damit ist die Einnahmenentwicklung weit hinter gängigen Prognosen zurückgeblieben. Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung ist es somit auch in der sozialen Pflegeversicherung die **Einnahmeschwäche**, die zu Finanzierungsproblemen des Systems führt.

in Mrd. €	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ausgaben insgesamt	15,88	16,35	16,67	16,87	17,36	17,56	17,69	17,86	18,03	18,34
Beitragseinnahmen	15,80	16,13	16,31	16,56	16,76	16,61	16,64	17,38	18,36	17,86
Beitragseinnahmen ohne Sondereffekt*	15,80	16,13	16,31	16,56	16,76	16,61	16,64	16,68	17,06	17,16
in %**		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ausgaben insgesamt		2,96	2,46	2,04	2,25	2,03	1,82	1,69	1,60	1,61
Beitragseinnahmen		2,09	1,60	1,58	1,49	1,00	0,87	1,37	1,89	1,37
Beitragseinnahmen ohne Sondereffekt*		2,09	1,60	1,58	1,49	1,00	0,87	0,78	0,96	0,92
<p>* Zu den Sondereffekten zählen die vorgezogene Abführung der Sozialversicherungsbeiträge im Jahr 2006, die einmalig zu Mehreinnahmen von schätzungsweise 600 Mio. € geführt hat, und die Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte für "Kinderlose", die seit 2005 zu einem jährlichen Beitragsmehreinkommen von schätzungsweise 700 Mio. € führt.</p> <p>** Durchschnittliche jährliche Veränderungsdaten (geometrisch gemittelt im Bezug zu 1998).</p> <p>Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten des BMG (2008b), (SVR Wirtschaft 2005) und (GVG 2005)</p>										

WIdO 2009

Bei der Suche nach den Ursachen für diese **Einnahmeschwäche** sind zum einen **sozialrechtliche Veränderungen** zu nennen. Hierzu zählen u. a. die Kürzung der Beitragszahlung der Bundesanstalt für Arbeit

für Arbeitslosenhilfebezieher im Jahr 2000 oder die im Altersvermögensgesetz von 2000 erweiterten Möglichkeiten zur Gehaltsumwandlung (so genannte „Eichel-Rente“) mit der Folge einer Verringerung der beitragspflichtigen Einkommen. Auch die Reformmaßnahmen auf dem Arbeitsmarkt haben mit zu einer Erosion der Finanzierungsgrundlage der SPV beigetragen, weil Beschäftigungsverhältnisse gefördert wurden und werden, bei denen entweder keine oder nur verminderten Beiträge zur Sozialversicherung gezahlt werden (Ich-AGs, Mini- und Midi-Jobs) und die sogar explizit zu Einnahmeverlusten der Pflegeversicherung führen, wenn diese Beschäftigungsverhältnisse voll sozialversicherungspflichtigere Arbeitsplätze substituieren.

Zum anderen ist auf die **konjunkturelle Entwicklung** hinzuweisen, die durch eine Einnahmeschwäche seit Beginn dieser Dekade sowie auf einen Aufschwung auf dem Arbeitsmarkt seit 2005 gekennzeichnet ist. So lag die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse im Januar 2007 um ca. 600.000 bzw. ca. 2,4 % höher als im entsprechenden Monat des Vorjahres (*BA 2008, Tab. 1*). In diesen 12 Monaten stieg das Beitragsaufkommen (ohne Berücksichtigung der Sondereffekte) um 2,28 % und damit deutlich höher als in den Vorjahren (*siehe Abbildung 2-2*). Im Folgejahr ist das Beitragsaufkommen dagegen erneut nur moderat um 0,59 % gestiegen, obwohl im Januar 2008 im Vergleich zum Januar 2007 bei den versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen ein weiteres mal ein Wachstum von ca. 2,4 % zu beobachten war. Dies zeigt, dass ein Arbeitsmarktaufschwung die Einnahme der Sozialversicherung fast unbeeinflusst lassen kann – insbesondere wenn er sich im Teilzeitsegment und im Niedriglohnbereich abspielt. Entscheidend dürfte daher – wie auch in der gesetzlichen Krankenversicherung – die **strukturelle** Einnahmeschwäche sein, die bewirkt, dass die Bemessungsgrundlage der Pflegeversicherung langsamer wächst als das

Bruttoinlandsprodukt. Hierfür verantwortlich sind u. a. die sinkende Lohnquote, der Trend des Rückgangs beitragsrelevanter Einkommen und die niedrigen Lohn-, Gehalts- und Rentensteigerungen.

Von zentraler Bedeutung ist somit, dass die aktuellen Finanzprobleme der sozialen Pflegeversicherung nicht dem demographischen Wandel geschuldet sind, der über steigende Fallzahlen zu „explodierenden“ Kosten geführt hat. Zwar hat der demographische Wandel erheblichen Anteil am Ausgabenwachstum in der Pflegeversicherung, jedoch wären die resultierenden Lasten bei einer Einnahmeentwicklung parallel zur Entwicklung des Sozialprodukts zu finanzieren. Geschuldet sind die aktuellen Finanzprobleme der Pflegeversicherung vielmehr einer **Einnahmeschwäche**, die nur zu einem geringen Teil auf den demographischen Wandel zurückgeführt werden kann, sondern hauptsächlich darauf, wie die Pflegeversicherung finanziert wird, nämlich ausschließlich durch Beiträge auf den Faktor Arbeit und zwar nur für einen Teil der Bevölkerung.

2.2.2 Zukünftige Finanzbedarfe und Anforderungen an eine Finanzreform

Zur zukünftige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung sind in der Vergangenheit bereits eine Vielzahl von Projektsrechnungen durchgeführt werden (*vgl. z. B. Dietz 2002, Rothgang 2002, Nachhaltigkeitskommission 2003 sowie Deutscher Bundestag 2002*). Wie sich der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung entwickelt, hängt vor allem ab von

- der Zahl der Leistungsempfänger,
- den gewählten Leistungsformen,
- dem Ausmaß der Leistungsdynamisierung und

- der Einnahmenentwicklung (vgl. Rothgang 2005).

Bezüglich der Entwicklung jeder dieser Größen besteht Unsicherheit (vgl. Rothgang/Preuss 2007). Wie auch der vorstehende Beitrag von Dräther und Holl-Manohoran zeigt, ist unter allen realistischen Annahmen aber auch für die Zukunft mit erheblichen Ausgabensteigerungen zu rechnen. Natürlich kann diese Entwicklung beeinflusst werden, insbesondere durch Präventionsanstrengungen, die zu einer Verringerung der altersspezifischen Pflegehäufigkeiten führen, durch Förderung „gemischter Pflegearrangements“ und Flexibilisierung des Leistungsrechts, die den Trend zu „teureren“ Pflegeformen verlangsamen. Insgesamt dürften derartige Maßnahmen – so sinnvoll und förderungswürdig sie auch sein mögen – aber nicht verhindern, dass mit deutlich steigenden Finanzbedarfe zu rechnen ist. *Tabelle 2–2* enthält entsprechende Schätzungen aus Modellrechnungen.

Tabelle 2–2: Ausgabensteigerungen	
Durchschnittliche jährliche Ausgabensteigerungen durch:	in %
Fallzahlerhöhung	1,2 – 1,5
Verschiebung der Pflegereform	0,5
Leistungsdynamisierung	ca. 2
Summe	3,7 – 4,0
<i>Quelle: Zusammengestellt nach Rothgang 2002 und Nachhaltigkeitskommission 2003</i>	
WidO 2009	

Ohne eine Leistungsdynamisierung würde bei unverändertem Finanzierungssystem ein Grundlohnsummenwachstum von 2 % demnach ausreichen, den Beitragssatz stabil zu halten. Ein derartiges Grundlohnsummenwachstum ist – wie die jüngsten Erfahrungen zeigen – jedoch nicht selbstverständlich. Darüber hinaus würde die Kaufkraft der Versicherungsleistungen stetig sinken, bis das System seine Legi-

timisation verlöre. Wird daher eine Leistungsdynamisierung im Umfang Lohnentwicklung unterstellt, sind Beitragssatzsteigerungen unumgänglich. Einnahmesteigerungen dürften nämlich allenfalls im Umfang von Lohnsteigerungen erfolgen, da die Beschäftigung – u. a. demographisch bedingt – kaum als steigend unterstellt werden kann und auch bei den Beiträgen aus Lohnersatzleistungen u. a. wegen möglicher Rentenkürzungen nicht mit steigendem Aufkommen zu rechnen ist. Die Lohnsteigerungen werden aber vollkommen durch die – als lohnentwicklungsbezogen unterstellte – Dynamisierung aufgewogen, so dass die Fallzahlerhöhung und die Verschiebung der Pflegeform zu steigenden Beitragssätzen führen.

Beitragssatzprojektionen weisen – wenn sie eine Leistungsdynamisierung unterstellen – für das Jahr 2040 daher Beitragssätze von drei bis vier Beitragssatzpunkten aus, je nach zugrunde gelegtem Szenario in Bezug auf Leistungsdynamisierung sowie Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung (Tabelle 2–3). Die vorstehende Modellrechnung von Dräther und Holl-Manohoran bestätigen diese Ergebnisse.

Tabelle 2–3: Beitragssatzprojektionen für das Jahr 2040		
Beitragssatz	Leistungsdynamisierung gemäß	Quelle
1,6 – 2,1	Inflation	Rothgang 2002
1,7	Ohne Leistungsdynamisierung	Dräther/Holl-Manohoran 2008
3,6 – 3,9	Durchschnittliche Bruttolohnsteigerung	Rothgang 2002
3,0	(Durchschnittliche Bruttolohnsteigerung + Inflationsrate) / 2	Nachhaltigkeitskommission 2003
3,5	Bruttolohnsteigerung	Dräther/Holl-Manohoran 2008

Quelle: Eigene Zusammenstellung

WIdO 2009

Trotz der genannten Unsicherheiten der Projektionsmodelle steht daher fest: Eine Finanzreform ist notwendig, soll eine weitere Absenkung der realen Pflegeversicherungsleistungen, die das System langfristig delegitimieren würde und die mit ihr verfolgten Ziele zunehmend in Frage stellt (*vgl. Rothgang 1997*), und sollen zugleich merkliche Beitragsanstiege vermieden werden.

Eine solche Reform muss zumindest drei Bedingungen genügen:

1. Durch eine regelgebundene Leistungsdynamisierung muss die reale Kaufkraft der Pflegeversicherungsleistungen erhalten bleiben,
2. Die Erosion der Beitragsbemessungsgrundlage muss gestoppt bzw. das Wachstum der Bemessungsgrundlage an das Wachstum des Sozialproduktes angekoppelt werden; und nicht – wie bisher – an eine Größe, deren Anteil am Sozialprodukt sinkt.
3. Soll eine Verdopplung des Beitragssatzes bis 2040 verhindert werden, erfordern die Bedingungen 1 und 2 zusammen, dass zusätzliche Finanzquellen erschlossen werden.

2.3 Die Regelungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetze

Der Schwerpunkt des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PFWG) liegt nicht auf der Finanzierungs-, sondern auf der Leistungsseite, genauer auf leistungerschließenden und infrastrukturellen Vorkehrungen (*Igl 2008*). Insbesondere mit der Pflegeberatung (Fallmanagement) und den Pflegestützpunkten enthält das Gesetz innovative Ansätze (*vgl. Klie/Monzer 2008 und Schaeffer/Kuhlmeiy 2008*). Bemerkenswert sind

auch die Vorgaben zum Qualitätsmanagement. Insbesondere mit der Intensivierung der Prüffrequenz des MDK und der Verpflichtung, die Prüfergebnisse in allgemeinverständlicher Form zu veröffentlichen (*vgl. Kühnert in diesem Band*), wird alten Forderungen, durch Schaffung von Markttransparenz zu mehr Qualitätswettbewerb zu gelangen (*vgl. z. B. Hallesches Memorandum 2000*), Rechnung getragen. Allerdings enthält das PFWG auch Maßnahmen zur Leistungsdynamisierung und zur Finanzierung auf die nunmehr eingegangen wird.

2.3.1 Leistungsdynamisierung

Anders als in der bedarfsorientierten Krankenversicherung werden in der Pflegeversicherung lediglich betraglich fixierte Zuschüsse zu Pflegeleistungen bzw. ein ebenfalls fixiertes Pflegegeld gewährt. Die Leistungssätze der Hauptleistungsarten wurden bereits 1993 festgelegt und seitdem nicht mehr angepasst, was zu massiven Realwertverlusten geführt hat. Dies kann besonders gut für den stationären Sektor gezeigt werden, da das Statistische Bundesamt seit 1999 im zweijährigen Abstand am 15. Dezember eine Vollerhebung bei allen Pflegeeinrichtungen durchgeführt, in der auch die Heimentgelte erhoben werden. *Tabelle 2-4* enthält die entsprechenden bundesweiten Durchschnittswerte für die bisherigen vier Erhebungszeitpunkte.

Wie die *Tabelle 2-4* zeigt, sind die Pflegesätze in diesem 6-Jahreszeitraum deutlich gestiegen – insgesamt um 8 (Stufe III), 11 (Stufe I) bzw. 12 (Stufe II) Prozent. Werden die Pflegesätze für die einzelnen Stufen mit dem jeweiligen Belegungsanteil gewichtet und werden dann die Kosten für Unterkunft und Verpflegung addiert, ergibt sich ein **durchschnittlicher Pflegesatz**, der die relative Bedeutung der Pflegestufen für die Heimentgelte und deren Verschiebung über die Zeit berücksichtigt. Dieser durchschnittliche Pflegesatz ist im Betrachtungszeitraum um insgesamt 8 Prozent bzw. um jährlich 1,3 % (geo-

metrisches Mittel) gestiegen. Die im Vergleich zu den übrigen Wachstumsraten etwas geringere Steigerungsrate für diesen durchschnittlichen Pflegesatz ist darauf zurückzuführen, dass der Anteil der Pflegebedürftigen in Stufe I zu-, der Anteil der Pflegebedürftigen in Stufe III aber abgenommen hat. Bereits 1999 übersteigen die durchschnittlichen Pflegesätze die Leistungen der Pflegeversicherung in Höhe von 1.023 € (Stufe I), 1.279 € (Stufe II) und 1.432 € (Stufe III). 2005 liegt die durchschnittliche Deckungslücke dann bereits bei 254 € (Stufe I), 423 € (Stufe II) bzw. sogar 696 € (Stufe III).¹⁴

Wird davon ausgegangen, dass die Entgelte auch vor 1999 und nach 2005 in gleichem Umfang gestiegen sind, so ergibt sich für den Zeitraum seit Einführung der Pflegeleistungen im stationären Bereich eine kumulierte Ausgabensteigerung von rund 15 % und ein entsprechender Realwertverlust der Pflegeversicherungsleistungen.

Diesem Kaufkraftverfall soll durch eine Leistungsanpassung entgegengetreten werden, wobei der Gesetzentwurf zwischen einer schrittweisen Anhebung der Leistungen bis 2012 und einer regelmäßigen Leistungsanpassung gemäß § 30 SGB XI ab 2015 unterscheidet.

¹⁴ Gemäß der Ergebnisse von *Roth/Rothgang (1999)* lagen die Pflegesätze in Stufe I und II im Jahr 1996 noch unter den Pflegeversicherungsleistungen, und 1998 galt dies zumindest noch für die Stufe I.

in € pro Monat	Pfleagesatz der Pflegeklasse			Durchschnittlicher Pfleagesatz	Unterkunft, Verpflegung und Pfleagesatz der Pflegeklasse		
	I	II	III		I	II	III
1999	1.155	1.520	1.976	2.056	1.702	2.067	2.523
2001	1.186	1.581	2.006	2.120	1.763	2.158	2.584
2003	1.246	1.672	2.098	2.194	1.824	2.250	2.675
2005	1.277	1.702	2.128	2.223	1.855	2.280	2.706
in %							
Wachstum 1999–2005	10,5	12,0	7,7	8,1	9,0	10,3	7,2
Durchschnittl. jährliches Wachstum	1,68	1,90	1,24	1,30	1,44	1,65	1,17
Für die Jahre 1999 bis 2001 liegen die Angaben in Euro / Tag, gerundet auf ganze Euro-Beträge vor. Wegen dieser Rundungsgenauigkeit sind die Daten für Unterkunft und Verpflegung für sich genommen nicht aussagekräftig.							
Quelle: eigene Berechnungen nach Daten der Bundespflegestatistik, publiziert in: Statistisches Bundesamt 2002, 2003b, 2005, 2007.							
WIdO 2009							

2.3.1.1 Schrittweise Leistungsanpassung

Im PfWG ist vorgesehen, die Leistungen bis 2012 schrittweise zu erhöhen. Tabelle 2-5 enthält die aktuellen Leistungshöhen und die für 2012 vorgesehenen Leistungshöhen für die Kernleistungen der Pflegeversicherung. Weiterhin sind die absolute Veränderung (in Euro) und die relative Veränderung (in % des Ausgangswertes) angegeben.

Wie die *Tabelle 2-5* zeigt, unterscheiden sich die Anpassungen je nach Leistungsart und Pflegestufe erheblich. Deutlich wird insbesondere die implizite Angleichungstendenz zwischen den Sachleistungen bei häuslicher Pflege und vollstationärer Pflege in den Stufen I und II. Eine solche Angleichung kann – zur Umsetzung des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Pflege – grundsätzlich durchaus be-

grüßt werden. Allerdings werden bei der vorgesehenen Dynamisierung insbesondere die ausgaben trächtigen Leistungsarten nicht angehoben. So machen die Leistungen der vollstationären Pflege in Stufe I und II, die nicht angepasst werden, derzeit insgesamt 43 % der SPV-Ausgaben aus. Wird – unter Berücksichtigung der derzeitigen Inanspruchnahme- und Ausgabenstruktur – errechnet, wie sich die Pflegeversicherungsleistungen insgesamt entwickeln, so ist erkennbar, dass die Anpassung unzureichend ist.

	Jahr		Veränderung in €	Veränderung des Aus- gangswertes in %	Durchschnittl. jährliche Wachstumsrate in % (geomtr. Mittel)	
	2007	2012			2007–2012	1996–2015
Sachleistungen						
Stufe I	384	450	66	17,2	3,2	0,8
Stufe II	921	1.100	179	19,4	3,6	0,9
Stufe III	1.432	1.550	118	8,2	1,6	0,4
Pflegegeld						
Stufe I	205	235	30	14,6	2,8	0,7
Stufe II	410	440	30	7,3	1,4	0,4
Stufe III	665	700	35	5,3	1,0	0,3
vollstationär						
Stufe I	1.023	1.023	0	0,0	0,0	0,0
Stufe II	1.279	1.279	0	0,0	0,0	0,0
Stufe III	1.432	1.550	118	8,2	1,6	0,4
insgesamt				7,1	1,4	0,4

Quelle: eigene Zusammenstellung und Berechnung auf Basis des PFWG.

WIdO 2009

Für den Zeitraum von 2007–2012 ergibt sich eine durchschnittliche jährliche Anpassungsrate (geometrisches Mittel) von 1,4 %, die damit eher unter als über der Inflationsrate liegen dürfte. Nun haben die Leistungen der Pflegeversicherung in der letzten Dekade aber bereits

erheblich an Wert verloren (*siehe oben*). Es kann daher auch geprüft werden, inwieweit es mit der Anpassung gelingt, diesen Realwertverlust wieder auszugleichen. Wird die Anpassung daher auf den Zeitraum von 1996 (Einführung der stationären Leistungen) bis 2015 (Beginn der regelmäßigen Dynamisierung) bezogen, ergibt sich eine jährliche Steigerungsrate von nur noch 0,4 %, die vollkommen ungeeignet ist, den Realwertverlust der Pflegeversicherungsleistungen einzudämmen.

Insgesamt ist die vorgesehene schrittweise Anpassung damit zu gering, um den Realwert der Pflegeversicherungsleistungen auch nur von heute bis 2012 konstant zu halten. Wenn schon ein Ausgleich des bisher bereits erfolgten Realwertverlustes aus fiskalischen Gründen als nicht möglich angesehen wird, ist aber zumindest die Aufrechterhaltung des derzeitigen Wertes der Versicherungsleistungen notwendig, soll die Akzeptanz der Pflegeversicherung nicht aufs Spiel gesetzt werden. Hierfür sind die vorgesehenen Anpassungen aber unzureichend.

2.3.1.2 Regelmäßige Leistungsanpassung ab 2015

Ab 2015 sollen die Leistungen dann regelmäßig in einem 3-Jahres-Rhythmus angehoben werden. Allerdings sieht der Wortlaut der geplanten Neufassung des § 30 SGB XI lediglich vor, dass die Notwendigkeit einer Anpassung alle drei Jahre „geprüft“ werde. Als Orientierungsgröße werden die Inflations- und die Bruttolohnentwicklung genannt, wobei jeweils die niedrigere Rate ausschlaggebend ist. Weiterhin können „die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt“ werden. Insbesondere die letztgenannte Einschränkung eröffnet die Möglichkeit, die Leistungsanpassungen ganz auszusetzen oder die Pflegeversicherungsleistungen sogar nach unten anzupassen. Bei der vorgeschlagenen Form handelt es sich daher um

eine **diskretionäre Anpassung**, die regelmäßig Anlass zu politischen Auseinandersetzungen bieten dürfte. Um einen weiteren Realwertverlust der Pflegeversicherung auszuschließen, ist dagegen eine **regelgebunden Anpassung** ohne diskretionären Spielraum nach einer vorgegebenen Formel notwendig.

Hinsichtlich der Höhe der Anpassung sollte in der Tat auf makroökonomische Größen wie die Inflationsrate und die Bruttolohn- und -gehaltsentwicklung abgestellt werden. Hierbei kann zwischen dem Pflegegeld und den Sachleistungen unterschieden werden. Für das Pflegegeld ist eine Anpassung entsprechend der allgemeinen Preisentwicklung sinnvoll. Bei den Pflegesachleistungen sollte die Kaufkrafterhaltung das Ziel der Anpassung sein. Mittel- und langfristig folgt die Preisentwicklung von Pflegeleistungen der Kostenentwicklung, wobei die Personalkosten der quantitativ wichtigste Kostenblock sind. Eine Leistungsdynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen in Anlehnung an die Lohnentwicklung in der Pflege verbietet sich aber, weil dadurch eine Lohn-Preis-Spirale nach oben ausgelöst würde. Sinnvoll erscheint dagegen die Anlehnung an die Bruttolohn- und -gehaltsentwicklung der gesamten Volkswirtschaft, da sich die Lohnentwicklung in der Pflege langfristig nicht von der übrigen Lohnentwicklung abkoppeln kann. Da neben den Personalkosten auch Sachkosten zu berücksichtigen sind, ist auch die Berücksichtigung der Inflationsrate plausibel. Eine Anpassungsformel, die auf einen gewogenen Mittelwert aus Inflation und Bruttolohn- und -gehaltsentwicklung abstellt, wäre daher ideal. Entsprechend wurde bereits in der *Nachhaltigkeitskommission (2003)* der Mittelwert aus Inflation und Bruttolohn- und -gehaltssteigerung als Anpassungsformel vorgeschlagen. Noch besser wäre eine Anpassungsformel, bei der Lohnentwicklung und Inflation im Verhältnis von Personal- zu Sachkosten (also etwa im Verhältnis 2 : 1) eingehen.

Eine Anpassung gemäß der Inflation – die im PFWG zudem nur als Obergrenze vorgesehen ist – würde bei steigenden realen Bruttolöhnen dagegen zu einem weiteren Wertverlust der Pflegeversicherungsleistungen führen, der sich auch in der Sozialhilfequote der stationär versorgten Pflegebedürftigen niederschlagen dürfte (*vgl. hierzu auch Dräther/Rehbein in diesem Band*). Sie ist daher unzureichend.

2.3.2 Finanzierung

In ihrem Koalitionsvertrag hatten die Regierungsparteien vereinbart, zur „Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung“ zum einen das Umlageverfahren „durch kapitalgedeckte Elemente als Demographiereserve“ zu ergänzen und zum anderen zum „Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen ... [einen] Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung“ einzuführen (*Koalitionsvertrag 2005*). Beide Vorhaben wurden im PFWG nicht verwirklicht. Stattdessen wurde beschlossen, den allgemeinen Beitragssatz zum 1.7.2008 um 0,25 Beitragssatzpunkte anzuheben. Die Anhebung des Beitragssatzes ist die administrativ einfachste Methode, die Einnahmen der SPV zu erhöhen. Durch den Einkommensbezug der Beitragszahlung ist dieser Weg grundsätzlich sozial ausgewogen und in der vorgesehenen Höhe volkswirtschaftlich vertretbar. Eine derartige Beitragssatzerhöhung war schon bei Einführung der Pflegeversicherung vorgesehen. So wird in der Gesetzesbegründung aus dem Jahr 1993 ausgeführt, dass der Beitragssatz „von 1,7 % im Jahr 1996 aus demographischen Gründen im Laufe der Zeit steigen [wird]. Der Umlagebeitragssatz wird im Jahre 2010 etwas 1,9 % und im Jahre 2030 etwa 2,4 % betragen.“ (*Bundestagsdrucksache 12/5262, S. 178*). Insgesamt ist der Rückgriff auf das Instrument der Beitragssatzerhöhung durchaus plausibel. Allerdings ist die im PFWG vorgesehene Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Beitragssatzpunkte allein nicht ausreichend, um eine nachhaltige Finanzierung der SPV zu

erreichen. Dies verdeutlicht *Tabelle 2–6*, in der die Mehrbelastungen in Mrd. € (und bei den Eckpunkten zusätzlich auch in Beitragssatzpunkten) angegeben sind, wie sie in den Eckpunkten zur Reform der Pflegeversicherung vom 19. Juni 2007 und dem Gesetzentwurf vom 7. Dezember 2007 ausgewiesen sind.¹⁵

Tabelle 2–6: Mehrbelastungen durch Maßnahmen des PFWG in Mrd. Euro und Beitragssatzpunkten

Eckpunkte	Jahr							
	2008	2009	2010	2011	2012	2015	2020	2030
Mrd. €	0,83	0,98	1,52	1,71	2,22	3,37	4,94	12,38
BSP*	0,09	0,09	0,15	0,16	0,20	0,28	0,36	0,68
Gesetzentwurf	2008	2009	2010	2011	2012	2015	2020	2030
Mrd. €	0,48	1,04	1,53	1,70	2,20			

* Tabellen-Fußnote fehlt

Quelle: eigene Zusammenstellung und Berechnung auf Basis des PFWG.

WIdO 2009

Bereits 2012 werden die Zusatzeinnahmen durch die Beitragssatzerhöhung demnach weitgehend von den durch das PFWG ausgelösten Mehrausgaben verzehrt. Ab 2015 liegen die durch das PFWG ausgelösten Ausgabensteigerungen höher als die Mehrausgaben. Einen Beitrag zur Lösung der strukturellen Defizite der SPV leistet das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz demnach nicht. Im *Gesetzentwurf* (S. 3) wird geschlussfolgert, dass mit der Beitragssatzerhöhung „die Aus-

¹⁵ Im Gesetzentwurf wird von einem Inkrafttreten zum Juli 2008 ausgegangen, daher die niedrigen Werte für 2008. Für 2009 und 2012 sind die Angaben gegenüber den Eckpunkten leicht nach oben korrigiert worden. Über 2012 hinausgehende Angaben enthält der Gesetzentwurf – anders als noch die Eckpunkt – nicht. Bereits damit wird der begrenzte Zeithorizont der Finanzplanung deutlich.

wirkungen der demografischen Entwicklung sowie die Leistungsverbesserungen mit Ausnahme der Dynamisierung dauerhaft finanziert werden“ können. Für die im Gesetzentwurf vorgesehene und zum Systemerhalt notwendige Dynamisierung ist damit keine Vorsorge getroffen. Die Beitragssatzanhebung dient ausschließlich zur Finanzierung der Leistungsverbesserungen, selbst ein Beitrag zur Tragung der demographisch bedingten Ausgabensteigerungen erfolgt nicht. Eine neuerliche Finanzreform ist daher in der nächsten, spätestens in der übernächsten Legislaturperiode notwendig.

Tatsächlich ist selbst die Annahme einer gesicherten Finanzierung bis 2014 optimistisch. So sind die Einnahmen der SPV aufgrund der geringen Grundlohnsummensteigerung seit 1998 deutlich langsamer gestiegen als die Ausgaben (*vgl. Tabelle 2-1*). Weitere Defizite können daher nur vermieden werden, wenn die Grundlohnsumme in Zukunft – anders als in der Vergangenheit – in mindestens gleichem Umfang steigt wie die Ausgaben. Hiervon kann nicht mit Sicherheit ausgegangen werden – zumal die weltwirtschaftlichen Risiken für die Konjunkturentwicklung nicht zu übersehen sind. Im Gesetzentwurf sind keine Aussagen dazu enthalten, inwieweit fiskalische Risiken der Pflegeversicherung, die sich etwas aus der verstärkten Nutzung der Entgeltumwandlungen (mit Beitragsverlusten für die SPV) und aus einem geringen Wachstum der Rentenhöhen (mit negativen Auswirkungen auf die Beitragszahlungen der Rentner) berücksichtigt sind. Weiterhin sind eventuelle Mehrausgaben, die sich aus der geplanten Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergeben, nicht berücksichtigt. Da sich die Debatte um den Pflegebedürftigkeitsbegriff aber vor allem an der Frage unberücksichtigter Bedarf bei demenziell erkrankten Versicherten entzündet hat, ist davon auszugehen, dass sich hier weitere finanzielle Belastungen ergeben.

2.4 Verbleibender Reformbedarf und Reformoptionen

Insgesamt ist daher unabweisbar, dass spätestens 2014, wenn die erste Leistungsdynamisierung beschlossen werden soll, erneut über eine Finanzreform der Pflegeversicherung diskutiert werden muss. Aus den genannten Gründen ist es aber nicht unwahrscheinlich, dass bereits in der nächsten Legislaturperiode eine **Finanzreform der Pflegeversicherung** vorzunehmen ist. Die geplante Anhebung des Beitragssatzes ist daher zwar ein sinnvoller erster Schritt, dem aber weitere Reformschritte folgen müssen. Da auch die Umsetzung der Vorschläge des Beirats zur Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in die nächste Legislaturperiode fallen dürfte, bietet es sich an, diese beiden Aspekte zu verbinden und den nächsten Reformschritt bereits jetzt vorzubereiten. Es stellt sich daher die Frage, welche Optionen hierfür zur Verfügung stehen.

Eine Systematisierung und Diskussion verschiedener Reformvorschläge ist bereits an anderer Stelle vorgenommen worden (*vgl. z. B. Rothgang 2004, 2006a und b, 2007a und b sowie Jacobs/Dräther 2005*). Dabei zeigt sich, dass zunächst grundsätzlich zwischen auf einen Systemwechsel und auf Weiterentwicklung des Systems abzielenden Optionen unterschieden werden kann. Ein Systemwechsel könnte insbesondere erfolgen durch

- Abschaffung der Pflegeversicherung zugunsten eines steuerfinanzierten Bundesleistungsgesetzes (*vgl. Nachhaltigkeitskommission 2003: 201-212*),
- Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung (*vgl. SVR Gesundheit 2005*),

- Abschaffung der umlagefinanzierten Pflegeversicherung und Umstieg auf eine kapitalfundierte obligatorische Privatversicherung (*SVR Wirtschaft 2005*) und
- Bürgerpauschale (*SVR Wirtschaft 2005*).

Wie die politische Diskussion um das PFWG gezeigt hat, ist allerdings keiner dieser Vorschläge mehrheitsfähig.¹⁶ Auch in der nächsten Legislaturperiode wird vielmehr in Bezug auf die Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung über eine Weiterentwicklung und Ergänzung des bestehenden Systems diskutiert werden. Hierzu stehen insbesondere drei Optionen zur Verfügung:

- Die Einführung steuerfinanzierter Elemente,
- Elemente einer Bürgerversicherung und
- eine ergänzende Kapitalfundierung.¹⁷

Da die derzeitige Ausgestaltung der Beitragspflicht in der Sozialversicherung weitgehend nur den Faktor Arbeit belastet, wird bereits seit längerem diskutiert, diesen von der Finanzierung von Sozialleistungen zu entkoppeln. Dies kann durch Umstieg auf ein Pauschalprämienmodell (*siehe oben*), durch Bürgerversicherungselemente (*siehe unten*) oder aber auch durch einen höheren Anteil an Steuerfinanzierung erfolgen.

¹⁶ Für eine inhaltliche Auseinandersetzung mit diesen Vorschlägen siehe Rothgang 2004, 2006a und b sowie 2007a und b. Dort wird jeweils begründet, warum ein solcher Systemwechsel auch inhaltlich nicht sinnvoll ist.

¹⁷ Darauf, dass die weitergehende Option, von einem beitragsfinanzierten Versicherungssystem auf ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz umzustellen, unrealistisch erscheint, wurde bereits hingewiesen.

In der Vergangenheit wurden aus unterschiedlichen Gründen zunehmend allgemeine Haushaltsmittel des Bundes zur Finanzierung von Ausgaben der Sozialversicherung herangezogen. Seit Ende der 1990er Jahre ist z. B. der Zuschuss zur gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) mehrmals und insgesamt deutlich angehoben worden, um den Beitragssatz zur GRV zu senken und so den Faktor Arbeit von ihren Lohnnebenkosten zu entlasten (*vgl. Schmähl 2003*). Begründet werden diese Bundeszuschüsse mit „versicherungsfremden Leistungen“, die Nichtversicherten zugute kommen, die nicht dem spezifischen Versicherungszweck des Sozialversicherungszweiges entsprechen oder allgemeinen Einkommensumverteilungszielen dienen und nicht über lohnbezogene Beiträge finanziert werden sollen (*SVR 2005 S. 331*).¹⁸

Zur Senkungen der Beitragssätze zur SPV können daher ebenfalls pauschal Bundeszuschüsse zur SPV gezahlt werden, die allerdings im besonderen fiskalisch und politisch motivierten diskretionären Eingriffen unterliegen und zudem dem Äquivalenzansatz der Kranken- und Pflegeversicherung widersprechen. Der besteht darin, Ansprüche auf Versicherungsleistungen mindestens „dem Grunde nach“ mit dem Entrichten von individuellen Beiträgen zu verknüpfen (Gruppenäquivalenz) und somit dem Beitrag die Funktion eines Preises für einen Versicherungsschutz zu verleihen (*vgl. Schmähl 1995*). Eine mit diesem Äquivalenzprinzip kompatible und zugleich stabilere (und damit

¹⁸ Es ist allerdings umstritten, ob bedarfsgeprüfte Leistungen, mit denen Ziele der allgemeinen Einkommensumverteilung verfolgt werden, wie die Hinterbliebenenrenten der GRV (§§ 46 ff. SGB VI) oder die einkommensabhängige Zuzahlungsbe freiung in der GKV (§ 62 SGB V) generell versicherungsfremd bzw. „fehlfinanziert“ (*so z. B. Schmähl 2007*) oder aber originäre sozialversicherungstypische Leistungen sind (*so z. B. Ruland 1995*).

sinnvollere) Ausgestaltungsform der Steuerfinanzierung sind steuerfinanzierte Beiträge oder Erstattungen durch den Bundeshaushalt. Ansatzpunkt hierfür könnte die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der Sozialen Pflegeversicherung (§ 25 Abs. 2 SGB XI) sein, die relativ unstrittig als „versicherungsfremde Leistung“ angesehen wird (SVR Wirtschaft 2005, S. 363). Steuerfinanzierte Beiträge für heute beitragsfrei mitversicherte Kinder würden das Versicherungsprinzip in der SPV stärken und wären Ausdruck für eine Zuordnung von Finanzierungszuständigkeiten, die allgemeine Umverteilungsausgaben und familienpolitisch motivierten Sozialleistungen beim Bund verortet. Wie etwa auch bei der Finanzierung des Kindergeldes steht bei der beitragsfreien Mitversicherung der Kinder dann der allgemeine Steuerzahler – und nicht der Beitragszahler – in der Finanzierungspflicht.

Die Höhe dieses Beitrags könnte sich an den SPV-Ausgaben für beitragsfrei mitversicherte Kinder orientieren. Deren Anteil an den Pflegebedürftigen insgesamt liegt bei etwa 5 % (4,6 % der Pflegebedürftigen sind jünger als 20 Jahre, einige der bis zu 26 Jahre alten Pflegebedürftigen werden heute ebenfalls als Kind beitragsfrei mitversichert sein) (BMG 2007). Somit sind heute ca. 5 % der Ausgaben (ca. 910 Mio. €) (BMG 2008b) der SPV „fehlfinanziert“ und wären in Zukunft aus dem allgemeinen Steueraufkommen aufzubringen. Die finanzielle Ergiebigkeit dieses Instruments ist damit begrenzt und ein steuerfinanzierter Beitrag für bislang beitragsfrei mitversicherte Kinder ist bestenfalls ein Baustein zur Lösung der Finanzierungsproblematik.

Allerdings ist fraglich, ob die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern als Teil des – verteilungspolitisch motivierten – Familienlastenausgleichs anzusehen ist, der steuerfinanziert werden sollte, oder ob es sich um Berücksichtigung von Erziehungsleistungen von Familien

handelt, die der Versichertengemeinschaft zugute kommen und als Teil des Familienleistungsausgleichs von der Versichertengemeinschaft finanziert werden sollten, die auch Nutznießer ist. So hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 3.4.2001 entschieden, dass Kindererziehende mit ihren Erziehungsleistungen einen konstitutiven (Real)Beitrag für die Bestandssicherung der umlagefinanzierten Pflegeversicherung leisten, der durch die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder nicht ausgeglichen werde. Wird dieser Argumentation gefolgt, ist die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der sozialen Pflegeversicherung keine „versicherungsfremde“ Leistung, sondern im Gegenteil eine nicht ausreichende Kompensation für die Leistungen, die Kindererziehende für dieses Sicherungssystem leisten. Allerdings ist diese Argumentation in der Fachdiskussion hoch umstritten (*vgl. Rothgang, 2001 und Ruland, 2001*).

Neben einer möglichen Steuerfinanzierung werden Bürgerversicherungselemente und Elemente einer ergänzenden Kapitalfundierung sicherlich im Zentrum der zukünftigen Diskussion zur Finanzierung der Pflegeversicherung stehen. Hierauf wird in den beiden nachfolgenden Beiträgen daher ausführlich eingegangen.

2.5 Fazit

Seit Beginn dieser Dekade ist die Pflegeversicherung defizitär. Dies ist vor allem auf deren strukturelle Einnahmeschwäche zurückzuführen, d. h. darauf, dass der Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen am Sozialprodukt im Zeitverlauf sinkt. Auch in Zukunft ist von weiterhin steigenden Ausgaben der Pflegeversicherung auszugehen. Ob diese bei einem konstanten Leistungsniveau zu weiteren Defiziten führen würden, hängt insbesondere von der gesamtwirtschaftlichen Ent-

wicklung ab. Allerdings würde die Pflegeversicherung dramatisch an Funktionalität und Legitimation verlieren, wenn die als Euro-Beträge fixierten Leistungen im Zeitverlauf unangepasst blieben. Eine ausreichende Leistungsdynamisierung ist bei gegebenem Beitragssatz aber nicht finanzierbar. Deshalb ist eine Finanzreform notwendig.

Das PFWG sieht diesbezüglich lediglich eine Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Beitragssatzpunkte vor. Selbst bei der unzureichenden Leistungsanpassung, die im Gesetz vorgesehen ist, würde dies allenfalls zur Sicherung der Finanzierung bis ins Jahr 2014 ausreichen. Selbst bei dieser im Gesetzentwurf vorgenommenen Abschätzung wird aber von erheblichen fiskalischen Risiken abgesehen. Da in der nächsten Legislaturperiode die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs geregelt werden muss, die womöglich ebenfalls fiskalische Implikationen aufweist, ist davon auszugehen, dass dann auch wieder über eine – weitergehende – Finanzreform der Pflegeversicherung diskutiert werden wird.

Hinsichtlich einer solchen Finanzreform bestehen mehrere Optionen. Auf einen Systemwechsel abzielende Optionen dürften dabei keine Realisierungschance haben. Vielmehr wird sich die Diskussion insbesondere auf die beiden Ansätze zur Ergänzung des derzeitigen Systems konzentrieren, die bereits im Koalitionsvertrag vereinbart, im PFWG aber nicht umgesetzt wurden: die ergänzende Kapitalfundierung und Elemente einer Bürgerversicherung. Diese beiden Optionen werden daher nachstehend intensiver diskutiert.

2.6 Literatur

BA [=Bundesagentur für Arbeit] (2008), Arbeitsmarkt in Zahlen – Beschäftigungsstatistik, Stand: März 2008, Nürnberg, URL: <http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/detail/b.html>.

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2007), Mitgliederstatistik KM6, Stichtag zum 1. Juli 2007

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2008), Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Altersgruppen. In: www.bmg.bund.de / Statistiken / Statistiken Pflege (Stand: Mai 2008).

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2008b), Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung – Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. In: [www.bmg.bund.de/Statistiken/Statistiken Pflege](http://www.bmg.bund.de/Statistiken/Statistiken%20Pflege) (Stand: Mai 2008).

Deutscher Bundestag (2002), Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik.“ Bundestags-Drucksache 14/8800 von 28.3.2002.

Dietz B (2002), Die Pflegeversicherung. Ansprüche, Wirklichkeiten und Zukunft einer Sozialreform. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Dräther H/Holl-Manoharan N (2009), Modellrechnungen zum zukünftigen Finanzierungsbedarf der sozialen Pflegeversicherung, in: Dräther H/Jacobs K/Rothgang H (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung. nach der Reform ist vor der Reform, S. 15–38.

Gesellschaft, für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) (2005), Zentrale Herausforderungen bei der Reform der Pflegeversicherung. Ein Zwischenstand. Köln, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG).

Hallesches Memorandum (2000), [Hallesches Memorandum zur weitgehend ausgabenneutralen Reform der Pflegeversicherung, zusammengefasst von Johann Behrens und Heinz Rothgang] (2000), in: Zeitschrift für Sozialreform, 46. Jahrgang, Heft 12: 1089–1097.

Igl G (2009), Bisherige Erfahrungen und Defizite der Pflegeversicherung und die Reform 2008 – aus sozialrechtlicher Sicht, in: Bieback, Jürgen (Hg.): Die Reform der Pflegeversicherung 2008, Münster: Lit Verlag, S. 41–68.

Jacobs K/Dräther H (2005), Wer bezahlt die Pflege? Reformvorschläge im Vergleich, in: Gesundheit und Gesellschaft, 8. Jg, Heft, 9: 23–29.

Klie T/Monzer M (2008), Case Management in der Pflege, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Vol. 51, No.2: 92–105.

Nachhaltigkeitskommission (= Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme) (2003), Bericht der Kommission. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung.

Roth G/Rothgang H (1999), Stop der „Preiswalze“? Führt das Pflegeversicherungsgesetz zu einer Angleichung und Begrenzung der Heimentgelte? ZeS-Arbeitspapier Nr. 11/1999. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik.

Rothgang H (1997), Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Schriften des Zentrum für Sozialpolitik, Band 7. Frankfurt: Campus.

Rothgang H (2001), "Die Verfassungsgerichtsurteile zur Pflegeversicherung: Ausgangspunkt für eine Neuordnung der Sozialversicherung?" Sozialer Fortschritt 5: 121–126.

Rothgang H (2002), Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte – Endbericht zu einer Expertise für die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages, in: Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ (Hrsg.): Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik – Studienprogramm, Band V, R. v. Decker Verlag: Heidelberg.

Rothgang H (2005), Demographischer Wandel und Pflege(ver)sicherung, in: Kerschbaumer J/Schröder W (Hrsg.): Sozialstaat und demographischer Wandel. Herausforderungen für Arbeitsmarkt und Sozialversicherung, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 119–146.

Rothgang H (2006a), Finanzierungsalternativen der Pflegeversicherung zwischen Eigenverantwortung und Solidarität, in: WSI-Mitteilungen 4: 212–219.

Rothgang H (2006b), Die umlagefinanzierte Pflegeversicherung ist reformfähig, in: Die BKK – Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung, 94. Jahrgang, Heft 4: 174–177.

Rothgang H (2007a), Unterschiedliche Gestaltungs- und Finanzierungskonzept der Pflegeversicherung. Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung.

URL: http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2005-782-4-2.pdf.

Rothgang H (2007b), Reform der Pflegeversicherung durch Weiterentwicklung des bestehenden Systems, in: Wirtschaftsdienst, Heft 6: 364–370

Rothgang H/Preuss M (2007), Was können wir über Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung in der Zukunft wissen? in: Igl G/Naegele G/Hamdorf S (Hrsg.): Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen. Münster: Lit Verlag: 35–47.

Ruland F (2001), "Das BVerfG und der Familienlastenausgleich in der Pflegeversicherung." Neue juristische Wochenzeitschrift, Jg. 54: 1673–1678.

Schaeffer D /Kuhlmeier A (2008), Pflegestützpunkte – Impulse zur Weiterentwicklung der Pflege, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Vol. 51, No.2: 81–85.

SVR Gesundheit [=Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2005), Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. URL: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht05/Kurzfassung.pdf>.

SVR Wirtschaft [=Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung] (2005), Jahresgutachten 2004/05: Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. URL: www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/gutacht/ga-frueher.php

Schmähl W (1995), "Funktionsgerechte Finanzierung der Sozialversicherung, ein zentrales Element einer Entwicklungsstrategie für den deutschen Sozialstaat – Begründung und quantitative Dimensionen." Deutsche Rentenversicherung 1995 (10-11): 601–617.

Schmähl W (2003), "Senkung der Lohnnebenkosten in Deutschland – Optionen und Potentiale." Sozialer Fortschritt, Nr. 4: 83–90.

Schmähl W (2007), „Aufgabenadäquate Finanzierung der Sozialversicherung durch Beiträge und Steuern. Begründungen und Wirkungen eines Abbaus der 'Fehlfinanzierung' in Deutschland“. In: Die Reform des Sozialstaats zwischen Freiheitlichkeit und Solidarität. Blanke H-J (Hrsg.), Tübingen, Mohr S: 57–85.

3 Pflege-Bürgerversicherung

Hendrik Dräther, Klaus Jacobs und Heinz Rothgang

3.1 Einleitung

Die „Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung“ der Pflegeversicherung hatte sich die Große Koalition explizit auf ihre reformpolitische Agenda geschrieben. Im Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 war aber nicht nur dieses eher allgemein gehaltene Ziel formuliert, sondern darüber hinaus waren bereits zwei konkrete Reformelemente vereinbart, mit denen dieses Ziel erreicht werden sollte. Zum einen wurde die „Ergänzung des Umlageverfahrens durch kapitalgedeckte Elemente als Demographiereserve“ für notwendig erachtet. Zum anderen wurde festgelegt, dass „zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen (...) ein Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung eingeführt“ werden sollte. Ein entsprechendes Gesetz sollte bis zum Sommer 2006 vorgelegt werden (*vgl. CDU/CSU/SPD 2005*).

Entgegen dieser gemeinsamen Zielvereinbarung der Koalitionsparteien enthält das zum 1. Juli 2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG) keine erkennbaren Maßnahmen zur Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung der Pflegeversicherung – zumindest wenn man hierunter Reformen der bestehenden Finanzierungsstrukturen versteht, die über die bloße Anhebung des Beitragssatzes hinausreichen (*vgl. Rothgang & Dräther in diesem Band*). Folgerichtig hat der Sachverständigenrat zur Beurteilung der

gesamtwirtschaftlichen Entwicklung die Reform der sozialen Pflegeversicherung in seinem Jahresgutachten 2008 mit der Überschrift „Die Chance vertan“ charakterisiert (*SVR-Wi 2008: 406*). Selbst die Bundesregierung gehe davon aus, dass die Mitte 2008 erfolgte Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte allenfalls ausreiche, um die Ausgaben der Pflegeversicherung bis 2014 zu decken (*ebenda, Ziff. 700*), wobei die fiskalischen Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise dabei noch unberücksichtigt sind. Deshalb muss die im PFWG ausgebliebene Reform der Finanzierungsstrukturen der Pflegeversicherung lediglich als aufgeschoben, aber keinesfalls als aufgehoben angesehen werden – im Gegenteil: Man kann wohl mit recht großer Gewissheit davon ausgehen, dass es nach der Bundestagswahl 2009, allerspätestens aber nach der darauf folgenden Wahl einen abermaligen Anlauf zu einer Reform der Pflegefinanzierung geben dürfte.

Dabei dürften die beiden o. g. im Koalitionsvertrag bereits vereinbarten, dann aber nicht umgesetzten Optionen von großer Bedeutung sein. Während die Einführung von Elementen einer – vollständigen oder ergänzenden – Kapitaldeckung in *Kapitel 4* thematisiert wird, stehen im Blickfeld dieses Beitrags dagegen solche Reformdimensionen, die schon im Vorfeld der zurückliegenden Pflegereform im Zusammenhang mit dem Begriff der „Bürgerversicherung“ in unterschiedlichen Varianten diskutiert worden sind.

3.2 Ziele und Kernidee einer Pflege-Bürgerversicherung

Der Begriff der Bürgerversicherung, der insbesondere auch die Reformdebatte in Bezug auf die gesetzliche Krankenversicherung lange

Zeit mitbestimmt hat (und voraussichtlich in näherer Zukunft wieder mitbestimmen dürfte, da Lösungen der einschlägigen Finanzierungsprobleme auch in diesen Sozialversicherungszweig im Rahmen der letzten Reformgesetzgebung weithin unterblieben sind; *vgl. z. B. Jacobs 2007*), bezieht sich im Grundsatz nicht auf ein fest umrissenes Konzept, das nur „ganz oder gar nicht“ umgesetzt werden kann, sondern auf unterschiedliche Reformelemente. Diese Elemente können grundsätzlich jeweils in unterschiedlicher Ausprägung und Intensität realisiert und miteinander kombiniert werden.

Vertreter politischer Parteien oder bestimmter gesellschaftlicher Gruppen, die sich dem Reformziel einer Bürgerversicherung verschrieben haben, mögen dieser Ansicht widersprechen – schließlich propagieren sie selbst meist ganz bestimmte Ausprägungen relevanter Reformelemente unter der programmatischen Überschrift „Bürgerversicherung“, den sie ob seines augenscheinlich ausgesprochen positiv anklingenden Grundtenors nur zu gern „exklusiv“ für sich reklamieren möchten. Dennoch gibt es nicht „die“ Bürgerversicherung (wie es im Übrigen auch nicht „die“ Gesundheits- oder Pflegeprämie bzw. -pauschale gibt und ebenfalls – wie noch gezeigt wird – nicht von vornherein eine grundsätzliche und vollständige Unvereinbarkeit von zentralen Merkmalen der beiden Reformkonzepte Bürgerversicherung und Gesundheits- bzw. Pflegeprämie).

Was sind nun die zentralen Charakteristika einer Bürgerversicherung, und zwar unabhängig von der konkreten Ausgestaltung einzelner Elemente? Eine maßgebliche Triebfeder für die Forderung nach Einführung einer Bürgerversicherung liegt in der Beobachtung, dass die

Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherten seit einiger Zeit regelmäßig hinter der Entwicklung der Wirtschaftskraft zurückbleibt¹⁹ und damit nicht einmal mehr „BIP-gemäße“ (also an der Entwicklung der am Bruttoinlandsprodukt gemessenen Wirtschaftskraft orientierte) Ausgabenzuwächse beitragsatzneutral finanziert werden können. Ursache der Erosion der Einnahmehasis der Pflegeversicherung sind u. a. der zunehmende Anteil atypischer Beschäftigungsverhältnisse innerhalb der abhängigen Beschäftigung und die Zunahme von „neuer Selbstständigkeit“ (i. d. R. ohne Mitarbeiter). Zwar stellt der hiermit verbundene Zuwachs unsteter Erwerbsverläufe insoweit kein Problem für die Absicherung im Pflegefall dar, als es in diesem Bereich der sozialen Sicherung eine generelle Versicherungspflicht gibt und somit kein grundsätzliches Zugangsproblem für einzelne Bevölkerungsgruppen besteht. Allerdings wird angesichts der Aufteilung der Pflegeversicherung in einem fiskalisch und finanziell unabhängigen Nebeneinander von gesetzlicher (SPV) und privater Pflegeversicherung (PPV) ein gravierendes Gerechtigkeitsproblem manifest: Für die solidarische Finanzierung des Pflegerisikos innerhalb der sozialen Pflegeversicherung steht ein tendenziell immer kleinerer Teil des Volkseinkommens zur Verfügung, auch weil bestimmte Personen und darüber hinaus bestimmte Einkommensbestandteile nicht oder in zunehmendem Maße nicht mehr zur solidarischen Finanzierung herangezogen werden.

¹⁹ Dieses verstärkt seit Anfang der 1990er Jahre zu beobachtende und oftmals als „Wachstumslücke“ bezeichnete Phänomen ist im Vorfeld der vergangenen „Diskussionsrunde“ zur Finanzierungsreform von gesetzlicher Kranken- und sozialer Pflegeversicherung wiederholt ausführlich dargelegt worden; *vgl. etwa SVR-Ges (2003), S. 31 ff., Wille (2008).*

In Verbindung mit dieser Erosion der Einnahmehasis der SPV wiegt besonders schwer, dass die Versicherten der PPV über überdurchschnittlich hohe Einkommen verfügen. Würde man einmal unterstellen, dass die Versicherten der PPV ebenfalls einkommensabhängige Beiträge zahlen, bei denen Beamtenbesoldung, Pensionen und andere derzeit nicht beitragspflichtigen Erwerbs- und Alterseinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze beitragspflichtig sind, wiesen die Privatversicherten im Durchschnitt eine etwa 1,6-mal so hohe Beitragsbemessungsgrundlage auf wie die gesetzlich Versicherten (*Leinert 2006: 37*). Da die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und nicht erwerbstätigen Ehepartnern ohne eigenem Einkommen bei diesem Vergleich berücksichtigt wird, kommen auch solche Einkommensunterschiede zum Ausdruck, die in der jeweiligen Familien- und Haushaltsstruktur begründet sind (*vgl. Dräther 2006; van der Beek/Weber 2008*).

In Bezug auf das Nebeneinander von SPV und PPV resultiert ein weiteres Gerechtigkeitsproblem aus einer unübersehbaren Risikoselektion auf der Leistungs- bzw. Ausgabenseite. Entsprechende Unterschiede beim „Schadensrisiko“ Pflegebedürftigkeit sind bei der Pflegeversicherung sehr viel klarer und eindeutiger zu erkennen als etwa im Bereich der Krankenversicherung, weil es seit ihrer Einführung 1995 einen vollständig einheitlichen Leistungskatalog in den beiden getrennten Sparten der Pflegeversicherung gibt. Privatversicherte Pflegebedürftige erhalten im Leistungsfall gemäß SGB XI exakt dieselben Leistungen wie gesetzlich Versicherte, tragen derzeit jedoch im Durchschnitt ein deutlich geringeres Pflegefallrisiko. Auf 100 Versicherte der PPV kommen ca. 1,27 Pflegebedürftige, während dieser Anteil in der SPV mit rund 2,77 mehr als doppelt so hoch liegt (*siehe Tabelle 3-1*).

Ist-Angaben zu den Einnahmen und Ausgaben	SPV	PPV	Zusammen
Versicherte (Mio.)	70,522	9,164	79,686
Beitragseinnahmen insgesamt in Mrd. Euro	17,38	1,87	19,25
Beiträge/Prämien je Versicherten und Jahr	246	204	241
Anzahl Pflegebedürftige je 100 Versicherten	2,77	1,27	2,60
Leistungsausgaben (Mrd. Euro)	16,98	0,55	17,53
Leistungsausgaben je Versicherten ohne Beihilfe (Euro je Jahr)	241	60	220
Mittelbestand/Altersrückstellungen (Mrd. Euro)	3,05	15,17	18,22

Quelle: (BMG 2008) und (PKV 2007); eigene Berechnungen.

WidO 2009

Wie der *Tabelle 3-1* zu entnehmen ist, liegen die durchschnittlichen Finanzierungsbeiträge pro Versicherten in der Sozialen Pflegeversicherung trotzdem nur um rund 20 % über denen, in der privaten Pflegepflichtversicherung. Allerdings gibt es zwei Gründe, warum sich die durchschnittliche Höhe der Beiträge von gesetzlich und privat Pflegeversicherten nicht direkt miteinander vergleichen lässt. Der erste Grund liegt darin, dass bei der PPV aus dem Beitragsaufkommen auch Alterungsrückstellungen aufgebaut werden, während die SPV in einem reinen Umlageverfahren finanziert wird. Die durchschnittlichen Leistungsausgaben in der SPV betragen im Vergleichsjahr 2005 rund 241 Euro je Versichertem. Seit 1999 hat das jährliche Beitragsaufkommen – mit Ausnahme des Jahres 2005 – nicht einmal dazu ausreicht hat, die laufenden Ausgaben zu decken. Nicht zuletzt deshalb sind im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes die Beitragsätze zum 01.07.2008 von 1,75 auf 1,95 % bzw. – für Versicherte ohne Kinder – von 1,95 auf 2,20 % angehoben worden. Demgegen-

über betragen die durchschnittlichen Leistungsausgaben in der PPV lediglich rund 60 Euro je Versichertem. Der Großteil des Beitragsaufkommens – mehr als zwei Drittel – konnte deshalb für den Aufbau von Alterungsrückstellungen und andere Aufgaben (z. B. Verwaltungskosten) verwendet werden. Bis Ende 2007 betragen die Alterungsrückstellungen insgesamt bereits mehr als 17 Milliarden Euro.

Tatsächliche (SPV) und hochgerechnete (PPV) Ausgaben	SPV	PPV	Zusammen
Leistungsausgaben inklusive Beihilfe (Mrd. Euro)	16,98	1,09*	18,07
Durchschnittliche Leistungsausgaben je Versicherten (inklusive Beihilfe; Euro pro Jahr)	241	121*	227
Ausgabendeckender durchschnittlicher Beitragssatz in %**	1,8	≈ 0,6**	1,65–1,7

* Die Leistungsausgaben (ohne Verwaltungsausgaben) für Pflegebedürftige der PPV entsprechen den nach Pflegestufe und Art der Inanspruchnahme differenziert Pro-Kopf-Leistungsausgaben der SPV.

** Ausgabendeckender Beitragssatz für Versicherte der PPV für Leistungsausgaben der PPV auf Basis einer Simulation von Einkommen, die beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV unter Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze und einer beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen entsprechen. Siehe dazu auch (Leinert 2006).

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis (BMG 2008), (BMG 2008b), (BMG 2008d) und (PKV 2007).

WIdO 2009

Der zweite Grund für die eingeschränkte Vergleichbarkeit der Beitragshöhe von SPV und PPV resultiert aus den Beihilfezahlungen, die privatversicherte Pflegebedürftige beziehen, wenn sie oder ihre direkten Familienangehörigen als Beamte und oder in beamtenähnlichen Beschäftigungsverhältnissen tätig sind (oder waren). In diesem Fall hat die PPV maximal 50 % der Leistungsausgaben zu übernehmen, in Abhängigkeit vom jeweiligen Familienstatus und der Anzahl an Kindern aber meist deutlich weniger als 50 %. Deshalb spiegeln die Leistungsausgaben der PPV in Höhe von ca. 0,55 Mrd. Euro (2005) nur

einen Teil der Ausgaben wider, die insgesamt für Leistungen an privatversicherte Pflegebedürftige anfallen. Diese dürften insgesamt – also inklusive Beihilfezahlungen – bei schätzungsweise 1,1 Mrd. Euro gelegen haben (*siehe Tabelle 3–2*). Somit entfielen auf einen Versicherten der PPV insgesamt Leistungsausgaben in Höhe von schätzungsweise 121 Euro pro Jahr, während dieser Betrag in der SPV mit rund 241 Euro je Versicherten fast genau doppelt so hoch lag. Würde die PPV ebenfalls per Umlageverfahren finanziert, hätte sie – im Vergleich zur SPV – etwa nur halb so viel an Beiträgen je Versicherten erheben müssen, selbst wenn ihre verbeamteten Versicherten und deren Familienangehörige keine steuerfinanzierten Beihilfeleistungen erhalten hätten. Bei der Schätzung eines Ausgaben deckenden Beitrags für Versicherte der PPV kumulieren sich zwei weitere (Einkommens)Selektionseffekte: die durchschnittlichen Einkommen von Versicherten der PPV liegen deutlich höher als bei Versicherten der SPV und zudem hätte die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen bei der PPV eine geringere Bedeutung (*vgl. dazu auch Dräther 2006 und PKV 2008*). Beide Effekte führen ebenfalls dazu, dass ein Ausgaben deckender Beitragssatz in der PPV im Vergleich zur SPV niedriger wäre.

Diese Gegenüberstellungen machen deutlich, dass zwischen den beiden Systemen der SPV und der PPV gravierende Unterschiede sowohl hinsichtlich der Einkommensverteilung der Versicherten als auch im Hinblick auf deren Pflegerisiko bestehen. Bereits bei einer Status-quo-Betrachtung wird damit die Forderung nach Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung massiv gestützt. Stellt man darüber hinaus in Rechnung, dass zum einen praktisch seit Bestehen der Pflegeversicherung eine anhaltende Erosion der Finanzierungsbasis der SPV zu verzeichnen ist und zum anderen in den kommenden Jahrzehnten die Anzahl der Pflegebedürftigen weiter zunehmen wird (*vgl. Kapitel 1*

dieses Bandes), erscheint die gesicherte Finanzierung eines substanziellen Leistungsversprechens „sozialverträglich“ nur auf der Grundlage eines gegenüber heute deutlich gerechteren Systems möglich, bei dem (möglichst) alle Bürger entsprechend ihrer (möglichst) vollständigen ökonomischen Leistungsfähigkeit an der solidarischen Finanzierung beteiligt sind und bei dem das Pflegerisiko (möglichst) gleichmäßig auf alle Beitragszahler verteilt wird.

Eine diesen Zielen verbundene Bürgerversicherung stößt auf unterschiedliche ökonomische, rechtliche und politische Probleme, die letztlich dafür mit verantwortlich sind, dass durchaus auch unterschiedliche Modelle und Konzeptionen präferiert werden. Wie die gesamte Wohnbevölkerung nach einheitlichen Kriterien an der solidarischen Finanzierung des Pflegerisikos beteiligt werden kann, gehört zu den zentralen Fragestellungen. Die einfachste Antwort auf dieser Frage liegt zweifellos in der Einbeziehung aller Bürger in ein einheitliches Pflegeversicherungssystem. Gelangt man jedoch zu der Einschätzung, dass ein Nebeneinander von umlagefinanzierter SPV und einer über einkommensunabhängigen Prämien (teil-)kapitalgedeckten PPV weiterhin Bestand haben wird – etwa weil die politisch Verantwortlichen nicht die Durchsetzungskraft zur Schaffung eines einheitlichen Pflegeversicherungssystems aufbringen –, sind Finanzausgleichsregelungen zwischen den weiter getrennt bestehenden Systemen denkbar, über die sowohl Finanzkraftunterschiede der Versicherten als auch Unterschiede in deren Pflegerisiko ausgeglichen werden können. Schließlich können Reformen – ergänzend zu einer vollständigen organisatorischen Integration von SPV und PPV bzw. der Einrichtung eines übergreifenden Finanzausgleichs zwischen beiden Systemen – auch an bestehenden Stellschrauben im System der SPV ansetzen, und zwar insbesondere hinsichtlich der Verbreiterung der Bemessungsgrundlage und/oder der Anhebung der Beitragsbemes-

sungsgrenze. Auf diese möglichen Reformmaßnahmen wird in den folgenden Abschnitten näher eingegangen.

3.3 Modelle einer von der Wohnbevölkerung solidarisch finanzierten Pflegeversicherung

Die Ausdehnung des in der SPV versicherungspflichtigen Personenkreises auf alle Bürger ist das konstitutive und namensgebende Element einer Bürgerversicherung. Während dieses Postulat in anderen Sozialversicherungszweigen auch auf den Einschluss bislang nicht versicherter Personen abzielt,²⁰ geht es in der Pflegeversicherung zentral um das Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung (PPV).

In einem „einfachen“ Modell einer Bürgerversicherung wird die Wohnbevölkerung nicht nur einer gemeinsamen Versicherungs-, sondern auch einer einheitlichen Beitragspflicht in der SPV unterzogen. Eine Folge wäre, dass Beamte, Pensionäre, Selbständige oder abhängig Beschäftigte, die heute in der PPV versichert sind, ebenfalls bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze einkommensabhängige Beiträge auf Grundlage ihrer Beamtenbezüge, Pensionen und anderer Erwerbseinkommen zahlen. Müssten die heutigen PPV-Versicherten auf diese Weise allein ihre eigenen Leistungsausgaben finanzieren (ein-

²⁰ Während dies in der Alterssicherung immer noch ein großes Thema ist, weil bestimmte Personengruppen keiner Versicherungspflicht – etwa in der GRV – unterliegen, gibt es seit 2009 – beschlossen im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes – eine umfassende Krankenversicherungspflicht der gesamten Bevölkerung in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung.

schließlich des Beihilfeanteils), läge der ausgabendeckende Beitragssatz für diese Personengruppe bei lediglich 0,6 % (siehe Tabelle 2). In einem für alle Bürger einheitlichen Pflegeversicherungssystem betrüge der ausgabendeckende Beitragssatz etwa knapp 1,7 % und würde damit die Versicherten der SPV um ca. 1 Mrd. Euro pro Jahr entlasten.

Obwohl in diesem Modell durch den Wegfall der steuerfinanzierten Beihilfe im Vergleich zum Status quo höhere Leistungsausgaben anfallen als in SPV und PPV zusammen, könnte die Beitragssatzbelastung der gesetzlich Pflegeversicherten somit fast auf dem Niveau vor der jüngsten Beitragssatzerhöhung des Jahres 2008 liegen. Inwieweit dieser Entlastungseffekt der SPV-Versicherten als Folge der Einbeziehung der heutigen PPV-Versicherten in ein gemeinsames Pflegeversicherungsmodell langfristig Bestand behalten wird, ist differenziert zu beurteilen. Einerseits ist davon auszugehen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bei den heute Privatversicherten demografisch bedingt etwas stärker zunehmen werden als bei den gesetzlich Versicherten; der für den Status quo ermittelte Entlastungseffekt würde sich somit längerfristig etwas abschwächen. Dagegen sind die bestehenden Einkommensunterschiede zwischen privat und gesetzlich Versicherten von der demografischen Entwicklung weithin unabhängig, so dass mit einem einkommensseitig bedingten Entlastungseffekt der SPV-Versicherten auch auf längere Sicht zu rechnen ist.

Allerdings muss gefragt werden, ob die Ausdehnung der Versicherungspflicht in der SPV gegen andere Normen, insbesondere Grundrechtsnormen, verstößt. Dabei zeigt sich, dass eine Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung aus juristischer Perspektive deutlich unproblematischer zu sein scheint als etwa in der Krankenversicherung. So war auch die private Pflegeversicherung – anders als die

private Krankenversicherung – schon immer eine Pflichtversicherung. Damit wurde von Anfang an eine annähernd vollständige Erfassung der gesamten Bevölkerung erreicht, und zwar – wenngleich in zwei unterschiedlichen Systemen – auf der Grundlage einer einheitlichen Normierung im SGB XI. In einem Urteil zur Zulässigkeit einer obligatorischen privaten Pflegeversicherung vom 03.04.2001 hat das Bundesverfassungsgericht zudem ausdrücklich festgestellt, dass der Gesetzgeber die Kompetenz hat, die gesamte Bevölkerung zum Abschluss einer Versicherung gegen das Pflegerisiko zu verpflichten. Das Gericht sieht die Regelung der privaten Pflegeversicherung als Teil eines „gesetzgeberischen Gesamtkonzepts einer möglichst alle Bürger umfassenden sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit“ an (*BVerfGE 103, 197, 216*) und spricht davon, dass der Gesetzgeber „eine Pflegevolksversicherung in Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen“ habe (*BVerfGE 103, 197, 224*). Insofern dürfte die Zusammenführung beider Zweige der „Pflegevolksversicherung“ verfassungsrechtlich vergleichsweise unproblematisch sein. Da die Leistungsansprüche der Versicherten in der gesetzlichen und der privaten Pflegeversicherung praktisch identisch sind, bestehen auch diesbezüglich keine Hindernisse für eine Zusammenführung beider Systeme. Allerdings dürften die in der privaten Pflegepflichtversicherung bereits akkumulierten Altersrückstellungen dem Zugriff der sozialen Pflegeversicherung bzw. einer Verwendung für deren (bisherige) Versicherte entzogen sein (*vgl. Deppenheuer 2005*). In diesem Sinne sah auch der Koalitionsvertrag ausdrücklich vor, dass der in der privaten Pflegepflichtversicherung angesammelte Kapitalstock nicht angegriffen werden dürfe.

Das einzige mögliche Gegenargument für die administrativ einfachste Variante eine Pflege-Bürgerversicherung könnte darin bestehen, dass die Privatversicherungsverträge Vertrauensschutz genießen. Aller-

dings könnte sich dieser allenfalls auf schon bestehende Verträge beziehen. Würde jedoch der PPV durch eine umfassende Versicherungspflicht aller Bürger in der SPV der Nachwuchs abgeschnitten („Auslaufmodell“), wäre sie – allen Altersrückstellungen zum Trotz – kaum (über)lebensfähig. Insofern erscheint es mehr als zweifelhaft, dass die Existenz der privaten Pflegepflichtversicherung auf Dauer allein über das Vehikel des Vertrauensschutzes sichergestellt werden kann.

3.4 Finanzausgleich zwischen SPV und PPV

Sofern – insbesondere aus politischen Gründen – am organisatorischen Nebeneinander von SPV und PPV festgehalten werden soll oder muss, könnte eine solidarische Finanzierung der Pflegeversicherung in Teilen auch über einen Finanzausgleich zwischen den beiden Systemen bzw. – falls das Verhältnis von Versicherungsträgern und Versicherten künftig stärker wettbewerblich ausgerichtet werden sollte – über einen systemübergreifenden Finanzausgleich sichergestellt werden. Dieser sollte sowohl die Ausgaben- als auch die Einnahmunterschiede der beiden Teilkollektive ausgleichen, da nur so die bestehenden finanzrelevanten Ungerechtigkeiten umfassend beseitigt werden können.

Nun werden die Beiträge in der PPV zurzeit aber einkommensunabhängig erhoben – allein schon aus diesem Grund verfügen die privaten Versicherungsunternehmen gar nicht über Informationen zum Einkommen ihrer Versicherten. Eine alternative Variante des Einkommensausgleichs zwischen gesetzlich und privat Pflegeversicherten könnte daher auf Grundlage des Modells einer Bürgerprämie erreicht werden, wie sie der Sachverständigenrat für die gesamtwirtschaftliche

Entwicklung vorgeschlagen hat; dabei erfolgt der Einkommensausgleich nicht mehr als integraler Bestandteil innerhalb der sozialen Pflegeversicherung, sondern über das allgemeine Steuer-Transfer-System (SVR-Wi 2004). An diesem Konzept werden allerdings grundsätzliche Zweifel erhoben, weil kaum hinreichendes Vertrauen in die Politik mit ihrer ausgeprägten Neigung zu diskretionärer Finanz- und Sozialpolitik besteht, so dass steuerfinanzierte Einkommensausgleiche im Zeitablauf nicht sonderlich stabil erscheinen. Die Geschichte der Bundeszuschüsse zur gesetzlichen Rentenversicherung, aber auch das allein seit 2004 erfolgte „Auf und Ab“ der Bundeszuschüsse zur gesetzlichen Krankenversicherung bieten gewiss keine gute Grundlage für ausgeprägtes Vertrauen in eine langfristig stabile Zahlungsbereitschaft des Bundes im Hinblick auf sozialversicherungsrelevante Aufgaben – und dazu würde ein ins Steuer-Transfer-System verlagertes Einkommensausgleich zugunsten einkommensschwacher Versicherter zweifellos zählen.

Aber unabhängig davon, ob ein Einkommensausgleich über das Steuer-Transfer-System oder aber über einkommensabhängige Beiträge innerhalb der Sozialversicherung realisiert wird, ist zwischen den gesetzlich und privat Pflegeversicherten in jedem Fall auch ein Ausgleich der zumindest aktuell im Durchschnitt höchst ungleich verteilten Pflegerisiken angezeigt. Das Ziel eines solchen Finanzausgleichs besteht im Kern darin zu gewährleisten, dass die Versicherten der SPV und PPV im Wesentlichen die gleichen mittleren Leistungsgaben pro Jahr zu tragen haben. Wie bereits ausgeführt, liegen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten in der SPV mit rund 241 Euro pro Jahr nahezu doppelt so hoch wie in der PPV, die – einschließlich mit einbezogener Beihilfezahlungen – je Versicherten auf rund 121 Euro pro Jahr kommt. Ein vollständiger Finanzausgleich des Pflegerisikos zwischen SPV und PPV würde dazu führen, dass pro

Versicherten im Durchschnitt jährliche Leistungen (inklusive der Beihilfeansprüche von Beamten und deren Angehörigen) in Höhe von rund 227 Euro zu finanzieren wären. Je SPV-Versicherten wären dies somit ca. 14 Euro weniger als beim Status quo, je PPV-Versicherten dagegen ca. 106 Euro mehr. Insgesamt wäre dadurch allein zum Ausgleich des unterschiedlich hohen Pflegerisikos in SPV und PPV von den Versicherten der PPV eine knappe Milliarde Euro zusätzlich aufzubringen gewesen, die die SPV und deren Beitragszahler im selben Umfang entlastet hätte.

Allerdings ließe ein Finanzausgleich auf der Ebene der beiden Systeme die unterschiedlichen (Einkommens-)Verteilungswirkungen innerhalb beider Systeme unberührt, da nur in der SPV einkommensabhängige Beiträge erhoben werden. Weil dagegen bei einer vollständigen Integration der PPV in die SPV für die gesamte Bevölkerung einkommensabhängige Beiträge erhoben würden, unterschieden sich die Reformoptionen „Integration“ und „Finanzausgleich“ im Hinblick auf ihre Verteilungswirkungen nicht unwesentlich voneinander. Im Hinblick auf eine gerechtere Finanzierung der Pflegeleistungen insgesamt sind daher Modelle zum Ausgleich von (erheblichen) Finanzkraftunterschiede zwischen SPV und PPV zu überlegen, auch wenn die privaten Pflegeversicherer keine Informationen über die Einkommensverhältnisse ihrer Versicherten haben.

3.5 Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragspflicht und Anhebung der Bemessungsgrenze

Neben der Frage der Erweiterung des an der solidarischen Finanzierung beteiligten Personenkreises erscheint aus Gründen der Verteilungsgerechtigkeit auch die Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragsbemessung angezeigt, weil nur auf diese Weise der horizontalen Gerechtigkeit Genüge getan werden kann. Derzeit unterscheidet sich nämlich die Höhe der Beitragszahlungen bei Versicherten mit vollständig gleichem Gesamteinkommen in Abhängigkeit davon, aus welchen Quellen sich das Einkommen jeweils speist. Je höher der Anteil des Einkommens aus unselbständiger Arbeit, desto höher fällt auch die Beitragsbelastung aus. Dies ist mit dem Postulat der horizontalen Gerechtigkeit unvereinbar.

Die Beschränkung der Beitragspflicht auf Löhne, Gehälter und Lohnersatzleistungen ist zudem ein Hauptgrund für die seit längerem beklagte strukturelle Einnahmeschwäche der SPV und nimmt durch die einseitige Belastung des Faktors Arbeit negativen Einfluss auf den Arbeitsmarkt. Die Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragsbemessung ist daher keineswegs allein aus distributiven, sondern zugleich auch aus allokativen und beschäftigungspolitischen Erwägungen sinnvoll und notwendig.

In Bezug auf die konkrete Ausgestaltung der Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragsbemessung werden – nicht allein im Kontext einer Bürger-Pflegeversicherung, sondern insbesondere auch hinsichtlich einer Bürger-Krankenversicherung – teilweise unterschiedliche Varianten „gehandelt“. Strittig ist vor allem, ob bzw. in-

wieweit Einkommen aus unterschiedlichen Quellen in einer Bürgerversicherung im Sinne der Abbildung der „ökonomischen Leistungsfähigkeit“ der Versicherten tatsächlich so „gleich wie möglich“ behandelt werden sollen oder nicht. Vertreter von sog. „Säulenmodellen“ – bei denen die schon bislang beitragspflichtigen Erwerbs- und Erwerbsersatzehinkommen auf der einen und Vermögens- und Mieteinkünfte auf der anderen Seite getrennt „verbeitragt“ werden sollen (siehe z. B. *Lauterbach et al. 2005*) – sind der Ansicht, nur so könne sichergestellt werden, dass nicht vor allem die Bezieher mittlerer Einkommen zusätzlich belastet werden, während Gutverdiener, die schon heute mit ihren beitragspflichtigen Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze liegen, gar keine zusätzlichen Beiträge zu leisten hätten.

Dieses Argument richtet sich bei näherer Betrachtung jedoch in Wirklichkeit gegen die grundsätzlich regressive Wirkung von Beitragsbemessungsgrenzen. Auch heute gilt nämlich bereits, dass sich bei Beziehern von Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze jede Erhöhung der beitragspflichtigen Einkommen unmittelbar in höheren Beiträgen niederschlägt, während Bezieher höherer Einkommen davon verschont bleiben. Die Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragsbemessung ändert hieran vom Grundsatz her nichts, sondern macht diesen Mechanismus bestenfalls in veränderter Form noch einmal deutlich bzw. ggf. noch deutlicher. Die Existenz einer Beitragsbemessungsgrenze rundweg in Frage zu stellen, dürfte jedoch wenig realistisch erscheinen – allein schon aus Gründen der politischen Durchsetzbarkeit. Im spezifischen Kontext der Pflegeversicherung kommt hinzu, dass es infolge des Teilkasko-Prinzips auch auf der Leistungsseite politisch gesetzte Höchstbeträge gibt, dass also – anders als insbesondere in der Krankenversicherung – die Leistungsansprüche von vornherein quantitativ begrenzt sind, was sich

durchaus als zusätzliches Argument für die Sinnhaftigkeit einer entsprechenden Begrenzung der Beitragsbelastung anführen lässt.

Natürlich kann die regressive Wirkung einer Beitragsbemessungsgrenze hinsichtlich der empirischen Betroffenheit ein Stück gemindert werden, indem diese hinsichtlich ihrer Höhe letztlich stets willkürlich Grenze heraufgesetzt wird, zum Beispiel auf das Niveau in der gesetzlichen Rentenversicherung. Gänzlich beseitigen lässt sich der regressive Effekt innerhalb eines beitragsfinanzierten Systems jedoch nicht – hierzu wäre der Umstieg in Modelle verstärkter oder vollständiger Steuerfinanzierung erforderlich, wofür – wie oben bereits ausgeführt – jedoch andere Nachteile in Kauf genommen werden müssten.

Anstatt an dieser Stelle noch tiefer in die Debatte über konkrete Ausgestaltungsvarianten der Beitragserhebung bei Einkommen aus unterschiedlichen Quellen einzusteigen, sei dazu abschließend noch einmal betont, dass es bei der hier vertretenen Begründung für die Weiterentwicklung der SPV in Richtung einer Bürgerversicherung, die die solidarische Finanzierung auf eine möglichst breite Grundlage stellt – und zwar personell wie einkommensmäßig –, nicht primär um eher kurzfristige fiskalische Effekte geht. Vielmehr steht neben dem Ziel vermehrter Beitragsgerechtigkeit im Vergleich zum Status quo vor allem die Schaffung einer stabileren Finanzierungsbasis im Blickpunkt, um besser gegen künftige Ausgabenzuwächse gewappnet zu sein. Vor diesem Hintergrund werden „Mehr-Säulen-Modelle“, die dem Grundsatz der horizontalen Gerechtigkeit von vornherein zuwiderlaufen, weil sie gleich hohe Einkommen unterschiedlich behandeln, skeptisch beurteilt; vielmehr sollte hinsichtlich der Ermittlung der beitragspflichtigen Einkommen – auch in Bezug auf die Reihenfolge der Einkommensheranziehung – eine Orientierung an der Praxis der Beitragserhebung erfolgen, die schon heute – unter Einschluss

eines breiten Spektrums unterschiedlicher Einkommensarten – für freiwillig Versicherte angewendet wird, und zwar seit dem 01.01.2009 nach einheitlichen, vom GKV-Spitzenverband für die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung einheitlich festgesetzten Verfahrensgrundsätzen (*GKV-Spitzenverband 2008*).

3.6 Schlussbetrachtung

Auf ein umfassendes Fazit kann an dieser Stelle verzichtet werden. Es sollte deutlich geworden sein, dass vielfältige Gründe – distributive, allokativen, stabilierungs- und arbeitsmarktpolitische – für die Weiterentwicklung der SPV zu einer umfassenden Bürgerversicherung sprechen, und zwar nicht zuletzt angesichts des vollständig identischen Leistungskatalogs in SPV und PPV noch sehr viel eindeutiger als etwa im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Aussage gilt unabhängig davon, ob sich der Gesetzgeber dafür entscheiden wird, die Nachhaltigkeit der Pflegefinanzierung durch den Einbezug von Elementen der Kapitaldeckung in das Finanzierungsverfahren zu stärken (*vgl. dazu gesondert Kapitel 4 in diesem Band*). Dabei soll hier nicht der Eindruck erweckt werden, als löse eine Pflege-Bürgerversicherung sämtliche anstehenden Finanzierungsprobleme gleichsam von selbst. Vieles spricht jedoch für die Auffassung, dass es umgekehrt – also ohne gerechtere und stabilere Finanzierungsgrundlagen entsprechend der Grundidee einer Bürgerversicherung – keine tragfähigen Lösungen künftiger Finanzierungserfordernisse geben dürfte.

Auf einen zusätzlichen Aspekt soll hier abschließend wenigstens noch kurz hingewiesen werden, der bei künftigen Debatten über eine Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung sehr viel stärker beachtet werden sollte als bisher: die Frage nach einem geeigneten Ord-

nungsrahmen zur Steuerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Pflegeversorgung. Bei der Bürgerversicherungsdebatte in der Krankenversicherung gibt es als keineswegs „randständiges“ Argument den Verweis auf die produktiven Steuerungswirkungen eines ungeteilten wettbewerblichen Versicherungsmarktes im Hinblick auf mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung (*vgl. in diesem Sinne mehrfach SVR-Wi, zuletzt wieder 2008, Ziff. 677*). Das ist in der Pflegeversicherung aus verschiedenen Gründen jedoch anders, von denen hier lediglich drei genannt seien: Es gibt keinen Kassenwettbewerb, sondern eine faktische Einheitsversicherung; die Leistungen der SPV sind dem Umfang nach begrenzt („Teilkasko“); und schließlich nehmen die Angehörigen in der Regel eine sehr viel stärkere unmittelbare Rolle bei der Leistungserbringung und -steuerung ein. Gleichwohl sollte nicht ausgeschlossen, dass die Steuerungsperspektive auch hier an Relevanz gewinnen könnte – schließlich geht es auch hier letztlich um Versorgungsleistungen, die – anders als reine Geldleistungen – durch die Kriterien Qualität und Wirtschaftlichkeit geprägt sind.

Dies hier anzusprechen – also in einem Kontext, bei dem es dezidiert um Fragen künftiger Finanzierungsstrukturen geht –, ist Ausdruck der Überzeugung, dass sich aus der konkreten Ausgestaltung von Finanzierungskonzepten zugleich auch immer unmittelbare Konsequenzen für die Steuerungsfähigkeit der zu finanzierenden Leistungen ergeben. Unabhängig davon, ob in Zukunft möglicherweise auch bei der Pflegeversicherung vermehrt Wettbewerbselemente auf Seiten der Pflegekassen und/oder der Anbieter von Pflegeleistungen eingeführt werden oder ob es sogar zu einer Integration von Kranken- und Pflegeversicherung kommt, gilt es, bei Finanzierungsreformen eine generelle Erfahrung zu beachten, die lautet: Je segmentierter und fragmentierter einzelne Finanzierungsverantwortungen und –zuständigkeiten,

desto schwieriger die Steuerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Vertreter von Reformmodellen, bei denen nicht nur an der Marktsegmentierung zwischen SPV und PPV festgehalten werden soll, sondern sogar noch zusätzliche Fragmentierungen der Finanzierungszuständigkeiten erfolgen sollen (*siehe z. B. PKV 2005*). – etwa durch die Verpflichtung zum Abschluss einer (privaten) Pflege-Zusatzversicherung für bestimmte Teilleistungen –, haben aus dieser Erfahrung erkennbar nichts gelernt. Demgegenüber ist es ein zusätzlicher Pluspunkt der Idee einer Bürgerversicherung, nicht allein die genannten finanzierungsseitigen Vorteile zu bieten, sondern zugleich alle Optionen für sinnvolle Steuerungsansätze zur Verbesserung der Pflegequalität und -effizienz offen zu halten.

3.7 Literatur

CDU/CSU/SPD 2005, Koalitionsvertrag vom 11.11.2005

Bieback, Karl-Jürgen (2004), in: Martin Pfaff und Heinz Stapf-Finé (Hrsg.), Bürgerversicherung – solidarisch und sicher!

Bundesministerium für Gesundheit (2008): Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168762/DE/Pflege/Statistiken/statistiken__node.html?__nnn=true. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (2008b): Einnahmen und Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung nach dem Kontorahmen PV45 /PVM-A. Nicht veröffentlichte Unterlagen des Bundesministerium für Gesundheit. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (2008c): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (verschiedene Jahrgänge). http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168762/DE/Pflege/Statistiken/statistiken__node.html?__nnn=true (Stand: Mai 2008)

Bundesministerium für Gesundheit (2008d): Kennzahlen und Faustformeln GKV. http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1193098/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Kennzahlen-und-Faustformeln/Kennzahlen-und-Faustformeln.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Kennzahlen-und-Faustformeln.pdf (Stand Juli 2008).

GKV-Spitzenverband (2008): Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) vom 27. Oktober 2008, zuletzt geändert am 17. Dezember 2008

Lauterbach, K.-W.; Lungen, M.; Stollenwerk, B. Gerber, A.; Klever-Deichert (2005), Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung. Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln (IGKE).

Leinert, Johannes (2006), Einkommenselektion und ihre Folgen. Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Jacobs, Klaus; Klauber, Jürgen und Leinert, Johannes. Bonn, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO): 31-48.

Jacobs, Klaus (2007), in: Festschrift für Eberhard Wille zum 65. Geburtstag

PKV-Verband (2005), Dynamische und demographieresistente Pflegeleistungen für alle Bürger – Kapitalgedeckte Dynamisierung der Pflegeleistungen. Schütze Brief, Dokumentation Nr. 8.

(PKV 2007) Verband der Privaten Krankenversicherung (2007): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2006/2007. http://www2.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/, Köln.

Statistisches Bundesamt (2008): Atypische Beschäftigung auf dem deutschen Arbeitsmarkt, Begleitmaterial zum Pressegespräch am 9. September 2008 in Frankfurt am Main; Download unter: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2008/Arbeitsmarkt/Pressebrochure__Arbeitsmarkt,property=file.pdf

SVR-Ges; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten 2003, Bundestags-Drucksache 15/530 vom 26.02.2003

SVR-Wi; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004): "Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland", Jahresgutachten 2004/2005, Bundestags-Drucksache 15/4300.

SVR-Wi; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2008): "Die Finanzkrise meistern – Wachstumskräfte stärken", Jahresgutachten 2008/2009, Bundestags-Drucksache 16/10985.

Van der Beek, Kornelia und Christian Weber (2008): Solidarität in der GKV: Was leistet die beitragsfreie Familienversicherung? Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP).

Wille, Eberhard (2008): Kassenfinanzen: Die Basis auf Dauer sichern. In: Gesundheit und Gesellschaft, 11. Jg., Heft 11/2008, S. 36-41.

4 Einführung von Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung

Heinz Rothgang

4.1 Einleitung

Bereits vor und bei Einführung der Pflegeversicherung wurde eine kapitalfundierte Privatversicherung als Alternativmodell diskutiert (vgl. z. B. *Schmähl 1992; Haug/ Rothgang 1994*) und auch seitdem wird die Forderung nach Einführung (partieller) Kapitalfundierung regelmäßig erhoben.²¹ Dabei kann die Kapitalfundierung auf eine Ersetzung oder auf eine Ergänzung des bestehenden umlagefinanzierten Systems abzielen.

Der Hauptnachteil aller „Umstiegsmodelle“, bei denen das bisherige umlagefinanzierte System durch ein kapitalfundiertes System abgelöst werden soll, liegt in der unvermeidlichen „Doppelbelastung“: die

²¹ Forderungen nach einem Umstieg auf eine kapitalfundierte Privatversicherung finden sich beispielsweise beim Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinem Jahresgutachten 2004/5 und werden von einer Reihe namhafter Ökonomen erhoben, u. a. von solchen, die im Kronberger Kreis und der Initiative Soziale Marktwirtschaft engagiert sind (vgl. z. B. *Häcker/ Raffelhüschen 2004, 2007*). Eine ergänzende Kapitalfundierung ist sogar von der Regierungskoalition in ihrem Koalitionsvertrag 2005 beschlossen, dann im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aber nicht umgesetzt worden.

ökonomisch aktive Generation muss einen Kapitalstock aufbauen, gleichzeitig aber die Ansprüche befriedigen, die im alten System erworben wurden. Diese Doppelbelastung kann unterschiedlich über die Zeit und über verschiedene Kohorten verteilt werden, ist grundsätzlich aber unvermeidbar. Unterschiedliche Modelle unterscheiden sich insbesondere darin, wie schnell der Umstellungsprozess realisiert wird (*vgl. Jacobs/Dräther 2005 für einen Überblick*). Selbst bei langen Übergangszeiten, resultieren aber erhebliche Belastungen. So hat die Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme in einem Modell des Sofortumstiegs berechnet, dass der allgemeine Beitragsatz sofort und für eine Übergangszeit bis 2040 auf 3 % angehoben werden müsse und zudem von den Rentnern ein zusätzlicher monatlicher Pauschalbetrag von 20–30 € zu entrichten sei (*Nachhaltigkeitskommission 2003*). Auf ähnliche Werte ist auch die so genannte Herzog-Kommission der CDU gekommen, deren Vorschlag den Aufbau eines zunächst kollektiven Kapitalstocks vorsieht, der erst nach einigen Jahrzehnten individualisiert wird. Hierzu müssen die einkommensabhängigen Beiträge sofort auf 3,2 Beitragssatzpunkte ansteigen und sich damit annähernd verdoppeln (*Herzog-Kommission 2003*). Der Umstieg auf ein kapitalfundiertes System würde damit für die nächsten 3–4 Dekaden zu Belastungen führen, die deutlich über denen liegen, die bei einer Beibehaltung des bestehenden Systems entstehen. Für das Vorziehen ansonsten später anfallender Lasten ist demnach immer ein sehr hoher „Preis“ zu zahlen. Ein Umstieg ist daher politisch nicht durchsetzbar. Von praktischer Relevanz sind daher nur Ansätze, bei denen die Umlagefinanzierung durch Elemente der Kapitaldeckung ergänzt wird.

Nachfolgend wird zunächst untersucht, welche Vorteile einer ergänzenden Kapitalfundierung zugeschrieben werden und inwieweit mit einer Realisierung dieser Vorteile zu rechnen ist (*Abschnitt 4.2*). Da-

bei zeigt sich, dass eine Kapitalfundierung kein Allheilmittel gegen derzeitige und zukünftige „Finanzierungsprobleme“ ist, eine ergänzende Kapitalfundierung wohl aber einen Beitrag für die Herstellung eines nachhaltigen Finanzierungsmixes leisten kann. In *Abschnitt 4.3* werden daher verschiedene Varianten einer ergänzenden Kapitalfundierung untersucht. *Abschnitt 4.4* schließt mit einer zusammenfassenden Würdigung des möglichen Beitrags ergänzender Kapitalfundierung für die zukünftige Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung.

4.2 Postulierte Vorteile der Kapitalfundierung

Begründet wird diese Forderung nach „mehr Kapitalfundierung“ mit vier behaupteten Vorteilen, die die Kapitalfundierung grundsätzlich gegenüber dem Umlageverfahren habe, das auch die soziale Pflegeversicherung in ihrer derzeitigen Ausgestaltung kennzeichnet:

- mehr Wirtschaftswachstum durch höhere Sparquoten,
- höhere individuelle Rendite,
- Demographieunabhängigkeit und
- mehr Generationengerechtigkeit.

Auf jede dieser Postulate sei nachstehend eingegangen.

4.2.1 Mehr Wirtschaftswachstum durch höhere Sparquoten

Hinsichtlich des Wirtschaftswachstums wird argumentiert, dass Individuen ihren Nutzen intertemporal maximieren, indem sie den gemäß ihren Präferenzen optimalen Teil ihrer Einkünfte zunächst ansparen

und im Alter dann „entsparen“. Da das damit verfolgte Ziel der Sicherung eines angemessenen Lebensstandards im Alter auch durch umlagefinanzierte Sicherungssysteme erreicht werden könne, verdrängen umlagefinanzierte Systeme private (kapitalbildende) Ersparnis. Die resultierende niedrigere Sparquote führe zu geringeren (Real)Investitionen, einem geringeren Kapitalstock und folglich zu einem niedrigeren Wachstumspfad der Volkswirtschaft. Durch Abschaffung der umlagefinanzierten Pflegeversicherung könne daher ein höheres Wirtschaftswachstum erzielt werden (*vgl. z. B. Homburg 1988: 58f. für eine modelltheoretische Darstellung*). Allerdings ist der Einfluss umlagefinanzierter Sicherung auf die Ersparnis nur unter bestimmten Annahmen theoretisch ableitbar (*Krupp/Weeber 2001*) und empirisch nicht belastbar belegt.²² Weiterhin ist eine höhere Sparquote – wenn sie denn resultieren sollte – nicht nur (langfristig-wachstumstheoretisch) positiv zu bewerten, sondern schlägt kurzfristig-konjunkturpolitisch als Nachfrageausfall negativ zu Buche. So wird „Angstsparen“ als eine der Ursachen für die schwache Binnennachfrage genannt. Schließlich stellt sich die Frage, ob vermehrte Finanzinvestitionen tatsächlich zu höheren Realinvestitionen führen. Viel spricht vielmehr für die Annahme, dass eine stärkere Ersparnis, die einer Steigerung des Kapitalangebots nach sich zieht, eher zu Kurssteigerungen und „Blasen“ auf Finanz- und oder Immobilienmärkten als zu Realinvestitionen führen dürfte. Dass (Real)Investitionen derzeit an unzureichendem anlagebereiten Finanzkapital scheitern, erscheint dagegen höchst unplausibel. Die Argumentation kann daher im Kern nicht überzeugen – ganz davon abgesehen, dass das Pflegesiche-

²² *Vgl. hierzu z. B. Rürup 1998 und Eisen 2000. Zu einer positiveren Wertung gelangt die Deutsche Bundesbank (1999: 20) sowie – eingeschränkt – Börsch-Supan (2000c: 442).*

rungssystem sicherlich zu klein ist, um mit einer Reform in diesem Bereich merkliche makroökonomische Effekte auszulösen. Tatsächlich ist dieses Argument in jüngster Zeit auch in den Hintergrund getreten.

4.2.2 Höhere individuelle Rendite

Dies gilt auch für ein zweites Argument, das eng mit dem ersten verknüpft ist: die These von der höheren individuellen Rendite im kapitalfundierte System. Wie Aaron bereits 1966 herausgearbeitet hat, entspricht die „Rendite“ im reinen humankapitalfundierte Umlagesystem dem Lohnsummenwachstum und ist damit von der Entwicklung der Zahl der Beschäftigten und deren Entlohnung abhängig.²³ Behauptet wird nun, dass diese Rendite grundsätzlich unterhalb des Kapitalmarktzinses liegen muss, der der Rendite des konkurrierende kapitalfundierte Systems entspricht. Empirisch ist diese Behauptung schwer belegbar, da Renditevergleiche eine Vielzahl von Faktoren berücksichtigen müssen (etwa die Frage, welche biometrischen Risiken jeweils abgedeckt sind) und ihr Ergebnis in hohem Maße davon abhängt, welcher Zeitraum zum Vergleich herangezogen wird (*vgl. Viebrok/Dräther 1999*). Zudem muss beachtet werden, dass Gleiches mit Gleichem verglichen wird: So existiert im Umlageverfahren immer eine implizite Schuld, die aus dem „Einführungsgeschenk“ an die

²³ In diesem Sinne entspricht die soziale Pflegeversicherung in Deutschland nicht der Reform einer Umlagefinanzierung, da auch die Rentner Beiträge zahlen. Die Einnahmen der Pflegeversicherung und damit auch die „Rendite“ des Systems hängen daher auch von der Entwicklung der Zahl der Rentner und der Rentenhöhe ab. Schließlich bietet die Pflegeversicherung auch schon Versicherungsschutz für die Erwerbstätigen und nicht erst für die Rentner. Auch hierin unterscheidet sich das System von einem reinen Alterssicherungssystem.

„Einführungsgeneration“ entsteht, die einen Leistungsanspruch erwirbt, ohne zuvor über mehrere Dekaden Beiträge (in voller Höhe) gezahlt zu haben.²⁴ Die Zinszahlungen für diese implizite Schuld, die im Umlageverfahren niemals getilgt, sondern immer auf die nächste Generation weitergegeben wird, mindert die individuelle „Rendite“ in diesem System. Allerdings muss diese „alte Last“ auch bei Einführung eines kapitalfundierte Systems getilgt oder weiterfinanziert werden, etwa durch Steuerfinanzierung der Leistungen für die älteren Kohorten, die nicht mehr in der Lage sind, einen eigenen Kapitalstock in hinreichendem Maße aufzubauen. Ein Renditevergleich muss daher immer diese Zusatzlast im kapitalfundierte System einbeziehen – was häufig unberücksichtigt bleibt. Letztlich kann die individuelle Rendite im kapitalfundierte System nur dann für alle größer sein als im umlagefinanzierte System, wenn das System insgesamt effizienter ist. Damit verweist dieses Argument aber entweder auf das zuvor genannte (höheres Wirtschaftswachstum durch mehr Investitionen) oder darauf, dass die Steuerfinanzierung der alten Last weniger negative Arbeitsanreize auslöst und deshalb zu mehr Beschäftigung und dann zu mehr Wachstum führt als die Beitragsfinanzierung im Umlagesystem. Dies kann aber nicht allgemein unterstellt werden, sondern

²⁴ Dieser typische Effekt der Einführung eines umlagefinanzierte Systems wird in der sozialen Pflegeversicherung besonders deutlich, die unmittelbar nach Inkrafttreten Leistungen für bereits Pflegebedürftige bereitgestellt hat. Diese politisch gewollten Leistungen widersprechen dem Versicherungsgedanken, der voraussetzt, dass eine Versicherung vor Eintritt des Risikos abgeschlossen wird. Begünstigt wurden bei Einführung der Pflegeversicherung letztlich aber (wenn auch für steigende Geburtsjahrgänge in abnehmendem Maße) alle Geburtskohorten, die bei Einführung bereits im erwerbsfähigen Alter waren und somit nicht ihr ganzes Erwerbsleben lang Beiträge zahlen mussten.

hängt von der Ausgestaltung der Steuerfinanzierung und dem Beitragstarif ab, die jeweils gestaltbar sind.

4.2.3 Demographieunabhängigkeit

Als drittes Argument wird darauf verwiesen, dass umlagefinanzierte Verfahren auf eine entsprechend starke nachwachsende Kohorte angewiesen und damit demographieabhängig seien. Diese Voraussetzung sei angesichts des demographischen Wandels nicht (mehr) gegeben. Kapitalfundierte Systeme seien dagegen demographieunabhängig, da hier jeder für sich selbst vorsorge. Tatsächlich zeigen sich die negativen Auswirkungen des demographischen Wandels im umlagefinanzierten System sehr direkt. Allerdings wird auch hier der Zusammenhang zwischen der sinkenden Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter und den Einnahmen des Systems durch mehrere Variablen beeinflusst. So kann angesichts der derzeitigen Arbeitsmarktlage nicht ohne weiteres unterstellt werden, dass ein Rückgang der Personen im erwerbsfähigen Alter zu einem entsprechenden Rückgang der Beschäftigung führt – stehen mit Arbeitslosen und stiller Reserve doch erhebliche Arbeitsmarktreserven bereit. Gleiches gilt für ältere Arbeitnehmer und Frauen, die im internationalen Vergleich unterdurchschnittliche Beschäftigungsquoten aufweisen. Weiterhin ist neben der Zahl der Beschäftigten deren Entlohnung ausschlaggebend, die wiederum von deren Produktivität geprägt wird. Ein Rückgang der Zahl der Beschäftigten muss deshalb dann nicht zu einem Rückgang der Lohnsumme führen, wenn das Humankapital der Beschäftigten steigt.

Entscheidender für die Bewertung dieses Arguments ist aber, dass auch kapitalfundierte Systeme nicht demographieunabhängig sind. Das kann sowohl bei einer realwirtschaftlichen als auch bei einer Finanzmarkt Betrachtung gezeigt werden (*vgl. Schmähl et al. 2006 für*

einen Literaturüberblick): Realwirtschaftlich gesehen sollen die Ersparnisse in Realinvestitionen münden. Allerdings sinkt der Wert von Produktionsstätten, Immobilien etc., wenn nicht hinreichend viele Arbeitskräfte bzw. Käufer der Immobilien „nachwachsen“. Gleiches ergibt sich auch bei einer Finanzmarkt Betrachtung. Bei kapitalfundierte Sicherungssystemen werden in jungen Jahren Finanzmarkttitle erworben, die dann im Alter verkauft werden. Trifft nun eine personenstarke Verkäufergeneration auf eine schwächere Käufergeneration – wie es typisch ist bei einer alternden Bevölkerung – verlieren diese Titel an Wert, was inzwischen unter dem Begriff „age-wave“ intensiv diskutiert wird (vgl. z. B. Culhane 2001; Heigl 2001). Zwar können die damit verbundenen Probleme abgeschwächt werden, wenn im Ausland investiert wird. Dies ist aber nur in den „emerging markets“ möglich, da der demographische Wandel in den entwickelten Ländern der deutschen Situation ähnelt. Damit müssen natürlich andere Risiken (politische Risiken, Wechselkursrisiken etc.) in Kauf genommen werden. Insgesamt ist damit zu konstatieren, dass auch kapitalfundierte Systeme nicht demographieunabhängig sind, die Zusammenhänge aber womöglich nicht so stark ausgeprägt sind (Börsch-Supan et al. 2001, 2003) und über andere Mechanismen vermittelt werden. Dies spricht wohl für eine „Risikodiversifizierung“ durch ein geeignetes Mischungssystem aus Umlage- und kapitalfundierte Verfahren, nicht aber für die vollständige Substitution des einen Systems durch das andere. Bezogen auf die Pflegeversicherung ergibt sich hieraus demnach lediglich die Forderung nach ergänzender Kapitalfundierung, nicht aber nach einem vollständigen Umstieg von einem umlagefinanzierten auf ein kapitalfundierte System. Vor allem aber muss das geeignete Mischungsverhältnis für die Volkswirtschaft insgesamt, nicht aber in jedem einzelnen sozialen Sicherungssystem erreicht werden. Insofern gilt auch bezüglich dieses Aspektes,

dass die Pflegeversicherung zu klein ist, um allein volkswirtschaftliche Effekte größeren Ausmaßes zu bewirken.

4.2.4 Generationengerechtigkeit

Im Mittelpunkt vieler Begründungen für einen Umstieg auf ein kapitalfundiertes System steht inzwischen ein viertes Argument: die „Generationengerechtigkeit“. Dabei werden simultan zwei Verteilungsdimensionen angesprochen, die analytisch getrennt werden müssen: die Verteilung zwischen verschiedenen Geburtskohorten (intergenerative Umverteilung) und die Verteilung von Lasten über die Zeit (intertemporale Umverteilung).

In Bezug auf die Umverteilung zwischen Geburtskohorten, also die **intergenerative Umverteilung**, wird argumentiert, dass die Einführungsgeneration durch Einführung eines umlagefinanzierten Systems ein „Geschenk“ erhalte, das von den nachfolgenden Generationen getragen werden muss. Unterscheiden sich die Generationen zudem in ihrer Kohortenstärke, komme es zu weiteren systematischen Umverteilungen zwischen Geburtskohorten, die aus Gründen der Generationengerechtigkeit zu verurteilen seien. Tatsächlich war die Einführung einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung ein – politisch zu diesem Zeitpunkt ausdrücklich gewolltes – „Geschenk“ für die damalige Altenbevölkerung, das zu einer intergenerativen Umverteilung geführt hat. Dies stand allerdings zu keinem Zeitpunkt in Frage, lediglich die **Interpretation** dieser Tatsache hat sich geändert: Während die sofortigen Leistungen auch für Kohorten, die keine Vorversicherungszeiten aufweisen können, bei Einführung der Pflegeversicherung als entscheidender Vorteil des umlagefinanzierten Systems angesehen wurde, wird dies inzwischen unter dem Begriff der „Nachhaltigkeitslücke“ als Geburtsfehler des Systems thematisiert (*vgl. für eine solche Argumentation z. B. Häcker/Raffelhüschen 2004*). Letztlich zeigt sich da-

bei die **Verengung** des Generationengerechtigkeitsbegriffs auf eine **Längsschnittbetrachtung**, der gemäß der Barwert der Einzahlungen einer Kohorte in ein Sicherungssystem dem Barwert der Auszahlungen an diese Kohorte entsprechen müsse. Tatsächlich ist aber die **Querschnittgerechtigkeit** mindestens genauso bedeutsam, nach der bei einer positiven oder negativen Wirtschaftsentwicklung alle zu diesem Zeitpunkt lebenden Kohorten beteiligt werden müssen. In diesem Sinne sollten die Rentner bei der Einführung der dynamischen Rente 1957 vom „Wirtschaftswunder“ profitieren und in diesem Sinne wollte die Pflegeversicherung bei ihrer Einführung dafür sorgen, dass die pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit als Regelfall der Heimbewohner beendet wurde. Es bleibt daher festzuhalten, dass die von den Befürwortern einer Kapitalfundierung erhobene Forderung nach einer bestimmten Form der intergenerativen Umverteilung keineswegs normativ unumstritten ist.²⁵

Weiterhin fordern Anhänger der Kapitalfundierung eine **intertemporale Umverteilung** der Finanzierungslast für Pflegeleistungen derart, dass Belastungen, die ansonsten in der Zukunft anfallen, in die Gegenwart gezogen werden. Tatsächlich kann eine solche intertemporale Umverteilung gut durch Einführung einer (Teil)Kapitalfundierung

²⁵ Zudem führt eine ausschließliche Konzentration auf die auf einen Kohortenvergleich verengte „Generationengerechtigkeit“ dazu, dass nach wie vor bestehende und sich noch verstärkende intragenerative Ungleichheiten – auch die zwischen Kindererziehenden und Kinderlosen, die eben nicht mit Generationenbilanzen aufgefangen werden können, – aus dem öffentlichen Bewusstsein verdrängt werden.

erreicht werden.²⁶ Allerdings stellt sich die Frage, ob diese Strategie angesichts der aktuellen ökonomischen Lage wirklich wünschenswert bzw. in welchem Umfang sie wünschenswert ist. Wie die dann höhere gegenwärtige Finanzierungslast auf einzelne Geburtskohorten verteilt wird, ist weiterhin eine Frage der Ausgestaltung des Systems, wobei grundsätzlich verschiedene Verteilungen realisiert werden können und die bestehenden Vorschläge auch verschiedene Optionen vorsehen. Insofern führt ein Vorziehen zukünftiger Lasten in die Gegenwart nicht unbedingt zu einer bestimmten Verteilung der Lasten zwischen einzelnen Geburtskohorten. Selbst die Entlastung der noch ungeborenen Kohorten, die teilweise als Zielvorgabe genannt wird, wird nur dann erreicht, wenn darauf verzichtet wird, die implizite Schuld der Leistungsversprechen an die derzeitige Altenbevölkerung als „Sondervermögen“ an die zukünftige Kohorten weiterzugeben und diese Schuld stattdessen tatsächlich von den derzeit bereits lebenden Kohorten getilgt wird.

4.2.5 Zwischenfazit

Insgesamt ist daher festzuhalten, dass die Argumente, die für einen Umstieg auf ein kapitalfundiertes System genannt werden, durchaus kritisch diskutiert werden können: Dies gilt insbesondere für das Argument eines höheren Wirtschaftswachstums und einer höheren individuellen Effizienz. Auch ist ein kapitalfundiertes System nicht demographieunabhängig. Allerdings kann aus der anderen Art der Risi-

²⁶ Auch im Umlagesystem könnten allerdings gezielte intergenerative Umverteilungen erzielt werden – etwa durch Einführung altersabhängiger Zusatzbeiträge. Auch ist hier eine intertemporale Umverteilung möglich, wie dies unter dem Stichwort der „Demographiereserve“ diskutiert wird.

ken die Forderung nach einer Risikodiversifizierung und damit nach einer **Teilkapitalfundierung** abgeleitet werden. Schließlich bleibt festzuhalten, dass die Einführung einer (Teil)Kapitalfundierung in besonderem Maße in der Lage ist, zukünftige Lasten in die Gegenwart zu ziehen (intertemporale Umverteilung), wobei allerdings offen bleiben muss, ob bzw. in welchem Umfang dies wünschenswert ist. Insbesondere kann ein solches Vorziehen zukünftiger Lasten nicht zwingend aus Gerechtigkeitsüberlegungen abgeleitet werden. Nach diesen eher grundsätzlichen Überlegungen zur Kapitalfundierung gilt es nun weiterhin zu diskutieren, welche Optionen für eine ergänzende Kapitalfundierung System bestehen, welche Wirkungen davon ausgehen und wie diese zu bewerten ist.

4.3 Varianten zur Einführung einer ergänzenden Kapitalfundierung

Eine ergänzende Kapitalfundierung kann unterschiedliche Ausgangspunkte haben und in verschiedenster Weise ausgestaltet werden. Um die Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung zu lösen, kommt dabei letztlich nur eine **obligatorische Komponente** in Frage, die wiederum privat oder öffentlich organisiert werden kann, was zugleich ein Unterscheidungsmerkmal entsprechender Vorschläge ist. Insbesondere unterscheiden sich entsprechende Modelle weiterhin auch danach, **wer** zur ergänzenden Kapitalfundierung verpflichtet werden soll. Vier Optionen verdienen dabei besondere Bedeutung:

- eine ergänzende Kapitalfundierung in Form einer **privaten Pflegezusatzpflichtversicherung** etwa zur Finanzierung der Leistungsdynamisierung (so im Modell des PKV-Verbandes und dem Vorschlag der bayerischen Sozialministerin Christa Stewens),

- ein einfaches Spar-Entsparmодell (z. B. „Demographiereserve“ im Koalitionsvertrag),
- eine ergänzende Kapitalfundierung (für Beschäftigte), um einen **Zusatzbeitrag für Rentner** zu finanzieren (Modifikation des intergenerativen Lastenausgleichs im Vorschlag der Rürup-Kommission) und
- eine ergänzende Kapitalfundierung in **Abhängigkeit von der Kinderzahl** (*in Anlehnung an das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 3.4.2001*).

4.3.1 Ergänzende Kapitalfundierung als private Pflegezusatzpflichtversicherung

Bereits im Beitrag von *Rothgang/Dräther (in diesem Band)* wurde darauf verwiesen, dass eine Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen unverzichtbare Voraussetzung für die Legitimation der Pflegeversicherung ist. Allerdings kann diese Dynamisierung auch **außerhalb** der Sozialen Pflegeversicherung erfolgen. Das ist der Anknüpfungspunkt für das am 19. März 2007 von der bayerischen Sozialministerin, Christa Stewens, vorgestellte Modell, das eine entsprechende Initiative der PKV aus dem Jahr 2005 aufgreift (PKV 2005) und vorsieht, die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) einzufrieren, gleichzeitig aber eine private Zusatzpflegepflichtversicherung (PZPV) einzuführen, in der ein Kapitalstock aufgebaut werden und die zugleich eine Leistungsdynamisierung in Höhe von 2 % per annum finanzieren soll. Der hierzu notwendige Beitrag wird als Kopfprämie in Höhe von zunächst 6 € pro Monat kalkuliert, wobei diese Prämie jedes Jahr um 1 € steigen soll. Im Jahr 2040 würde diese

Prämie dann bereits bei mehr als 40 € liegen und damit den Beitrag erreichen, den ein Durchschnittsverdiener heute an die Pflegeversicherung abführt.²⁷

An diesem Modell sind drei Aspekte kritisch hervorzuheben:

1. Im Zeitverlauf werden die Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung die der Sozialen Pflegeversicherung übersteigen – nach eigenen Berechnungen (*Rothgang 2007*) etwa im Jahr 2030–2045.²⁸ Die private Pflegezusatzversicherung wird daher von einem anfänglichen „Anhängsel“ der SPV zu einer obligatorischen Hauptpflegeversicherung, die auch einen eigenen – und neben dem der SPV zweiten – Verwaltungsapparat zur Leistungssteuerung (Verträge mit Leistungsanbietern) aufbauen muss. Dies führt aber nicht nur zu doppelten Verwaltungskosten, sondern auch zu zusätzlichen Koordinierungsproblemen zwischen den beiden Systemen und das obwohl bereits heute bei der Versorgung von Pflegebedürftige mehr als genügend Koordinierungsprobleme u. a.

²⁷ 2007 lag die Bezugsgröße, die dem durchschnittlichen Arbeitsentgelt aller Versicherten in der Rentenversicherung im vorvergangenen Jahr entspricht, bei 2.450 € (Westdeutschland). Wird hierauf der gesetzlich fixierte Beitragssatz von 1,7 % angewandt ergibt sich ein Beitrag von 41,65 €. Bei Einführung der privaten Pflegezusatzversicherung im Jahr 2007 läge die Prämie in diesem System bei 41,50 € im Jahr 2040. Der Vorschlag des PKV-Verbandes hatte für das Einführungsjahr eine Prämie von 8,50 € vorgesehen (PKV 2005).

²⁸ Der konkrete Zeitpunkt hängt ab von der gewählten Leistungsdynamisierung und von Ausgabenwachstum der SPV. Bei einem Ausgabenwachstum der SPV von jährlich 1 % und einer Leistungsdynamisierung von jährlich 1,5 % wäre dieser Zeitpunkt bereits 2037 erreicht, bei einer Leistungsdynamisierung von 1 % erst 2044. Eine 2 %ige Leistungsdynamisierung und ein SPV-Ausgabenwachstum in gleicher Höhe, führen zu einem Ausgabengleichstand im Jahr 2045.

zwischen unterschiedlichen Kostenträgern und Leistungserbringern bestehen.

2. Die Einnahmen der privaten Zusatzversicherung sollen für zwei Zwecke verwendet werden: zur Finanzierung der Leistungsdynamisierung und zum Aufbau eines Kapitalstocks. Der Aufbau des Kapitalstocks kann nur mithilfe desjenigen Teils der Zusatzprämie erfolgen, der nicht für die laufenden und dynamisierten Leistungsanteile verwendet wird. Das Stewens-Modell impliziert dabei nicht unbedingt einen Umstieg auf eine dauerhafte Kapitalfundierung, weil im Zeitverlauf ein zunehmender Teil der Prämieinnahmen zur Leistungsdynamisierung verwendet werden muss. Je nach Annahmen zur Leistungsdynamisierung und weiteren Einflussfaktoren, die die Ausgaben der privaten Pflegeversicherung betreffen, wird zwischen Mitte der 2030er und 2040er Jahre das jährliche Prämienaufkommen sogar vollständig dazu verwendet werden müssen, die laufenden (dynamisierten) Leistungsausgaben zu finanzieren. Ob der Kapitalstock langfristig wieder abgeschmolzen werden muss, hängt dann davon ab, in welchem Verhältnis die jährliche Rendite des Kapitalstocks und die jährliche Leistungsdynamisierung zueinander stehen. Bis zu dem Zeitpunkt, an dem keine weitere Zuführung zum Kapitalstock vorgenommen werden kann, also je nach Annahmen zur Dynamisierung bis Mitte der 2030er bzw. Mitte der 2040er Jahre, ist der Finanzbedarf des Stewens-Modells jedenfalls höher als der eines Modells, in dem die Leistungen der Pflegeversicherung im Umlageverfahren finanziert werden. Insgesamt sind daher in diesem Modell mindestens für die nächsten 30 Jahre höhere Lasten zu tragen als in einem Modell, das auf den Aufbau eines Kapitalstocks verzichtet.

3. Das hier diskutierte Modell einer privaten Pflegezusatzpflichtversicherung basiert auf einer Kopfprämienfinanzierung ohne steuerfinanzierten sozialen Ausgleich. Durch diese Kopfprämienfinanzierung kommt es – im Vergleich zu einer aufkommensneutralen Beitragssatzerhöhung – zu einer **Umverteilung von unten nach oben**. Dies gilt unabhängig davon ob (in beiden Systemen) ein Kapitalstock aufgebaut wird oder nicht. Das Stewens-Modell bewirkt damit zweierlei: Durch die Kapitalbildung wird der Einnahmebedarf erhöht, so dass sich die Belastung für die nächsten 3–4 Dekaden für **alle Versicherten** erhöht. Zusätzlich kommt es durch die Kopfprämienfinanzierung zu einer Umverteilung von unten nach oben, also zu einer Entlastung der einkommensstärkeren Haushalte bei einer Benachteiligung der einkommensschwächeren, die damit aus **zwei Gründen** höhere Belastungen tragen müssen.

Schließlich muss noch auf einen weiteren Aspekt hingewiesen werden: Die Soziale Pflegeversicherung soll nach dem Stewens-Modell weiterhin undynamisiert Leistungen im bisherigen Umfang erbringen. Hierbei läuft sie aber seit Jahren ins Defizit. Auch ohne eine Leistungsdynamisierung wachsen die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung nämlich derzeit schneller als die Einnahmen. Dieses Problem wird im Modell von Christa Stewens ausgeblendet. Vielmehr wird unterstellt, dass das Einnahmewachstum der Sozialen Pflegeversicherung ausreicht, um die auch bei konstanten Leistungssätzen insbesondere demographisch bedingten Ausgabensteigerungen zu finanzieren – ohne diese Annahme zu begründen.

Das Stewens-Modell einer ergänzenden Kapitalfundierung durch Einführung einer privaten Pflegezusatzpflichtversicherung ist damit zwar geeignet, zukünftige Lasten in die Gegenwart zu ziehen. Ob es dabei zu einem dauerhaften oder nur zu einem temporären Kapital-

aufbau kommt, hängt von der Parameterkonstellation aber. Jedenfalls resultiert aber ein verwaltungsintensives Nebeneinander zweier Sicherungssysteme, das zudem Koordinierungsschwierigkeiten mit sich bringen dürfte. Aus diesem Grund dürfte eine Teilkapitalfundierung **innerhalb** der sozialen Pflegeversicherung demgegenüber überlegen sein. Vor allem aber führt der Aufbau des Kapitalstocks über Kopfprämien zu einer Umverteilung von unten nach oben, die bei einer Kapitalbildung über einkommensbezogenen Beiträge vermieden werden kann.

4.3.2 Ergänzende Kapitalfundierung als einfaches Spar-Entpar-Modell in einer kollektiven „Demographiereserve“

Der Koalitionsvertrag sieht eine – im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz nicht umgesetzte – „Ergänzung des Umlageverfahrens durch kapitalgedeckte Elemente als „Demographiereserve“ vor. Eine einfache Möglichkeit zur Umsetzung dieses Vorhabens liegt darin, dass zunächst der Beitragssatz angehoben wird und zwar über das Maß hinaus, dass zur Ausgabendeckung notwendig ist. Die dabei erzielten Mehreinnahmen können zur temporären Bildung eines Kapitalstocks verwendet werden, der dann abgeschmolzen und aufgezehrt wird, wenn die Ausgaben der Pflegeversicherung die Einnahmen übersteigen, die sich bei dem jetzt festgesetzten Beitragssatz ergeben.

Zunächst muss bei einem solchen Konzept bestimmt werden, in welchem Umfang Rücklagen gebildet werden sollen. Soll Beitragssatzkonstanz über mehrere Dekaden erzielt werden, muss der Beitragssatz

in einem Umfang von mindestens einen halben Beitragssatzpunkt angehoben werden.²⁹

Grundsätzlich werden bei einer solchen Konzeption eines einfachen Spar-Entspar-Modells ebenfalls Zukunftslasten in die Gegenwart vorgezogen und somit intertemporal umverteilt. Allerdings ist ein solches Modell nicht nachhaltig und dient „nur“ zur „Untertunnelung“ zukünftiger Belastungsberge. Dieses Finanzierungsmodell ist also nur sinnvoll, wenn heute absehbare Belastungsspitzen gedämpft werden sollen. Dies ist bei der Pflegesicherung allerdings nicht der Fall. Vielmehr ist für den gesamten Zeithorizont bis 2050, für den entsprechende Projektionen vorgenommen werden, mit einer steigenden Zahl von Pflegebedürftigen und damit steigenden Finanzlasten zu rechnen. In einem solchen Szenario führt eine „Demographiereserve“ als Spar- und Entsparmodell nur dazu, dass der Beitragssatz dann sprunghaft ansteigt, wenn die angesparten Reserven aufgebraucht sind, die zuvor verwandt worden, um das System mit einem nicht ausgabendeckenden Beitragssatz zu betreiben – und das auch nur, wenn sichergestellt werden kann, dass die Demographiereserve nicht bereits zuvor für andere Zwecke verwendet wurde. Im günstigsten

²⁹ Wie lange eine solche Demographierücklage ausreicht, hängt von vielen Faktoren ab: der Ausgabenentwicklung der Pflegeversicherung – und hierbei insbesondere von der Leistungsdynamisierung –, der Entwicklung der Grundlohnsumme, aber auch von der Rendite, die mit dem angesammelten Kapital auf dem Kapitalmarkt erzielt werden kann. Ältere eigene Berechnungen ergaben dabei, dass eine Beitragssatzerhöhung um 0,3 Beitragssatzpunkte bei einer kaufkraftstabilisierenden Leistungsdynamisierung und einem angenommenen Realzins von 3 % Beitragssatzstabilität nur bis 2018 gewährleisten könne (Rothgang 2002: 163ff.). Um den Beitragssatz bis 2040 konstant zu halten, ist dagegen eine unmittelbare Anhebung um 0,7–0,8 Beitragssatzpunkte notwendig – und das auch nur bei einer Rendite des eingesetzten Kapitals von real 3 %.

Fall werden zukünftige Lasten in die Gegenwart gezogen und der aktuelle Beitragssatz zunächst um einige Zehntel angehoben, um ihn zukünftig für eine gewisse Zeit niedriger halten zu können. Nachhaltig ist eine solche Lösung nicht.

4.3.3 Ergänzende Kapitalfundierung und Zusatzbeitrag für Rentner

Eine andere Möglichkeit zum Einstieg in eine ergänzende Kapitalfundierung besteht darin, deren Einführung mit einem Zusatzbeitrag für Rentner zu verbinden. Ein ähnlicher Vorschlag wurde bereits von der Rürup-Kommission gemacht und als „intergenerativer Lastenausgleich“ bezeichnet (*Nachhaltigkeitskommission 2003*). Der Vorschlag war dort aber so konzipiert, dass ebenfalls nur ein temporärer Kapitalstock gebildet und später wieder aufgelöst werden sollte. Wie auch die oben beschriebene Variante der Demographiereserve ist ein solches Modell nicht nachhaltig. Allerdings ist ohne Weiteres eine nachhaltige Variante vorstellbar, die auf zwei Elementen beruht: zum einen wird (dauerhaft) ein Zusatzbeitrag für Rentner eingeführt,³⁰ zum anderen werden alle Beschäftigten (dauerhaft) verpflichtet, im Rahmen privater Alterssicherung Vorsorge zu treffen, um diesen Zu-

³⁰ Dieser Zusatzbeitrag kann dann – wie auch im Vorschlag der Rürup-Kommission – einkommensbezogen sein. Damit würden die inversen Umverteilungswirkungen vermieden, die allen Kopfprämienmodellen zu Eigen sind.

satzbeitrag für Rentner zahlen zu können, wenn sie selbst ins Rentenalter eintreten.³¹

Zur Begründung für die Zusatzbelastung für die aktuelle Rentnergeneration kann auf deren „windfall profits“ bei Einführung einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung verwiesen werden, die eine besondere finanzielle Belastung der Rentner rechtfertigt. Ähnlich wie beim Vorschlag des Kronberger Kreises, wird das „Einführungsgeschenk“ dabei zurückgefordert – bei dem hier diskutierten Vorschlag aber nur zu einem kleinen Teil. Dieser „Einführungsgewinn“ wird jedoch mit zunehmendem Geburtsjahr der entsprechenden Kohorte immer kleiner, ihr „Opfer“ daher immer Vergleich dazu größer. Je jünger die Kohorten sind, desto mehr Zeit haben sie andererseits aber, selbst für diesen Zusatzbeitrag im Alter vorzusorgen. So kommt es zu einem Ausgleich zwischen den Kohorten.

Der Vorteil eines solchen Modells liegt insbesondere darin, dass die beim Aufbau eines Kapitalstocks unvermeidliche Doppelbelastung zum Teil von den derzeitigen Rentnern getragen wird, diese sich aber dennoch durch die Einführung der Pflegeversicherung insgesamt besser gestellt haben, weil eine risikoäquivalente Prämie für sie deutlich höher sein würde als die Summe auszeitigem allgemeinem Beitragssatz und dem Zusatzbeitrag für Rentner. Durch eine einkom-

³¹ Der zweite Teil dieser Option ist von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt unter dem Stichwort „Pflege-Riester“ im Juni 2007 in die Debatte eingeführt worden – allerdings als freiwillige, nicht als obligatorische Vorsorge. Unklar ist bei diesem Vorschlag, wie die so individuell gebildeten Rücklagen in die Finanzierung der Pflege einbezogen werden können. Dies wäre durch die Verknüpfung mit einem altersabhängigen Zusatzbeitrag gegeben.

mensabhängige Beitragszahlung tritt zudem keine inverse Umverteilung auf, die kennzeichnend für alle Pauschalprämienmodelle ohne kompensatorischen steuerfinanziertem sozialen Ausgleich ist (*siehe oben*). Durch den Zusatzbeitrag für Rentner sind schließlich unmittelbar Zusatzeinnahmen in merklicher Höhe zu erzielen. So führt die Einführung eines Zusatzbeitrages in Höhe von 1,5 % – wie seinerzeit von der Rürup-Kommission vorgeschlagen – zu Mehreinnahmen von rd. 3 Mrd. €. ³² Da der Zusatzbeitrag im bisherigen Beitragseinzugsverfahren erhoben wird, fallen auch keine zusätzlichen administrativen Kosten an. Diese Variante weist also viele Vorteile auf, aber auch einen Nachteil: Wenngleich die Zusatzbelastung der Rentner für die Pflegeversicherung gut begründet werden kann, ist sie womöglich nicht sozialverträglich, wenn die Rentner zugleich an anderer Stelle, insbesondere in der gesetzlichen Rentenversicherung, weiter belastet werden. Insofern kann über eine solche Variante nur sinnvoll entschieden werden, wenn zugleich die gesamte Alterssicherung mit bedacht wird.

4.3.4 Ergänzende Kapitalfundierung in Abhängigkeit von der Kinderzahl

Eine andere Möglichkeit zur Einführung einer ergänzenden Kapitalfundierung setzt unmittelbar an dem bekannten Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2001 an. In diesem Urteil wird die Kindererziehung als eigenständiger Realbeitrag zur Pflegeversicherung gewertet (*vgl. Rothgang 2001 für Details*). Die daraus unmittel-

³² Dieser Wert ergibt sich gemäß der Faustformel, dass ein Beitragssatzpunkt für alle Beitragszahler derzeit Einnahmen von rd. 10 Mrd. € generiert und rund 20 % der Beitragseinnahmen von Rentnern aufgebracht werden.

bar ableitbare Forderung nach einer Staffelung des monetären Beitrages nach der **Kinderzahl** wurde im Kinder-Berücksichtigungsgesetz (KiBG) vom Dezember 2004 **nicht** umgesetzt. Vielmehr wird im neu gefassten § 55 Abs. 3 SGB XI lediglich zwischen Beitragszahlern mit und ohne Kinder(n) unterschieden, so dass hier durchaus noch Raum für Nachbesserung gesehen werden kann.

In ökonomischer Perspektive impliziert Vorsorge immer, dass Ansprüche auf Anteile des zukünftigen Sozialkapitals erworben werden. Diese Ansprüche können aber nur insofern eingelöst werden als sie tatsächlich gedeckt sind – durch Bildung von Realkapital (so die Idee des Kapitaldeckungsverfahrens) oder durch Humankapital (so die Idee des Umlageverfahrens). In Grenzen bestehen zwischen diesen beiden Formen der Kapitalbildung aber Substitutionsmöglichkeiten. Wird diese Beziehung von der gesamtwirtschaftlichen Ebene auf die Individualebene heruntergezogen, könnte daraus die Forderung abgeleitet werden, dass diejenigen, die – aus welchen Gründen auch immer – keine (oder nur wenige) Kinder erziehen und damit auch kein (oder nur wenig) Humankapital bilden, in entsprechendem Ausmaß Realkapital bilden müssen.

Für die Pflegeversicherung könnte dies umgesetzt werden, indem Beiträge zu einer obligatorischen ergänzenden Kapitalfundierung nach der Zahl der Kinder gestaffelt werden. Denkbar wäre etwa, dass in der Sozialen Pflegeversicherung ein Zusatzbeitrag erhoben wird, der positiv für diejenigen ohne oder mit nur einem Kind und negativ für alle Versicherten mit drei und mehr Kindern ist. Dieser Beitrag könnte in einen Fond eingezahlt und dort verzinslich angelegt werden und dann nach einem Zeitraum von 2–3 Dekaden an die Pflegekassen ausgezahlt werden. Durch diese zeitliche Verzögerung wird der Effekt der Kindererziehung simuliert, die auch erst mit einem time lag

von mehreren Dekaden weitere Beitragszahlungen produziert, und zudem das Vorziehen zukünftiger Lasten erreicht, das charakteristisch für jede Kapitalfundierung ist.

Diese Variante hat mehrere Vorteile: die Teilkapitalfundierung ist permanent und leistet damit einen nachhaltigen Beitrag zur Lösung des Finanzierungsproblems. Die Einkommensabhängigkeit der Beitragszahlung bleibt durch den allgemeinen Beitragssatz erhalten, während der Zusatzbeitrag nach einem anderen Kriterium gestaffelt ist. Die externen Effekte der Kindererziehung, die das Verfassungsgericht als „realen Beitrag“ zur Sicherung des Versicherungssystems gewertet hat, werden internalisiert und die Allokation damit verbessert. In distributiver Hinsicht wird nicht nur – wie auch bei allen anderen Varianten der Kapitalfundierung – intertemporal umverteilt, sondern auch intragenerativ. Wird – wie in der derzeitigen Debatte über Generationengerechtigkeit üblich – unterstellt, dass die Renditen für die Einzahlungen in sozialen Sicherungssysteme gleich sein sollen und der demographische Wandel diese Forderung in umlagefinanzierten Systemen konterkariert, so ist es viel überzeugender, einen Ausgleich auf der Ebene von Individuen bzw. Haushalten anzustreben, als auf der Ebene von als „Generationen“ bezeichneter Geburtskohorten, die gerade in Bezug auf ihr Fertilitätsverhalten aber höchst inhomogen sind.

Da bei dieser Form der kollektiven Kapitalbildung keine individuellen Ansprüche entstehen, muss aber institutionell Vorsorge getroffen werden, dass der entstehende Kapitalstock vor dem Zugriff der Tagespolitik geschützt wird. Insgesamt hat diese Form der Teilkapitaldeckung gegenüber den anderen angeführten Ansätzen aber viele Vorteile.

4.4 Fazit

Bei der in der nächsten – spätestens aber in der übernächsten – Legislaturperiode erneut anstehenden Diskussion über eine Finanzreform der Pflegeversicherung wird auch die Frage einer (Teil) Kapitalfundierung eine gewichtige Rolle spielen. In diesem Beitrag wurde dabei unterstellt, dass ein Systemwechsel von einer umlagefinanzierten auf eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung nicht zur Disposition steht. Wie die Analyse der – erhofften – Vorteile der Kapitaldeckung deutlich gemacht hat, ist dies aber auch gar nicht notwendig. So spricht der Gedanke der Risikodiversifizierung gerade nicht für einen vollständigen Systemwechsel und erscheint dieser auch aus Gründen der Generationengerechtigkeit keineswegs zwingend. Denkbar ist allenfalls eine **ergänzende** Kapitalfundierung, und sinnvoll ist diese insbesondere, wenn ansonsten in der Zukunft anfallende Lasten in die Gegenwart vorgezogen werden sollten, um so intertemporal umzuverteilen.

Es stellt sich dann die Frage, wie eine solche ergänzende Kapitalfundierung aussehen soll. Hierfür gibt es mehrere Vorschläge. Einfache Spar-Entspar-Modelle, die unter dem Stichwort „Demographiereserve“ diskutiert werden, haben insbesondere den Nachteil, dass sie nicht nachhaltig sind, da nach Abschluss der Entsparperiode erhebliche Beitragssatzsteigerungen anfallen. Gegen das PKV-Modell einer privaten Zusatzpflichtversicherung, das von der bayerischen Sozialministerin 2007 erneut ins Spiel gebracht wurde, sprechen insbesondere die inversen Umverteilungswirkungen der steigenden Kopfprämien. Auch ist der Aufbau eines weiteren Sicherungssystems aus administrativen Gesichtspunkten nicht sinnvoll. Wenn eine ergänzende Kapitalfundierung erfolgen soll, ist daher zu überlegen, ob es andere, intelligendere Formen gibt. Die Verknüpfung eines zusätzlichen Bei-

tragssatzes für Rentner mit einer Vorsorgepflicht für Rentner könnte eine solche Form sein. Allerdings ist hierbei zu beachten, dass die Rentner bereits im Alterssicherungssystem erheblich belastet werden, so dass diese Option nur realisiert werden sollte, wenn sie in ein systemübergreifendes Konzept integriert ist. Vergleichsweise zielkonform lässt sich dagegen die Staffelung eines zusätzlichen Beitrags zum Aufbau eines Kapitalstocks nach der Kinderzahl begründen. Bei einem solchen können die verteilungspolitischen Zielsetzungen – einschließlich der intragenerativen Umverteilung – erfüllt werden und wird der Substitutionszusammenhang zwischen Real- und Humankapital unmittelbar berücksichtigt. Da dieser Mechanismus zudem auf Dauer eingeführt wird und es daher nicht zu einem bloßen Spar-Entspar-Prozess kommt, ist diese Variante in besonderem Ausmaß nachhaltig. Die Ausarbeitung eines entsprechenden Modells wäre daher ein sinnvoller Beitrag zu der zu erwartenden Debatte um Finanzreform in der Pflegeversicherung.

4.5 Literatur

Aaron H J (1966), The Social Insurance Paradox, in: Canadian Journal of Economics and Political Science. Vol. 32: 371–374.

Börsch-Supan A (2000c), Was lehrt uns die Empirie in Sachen Rentenreform?, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik. Band 1, Heft 4: 431–451.

Börsch-Supan A/Ludwig A/Sommer M (2003), Demographie und Kapitalmärkte. Die Auswirkungen der Bevölkerungsalterung auf Aktien-, Renten- und Immobilienvermögen. Köln: Deutsches Institut für Altersvorsorge.

Börsch-Supan Axel/Ludwig A/Winter J (2001), „Aging, pension reform, and capital flows: A multi-country simulation model“. Sfb 504 Working Paper, 01–08.

Culhane M M. (2001), Global Aging – Capital Market Implications. Chicago Goldman Sachs Strategic Relationship Management Group.

Deutsche Bundesbank (1999), Möglichkeiten und Grenzen einer verstärkten Kapitaldeckung der gesetzlichen Alterssicherung in Deutschland, in: Monatsbericht der Deutschen Bundesbank. Dezember 1999: 15–31.

Eisen R (2000), (Teil-)Privatisierung der Sozialen Sicherung: „Das Modell Chile“ als Muster- oder Glücksfall?, in: Schmähl W (Hg.), Soziale Sicherung zwischen Markt und Staat. Schriften des Vereins für Socialpolitik. Neue Folge, Band 275. Berlin: Duncker & Humblot: 141–174.

Häcker J/Raffelhüschen B (2004), Denn sie wussten was sie taten: Zur Reform der sozialen Pflegeversicherung, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 73, 158–174.

Häcker J/Raffelhüschen B (2007), Reformansätze zur Sozialen Pflegeversicherung auf dem Prüfstand, in: Wirtschaftsdienst, 87(6), 351–355.

Haug Karin/Rothgang H (1994), Das Ringen um die Pflegeversicherung – ein vorläufiger sozialpolitischer Rückblick, in: Beiträge zum Recht der Sozialen Dienste und Einrichtungen, Heft 24: 1–30.

Heigl A (2001), Age Wave – Zur Demographieanfälligkeit von Aktienmärkten. HypoVereinsbank Policy Brief Volkswirtschaft, 2001 (4).

Homburg S (1988), Theorie der Alterssicherung. Frankfurt: Springer.

Jacobs K/Dräther H (2005), Wer bezahlt die Pflege? Gesundheit und Gesellschaft, Heft 9: 23–29.

Krupp H-J/Weeber J (2001), Risiken der Alterssicherung, Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren im Vergleich, in: Mager H-C/Schäfer H/Schrüfer K (Hrsg.), Private Versicherung und Soziale Sicherung. Marburg: Metropolis: 185–202

Nachhaltigkeitskommission [=Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme] (2003), Bericht der Kommission. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung.

PKV-Verband (2005), Dynamische und demographieresistente Pflegeleistungen für alle Bürger – Kapitalgedeckte Dynamisierung der Pflegeleistungen. Schütze Brief, Dokumentation Nr. 8.

Rothgang H (2001), Die Verfassungsgerichtsurteile zur Pflegeversicherung: Ausgangspunkt für eine Neuordnung der Sozialversicherung?, in: Sozialer Fortschritt, Heft 5: 121–126.

Rothgang H (2007), Unterschiedliche Gestaltungs- und Finanzierungs-konzepte der Pflegeversicherung. Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung. URL: http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2005-782-4-2.pdf.

Rürup B (1998), Umlageverfahren versus Kapitaldeckung, in: Cramer J E./ Förster W/Ruland F (Hrsg.), Handbuch Altersvorsorge, Gesetzliche, betriebliche und private Vorsorge in Deutschland. Frankfurt: Fritz Knapp/KNO.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005), Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht05/Kurzfassung.pdf>.

Schmähl Winfried (1992), Zum Vergleich von Umlageverfahren und kapitalfundierte Verfahren zur Finanzierung einer Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Band 10. Stuttgart: Kohlhammer.

Schmähl W/Rothgang H/Viebrok H (2006), Berücksichtigung von Familienleistungen in der Alterssicherung. Analyse und Folgerungen aus ökonomischer Sicht, in: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), DRV Schriften. Bad Homburg: WDV.

Viebrok H/Dräther H (1999), Alterssicherung auf der Grundlage von Sicherheit, Rentabilität und sozialer Verantwortung, Expertise für die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG). Schriftenreihe der GVG, Band 32, Bonn: GVG.

II. Leistungserbringung

5 Stand und Sicherung der Qualität der Pflege

Sabine Kühnert

5.1 Einleitung

Bereits 1995 haben *Harris et al.* in ihrem Buch „Heime zum Leben“ (*Harris et al. 1995, 13*) angemahnt, dass es in Deutschland für die stationäre Altenhilfe an einer Verständigung über die Frage „was ist Qualität“ fehlt. Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung ist gesetzlich im SGB XI in § 80 und im Zuge der Weiterentwicklung des SGB XI in § 113 des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (PfWG) vorgesehen. Zudem werden in der Pflegepraxis eine Vielzahl von Verfahren und Vorgehensweisen zur Qualitätssicherung erprobt. Doch gerät der Diskurs über die Inhalte, d. h., was ist Pflegequalität, aus welcher Perspektive ist diese zu definieren und wer ist legitimiert, Qualitätskriterien festzulegen – trotz der seit den 90iger Jahren steigenden Zahl an Publikationen und Diskussionen über Pflegequalität und deren Sicherstellung – vielfach immer noch gegenüber Finanzierungs- und Zuständigkeitsfragen in den Hintergrund. Da kein Konsens über Kriterien und Standards der Qualitätsbeurteilung vorherrscht (*Ollenschläger 2007, 63*), bleiben die Definitionen von Pflegequalität meist vage und unverbindlich. Es wird auf den – nicht weiter konkretisierten – allgemein anerkannten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse verwiesen oder es findet – zumeist im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Qualitätssicherung – eine Beschränkung

auf formale Merkmale wie der Eignung einer Dienstleistung für einen bestimmten Zweck statt, die inhaltlich sehr unterschiedlich ausgestaltbar sind. In der Konsequenz erfolgt eine Konzentration auf Aspekte von Struktur- und Prozessqualität unter Vernachlässigung der Ergebnisqualität. So konstatiert Görres als Ergebnis einer nationalen Analyse der gesetzlichen Grundlagen, Aktivitäten und Instrumente zur Qualitätsentwicklung immer noch erhebliche Defizite insbesondere hinsichtlich der Festlegung von Pflegequalität. „Trotz rechtlicher Vorgaben und zahlreicher Erfahrungen fehlt es quer zu den unterschiedlichen Versorgungsbereichen an konsensfähigen Qualitätszielen, Standards und Indikatoren zur Evaluation sowie an aussagefähigen Handlungsrichtlinien, um die Forderung nach Qualitätsentwicklung auch entsprechend ausfüllen zu können. Unklar war (und ist) vor allem der Qualitätsbegriff selbst.“ (*Görres et. al. 2006, 2003*).

5.2 Zur inhaltlichen Bestimmung von Pflegequalität

Bislang nimmt die Perspektive des Gesetzgebers und der gesetzlich verankerten Prüfinstanzen vor allem der Medizinischen Dienste nach wie vor einen breiten Raum in der öffentlichen Qualitätsdebatte ein. Wissenschaftlich begründete Qualitätsdefinitionen zu einzelnen bedeutsamen Aufgaben von Pflege wie sie z. B. vom Deutschen Netzwerk für Qualitätssicherung oder der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung verfasst wurden, liegen zwar vor, erhalten aber erst allmählich mehr Verbindlichkeit und werden noch seltener öffentlich diskutiert. Leistungsanbieter und die bei ihnen beschäftigten Mitarbeiter wiederum formulieren ihre Qualitätsdefinitionen und Qualitätssicherungsansätze im Spannungsfeld zwischen gesetzlichen Vorgaben, eigenen Ressourcenbegrenzungen, wissenschaftlichen Erkenntnissen

und marktorientierten Profilierungen. Auffallend ist weiterhin, dass Qualitätsbestimmungen aus der Perspektive der Inanspruchnehmer sich nur vereinzelt finden lassen. Um eine Engführung in der Qualitätssicherungsdiskussion auf gesetzliche Rahmenbedingungen zu vermeiden, ist deshalb den unterschiedlichen Perspektiven der in *Abbildung 5-1* dargestellten Hauptbeteiligten und ihren Verantwortlichkeiten stärkere Beachtung zu schenken.



5.2.1 Gesetzlich verankertes Qualitätsverständnis

Mit der Verabschiedung des SGB XI und der darin enthaltenen gesetzlichen Verpflichtung zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen, dem allgemeinen anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechenden pflegerischen Versorgung (§ 69 SGB XI), der in § 80 SGB XI verankerten Verpflichtung der Kostenträger und Leistungsanbieter zur Vereinbarung gemeinsamer Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege und von Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen sowie der Veröffentlichung der Prüfberichte wurden erhebliche Bemühungen zur Qualitätsverbesserung in Gang gesetzt. Gleichzeitig veränderte sich das Selbstverständnis der medizinischen Dienste und des Spitzenverbandes, der über den gesetzlichen Prüfauftrag hinausgehend auch fachliche Stellungnahmen zu Einzelthemen der Pflege – Dekubitusprophylaxe und -therapie (2001), Ernährung und Flüssigkeitsversorgung (2003) sowie Pflegeprozess und Dokumentation (2005) erarbeitet und damit einen Anspruch auf Festlegung von Qualitätskriterien erhoben hat, obwohl von verschiedenen Seiten wiederholt auf die Notwendigkeit einer unabhängigen Instanz zur Festlegung von Qualitätsniveaus unter Rückgriff auf anerkannte Verfahren verwiesen wurde (*Ollenschläger 2007*).

Welches Verständnis von Pflegequalität gesetzlich verankert ist und wie die Qualitätsentwicklung gestaltet werden soll, lässt sich aus dem SGB XI und dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (PFWG) anhand folgender Aspekte überprüfen:

- konkret getroffene Aussagen zur Pflegequalität

- gesetzlich verankerte Angebote und Vorgaben, die zur Qualitätssicherung beitragen
- vorgesehene Rahmenbedingungen und Strukturen wie Angaben zu Qualitätsüberprüfungen, Leistungsberechtigten und dem Finanzvolumen für gesetzliche Leistungen.

5.2.1.1 Aussagen zur Pflegequalität

Im SGB XI wird auf den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse verwiesen, der nicht näher ausgeführt wird und somit Interpretationsmöglichkeiten zulässt. Diese an sich begrüßenswerte Offenheit – da es nicht Aufgabe eines Gesetzes sein kann, den allgemein anerkannten Wissenstand festzulegen – erfährt jedoch Einschränkungen durch die in den gemeinsamen Maßstäben und Grundsätzen festgeschriebenen Ziele und Qualitätsmerkmale sowie durch einzelne im Gesetz verankerte Leistungsansprüche. So wird in den vereinbarten gemeinsamen Grundsätzen das Strukturkonzept nach Donabedian zur Beschreibung von Qualität entlang der drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zugrunde gelegt, das auch als Leitfaden für die Qualitätsprüfungen durch die medizinischen Dienste dient. Fachliche Begründungen, weshalb dieses Modell das geeignete ist, finden sich nicht. Innerhalb dieser drei Dimensionen werden unter den Punkten 1 (Grundsätze) und 3 (Qualitätsmaßstäbe) inhaltliche Zielsetzungen der zu erbringenden Pflege angeführt, wie die Ausrichtung auf aktivierende Pflege (ambulanter Bereich) oder bewohnerorientierte Ausrichtung der Tages- und Nachtstrukturierung und die Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben (Heim). Diese orientieren sich jedoch an Verrichtungen, sind nicht wissenschaftlich hergeleitet und berücksichtigen die Perspektiven der Nutzer nicht. Weshalb ist z. B. der Zufriedenheitsgrad der Bewohner

nur ein Merkmal der Ergebnisqualität stationärer Einrichtungen und nicht der ambulanten Pflege?

Zwar findet im PFWG in § 113a eine Konkretisierung statt, doch ist auch diese problembehaftet, da aus dem Gesetzestext nicht eindeutig hervorgeht, um welche Expertenstandards es sich handelt. Vorgesehen ist die Entwicklung monodisziplinärer Standards, die der Komplexität vieler pflegerischer Bedarfslagen und den Anforderungen an multiprofessionelles Handeln nicht gerecht werden (*BUKO 2007, 2; DNQP 2007*). Zudem unterliegt nach § 113 die Ausgestaltung des Verfahrens zur Entwicklung und Aktualisierung der Expertenstandards den Vertragsparteien, d. h. den Vertretern von Kostenträgern und Leistungsanbietern unter Beteiligung des MDS, Vertretern von Pflegeberufsverbänden und Interessenvertretern pflegebedürftiger Menschen sowie unabhängiger Sachverständiger. Von der geforderten neutralen, wissenschaftsbasierten ausgerichteten Qualitätsentwicklung nach in der Qualitätsentwicklung anerkannten Verfahrensweisen (*Ollenschläger 2007, 8*) ist somit weiterhin nicht auszugehen.

5.2.1.2 Gesetzlich verankerte Angebote und Vorgaben, die zur Qualitätssicherung der Pflege beitragen

Die Sicherstellung von Pflegequalität ergibt sich nicht nur aus den unmittelbar qualitätsbezogenen Paragraphen des SGB XI und des PFWG, sondern auch aus dem im Gesetz festgelegten Leistungsspektrum. Als Leitprinzipien gelten der Vorrang ambulanter vor stationärer Versorgung und der Prävention vor Rehabilitation. Diese an der Erhaltung der Lebenswelt pflegebedürftiger Menschen und der weitgehend möglichen Erhaltung von Selbständigkeit und Selbstbestimmung ausgerichtete Zielsetzung des SGB XI ist seit langem Konsens, in seiner Berechtigung durch entsprechende Forschungen belegt (z. B. *Mayer, Balthes 1996, BMFSFJ 2002*), doch in seiner

Umsetzung – nicht zuletzt durch die gesetzlichen Regelungen selbst – vielfach schwierig.

Dies beginnt damit, wie der Grad der Pflegebedürftigkeit als Grundlage für einen Leistungsanspruch bestimmt wird. Die im Gesetz festgelegte Definition von Pflegebedürftigkeit bezieht sich ausschließlich auf einen von Externen festgelegten und an den Aktivitäten des täglichen Lebens orientierten Pflege- und Hilfebedarf mit wissenschaftlich nicht begründbaren, allerdings für die Leistungsgewährung relevante Einteilungen in verschiedene Stadien, wobei sich die Einteilung an Defiziten statt an Kompetenzen unter Einbeziehung von Umfeldfaktoren orientiert. Auch werden Beeinträchtigungen hinsichtlich einer sozialen Teilhabe nicht als leistungsrelevant erachtet. Eine fachlich begründete Überarbeitung der Definition von Pflegebedürftigkeit, bei der die fachlichen Kritikpunkte berücksichtigt werden, und einer Entwicklung von validen und reliablen Assessmentinstrumenten ist deshalb wichtig. Allerdings lässt die bisher vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene Vorstudie zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes eine veränderte Ausrichtung noch nicht erkennen, da Theorien und Modelle zur Kompetenzdefinition sowie die Kontextabhängigkeit von Beeinträchtigungen bislang nicht berücksichtigt wurden (*Wingenfeld et. al. 2007*).

Hinzu kommt, dass der Vorrang ambulanter Versorgung nur bei erheblicher Beteiligung der zumeist stark belasteten pflegenden Angehörigen möglich ist. Im PfwG ist eine Erhöhung des Pflegegeldes erfolgt, die die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege durch die Gewährung von Pflegezeiten erleichtert. Zudem soll mit der Schaffung von Pflegestützpunkten und der gesetzlichen Verankerung eines Fallmanagements die professionelle Unterstützung pflegender Angehöriger verbessert werden. Trotzdem müssen unter Qualitätssi-

cherungsaspekten sowohl funktionierende Kooperationen zwischen professionellen Helfern und pflegenden Angehörigen, die sich an der Bedürfnissen und Lebensweltentwürfen der pflegenden Angehörigen ausrichten (*Zeman 1996*) hergestellt werden, als auch die rechtzeitige Identifikation von Überforderung der Angehörigen und nicht angemessener Pflege als Folge davon möglich sein. Dies setzt wiederum neben der Bereitstellung einer entsprechenden Infrastruktur – wie bspw. die angedachten Pflegestützpunkte (§ 92c) oder Pflegebegleiter (§ 7) – die Möglichkeit einer bedarfsbezogenen flexiblen Inanspruchnahme von Hilfen voraus. Inwieweit die hier im Gesetz verankerten Veränderungen tatsächlich zur Qualitätssicherung der ambulanten Versorgung beitragen können und welche Defizite weiterhin bestehen, wird deren Umsetzung zeigen.

Ein Bruch im Qualitätssicherungsbemühen ergibt sich allerdings, wenn trotz der gesicherten Erkenntnis der Notwendigkeit ganzheitlicher Versorgung, die neben pflegerischen Leistungen auch die Möglichkeiten zur psychosozialen Unterstützung und zur sozialen Teilhabe – wie in den gemeinsamen Grundsätzen verankert – vorsehen, die Erbringung dieser Leistungen als Folge unzureichender Finanzierung nicht oder nur eingeschränkt möglich ist. Es bestehen allerdings umfangreiche Planungs- und Dokumentationsverpflichtungen vor allem auf der Ebene der Struktur- und Prozessqualität, die Gegenstand von Qualitätsprüfungen sind (*MDK 2006*), ohne dass bislang nachgewiesen wurde, dass einzelne Prüfaspekte sowie das Prüfverfahren insgesamt relevant für die Qualität der Pflege ist.

Schließlich ist der Vorrang präventiver Pflegemaßnahmen und die Notwendigkeit von Rehabilitationsleistungen auch bei alten Menschen seit langem ethisch und fachlich begründet (*u. a. Landtag NRW 2005, 400ff.*) und auch aus ökonomischen Überlegungen heraus

sinnvoll. Dessen ungeachtet scheitert eine Umsetzung immer noch vielfach aufgrund unzureichender Angebote sowie fehlender Finanzierungsgrundlagen und Anreizstrukturen sowie restriktiver Bewilligungen durch die Krankenkassen (*Fuchs 2007*). Zwei zentrale, aber bislang noch nicht eingelöste Voraussetzungen zur Qualitätssicherung sind daher, dass dieses im Gesetz verankerte Leitprinzip umgesetzt wird, indem die hierfür erforderlichen Mittel bereitgestellt werden sowie die fachliche Qualifizierung der beteiligten Berufsgruppen.

5.2.1.3 Gesetzlich geschaffene Rahmenbedingungen und Strukturen

Unter Strukturaspekten ist für die Qualitätsentwicklung in der Pflege bislang vorgesehen, dass die Kostenträger für die Formulierung von Qualitätsmaßstäben und Leistungsanbietern zuständig sind, ein im Vergleich zu anderen Sektoren des Gesundheitswesens unübliches Vorgehen (*Ollenschläger 2007*). Fachwissenschaften und Betroffene bleiben unberücksichtigt. Auch der im PfWG den § 80 ersetzende § 113 stellt zwar eine gewisse Weiterentwicklung dar, doch ist diese sowohl hinsichtlich der Verfahren als auch der inhaltlichen Vorgaben problematisch. Unverändert werden die zu entwickelnden Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung von Kostenträgern und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen unter neuer Beteiligung von Vertretern von Verbänden der Pflegeberufe, Interessenvertretern der pflegebedürftigen Menschen und einzelnen unabhängigen Sachverständigen vereinbart. Damit hat sich zwar die Chance auf eine wissenschaftliche Grundlegung unter Einbezug der Interessen der Betroffenen erhöht, eine unabhängige, von fachwissenschaftlichen Erkenntnissen geleitete Entwicklung von Qualitätsmaßstäben wird jedoch weiterhin nicht angestrebt. Vorhandene Expertisen in der Entwicklung von fachlichen Leitlinien/Standards bleiben ungenutzt, eine Orientierung an international gängigen Vor-

gehensweisen erfolgt nicht. Letztere benennen folgende Faktoren als Bedingungen zur Entwicklung guter Standards/Leitlinienprogramme:

- Entwicklung durch glaubwürdige und allgemein akzeptierte Organisationen Beteiligung von Nutzer- und von Patientenvertretern
- Berücksichtigung international akzeptierter Entwicklungsmethoden
- Erarbeitung in einer multidisziplinär zusammengesetzten Entwicklungsgruppe und Nutzung multipler Disseminierungs- und Implementierungsstrategien (*Ollenschläger 2007, 8*).

Durch diese im Gesetz festgeschriebene Abweichung von anerkannten Verfahrensweisen wird das Dilemma fehlender Unabhängigkeit bei der Qualitätsentwicklung aufrechterhalten, da sowohl die Entwicklung von Qualitätsstandards und die Durchführung von Qualitätsprüfungen als auch die Bewilligung von Pflegeleistungen im Verantwortungsbereich der Pflegekassen bleiben.

Auch hinsichtlich der gesetzlich bestehenden Vorgaben zur Qualitätsprüfung besteht Handlungsbedarf. Dieser bezieht sich zum einen auf eine kritische Überprüfung vorgesehener Prüfverfahren und gesetzlicher Vorschriften, insbesondere für stationäre Einrichtungen zur Vermeidung von Doppelprüfungen, und zum anderen auf die Erleichterung einer flexiblen und lebensweltorientierten Pflege und Betreuung, die z. B. durch geltende Brandschutz- oder Hygieneverordnungen mitunter erschwert werden. Des Weiteren tragen auch die Prüfkriterien und die Gestaltung der Prüfverfahren der Medizinischen Dienste – trotz ihrer inhaltlichen Berechtigung – mit dazu bei, dass Maßnahmen zur Qualitätssicherung von den verantwortlichen Beschäftigten vielfach auf die Erfüllung der Prüfkriterien anstatt auf eine Verbesserung der eigenen Pflegeangebote ausgerichtet sind. Die immer noch bestehenden Defizite in der Pflegeprozessplanung und

der Pflegedokumentation mögen hierdurch mitbegründet sein, da vielfach „für den MDK“ anstatt zur Überprüfung und Begründung der eigenen Arbeit dokumentiert wird. Eine Verbesserung der Pflegedokumentation, die zu aussagekräftigen Ergebnissen kommt und für die Beschäftigten handhabbar ist, ist deshalb auch eine Forderung der Arbeitsgruppe „Entbürokratisierung“ des Runden Tisches Pflege (*Deutsches Zentrum für Altersforschung 2005*).

Auch die Zuweisung von Kontroll- und Beratungsaufgaben an die Medizinischen Dienste erscheint angesichts des Umstandes, dass Beratung besser in einem sanktionsfreien Raum erfolgen sollte, problematisch. Nicht zuletzt ist die Erstellung und Veröffentlichung der Qualitätsberichte auf ihre Wirksamkeit zur Qualitätsverbesserung zu untersuchen. Zwar ist es zu begrüßen, dass Qualitätsdefizite erfasst und veröffentlicht werden, doch besteht angesichts der zugrunde gelegten Prüfkriterien und der Prüfverfahren die Gefahr, dass Aspekte der Ergebnisqualität aus der Perspektive der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen wie auch die Bemühungen von Leistungsanbietern zur Qualitätsverbesserungen, die sich nicht in den Prüfkriterien abbilden lassen, unzureichend berücksichtigt werden.

5.2.2 Sicherung von Pflegequalität aus Sicht der Leistungsanbieter

Per Gesetz sind die Anbieter pflegerischer Dienstleistungen zur Qualitätssicherung verpflichtet. Als Folge der bereits aufgeführten Defizite hinsichtlich der Entwicklung wissenschaftsbasierter Qualitätskriterien bestehen für Leistungsanbieter Entscheidungsnotwendigkeiten wie auch Gestaltungsspielräume, wie dieser Verpflichtung nachzukommen ist. Erkennbar sind sowohl der Rückgriff auf bereits entwickelte Pflegestandards als auch die Erarbeitung eigener hausinterner Standards, zumeist im Zusammenhang mit der Erstellung von Quali-

tätshandbüchern. Die fehlende Verbindlichkeit und unzureichende wissenschaftliche – evidenzbasierte – Absicherung vieler vorliegender Standards und die Uneinheitlichkeiten in der Begriffsverwendung – es finden sich Bezeichnungen wie „Pflegestandard“, „nationaler Expertenstandard“, „Qualitätsniveau“ „Pflegerichtlinie“, „Pflegeleitlinie“ oder „Qualitätsstandard“ (*Ollenschläger 2007, 101*) – erschweren für die Leistungsanbieter die Orientierung und führen zu Unübersichtlichkeit und fehlender Vergleichbarkeit der dort verankerten Qualität. Unsicherheit über das beste Vorgehen und aufwendige Such- und Implementierungsprozesse sind die Folgen für die Einrichtungen.

Eine ähnliche Vielfalt und Unübersichtlichkeit trifft auch für die zur Verfügung stehenden Verfahrensweisen zur Qualitätssicherung bzw. -entwicklung zu. Zur Auswahl stehen die Gesamteinrichtung betreffende und umfassende Zertifizierungen, wie z. B. nach DIN ISO durch den TÜV, andere Zertifizierungen wie das AWO QM Zertifikat, das Diakonie-Siegel Pflege, die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen entsprechend den Grundsätzen des TQM oder EFQM oder einzelne, auf spezifische Problemstellungen ausgerichtete Vorgehensweisen, wie z. B. die Einrichtung von Qualitätszirkeln und die Einführung von Pflegevisiten (*u. a. Ollenschläger 2007, 22*). Ihnen allen ist gemeinsam, dass ihre Durchführung in der Regel mit einem erheblichen zeitlichen, personellen und finanziellen Aufwand verbunden ist, ihre Wirksamkeit zur Verbesserung von Pflegequalität jedoch nicht gesichert ist, da Zusammenhänge zwischen dem jeweils gewählten Verfahren und dem Ergebnis einer verbesserten Pflegequalität sehr komplex und nicht so eindeutig nachweisbar sind wie erwünscht. So weisen einer Erhebung der AWO zufolge zertifizierte Einrichtungen eine bessere Qualität auf als nicht zertifizierte (*Ollenschläger 2007, 84*). Demgegenüber konstatiert der zweite Bericht des MDS zur Qualität in der ambulanten und stationären Versorgung

in einem Vergleich zwischen Pflegeeinrichtungen mit und ohne ein zertifiziertes Qualitätsmanagement „(...) dass zertifizierte Pflegeeinrichtungen zwar in der Dokumentation des Qualitätsmanagements bessere Ergebnisse aufweisen (...). In der Versorgungsqualität weisen zertifizierte Pflegeeinrichtungen keine nennenswert besseren Ergebnisse auf.“ (MDS 2007, 22).

Die Inanspruchnahme von Zertifizierungen bzw. die Implementierung von Qualitätsmanagementverfahren entbindet die Leistungserbringer allerdings nicht von ihrer Verantwortlichkeit, eine inhaltliche Definition von Pflegequalität vorzunehmen, da Qualität häufig formal als der Grad der Eignung eines Produktes für einen bestimmten Zweck definiert wird. Die inhaltliche Festlegung, welche Erfordernisse als für die Pflege qualitätsrelevant anzusehen sind, muss von den verantwortlichen Leistungserbringern wiederum selbst erbracht werden, verbunden mit den bereits beschriebenen Schwierigkeiten. Die im PflWG in § 113a vereinbarte Entwicklung von Expertenstandards und die gleichfalls gesetzlich festgeschriebene Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen zur Anwendung dieser Standards trägt deshalb zur Schaffung von Verbindlichkeit und Transparenz über anzustrebende Pflegequalität bei, auch wenn das vorgesehene Verfahren zur Standardentwicklung kritisch zu hinterfragen ist. Auch würde eine Evaluation der Wirkungen unterschiedlicher Qualitätsmanagementverfahren auf die erreichte Versorgungsqualität die Orientierung für die Leistungsanbieter erleichtern.

Qualitätsentwicklung kann allerdings nur im vorgegebenen gesetzlichen und somit auch finanziellen Rahmen erfolgen. Damit sind den Leistungsanbietern Grenzen gesetzt, wenn z. B. das Angebot einer bedarfsdeckenden qualifizierten psychosozialen Unterstützung, Beratung und Begleitung pflegebedürftiger Menschen, Hilfen in Krisensi-

tuationen oder bei der Bewältigung des Alltags nicht bzw. nicht ausreichend finanziert werden. Dies trifft auch auf die Durchführung aktivierender rehabilitativer Pflege zu, die bei Erfolg zu einer Verringerung der Pflegestufe und somit bisher zu Mindereinnahmen für die Einrichtungen bzw. pflegenden Angehörigen führt. Dass zur Umsetzung derartiger Versorgungskonzepte eine ausreichende Anzahl entsprechend qualifizierter Mitarbeiter benötigt wird, ist unbestritten; welche Qualifikationen in welchem Umfang und für welche Aufgaben erforderlich werden, ist jedoch noch nicht einheitlich geklärt. Dies wird zum Beispiel an den Diskussionen um die Ausbildung und den Einsatz von Hilfskräften in der Pflege deutlich, die vorrangig von Kosten- und arbeitsmarktpolitischen Überlegungen anstatt von fachlichen Argumenten geleitet zu werden scheint.

Nicht zuletzt stößt das Bemühen um Qualitätssicherung durch vorgefundene bzw. fehlende Strukturen an Grenzen. Sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung sind zur Erhaltung von Lebensqualität nicht nur die Bereitstellung qualitativ guter Pflege erforderlich, sondern auch medizinische, therapeutische, hauswirtschaftliche und psychosoziale Hilfen. Die Ermittlung und Bereitstellung der erwünschten und benötigten Hilfen und deren Koordination erfordern zudem ein qualifiziertes Casemanagement. Qualitätssicherung aus Sicht der Leistungserbringer muss deshalb immer multiprofessionell und einrichtungsübergreifend ausgerichtet sein. Der Bereitstellung und der Pflege einer entsprechenden Infrastruktur durch die Kommunen – wie z. B. in der Stellungnahme des Deutschen Vereins zur Reform der Pflegeversicherung angemahnt (*Deutscher Verein 2007*) – stellt deshalb eine wichtige Voraussetzung zur Qualitätssicherung dar.

Letztendlich stellt sich für die Leistungserbringer auch die Frage nach Anreizen zur Qualitätsverbesserung. Bislang erfolgen Qualitätsprüfungen als Überprüfungen durch die Medizinischen Dienste und die Heimaufsicht, die von Leistungserbringern und Mitarbeitern zumeist negativ als Kontrollen erlebt werden. Dadurch besteht die Gefahr, Qualitätssicherung zur Vermeidung von Sanktionen anstatt aus eigener professioneller Überzeugung heraus zu leisten. Positive Anreize z. B. durch Veröffentlichung von Best-Practice-Modellen finden sich hingegen seltener. Auch hier bedarf es weiterer Überlegungen, wie die Qualität von Pflegeleistungen unabhängig von gesetzlichen Sanktionierungsmöglichkeiten erfasst und überprüft werden kann. Ein Benchmark, d. h. ein veröffentlichtes Ranking von Leistungsanbietern nach bestimmten Kriterien, erscheint hierfür nur ein bedingt geeignetes Vorgehen, da angemessene, die Qualität abbildende und für den Laien verständliche Vergleichskriterien noch nicht hinreichend erarbeitet wurden.

5.2.3 Die fachwissenschaftliche Perspektive

Im internationalen Vergleich wie auch im Vergleich zum Gesundheitssektor weist die Entwicklung der Qualitätssicherung der Pflege – trotz verstärkten Bemühens in den letzten Jahren – immer noch einen deutlichen Rückstand auf. Dies liegt daran, dass in Deutschland Pflegewissenschaft und Pflegeforschung an den Hochschulen erst spät etabliert wurden und unabhängige, gesetzlich verankerte und finanzierte Instanzen für eine umfassende und systematische Diskussion über Qualitätsstandards in der Pflege analog zu dem 1995 gegründeten Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin fehlen. Eine Trennung zwischen den Instanzen der Qualitätsentwicklung und der Qualitätsprüfung – wie im Gesundheitswesen praktiziert – ist für die Pflege nicht gegeben, da der mit der Qualitätsprüfung beauftragte Medizinische Dienst mit seinen Grundsatzstellungen auch inhaltliche

Qualitätsdefinitionen vornimmt. Stattdessen bestimmen uneinheitliche Begrifflichkeiten, Vorgehensweisen und Geltungsbereiche für Qualitätsstandards die Qualitätsentwicklung in der Pflege (*Trede 1997*). Wesentliche neutrale wissenschaftsbasierte Impulse sind neben verschiedenen Forschungsvorhaben zu einzelnen Problembereichen z. B. des Umgangs mit Demenzerkrankten (*Bundesministerium für Gesundheit 2006*) vor allem durch die Arbeit des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen (BUKO-QS) entstanden. Des Weiteren liegen Empfehlungen des Runden Tisches Pflege zur Qualitätsentwicklung der ambulanten und stationären Pflege, zur Entbürokratisierung sowie zur Erstellung einer Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen vor.

5.2.3.1 Nationale Expertenstandards des DNQP

Das 1992 gegründete Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – ein bundesweiter Zusammenschluss von Experten aus Pflegewissenschaft, -management, -lehre, -praxis und Fachaufsichtsbehörden für Pflegeberufe – hat sich vorrangig die Entwicklung und Implementierung von nationalen Expertenstandards vor allem durch Einrichtung und Begleitung von Expertenarbeitsgruppen und durch Durchführung von Konsensus-Konferenzen auf nationaler Ebene zur Aufgabe gesetzt. Bislang wurden fünf Expertenstandards zu folgenden Pflegeproblemen entwickelt, konsentiert und implementiert: Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe und Förderung der Inkontinenz. Weitere nationale Expertenstandards zu den Themen Pflege bei chronischen Wunden, Mangelernährung und Schmerzmanagement bei chronischen nicht malignen Schmerzen werden noch bearbeitet. Alle Expertenstandards sind nach einer einheitlichen Struktur aufgebaut, die eine Kernaussage, deren fachlicher Begründung und operationalisierte Quali-

tätskriterien differenziert nach Struktur, Prozess und Ergebnis beinhaltet.

Abbildung 5–2: Beispiel für die Struktur eines Expertenstandards

Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege

Standardaussage: Jeder dekubitusgefährdete Patient erhält eine Prophylaxe, die die Entstehung eines Dekubitus verhindert.

Begründung: Ein Dekubitus gehört zu den gravierenden Gesundheitsrisiken hilfe- und pflegebedürftiger Patienten/Betroffener. Angesichts des vorhandenen Wissens über die weitgehenden Möglichkeiten der Verhinderung eines Dekubitus ist die Reduzierung auf ein Minimum anzustreben. Von herausragender Bedeutung ist, dass das Pflegefachpersonal systematische Risikoeinschätzung, Schulung von Patienten/Betroffener, Bewegungsförderung, Druckreduzierung und die Kontinuität prophylaktischer Maßnahmen gewährleistet.

Struktur	Prozess	Ergebnis
Die Pflegefachkraft S1 verfügt über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung sowie Einschätzungskompetenz des Dekubitusrisikos	Die Pflegefachkraft P1 beurteilt das Dekubitusrisiko aller Patienten/Betroffenen, bei denen eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrages und danach in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität und des Druckes u.a. mit Hilfe einer standardisierten Einschätzungsskala z.B. nach Braden, Waterlow oder Norton	E 1. Eine aktuelle, systematische Einschätzung der Dekubitusgefährdung liegt vor.
S2	P2	E2
S3	P3	E3
S4	P4	E4
S5	P5	E5
S6	P6	E6
S7	P7	E7

Quelle: DNQP 2002, 34

WIdO 2009

Anhand derer kann die Erfüllung des Expertenstandards überprüft werden. Jeder Expertenstandard wird als Ergebnis einer umfassenden Literaturanalyse auch internationaler Fachliteratur erstellt und fachöffentlich konsentiert. Sowohl Verfahren als auch Inhalt der Expertenstandards entsprechen somit international anerkannten Anforderungen an Wissenschaftsbasiertheit und Unabhängigkeit. Die Durchführung von Konsensus-Konferenzen und die nachfolgende ebenfalls vom DNQP begleitete Implementierung in ausgewählten Einrichtungen haben zu weiter Verbreitung und hoher Akzeptanz bei den Berufsangehörigen geführt. Zudem ist die Entwicklung von Expertenstandards im § 113a des PfwG verankert (*siehe Abbildung 5-2*).

Damit kommt dem DNQP der Verdienst zu, erstmalig Qualitätsfestlegungen in der Pflege auf nationaler Ebene unter Federführung der verantwortlichen Profession und Wissenschaftsdisziplin vorgenommen zu haben. Als problematisch ist hierbei jedoch die bisherige finanzielle Grundlegung als Projektförderung durch das Bundesministerium für Gesundheit zu bewerten, die keine Verstetigung dieses Vorgehens ermöglicht. Zukünftig soll zwar nach dem PfwG die Finanzierung der Entwicklung von Expertenstandards durch die Pflegekassen erfolgen. Da diese jedoch auch die inhaltliche Verantwortung für die Qualitätsentwicklung erhalten sollen, würde zwar Nachhaltigkeit erreicht, allerdings dem Prinzip der Unabhängigkeit widersprochen werden.

Auch sollte eine vorrangig monodisziplinäre Entwicklung von Expertenstandards überdacht werden, da in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Pflege verschiedene Berufsgruppen sowie informelle Helfer beteiligt sind. Auch erfolgt die Formulierung der Qualitätsindikatoren weitgehend aus pflegeprofessioneller Perspektive, obwohl der Einbe-

zug der Nutzerperspektive bei der Standardentwicklung vorgesehen ist.

5.2.3.2 Qualitätsniveaus der BUKO

Im Ansatz der 1993 gegründeten Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung – einem eingetragenen Verein mit multiprofessioneller Ausrichtung – wird durch die Entwicklung von sogenannten Qualitätsniveaus versucht, diesen Notwendigkeiten zu entsprechen. Bislang liegen Qualitätsniveaus zu den Themen Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen, Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung und Aspekte persönlicher Lebensführung und Teilhabe bei Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf vor. Alle drei Qualitätsniveaus wurden Ende März 2006 der Öffentlichkeit vorgestellt und verabschiedet.

Im Vergleich zu den Expertenstandards des DNQPS lassen sich bei der Erarbeitung der Qualitätsniveaus Parallelen in Bezug auf die Herstellung von Transparenz und Wissenschaftsbasierung wie auch Unterschiede hinsichtlich der gewählten Begrifflichkeiten und der Ausrichtung erkennen.

Als Qualitätsniveau wird „ein systematisch entwickeltes, multidisziplinäres und evidenzbasiertes Set von überprüfbaren Festlegungen zu einem strategisch relevanten Thema in der Langzeitpflege“ definiert (*BUKO-QS 2006, 7*). Damit erfolgt eine Ausrichtung auf die Langzeitpflege mit einem multiprofessionellen Ansatz. Den Expertenstandards vergleichbar ist die wissenschaftliche Begründung der Themenauswahl und der Festlegung einer Kernaussage. Diese wird gleichfalls durch sogenannte Ziele, d. h. überprüfbare Kriterien inhaltlich erläutert und konkretisiert. Allerdings findet keine Unterteilung nach

Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien statt. Vielmehr wird jedes Zielkriterium durch Indikatoren in Form einer Aufstellung von handlungsleitenden Empfehlungen konkretisiert. Dies erfolgt getrennt nach den unterschiedlichen Verantwortlichkeiten für die Sicherstellung der Versorgungsqualität (siehe Abbildung 5–3).

Abbildung 5–3: Beispiel für die Struktur eines Qualitätsniveaus

Das Qualitätsniveau Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen

Kernaussage: Mobilität und Sicherheit jeder Bewohnerin mit Demenz werden entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen und Bedarfen gefördert.

Beispiel Ziel 1

Für die Bewohnerin mit Demenz sind die infrastrukturellen Voraussetzungen und konzeptionellen Vorgaben geschaffen, sich entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen uneingeschränkt fortzubewegen.

Bewohnerin		Einrichtung		externe Beteiligte	
Bewohnerin mit Demenz	Gesetzliche Vertreterin	Mitarbeiter	Träger/Management	Professionen	Bezugspersonen
Nimmt die mobilitätsfördernde und auffordernde Heimumgebung entsprechend ihren Bedürfnissen an.		Setzt die konzeptionellen Vorgaben des Trägers/Managements im Wohnbereich um.	Sorgt für eine räumliche Umgebung, die mobilitätsfördernd und auffordernd ist. Macht konzeptionelle Vorgaben für den Umgang und die Kommunikation mit Demenzkranken, die die Mobilität fördern und zur Mobilität auffordern.		Angehörige: unterstützen die mobilitätsfördernde und auffordernde Milieugestaltung.

WIdO 2009

Unterschieden werden die Verantwortlichkeiten des Bewohners bzw. seines gesetzlichen Vertreters, der Einrichtung, unterteilt nach Verantwortlichkeiten von Mitarbeitern aus den jeweils relevanten Bereichen und Verantwortlichkeiten des Trägers bzw. Managements. Eine dritte Spalte bezieht sich auf die Verantwortlichkeiten Externer wie Ärzte oder Therapeuten, aber auch die der Angehörigen oder Ehrenamtlichen.

Auch dieser erweiterte und speziell auf die Sicherstellung von Pflegequalität in stationären Einrichtungen ausgerichteten Ansatz konnte bislang nicht verstetigt werden, da die Finanzierung nur als zeitlich begrenzte Projektförderung – hier allerdings durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – erfolgte. Auch steht eine Implementierung der Qualitätsniveaus noch aus. Dennoch erscheint das Anliegen einer multiprofessionell ausgerichteten Qualitätsentwicklung unter expliziter Berücksichtigung von Gestaltungsmöglichkeiten und Verantwortlichkeiten der Pflegebedürftigen ein zukunftsweisender, an den Versorgungsrealitäten stationärer Einrichtung orientierter Ansatz zu sein, der allerdings im PfwG keine Berücksichtigung erfahren hat. Auch wäre eine Anpassung der Qualitätsniveaus an die Besonderheiten ambulanter Pflege wünschenswert, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass der überwiegende Teil pflegebedürftiger Menschen zu Hause versorgt wird.

5.2.3.3 Der Runde Tisch Pflege

Fast zeitgleich mit der Erarbeitung einzelner Expertenstandards und der Qualitätsniveaus erfolgte 2003 auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine Zusammenkunft von Vertretern aus Verbänden, Ländern und Kommunen, Praxis und Wissenschaft, mit dem Ziel praxisnahe Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der

Pflegequalität zu entwickeln. Die Ergebnisse der einzelnen Arbeitsgruppen wurden im Herbst 2005 veröffentlicht und haben den Charakter von fachlich begründeten Forderungen und Empfehlungen, ergänzt durch gelungene Umsetzungsbeispielen aus der Praxis ambulanter und stationärer Pflege. Mit Ausnahme der in der Arbeitsgruppe 4 formulierten Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen richten sie sich an den Gesetzgeber und die Leistungserbringer. Sowohl im Herstellungszusammenhang als auch hinsichtlich des methodischen Vorgehens unterscheiden sich die Ergebnisse somit von den entwickelten Expertenstandards und Qualitätsniveaus. Die Empfehlungen bilden vielmehr den Konsens der an ihrer Entwicklung beteiligten Experten über erforderliche Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung ab, ohne diese operationalisiert zu beschreiben. Verbindliche Festschreibungen über eine sicherzustellende Pflegequalität, die ggf. auch einklagbar ist, finden durch ein derartiges Verfahren nicht statt.

5.2.4 Qualität aus Sicht der Inanspruchnehmer

Ansätze zur Qualitätsentwicklung aus der Perspektive pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen finden sich kaum. Dies kommt unter anderem darin zum Ausdruck, dass sowohl in Veröffentlichungen zur Qualitätsentwicklung als auch bei den Qualitätsprüfungen der Fokus auf Struktur- und Prozessaspekte und weniger auf die Ergebnisqualität ausgerichtet ist. Zudem liegen – trotz umfangreichen Wissens um die Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen und ihrer pflegender Angehörigen (*u. a. zusammenfassend BMFSFJ 2002, Landtag NRW 2005*) – wenig Ansätze vor, die versuchen Kriterien für Ergebnisqualität aus Sicht der Inanspruchnehmer pflegerischer Leistungen zu definieren.

Bekannt sind die Belastungen vieler pflegender Angehörigen (*Grässel 1997*). Pflegebedürftige und Angehörige wünschen sich eine weitgehende Aufrechterhaltung von Normalität und Kontinuität in ihrer Lebensführung trotz bestehender Beeinträchtigungen (*Zeman 1996*), die Aufrechterhaltung von Selbstbestimmung und Selbstkontrolle sowie die soziale Verankerung im vertrauten Umfeld (*Schwerdt, Tschainer 2002*). Benötigt werden in der häuslichen Pflege Hilfen, die sich in den jeweiligen Alltags- und Pflegeablauf einpassen, somit sehr individuell und flexibel sind, und den pflegenden Angehörigen mehr Unabhängigkeit und Handlungsspielräume für weitere inner- und außerfamiliäre Verpflichtungen ermöglichen. Als Qualitätskriterien werden neben Zufriedenheit und Wohlbefinden des pflegebedürftigen Angehörigen vor allem Freundlichkeit, Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit und Gesprächsbereitschaft der Pflegemitarbeiter d. h. sogenannte „soft skills“ genannt (*u. a. Perschke-Hartmann 2002*). Wichtig ist weiterhin, dass nach Möglichkeit nur ein Ansprechpartner zuständig ist und der Koordinationsaufwand für die benötigte Unterstützung sehr gering ist. Ähnliches gilt auch für stationäre Einrichtungen. Hier wird Versorgungsqualität vor allem auch am äußeren Erscheinungsbild des Bewohners, am Essen und an den Möglichkeiten zur Ansprache und abwechslungsreichen Alltagsgestaltung gemessen.

Aus den vorliegenden Ergebnissen wird deutlich, dass Qualitätskriterien aus Nutzerperspektive individuell sehr unterschiedlich und vorrangig lebensweltlich ausgerichtet sind. Dem sichtbaren Wohlbefinden des pflegebedürftigen Angehörigen und den sozialen und kommunikativen Kompetenzen der Pflegemitarbeiter kommt ein hoher Stellenwert zu. Unterstützungsangebote sollen leicht zugänglich und ohne großen Beschaffungs- und Koordinationsaufwand verfügbar sein und sich – zumindest in der häuslichen Pflege – vor allem auch auf haushaltsnahe Hilfen und Hilfen bei der Alltagsgestaltung bezie-

hen. Pflegefachlichkeit wird dabei vielfach vorausgesetzt und – wenn explizit erwähnt – vorrangig bezogen auf das wahrgenommene Ergebnis, z. B. Wiederherstellung von Selbständigkeit und weniger hinsichtlich der Qualität des Herstellungsprozesses, z. B. fachlich angemessener Pflegeplanung, beurteilt.

Qualitätsentwicklung aus der Perspektive der Inanspruchnehmer von Versorgungsdienstleistungen muss somit umfassender und über den Bereich der Pflege hinausgehend breiter angelegt sein. Hier bietet der an der Umsetzung elementarer menschlicher Bedürfnisse nach Privatheit, Würde, Unabhängigkeit, Wahlfreiheit, Rechtssicherheit und Selbstverwirklichung ausgerichtete Ansatz der Heime zum Leben (*Harris et. al. 1996*) wie auch die vom Runden Tisch Pflege verabschiedete Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (*Deutsches Zentrum für Altersfragen 2005a*) wichtige Ansätze, Qualitätskriterien aus Nutzerperspektive zu formulieren, die verstärkt in der professions- wie wissenschaftsbezogenen Qualitätsdiskussion zu berücksichtigen sind.

5.3 Fazit

Ausgehend vom derzeitigen Stand der Qualitätsentwicklung und –sicherung in der Pflege ergibt sich folgender Handlungsbedarf:

1. Die Entwicklung und die Implementierung von wissenschaftsbasierten „Standards“ sind voranzutreiben, um Orientierungen in der Qualitätsdebatte zu haben. Dabei sollten neben der Erarbeitung monodisziplinärer auch multiprofessionell ausgerichtete Ansätze zur Qualitätsfestlegung verfolgt werden, da Versorgungsbedürfnisse der Betroffenen sich nicht nur auf die Sicherstellung guter Pflege

ge beschränken, sondern auch hauswirtschaftliche Unterstützung und Hilfen bei der Alltagsgestaltung beinhalten, zu denen neben Angehörigen unterschiedliche Berufsgruppen beitragen. Eine Vereinheitlichung verwendeter Begrifflichkeiten und die Berücksichtigung der Spezifika ambulanter Pflege ist anzustreben.

2. Der Unabhängigkeit und Wissenschaftsbasierung bei der Erarbeitung und Aktualisierung von Standards/Leitlinien/Qualitätsniveaus kommt eine wesentliche Bedeutung zu, um die Qualitätsentwicklung in der Pflege an internationalen Standards auszurichten und Akzeptanz zu schaffen. Hier fehlt es noch an neutralen Instanzen mit einer ausreichenden personellen und finanziellen Absicherung, die für die Entwicklung und Aktualisierung von konsentierten Qualitätskriterien zuständig sind und auch deren Implementierung unterstützen können. Die Einrichtung eines von der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung wiederholt geforderten Zentrums für Qualität in Pflege und Betreuung (*BUKO 2007*) könnte diese Aufgaben übernehmen und dadurch die Qualitätsentwicklung in Deutschland vorantreiben.
3. Angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen erscheint es sinnvoll, die bestehenden Initiativen zur Qualitätsentwicklung zu koordinieren und zusammenzuführen. Mit der Einrichtung eines derartigen Zentrums könnte dies geleistet und Doppelarbeiten vermieden werden. Dies scheint derzeit trotz unterschiedlicher thematischer Ausrichtung und Anlage in der Festschreibung von Qualitätskriterien im Bereich der Ernährung pflegebedürftiger Menschen durch die Entwicklung sowohl eines Qualitätsniveaus als auch der Erarbeitung eines Expertenstandards wahrscheinlich.

4. Wie vom Runden Tisch Pflege gefordert sind die Perspektive der Inanspruchnehmer pflegerischer Leistungen und ihre Bedürfnisse verstärkt in den Qualitätsdiskussionen zu berücksichtigen. Dies hat zur Folge, dass über eine verstärkte Beteiligung von Vertretern des Verbraucherschutzes und von Betroffenenorganisationen hinausgehend die Ausrichtung auf Nutzerinteressen auch in der thematischen Festlegung erkennbar wird. Da der überwiegende Teil pflegebedürftiger Menschen zu Haus gepflegt wird, kommt der Qualitätsentwicklung der häuslichen Pflege einschließlich der Entlastung pflegender Angehöriger eine hohe Bedeutung zu. Dies gilt auch für Qualitätskriterien, die im Prozess der Qualitätsherstellung die Mitgestaltung und Mitverantwortung der Nutzer explizit berücksichtigen.
5. Bislang finden Qualitätsüberprüfungen weitgehend als Kontrollen von außen durch die hierfür zuständigen Instanzen der Medizinischen Dienste und der Heimaufsichten statt. Der Ansatz, Qualitätsherstellung als vorrangige Aufgabe der hierfür verantwortlichen Berufsgruppen und somit Qualitätsentwicklung „von innen“ zu betreiben, ist – wie die Ergebnisse von „Best-Practice-Modellen“ zeigen – ein vielversprechender allerdings noch zu wenig verbreiteter Ansatz, der die Leistungserbringer durch positive Anreize anstatt durch die Angst vor Sanktionen zu Qualitätsverbesserungen motiviert. Auch bietet die Schaffung von Öffentlichkeit durch den Einbezug von Angehörigen und Ehrenamtlichen i. S. einer „sozialen Kontrolle“ eine bislang noch zu wenig genutzte Möglichkeit, gute Versorgungsqualität wie auch Qualitätsmängel zu veröffentlichen und somit zur Qualitätssicherung beizutragen.
6. Eine Engführung der Qualitätsentwicklung in der pflegerischen Versorgung auf die Entwicklung und Umsetzung von wissen-

schaftsbasierten Pflegestandards ist zu vermeiden, da sie die Komplexität der Versorgungssituation vieler Pflegebedürftiger nicht berücksichtigt. Erforderlich ist vielmehr ein multiprofessionelles Vorgehen und der Einbezug weiterer für die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen relevanter Unterstützungsbereiche insbesondere auf dem Gebiet der Hilfen zur Alltagsgestaltung. Zudem kommt der Schaffung von Hilfestrukturen auf kommunaler Ebene und entsprechender Finanzierungsgrundlagen, d. h. der Stärkung der Verantwortlichkeiten der Kommunen eine entscheidende Bedeutung zu, um eine umfassende und qualitativ gute Versorgung sicherzustellen.

5.4 Literatur

Bieback K J (2004), Qualitätssicherung in der Pflege im Sozialrecht. Heidelberg: C.F. Müller.

Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V. (Hrsg.) (2006), Qualitätsniveaus in der stationären Altenpflege. Qualitätsniveau I Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen.

Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V (2007), Stellungnahme zu den geplanten Neuregelungen der Qualitätssicherung im SGB XI nach dem Entwurf vom 10. September 2007. Hamburg 17.9.2007.

Bundesministerium für Gesundheit (2006), Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausfordernden Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Witten.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2002), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP (Hrsg.) (2002), Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2007), Stellungnahme zu den §§ 113 und 113a des Referentenentwurfs zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflegeweiterentwicklungsgesetz PFWG).

Deutsches Zentrum für Altersfragen Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege (2005), Runder Tisch Pflege Arbeitsgruppe III Entbürokratisierung.

Deutsches Zentrum für Altersfragen Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege (2005a), Runder Tisch Pflege Arbeitsgruppe IV Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.

Gesetze zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflegeweiterentwicklungsgesetz – PFWG) vom 28.05.2008 (BGB II, S. 874, in Kraft getreten am 01.07.2008)

Fuchs H (2007), Die Einzelheiten des Pflegekompromisses. Eine Analyse und Bewertung der geplanten Änderungen. Soziale Sicherheit, Ausgabe 6–7, 2007, 229–236.

Görres St/Roes M/Mittnacht B/Biehl M/Klün S (2006), Strategien der Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung. Genesis, Strukturen und künftige Ausrichtung der Qualitätsentwicklung in der Betreuung von Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf. Heidelberg: C. F. Müller.

Grässel E (1997), Belastungen und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- oder Pflegebedarf im Alter. Deutsche Hochschulschriften 1134. Frankfurt, Washington Hänsel-Hohenhausen.

Harris R/Klie Th/Ramin E (1995), Heime zum Leben: Wege zur bewohnerorientierten Qualitätssicherung. Hannover: Vincentz.

Landtag Nordrhein-Westfalen (2005), Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete Kommission des Landtages Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Mayer KU/Baltes P (1996), Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag.

Medizinischer Dienst der Krankenkassen (2006), Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den § 112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10. November.

Medizinischer Dienst der Krankenkassen (2006), Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den § 112, 114 SGB XI in der Pflege vom 10. November.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) (2001), Grundsatzstellungnahme Dekubitusprophylaxe und -therapie. Essen.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) (2003), Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen Essen.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) (2005), Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation Essen.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) (2007), 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI Qualität in der ambulanten und stationären Pflege Essen.

Ollenschläger G (2007), Institutionalisierung der Qualitätsentwicklung in der Pflege. Gutachten für die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V. Köln.

Perschke-Hartmann Ch (2002), Qualitätswahrnehmung aus Sicht der pflegebedürftigen Menschen. In: Igl G/Schiemann D/Gerste B/Klose J (Hrsg.), Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationäre und ambulante Altenhilfe. Stuttgart: Schattauer, 325–336.

Schwerdt R/Tschainer S (2003), Spezifische Anforderungen an die Pflege dementiell erkrankter Menschen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung Bd. III Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Hannover: Vincentz, 181–287.

Trede I (1997), Von babylonischen Sprachverwirrungen. Eine Literaturanalyse über Ziele und Merkmale von Pflegestandards. Pflege, 262–272.

Wingenfeld K/Büscher A/Schaeffer D (2007), Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Studie im Rahmen des Modellprogramms § 8 Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld. 23.3.2007.

Zeman P (1996), Häusliche Altenpflegearrangements. Zum Aushandlungsgeschehen zwischen lebensweltlichen und professionellen Helfersystemen. DZA Diskussionspapier, Nr. 4.

6 Pflegeberatung und Pflegestützpunkte – Eine neue Form der wohnortbezogenen Beratung und Versorgung

Peter Michell-Auli

6.1 Einleitung

Ein Kernbaustein des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, das am 1.7.2008 in Kraft getreten ist, sind die Pflegeberatung und die Pflegestützpunkte nach §§ 7a und 92c SGB XI. Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, ob dieser Ansatz in der Lage ist, die Versorgung mit sozialen Dienstleistungen in Deutschland weiterzuentwickeln und wie auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben die Etablierung von Pflegestützpunkten in den Ländern gestaltet werden könnten. Hierzu werden zunächst die Qualitäts- und Kostenprobleme im Ausgangszustand erörtert (*Abschnitt 6.2*), um vor diesem Problemhintergrund die Konzeption und die Umsetzungsoptionen der Pflegeberatung (*Abschnitt 6.3*) und der Pflegestützpunkte (*Abschnitt 6.4*) zu erörtern (*Abschnitt 6.3*).

6.2 Qualitäts- und Kostenprobleme sozialer Dienstleistungen

Bevor die Gründe für die bestehenden Versorgungsmängel, d.h. die Qualitäts- und Kostenprobleme sozialer Dienstleistungen erörtert werden, ist zu klären, was soziale Dienstleistungen sind. Es handelt sich hierbei zum einen um die Dienst-, Sach- und Geldleistungen, die nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) vorgesehen sind, zum anderen um alle Arten von sonstigen Dienstleistungen, die der Unterstützung eines Menschen dienen. Somit werden beispielsweise auch Einkaufsdienste als – haushaltsnahe – soziale Dienstleistungen verstanden.



6.2.1 Fehlanreize für Prävention und Rehabilitation

Die Erbringung der sozialen Dienstleistungen, die auf Grundlage des SGB erbracht werden, weist ein strukturelles Defizit auf. Sie werden im Rahmen eines gegliederten Leistungssystems bereitgestellt. Dies führt zu unzureichenden Anreizen für Prävention und Rehabilitation, da die unterschiedlichen Kosten- und Leistungsträger lediglich für ihren „Leistungstopf“ agieren. Prävention und Rehabilitation lohnt sich dann nur, wenn die daraus „erwirtschafteten Erträge“ in Form von geringeren Sozialausgaben dem eigenen „Leistungstopf“ zugute kommen. In der Konsequenz wird zu wenig in diese Bereiche investiert.³³ Für die Leistungsempfänger bedeuten diese Fehlanreize im Hinblick auf Prävention und Rehabilitation, dass von einer Unterversorgung hinsichtlich entsprechender Leistungen gerechnet werden muss. Bei Studien (*bspw. SVR Gesundheit 2001/2002*) zu den Ausgaben für Prävention hat sich darüber hinaus gezeigt, dass bestimmte Ausgaben nicht zielgerichtet eingesetzt werden.

Eine Vereinheitlichung des Leistungsrechts etwa für die Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen in einem großen Gesetzesvorhaben, ist als Zielvorstellung zwar richtig, zum jetzigen Zeitpunkt aber noch nicht umsetzbar. Sucht man nach Lösungsvorschlägen für ein bundesdeutsches Modell, lohnt beispielsweise ein Blick nach Australien³⁴: Dort werden durch eine einzige zentrale Anlaufstelle alle staatlichen Leistungen für die Bürger orga-

³³ Vgl. schon Jacobs 1995.

³⁴ Müller W (2006), S. 6–8

nisiert. Von der Etablierung einer solchen Institution ist man in Deutschland derzeit noch weit entfernt.

Realistisch betrachtet kann es zunächst nur darum gehen, die „Fehl-anreize“ sukzessive zu verringern. Mit der letzten Gesundheitsreform wurden bereits erste Schritte in diese Richtung unternommen. So wurde etwa die geriatrische Rehabilitation eine Pflichtleistung der Krankenkassen, um so der Situation entgegenzutreten, dass sich die geriatrische Rehabilitation für die Krankenkassen nicht lohnte, da die „ersparten Erträge“ – etwa in Form einer verringerten Inanspruchnahme von Pflegeleistungen – der Pflege- und nicht der Krankenkasse zugute kamen. Der Anreiz zur „Vergabe“ geriatrischer Rehabilitationsleistungen wurde durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz weiter verstärkt: Die Krankenversicherung muss nun mehr 3.072 Euro für Pflegebedürftige erstattet, wenn für diese innerhalb von sechs Monaten nach Begutachtung/Antragsstellung keine Leistungen zur medizinischen Reha erbracht wurden.

6.2.2 Vielzahl unkoordinierter Leistungen und das Fehlen von Leistungen

Die Situation wird für die Leistungsempfänger weiter dadurch erschwert, dass es eine Vielzahl von unterschiedlichen Ansprechpartnern und Leistungsanbietern wie etwa Hausärzte, Fachärzte, Geriatrische Kliniken, ambulante Pflegedienste, ambulante und stationäre Hospize, Wohnberatungsstellen sowie die Leistungserbringer für Soziotherapie, niedrigschwellige Betreuungsangebote, haushaltsnahe Dienstleistungen, mobile Präventionsangebote und Gerontopsychiatrie gibt. Das führt dazu, dass die Leistungen meist unkoordiniert

erbracht werden. Ebenso fehlt eine flächendeckende Leistungsversorgung. Diese führt automatisch zu Über-, Unter- und Fehlversorgungen.³⁵ Diese unzureichende Versorgung kann beispielsweise für die Pflegebedürftigen zu einem frühzeitigen Umzug in eine stationäre Einrichtung führen. Indizien dafür gibt es. So wurde beispielsweise bei einer Erhebung, die das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) im Auftrag des Kieler Sozialministeriums im Kreis Segeberg durchgeführt hat, festgestellt, dass 30 % der Bewohner in Pflegeheimen überversorgt sind. Dieses Ergebnis wurde auch durch ein Modellprojekt zum Case Management in Ahlen bestätigt bei dem die Heimunterbringung um 40 % abgesenkt werden konnte.³⁶

Was fehlt, ist eine komplexe **Beratungsstruktur**, die dem Einzelnen hilft, das richtige Maß und die richtige Art an Leistungen in Anspruch zu nehmen. In Fällen, bei denen es notwendig wird, mehrere verschiedene Leistungen in Anspruch zu nehmen, wird aufgrund der für den Laien unübersichtlichen rechtlichen Situation und der komplexen Angebotsstruktur neben einer **Erstberatung** eine **weitergehende Begleitung** erforderlich, um eine sinnvolle Leistungsanspruchnahme zu garantieren. Diese Unterstützungsfunktion wird als Case Management bezeichnet.

6.2.3 Keine wohnortbezogene Organisation der Leistungen

Soziale Dienstleistungen können nur in effektiver und effizienter Weise erbracht werden, wenn die Organisation wohnortbezogen erfolgt. Leistungen müssen sich auf den gegebenen Bedarf vor Ort be-

³⁵ Lang A (2007), S. 330.

³⁶ Klie T (2008), S. 26.

ziehen. Es ist also zu erheben, welche Bedarfe tatsächlich bestehen, um dann (lediglich) die benötigten Leistungen bereitstellen zu können. Menschen können umso länger selbstständig leben, je besser die sie umgebenden Bedingungen darauf eingestellt werden. Dabei spielt das Wohnumfeld eine große Rolle. Nahegelegene Einkaufsmöglichkeiten, eine gute Anbindung an den Nahverkehr oder das Bereitstellen von Gemeinschaftsräumen begünstigen die soziale Partizipation und ermöglichen den Aufbau von sozialen Kontakten (zum Beispiel in Form von Nachbarschaftstreffen). Wohnzufriedenheit führt unzweifelhaft zu mehr Lebensqualität der Leistungsempfänger. Dies betrifft auch die Möglichkeit möglichst lange in der eigenen Wohnung leben zu können. Deshalb ist Wohnberatung und Wohnungsanpassung ein notwendiger Bestandteil in der begleitenden Beratung. Derartige wohnortbezogene Leistungen, die dem Entstehen sozialer Isolation und Hilfsbedürftigkeit entgegenwirken, werden aber oftmals nicht angeboten.

Soziale Unterstützungsleistungen in diesem Sinne sind auch als gemeinwesenorientierte Aufgabe zu verstehen, bei der die soziale Infrastruktur einschließlich der benötigten sozialen Dienstleistungen unter Hinzuziehung der örtlichen Akteure – der Leistungserbringer, politischen Entscheidungsträgern und Verwaltung, der Kirchen und Religionsgemeinschaften, den gewerblichen Anbietern und dem bürgerschaftlichen Engagement – weiterentwickelt wird. Ein Schlüsselfaktor in diesem Prozess ist die nachhaltige Einbindung des bürgerschaftlichen Engagements, da dieses Sozialkapital sowohl zu qualitätserhöhenden als auch zu kostensenkenden Effekten führen kann.

Derzeit fehlt ein konsistenter Ansatz für die wohnortbezogene Organisation der sozialen Dienstleistungen und Infrastruktur und damit ein Schlüsselbaustein, um ein möglichst langes selbstbestimmtes Le-

ben im Alter zu gewährleisten. Durch eine qualitätsgesicherte Beratung und Begleitung wäre es aber möglich, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ und „offen vor ambulant“ finanzierbar in die Realität umzusetzen.

Die Dringlichkeit, die Probleme anzugehen, wird durch den demographischen Wandel verstärkt. Die Gesellschaft muss sich auf einen weiter anwachsenden Anteil älterer Menschen und eine steigende Hochaltrigkeit einstellen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes sind derzeit etwa 23 % der Menschen älter als 60 Jahre. Dieser Wert wird zum Jahr 2030 auf 34 % steigen. Der Anteil von Menschen, die älter als 80 Jahre sein werden, wächst von derzeit 4 % auf 7 % im Jahre 2030.³⁷ Hierdurch ist zu erwarten, dass Multimorbidität und der Bedarf an pflegerischen Leistungen steigt (*siehe dazu auch Dräther/Holl-Manoharan in diesem Band*).

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Einführung von Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) und Pflegestützpunkten (§ 92c SGB XI) zur Erreichung des Ziels, eine wohnortbezogene Organisation von Beratung und Versorgung Hilfsbedürftiger sicherzustellen, beiträgt.

6.3 Zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Ab dem 1. Januar 2009 haben alle Personen, die Leistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch erhalten, einen einklagbaren „Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater

³⁷ Quelle: www.destatis.de.

oder eine Pflegeberaterin“ (§ 7a SGB XI). Die Pflegeberatung wird im Gesetz u. a. durch die folgenden Bausteine beschrieben:

- a) Ermittlung des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung „der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“.
- b) Erstellung eines Versorgungsplanes, der die „gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen“ erfasst.
- c) Steuerung des Versorgungsplanes im dem Sinne, dass zum einen auf die Durchführung hingewirkt wird, zum anderen die Durchführung überwacht wird. „Bei besonders komplexen Fallgestaltungen“ soll der Hilfeprozess ausgewertet und dokumentiert werden.

Gesetzlich wird hier etwas umschrieben, was als Case Management bezeichnet werden kann. Case Management kann allerdings nur dann umfassend wirksam sein, wenn der „Pflegeberater“ neutral ist. Dies ist weder bei den Pflegekassen noch bei den Kommunen in vollem Umfang gegeben. Nichtsdestotrotz handelt es sich hier um einen sinnvollen Ansatz um das Problem der „Vielzahl an unkoordinierten Leistungen“ zu verringern.

6.3.1 Bewertung der Pflegeberatung

Die Pflegeberatung bezieht sich auf die komplette „Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten“ (§ 92c Abs. 2 SGB XI). In der Konsequenz bedeutet dies, dass für die definierte Personengruppe – nämlich alle Personen, die Leistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch erhalten – eine „einheitliche Leistungserbringung“ suggeriert wird. Das Problem einer zu geringen Inanspruchnahme von

Leistungen im Bereich Prävention und Rehabilitation, die aus dem gegliederten Leistungssystem entstehen, sollen durch die zentrale Stelle „PflegeberaterIn“ für das gesamte Spektrum sozialer Dienstleistungen zum Teil behoben werden. Es ist zu erwarten, dass die Pflegeberatung für Leistungen, die nicht in das Feld der Pflege- und Krankenkassen fallen, eine neutrale anwaltschaftliche Arbeit für den Klienten erbringen und für diesen Rechtsansprüche klären können. Hierdurch werden dann bestehende Fehlanreize für Prävention und Rehabilitation „gelindert“. Damit wird auch die Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11. November, in der festgelegt ist, dass für die Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen ein Gesamtkonzept notwendig ist, zum Teil abgearbeitet.

6.3.2 Generelle Schwachstellen einer singulären Pflegeberatung

Aus dem breiten Spektrum an zu begleitenden Leistungen resultiert ein Praxisproblem. Trotz umfassender Schulungen wird es kaum möglich sein, das benötigte Beratungswissen in einer Person zu bündeln. Ein solches Case Management wird nur dann erfolgreich sein, wenn ergänzend andere Beratungsleistungen hinzugezogen werden, denn die Pflegeberater der Kassen werden kaum in der Lage sein, beispielsweise eine substantielle Wohnberatung anzubieten. Daher ist es notwendig, eine umfassende Beratungsinfrastruktur aufzubauen und diese möglichst vor Ort verfügbar zu machen.

Damit das Case Management auch die wünschenswerte Dimension der sozialen Infrastruktur für die Begleitung der breiten Palette an sozialen Dienstleistungen einbeziehen kann, muss das Case Management wohnortbezogen – auch unter Hinzunahme der Gestaltung der

sozialen Infrastruktur – erfolgen. Für ein solch „wohnortnahes“ Case Management bedarf es einer Verwurzelung im Wohnquartier.

Ebenso ist der Aufbau von Koordinierungs- und Vernetzungsstrukturen notwendig (Care Management). Ein effektives Case Management setzt voraus, dass die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungserbringer organisiert ist. Da es unterschiedliche Organisationen, Professionen und Sektoren zu erfassen, einzuschätzen und zu koordinieren gilt, ist dies eine anspruchsvolle Aufgabe. Je besser die Kooperationsstrukturen funktionieren, desto weniger Case Management ist notwendig. Umgekehrt entdeckt das Case Management Lücken im Versorgungssystem und Kooperationsprobleme zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern und Akteuren und gibt dadurch wichtige Hinweise für das Care Managements.³⁸

6.4 Zu den Pflegestützpunkten nach § 92 c SGB XI

An den generellen Schwachstellen einer singulären Pflegeberatung setzt das Konzept der Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI an. Nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz haben die Pflegekassen und Krankenkassen zur wohnortnahen Versorgung, Beratung und Betreuung der Versicherten Pflegestützpunkte einzurichten, wenn dies die oberste Landesbehörde bestimmt. Die gesetzliche Grundlage sieht vor, dass im Pflegestützpunkt eine „Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden ... Hilfeleis-

³⁸ Klie T (2008), S. 27 und Klie T/Monzer M (2008a).

tungen“ (§ 92c Absatz 2 SGB XI) gewährleistet wird. Hierzu sind die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen in den Pflegestützpunkten bereitzustellen und es ist auf die „vorhandenen vernetzten Beratungsstrukturen“ zurückzugreifen. „Die Pflegekassen haben [ebenso] jederzeit darauf hinzuwirken, dass sich insbesondere die ... nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch ... an den Pflegestützpunkten beteiligen“ (§ 92c Absatz 2 SGB XI). Damit müssen die Kommunen, die in letzter Konsequenz die Verantwortung für die Gestaltung der sozialen Infrastruktur haben, eingebunden werden.

6.4.1 Das Profil eines Pflegestützpunktes

Der Pflegestützpunkt ist der Ort, an dem ab dem 1. Juli 2009 ein wohnortbezogenes Case Management durchgeführt wird. Ebenso hat der Pflegestützpunkt die Aufgabe, arbeitsfähige Kooperationsstrukturen zwischen den einzelnen Leistungserbringern aufzubauen. Erst hierdurch wird ein effektives Case Management möglich, das für den Einzelnen einen individuellen Versorgungsplan erstellt und die Leistungsanspruchnahme steuert. Eine sinnvolle Einbindung impliziert auch, dass im Pflegestützpunkt die wohnortnahen Beratungsleistungen gebündelt werden. Hierdurch ist es für den Ratsuchenden möglich, verschiedene Beratungsleistungen persönlich in Anspruch zu nehmen.

Eine Einbindung des bürgerschaftlichen Engagements ist explizit vorgesehen. So erhöht sich etwa die Anschubfinanzierung in Höhe von bis zu 45.000 Euro um bis zu 5.000 Euro, wenn „Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen nachhaltig in die Tätigkeit des Stützpunktes einbezogen werden“ (§ 92c Absatz 5

SGB XI). Vor allem im vorpflegerischen und betreuenden Bereich kommt diesem Engagement eine wichtige Rolle zu.

6.4.2 Vorgehen zum Aufbau von Pflegestützpunkten

Nach dem jetzt vorliegenden Gesetzesbeschluss zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz müssen Pflegestützpunkte in einem Bundesland nur eingerichtet werden, wenn es die oberste Landesbehörde bestimmt. Falls diese Bestimmung erlassen wird, müssen dies die Pflege- und Krankenkassen innerhalb von sechs Monaten umsetzen. Dafür können **Bundesempfehlungen** zur Arbeit und zur Finanzierung von Pflegestützpunkten geschaffen werden, die gemeinsam und einheitlich vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände vereinbart werden. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass die Landesverbände der Pflegekassen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch des Sozialgesetzbuches **Rahmenverträge** zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte vereinbaren. Bei diesen Rahmenverträgen müssen sowohl die **Bestimmungen** zur Einrichtung von Pflegestützpunkten der **obersten Landesbehörde**, sowie die eben angeführten Bundesempfehlungen berücksichtigt werden.

6.4.3 Mögliche Schwachstellen

In der praktischen Umsetzung könnte jedoch durch die Einbindung der bestehenden Anbieter und deren Leistungen das Problem entstehen, wie eine wettbewerbsneutrale Beratung sicherzustellen werden kann. Klärungsbedürftig kann auch die Schnittstelle zwischen Pflege-

beratung nach § 7a SGB XI und der bestehenden Beratungsstrukturen sein, wenn diese bereits in Teilsegmenten eine Art von Case Management anbietet. Wenn in der Öffentlichkeit das Problem der „Doppelstrukturen“ diskutiert wird, haben diese Erörterungen ihre Berechtigung, wenn hierunter die „Schnittstellenproblematik“ subsumiert wird. Wie substantiell diese Problemlage tatsächlich ist, hängt allerdings von der jeweils bestehenden Beratungsinfrastruktur und der Bereitschaft der beteiligten Akteure aufeinander zuzugehen ab.

Projekterfahrungen zeigen, dass sich die Einbindung unterschiedlicher Akteure aufgrund von Interessenkonflikten schwierig gestalten kann. Notwendig ist es, die Zusammenarbeit im Rahmen von Kooperationsverträgen festzulegen.

Während im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz die Komponente der Ergebnisqualität und deren Transparenz gestärkt wurden, fehlt eine entsprechende qualitätssichernde Komponente für die Pflegestützpunkte. Hier haben aber die Länder die Möglichkeit, im Rahmen der Bestimmungen der obersten Landesbehörde nach § 92c Absatz 8 entsprechende Regularien festzulegen.

6.4.4 Eine erste Bewertung: Erfahrungen mit Pilot-Stützpunkten

Im Vorfeld des Inkrafttretens des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wurden bundesweite Pilot-Stützpunkte eingerichtet, um die Einführung von Pflegestützpunkten durch die Auswertung der Erfahrungen dieser ersten Einrichtungen zu unterstützen. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit finanziert und vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) durchgeführt. Die letzten Zuwendungsbescheide erreichten die Pilotstützpunkte erst im März 2008, so dass die Pilotphase vergleichsweise kurz war und der vom KDA über diese

Phase erstellte Zwischenbericht vom 27. Juni 2008³⁹ somit lediglich gewisse Tendenzen aufzeigen kann.

Die ersten Ergebnisse weisen darauf hin, dass Pflegestützpunkte realisierbar und sinnvoll sind. Bisher bieten die Pilot-Stützpunkte – bis auf zwei, die sich im Aufbau befinden – Hilfesuchenden Beratung an. Dabei zeigt sich, dass die gerade entstehenden Vernetzungs- und Koordinationsstrukturen, die durch einzelne Pflegestützpunkte aufgebaut werden, die Effizienz der Pflegeberatung nach § 7a wesentlich erhöhen können.

Die Geschwindigkeit, in der der Aufbau erfolgte, war von verschiedenen Faktoren wie Vorstrukturen im Quartier oder der Kommunikation der Akteure abhängig und erfolgte fast immer in einem Zeitkorridor von drei bis fünf Monaten. Im Zwischenbericht wird attestiert, dass nach Auskunft der Akteure in den Stützpunkten und einer Umfrage bei den Hilfesuchenden das Beratungsangebot gut und gerne angenommen wird. Ein Grund für dieses Ergebnis ist offenbar die gute Erreichbarkeit im Quartier, die auf die meisten Pilot-Stützpunkte zutrifft.

Dem Zwischenbericht zufolge können die befürchteten Doppelstrukturen bisher nicht beobachtet werden; in allen Pilot-Stützpunkten wurden die vorhandenen Beratungsangebote mit einbezogen. Zum Teil konnten bestehende Strukturen transparent gemacht werden. Die Schnittstellen zu speziellen Formen der Beratung wie die Wohnraumanpassung wurden deutlich gemacht.

³⁹ KDA (2008).

Der Zwischenbericht konstatiert insbesondere in zwei Feldern einen Weiterentwicklungsbedarf. Zum einen ist in der Aufbauzeit der Pilot-Stützpunkte deutlich geworden, dass die Neutralität der Beratung sowohl bei den Akteuren als auch in der Öffentlichkeit eine wichtige Rolle spielt und diese Frage noch einer abschließenden Klärung bedarf. Zum anderen besteht die größte Herausforderung in der Erstellung von Kooperationsverträgen zwischen den Akteuren und damit dem Aufbau von tragfähigen Arbeitsstrukturen. Hierbei – so wiederum ein abschließendes Statement im Zwischenbericht – würden sich viele bezüglich der Verantwortungsbereiche zwischen den Akteuren klarere Rahmenbedingungen wünschen. Diese können durch die Bestimmungen der obersten Landesbehörde nach § 92c festgelegt werden. Dies leitet über zu den Ländern, die den „Startschuss“ für eine flächendeckende Einführung der Pflegestützpunkte geben und Regularien für die Einführung festlegen.

6.4.5 Eine Umsetzungsidee für die Länder

Die Positionierung in den Ländern hinsichtlich ihres politischen Willens, Pflegestützpunkte einzuführen, stellt sich derzeit sehr heterogen dar. Täglich ergeben sich neue Konstellationen und Positionierungen bei den designierten Trägern und den politischen Entscheidungsträgern. Die Bandbreite reicht von einer klaren Ablehnung, bis hin zu dem artikulierten Willen Pflegestützpunkte einzuführen. Die meisten Länder lassen sich mit ihrer Entscheidung Zeit und wollen eine Einführung prüfen.

Die Entscheidung für die Etablierung von Pflegestützpunkten ist nicht einfach. In jedem Land muss den folgenden Problemlagen – in jeweils unterschiedlichen Konstellationen – begegnet werden:

- Ein wesentlicher Träger der Pflegestützpunkte, die Pflege- und Krankenkassen, positionieren sich teilweise ablehnend. Hier mag die Befürchtung bestehen, dass wesentliche Leistungsströme, die den eigenen Verantwortungsbereich betreffen, plötzlich im Pflegestützpunkt kanalisiert werden und hierbei auch andere Interessen als die der Pflege- und Krankenkassen berücksichtigt werden. Hier kann es zu Positionierungen kommen, dass Pflegeberatung als „zugehende Beratung“ die Einrichtung von Pflegestützpunkten überflüssig macht.
- Die Kommunen könnten versucht sein, um ihre autonome Entscheidungskompetenz zu bangen bzw. in ein standardisiertes Pflegestützpunktkonzept gedrängt zu werden, auf das sie aus ihrer Sicht zu wenig Einfluss hätten. Dieses Problem wird verschärft, wenn unterschiedliche Ansätze, die sich in ihrem strukturellen Ansatz sehr unterscheiden, in den Ländern bereits vorliegen (wie etwa in NRW) und die Befürchtung besteht, dass diese normiert werden sollen.
- Für die Leistungserbringer dürfte das größte Thema die Wettbewerbsneutralität der Beratung in einem Stützpunkt sein. Auch hier geht es um die Allokation von Leistungsströmen. Derzeit wird schon argumentiert⁴⁰, dass zusätzlich zu den Angeboten der Pflegekassen und der kommunalen Beratung auch die Pflegedienste Pflegeberatung nach § 45 SGB XI erbringen.

Ein Lösungsansatz, um die Probleme zu lösen, wäre die Einrichtung einer Koordinierungsstelle im Land, die einen Systemwettbewerb „zu fairen Bedingungen“ sicherstellt.

⁴⁰ Siehe beispielsweise bpa Pressemitteilung vom 30. Mai 2008.

„Faire Bedingungen“ entstehen, wenn die Ergebnisqualität der Beratungsleistungen – auch durch Befragungen bei denjenigen, die beraten wurden – gemessen wird. Für die Entwicklung von Kriterien zur Ergebnisqualität könnte im Land ein Beirat gegründet werden, der diese Kriterien unter Moderation der Koordinierungsstelle entwickelt. Diese Ergebnisqualität bildet dann den Ausgangspunkt, unterschiedliche Ansätze zu bewerten. Auf diese Art und Weise könnte es möglich sein, die Kommunen „ins Boot zu holen“. Ein solcher Ansatz sollte dann durch eine kontinuierliche Erhebung der Strukturmerkmale der unterschiedlichen Ansätze im Sinne eines Benchmarkings begleitet werden. Durch die Zusammennahme der geleisteten Ergebnisqualität und der Strukturmerkmale können die einzelnen Strukturmerkmale evaluiert und ein kontinuierlicher Beratungsprozess durch die Koordinierungsstelle durchgeführt werden.

Des Weiteren muss der „Systemwettbewerb zu fairen Bedingungen“ so organisiert werden, dass eine wettbewerbsneutrale Beratung sichergestellt ist. Durch eine derartige Garantie könnte es gelingen, die Kassen und die Leistungserbringer für die Mitarbeit zu gewinnen. Auch hierzu könnte ein Beirat im Land unter Moderation der Koordinierungsstelle Regularien erarbeiten. So könnte beispielsweise festgelegt werden, dass wenn unterschiedliche Beratungsleistungen im Pflegestützpunkt gebündelt werden, diese deutlich machen müssen, für welche Organisation sie beraten. Kann der Ratsuchende wählen und entscheidet er sich für die Beratung durch eine bestimmte Organisation ist dies in erster Instanz unbedenklich. Würde aber Neutralität dadurch signalisiert, dass Berater im Pflegestützpunkt „neutral“, d.h. unabhängig auftreten, stellt dies eine Verletzung des Postulats der Wettbewerbsneutralität dar.

Zum Teil wird es auch notwendig sein, den Prozess der Etablierung eines Pflegestützpunktes zu moderieren, da eine Vielzahl von Akteuren eingebunden werden muss. Es muss zu einer Übereinkunft zwischen den einzelnen Akteuren der Pflege- und Krankenkassen, der Leistungserbringer, dem vorhandenen bürgerschaftlichen Engagement und der Kommune kommen. Diese Aufgabe könnte ebenfalls die Koordinierungsstelle übernehmen, die hierbei auch vor dem Hintergrund der bestehenden Erfahrungen im Land prozessbegleitend beraten kann. In diesem Prozess können dann auch die Schnittstellen des bestehenden Beratungsangebotes zu den Pflegeberatern nach § 7a SGB XI geregelt werden. Hierdurch kann sichergestellt werden, dass keine Doppelstrukturen auftreten. Allerdings sollte ein entsprechender Ansatz dadurch unterstützt werden, dass in den „Bestimmungen der obersten Landesbehörde“ generelle Leitlinien hinsichtlich der Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure – vor dem Hintergrund der bestehenden Beratungsinfrastruktur im Land – festgelegt werden.

In den „Bestimmungen der obersten Landesbehörde“ sollte ebenso die Koordinierungsstelle sowie der oben beschriebene Beirat – mit dem klaren Auftrag die „fairen Bedingungen“ in einem bestimmten Zeitfenster zu entwickeln – festgeschrieben werden. In den „Bestimmungen der obersten Landesbehörde“ könnte zudem festgelegt werden, wie die Aufgabenverteilung zwischen Pflegeberater und Pflegestützpunkt prinzipiell aussehen muss. Im Sinne der obigen Ausführungen und der Intention des Gesetzgebers müsste klar geregelt werden, dass ein Case Management durch den Pflegeberater und ein Care Management durch den Pflegestützpunkt erfolgt, wobei der Pflegeberater im Pflegestützpunkt angesiedelt sein muss. Ob die Aufgabe des Case- und Care Management in Personalunion durchgeführt wird, ist dann sekundär. Idealerweise könnte in den Bestimmungen der obersten Landesbehörde auch die Dauerfinanzierung von Pflegestützpunkten

gesichert und ein Mindestmaß für die flächendeckende Stützpunkteinführung geregelt sein.

6.5 Literatur

bpa Pressemitteilung vom 30. Mai 2008, erhältlich unter www.bpa.de.

Jacobs K (1995), Zur Kohärenz von gesetzlicher Pflegeversicherung und anderen Zweigen der Sozialversicherung, in: Fachinger U/Rothgang H (Hg.): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin: Duncker & Humblot, 245–262.

KDA (2008), Werkstatt Pflegestützpunkte – Zwischenbericht vom 27. Juni, erhältlich unter www.kda.de

Klie T (2008), Case Management. Die Zeit ist reif, in: Altenheim, 48. Jahrgang, Heft 4, S. 26–29.

Klie T/Monzer M (2008a): Case Management in der Pflege, in: Gerontol Geriat, 41. Jahrgang, Heft 2, S. 92–105.

Lang A (2007), Pflegestützpunkte. Eine neue Form der wohnortnahen Beratung und Versorgung, in: Soziale Sicherheit, Heft 10, S. 330–337.

Michell-Auli P (2007), Der Sozialmarkt im Wandel – Mögliche strategische Handlungsfelder für Sozialunternehmen, in Sozialer Fortschritt, 56. Jahrgang, Heft 2, S. 45–50.

Müller W (2006), Australien. Hilfe umfassend organisieren, in Sozialwirtschaft – Zeitschrift für Sozialmanagement, 16. Jahrgang, Heft 2, S. 6–8.

7 Das Vergütungsgeschehen in der ambulanten Pflege nach SGB XI

Nauka Holl-Manoharan und Isabel Rehbein

7.1 Einleitung

Der Pflegemarkt für ambulante Leistungen zeichnet sich durch eine hohe Intransparenz der Preise und der Preisfindung aus. Es koexistieren bundesweit eine Vielzahl von, wie es sich dem Laien darstellt, bunt zusammengewürfelten Preisoptionen.

In diesem Beitrag soll der Versuch unternommen werden, die vielfältigen vergütungsrelevanten Details der ambulanten Pflege zu beleuchten und auch die dem Pflegebedürftigen über die Leistungen der Pflegeversicherung hinaus entstehenden Mehrkosten zu ermitteln. Hierdurch soll eine Basis für die laufende Dynamisierungsdebatte und Diskussion der Angleichung ambulanter und stationärer Pflegeleistungen hergestellt werden.

Zunächst werden die rechtlichen Grundlagen der Vergütung ambulanter Pflege nach SGB XI dargelegt, um anschließend die Verhandlungssituation in der Realität näher zu durchleuchten. Schließlich wird versucht, für vier exemplarische Länder einen Preisvergleich vorzunehmen sowie die Zuzahlungen der Pflegebedürftigen und die Entwicklung der Preise darzustellen. Es folgt ein Fazit, in dem die wichtigsten Konsequenzen der Analyse aufgezeigt werden.

7.2 Rechtliche Grundlagen der Vergütung ambulanter Pflege nach SGB XI

Aufgrund ihres Sicherstellungsauftrags sind die Pflegekassen verpflichtet, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige pflegerische Versorgung der Versicherten entsprechend dem allgemeinen Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu gewährleisten (§ 69 SGB XI). Zu diesem Zweck schließen die Pflegekassen Versorgungsverträge gemäß § 72 ff SGB XI und darauf basierend Vergütungsvereinbarungen gemäß § 89 SGB XI mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen ab. Daneben werden auf Landesebene Rahmenverträge (§ 75 SGB XI) geschlossen, die einheitliche Rahmenbedingungen für die pflegerische Versorgung in dem jeweiligen Bundesland enthalten.

An der Vergütungsverhandlung nehmen die Träger des Pflegedienstes auf der einen und die Leistungsträger auf der anderen Seite teil. Zu den Leistungsträgern gehören nach § 89 Abs. 2 SGB XI die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger, die sich auch zu Arbeitsgemeinschaften zusammenschließen können, sowie die zuständigen Träger der Sozialhilfe. Jedoch können nur diejenigen Leistungsträger Vertragspartner werden, auf die im Jahr vor Beginn der Vergütungsverhandlungen mindestens fünf Prozent der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen.

Die Pflegevergütungsvereinbarung ist nach § 89 Abs. 2 Satz 2 SGB XI prinzipiell für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen. Anstelle von Einzelverträgen können allerdings auch Kollektivverträge gemäß § 86 SGB XI geschlossen werden. Hierfür wird eine regional oder landesweit tätige Pflegesatzkommission gebildet, die sich aus den Landesverbänden der Pflegekassen, dem Verband der privaten Krankenkassen, den überörtlichen Sozialhilfeträgern sowie den Ver-

einigungen der Pflegedienstbetreiber zusammensetzt. Diese Kommission ist nach § 86 Abs. 2 SGB XI ermächtigt, mit Zustimmung der betroffenen Pflegedienstbetreiber eine einheitliche Pflegevergütung für gleiche Leistungen zu vereinbaren, wobei die Preise als Höchstpreise anzusehen sind, die von den beteiligten Pflegediensten unterboten werden können.

Bei der Festsetzung der Vergütungshöhe sind die Vertragspartner an die Bemessungsgrundsätze des § 89 SGB XI gebunden. Demgemäß muss der einzelne Pflegedienst mittels der Vergütung in der Lage sein, seinen Versorgungsauftrag bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu erfüllen (§ 89 Abs. 1 Satz 3). Hierbei darf die Vergütung nicht nach den Kostenträgern differenziert werden und muss für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart werden. Gleichzeitig ist gemäß § 70 SGB XI dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität Rechnung zu tragen.⁴¹ Interessant erscheint in diesem Zusammenhang, dass im Gegensatz zur stationären Pflege die Sachleistung in der ambulanten Pflege lediglich die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung abdeckt. In der stationären Pflege ist hingegen die medizinische Behandlungspflege Bestandteil der Leistung.⁴²

Prinzipiell können zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf den Abschluss eines Vergütungsvertrages verzichten oder mit denen ein solcher nicht zustande kommt, aber auch den Preis für ambulante (und stationäre) Leistungen mit den Pflegebedürftigen direkt verhan-

⁴¹ Zwar ist in § 89 SGB XI kein expliziter Verweis auf § 70 SGB XI angegeben, jedoch ist § 70 SGB XI als allgemeiner Grundsatz sowohl für die stationäre als auch ambulante Vergütung bindend.

⁴² Zur Kritik an dieser ungleichen Leistungsabgrenzung *siehe Fuchs 2006*.

deln. Rückwirkend erhält der Pflegebedürftige dann die ihm berechneten Kosten von der Pflegekasse zurückerstattet, jedoch nur maximal 80 Prozent der nach § 36 SGB XI festgesetzten Leistungen (§ 91 SGB XI). Auch der Sozialhilfeträger darf die darüber hinausgehenden Kosten nicht erstatten.

Die Pflegevergütung ist grundsätzlich prospektiv zu vereinbaren, wobei der Pflegedienstbetreiber geeignete Nachweise über die Leistungsfähigkeit der Pflegeeinrichtung erbringen muss (§ 85 Abs. 3 SGB XI). Die Dauer der Vertragsgültigkeit hängt von der individuellen Festlegung des „Pflegevergütungszeitraums“ ab. Die Vergütungsvereinbarung kommt durch den Träger des Pflegedienstes und der Mehrheit der an der Verhandlung teilnehmenden Kostenträger zustande (§ 85 Abs. 4 SGB XI). Kann innerhalb von sechs Wochen keine Einigung erzielt werden, setzt die Schiedsstelle die Vergütung unverzüglich fest (§ 85 Abs. 5 SGB XI). Gemäß § 85 Abs. 5 Satz 2 SGB XI wird ein Schiedsstellenverfahren auch dann eingeleitet, wenn der Sozialhilfeträger innerhalb von zwei Wochen von seinem Vetorecht Gebrauch macht. Durch die Einführung des Vetorechts durch das 1. SGB XI-Änderungsgesetz vom 14.06.1996 wurde somit die Verhandlungsposition des Sozialhilfeträgers gestärkt. Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen kann jede Vertragspartei eine Neuverhandlung verlangen und den Vertrag kündigen. Die vereinbarten Preise gelten somit bis zum Abschluss einer neuen Vergütungsvereinbarung.

Diese Vergütungsvereinbarungen dienen als Grundlage für den Pflegevertrag, der mit Beginn des ersten Pflegeeinsatzes zwischen Pflegebedürftigen und Pflegedienst zustande kommt und schriftlich festgehalten werden muss (§ 120 SGB XI).

Neben den Verhandlungspreisen hat der Gesetzgeber die Möglichkeit von staatlich administrierten Preisen geschaffen. So kann nach § 90 SGB XI eine Gebührenordnung für die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen erlassen werden, wobei diese den Bemessungsgrundsätzen nach § 89 SGB XI entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe örtlich differenziert werden muss. Von dieser Möglichkeit hat das Bundesministerium für Gesundheit bisher jedoch kein Gebrauch gemacht.

7.3 Die Preisverhandlungssituation

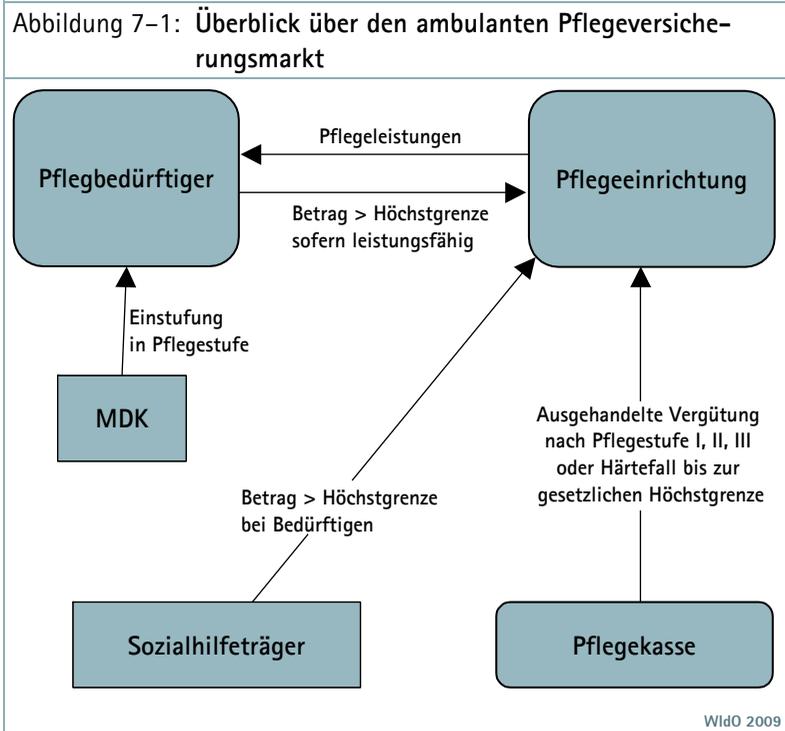
Da die rechtlichen Rahmenbedingungen einige Spielräume zur Vergütungsfindung eröffnen, ist zu fragen, wie sich die Verhandlungssituation in der Realität darstellt. Im Folgenden werden zunächst die Grundzüge des ambulanten Pflegemarkts modellartig skizziert, um im Anschluss daran zu erläutern, welche Anreize die unterschiedlichen Akteure in der Vergütungsverhandlung haben und wie daraufhin die Preise zustande kommen.

Auf dem Markt für Pflegeleistungen⁴³ treten die Pflegebedürftigen als unmittelbare Nachfrager von Pflegeleistungen den Pflegeeinrichtungen gegenüber. Diese können – bis auf gewisse Qualitätsanforderungen – ohne Zulassungsbeschränkungen in Form einer Bedarfsplanung – wie z. B. im Krankenhausbereich – als Anbieter agieren. Vor diesem Hintergrund besteht ein freier Markt. Diese zunächst bilaterale Marktbeziehung ist jedoch von mehreren hinter den Pflegebedürftigen ge-

⁴³ Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich größtenteils auf ambulante und stationäre Pflegeleistungen.

schalteten Akteuren gekennzeichnet, die die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen maßgeblich (mit)bestimmen. So wird der Umfang der Leistungen vom medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) durch die Einstufung des Pflegebedürftigen in eine Pflegestufe (I, II, III oder Härtefall) weitgehend festgelegt. Zum Teil wirkt auch der Pflegeanbieter auf die Nachfrage ein, da diesem bei der Wahl der Leistungskomplexe (*siehe Abschnitt 7.4*) eine beratende Funktion zukommt. Schließlich trägt der Pflegebedürftige die Kosten für die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen zu einem großen Teil nicht selbst. Hierfür ist in erster Linie die Pflegekasse zuständig, die die Kosten bis zu einem gesetzlich definierten Betrag in Abhängigkeit der jeweiligen Pflegestufe übernimmt. Die dem Pflegebedürftigen darüber hinaus entstehenden Kosten muss er selbst finanzieren. Reicht sein Einkommen oder Vermögen dazu nicht aus, so gewährt der zuständige Sozialhilfeträger „Hilfe zur Pflege“. Außerdem besteht prinzipiell die Möglichkeit, dass das entsprechende Land die Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen bzw. einen Teil davon übernimmt. Jedoch sehen dies nicht alle Länder für ambulante Pflegeeinrichtungen in ihren Landespflegegesetzen vor.

Somit zeigt sich der Markt für Pflegeleistungen als ein komplexer wettbewerbsorientierter Markt, der jedoch durch die Zwischenschaltung der Pflegeversicherung als Zahlungsinstanz auf der Nachfragerseite, die Verpflichtung zur Einhaltung von Qualitätsmindestanforderungen und Festlegung von Zahlungsobergrenzen je Pflegestufe sowie durch die teilweise Investitionsförderung der Länder ordnungspolitisch reguliert ist (*siehe Abbildung 7-1*).



In den meisten Bundesländern schließen sich die Pflegekassen zu Arbeitsgemeinschaften zusammen, sodass eine Pflegekasse bzw. ein Landesverband – meist die AOK – die Verhandlungen stellvertretend für alle Pflegekassen im Land führt.

Aufgrund der Deckelung der Leistungen und ihrer Konstruktion als Einheitskasse mit faktisch vollständigem Ausgabenausgleich hat die Pflegekasse nur unterhalb der Leistungsgrenze einen Anreiz, kostengünstig zu verhandeln. Beträge oberhalb dieser Grenze haben für die

Pflegekasse in Bezug auf ihr Ausgabevolumen keine Bedeutung, da sie lediglich den gesetzlich fixierten Höchstbetrag leisten müssen. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass nicht der Gesamtbetrag Gegenstand der Verhandlung ist, sondern lediglich der Punktwert bzw. seine Steigerung (*siehe Abschnitt 7.4*).

Tatsächlich ist jedoch durchaus zu beobachten, dass die Verhandlungen seitens der Pflegekassen sehr hart geführt werden, was auch an der gemäßigten Entwicklung der Preise zu erkennen ist (*siehe hierzu Abschnitt 7.4*). Als Anreiz, niedrige Punktwerte zu verhandeln, könnte der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 70 SGB XI) gesehen werden. Die Pflegekassen setzen ihre Beitragssätze allerdings nicht selbst fest. Vielmehr bedarf es hierfür einer Gesetzesänderung, weshalb dieses Ziel für die Pflegekassen nur indirekt wirksam ist. Das Ziel der Mengenausweitung hingegen kann für die Pflegekassen durchaus interessant erscheinen (*Bode 2007, 68*). Da jeder Pflegeversicherte auch in der dazugehörigen Krankenkasse versichert ist und diese in zunehmendem Wettbewerb um Versicherte stehen, können niedrigere Preise und damit ein größerer Leistungsumfang für das Budget der Pflegekasse als Kundenwerbe- bzw. Haltearbeit dienen. Ein weiterer Grund für die durchaus harten Verhandlungen könnte in den politischen Rahmenbedingungen liegen. Das politische Ziel der reinen Mengenausweitung und der Verringerung der Sozialhilfeabhängigkeit unter Pflegebedürftigen führt zu einer Verhandlungsposition, die sich an niedrigen Punktwerten auszurichten hat (*Strünck 2000, 998*). Ähnliches geschieht, indem die Pflegekassen die Rolle des Sachwalters ihrer Versicherten einnehmen.

Der Verhandlungspartner „Sozialhilfeträger“ ist an niedrigen Punktwerten interessiert, um seine Ausgaben für „Hilfe zur Pflege“ zu begrenzen. Er spielt jedoch in den ambulanten Vergütungsverhandlungen

gen – im Gegensatz zum stationären Bereich, wo er maßgeblich am entsprechenden Verhandlungsergebnis beteiligt ist – eine eher untergeordnete Rolle, da in den meisten Fällen die Fünf-Prozent-Klausel zum Tragen kommt. Auch von dem Vetorecht, das die Sozialhilfeträger bei mehr als fünf Prozent Abrechnungsanteil besitzen, wird i. d. R. kein Gebrauch gemacht. Dies lässt sich vor allem mit dem geringen Finanzierungsvolumen erklären, wonach lediglich 4,6 Prozent aller ambulanten Pflegebedürftigen Leistungen des Sozialhilfeträgers erhalten (*BMG 2004, 52*). Die Anbieterseite ist in den verschiedenen Bundesländern ganz unterschiedlich ausgestaltet. In einigen Bundesländern wird mit jedem einzelnen Anbieter verhandelt. In anderen wird eine Pflegesatzkommission gebildet, in der die Anbieter den Pflegekassen und ggf. Sozialhilfeträgern im Kollektiv gegenüber sitzen.

Hier ist ein deutlicher Interessenkonflikt erkennbar. Auf der einen Seite haben die Anbieter einen Anreiz zu kollektiven Verhandlungen, um ihre Marktmacht zu vergrößern und somit möglichst hohe Punktwerte herauszuhandeln. Auf der anderen Seite schrecken hohe Preise bzw. Punktwerte potentielle Kunden ab, da diese zum gegebenen Budget der Pflegekassen weniger ambulante Pflegeleistungen einkaufen können. Und auch um bereits bestehende Kunden nicht zum Wechseln zu bewegen – was hier im Gegensatz zum stationären Bereich leicht möglich ist – wollen einige privat-gewerbliche Anbieter möglichst niedrige Einzelabschlüsse erzielen.

Allerdings besteht der ambulante Pflegemarkt nicht aus vielen kleinen Anbietern. Vielmehr kann eine oligopolistische Marktstruktur konstatiert werden, d. h. ein Großteil des Marktes wird unter wenigen großen Anbietern aufgeteilt. Hier sind vor allem die freigemeinnützigen Trägerverbände zu nennen. Somit hat der einzelne Anbieter einen

großen Einfluss auf den Markt (*Siebke 1985, 94*). Diese Marktstellung macht es wahrscheinlich, dass sehr hohe Preise verhandelt werden.

In ländlichen Regionen existieren durchaus auch kleinere, meist private Pflegeeinrichtungen, die hier eine Monopolstellung besitzen. Damit haben diese eine bessere Verhandlungsposition als eine Pflegeeinrichtung unter mehreren mit vergleichbarem Versorgungsangebot in einem Ballungsgebiet, was eine Verhandlungslösung mit sehr hohen Punktwerten bzw. Preisen wahrscheinlich macht. Besteht allerdings – wie es im Pflegemarkt der Fall ist – ordnungspolitisch freier Markteintritt bei Qualitätsmindestanforderungen und freies Marktausscheiden von Anbietern, so locken regional überdurchschnittliche Gewinnchancen bei einer genügend großen Zahl von Nachfragern Anbieter in den Markt. Auf diese Weise sorgt der Wettbewerb in der dynamischen Marktbetrachtung tendenziell für ein ausreichend großes Angebot an Pflegeeinrichtungen (*Johne 1997, 36*).

Problematisch an der Konstellation in den Preisverhandlungen ist prinzipiell, dass hier teilweise Entscheidungen zu Lasten Dritter gefällt werden. So nimmt der Pflegebedürftige nicht an den Vergütungsverhandlungen teil und ist auch nicht durch ein entsprechendes Gremium – wie etwa durch den Heimbeirat im stationären Bereich – vertreten. Als Argument hierfür könnte angeführt werden, dass der Pflegebedürftige kein Interesse an niedrigen Preisen hat, da auf dem Pflegemarkt die Pflegekassen als Finanzierungsträger auftreten. Er ist jedoch an niedrigen Preisen interessiert, sofern die Kosten die gesetzlich fixierten Höchstbeträge übersteigen. Ob dies auf den ambulanten Pflegesektor zutrifft, wird im folgenden Kapitel untersucht. Aber auch unterhalb der Leistungsgrenze besteht seitens der Pflegebedürftigen durchaus der Anreiz, einen möglichst geringen Preis auszuhandeln, da sie zum einen dadurch die Menge an Pflegeleistungen, deren Kos-

ten von der Pflegekasse übernommen werden, ausdehnen können. Zum anderen wird die Höhe des Pflegegeldes, auf das ansonsten Anspruch bestünde, durch Inanspruchnahme professioneller Leistungen entsprechend gekürzt, so dass die Pflegebedürftigen auch hier an niedrigeren Preisen interessiert sind (*Rothgang 2000*). Somit lässt sich die Nichtbeteiligung der Pflegebedürftigen an den Verhandlungen nur schwer begründen.

7.4 Versuch eines Preisüberblicks über die ambulanten Sachleistungen (inkl. Kombinationsleistungen)

Wichtig für den Versicherten ist das Ergebnis der Vergütungsverhandlungen, also die Preise für ambulante Pflege. Nachfolgend wird deshalb ein exemplarischer Preisvergleich vierer Länder vorgenommen. Hierbei wird auch auf die durchschnittliche Zuzahlung der Pflegebedürftigen sowie die Preissteigerungen in den letzten Jahren eingegangen.

Der Gesetzgeber hat die Vergütungsform für die ambulante Pflege nach SGB XI zwar bis zu einem gewissen Maß konkretisiert aber nicht festgeschrieben (§ 89 SGB XI). Die Gesetzesauslegung impliziert lediglich, dass die in § 15 SGB XI aufgeführten Verrichtungen in den verschiedenen Pflegestufen vergütet werden müssen. Daraufhin erließen die Spitzenverbände der Pflegekassen 1995 Empfehlungen für ein System der Vergütung von Leistungen der häuslichen Pflege, die sie 1998 aktualisierten (*AOK-Bundesverband 1998*).

Diese Empfehlung sieht eine Vergütung nach Leistungskomplexen vor. Sie sollen die Wahlfreiheit des Pflegebedürftigen in einer transparenten Form gewährleisten. Mit dem Hinweis auf die Wahrung der Ganzheitlichkeit und Qualität der Pflege wird explizit ein Einzelleistungsvergütungssystem abgelehnt. Die Vergütung ist für jeden Pflegedienst individuell zu vereinbaren. Es werden nur Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung gem. § 36 SGB XI vergütet sowie Pflegeeinsätze von Pflegediensten bei Pflegegeldempfängern gem. § 37 Abs. 3 SGB XI. Andere Leistungen sind nicht vergütungsfähig. *Tabelle 7-1* gibt einen Überblick über die empfohlenen Leistungskomplexe mit den zugehörigen Punktzahlen. Der Multiplikator, mit dem die Punktzahlen multipliziert werden, um einen Preis pro Leistungskomplex zu erhalten, ist der Punktwert. Er ist Gegenstand der Vergütungsverhandlungen mit den Einrichtungen (*siehe Abschnitt 7.3*).

Tabelle 7-1: Überblick über die Leistungskomplexe gemäß der Empfehlung der Spitzenverbände		
	Bezeichnung des Leistungskomplexes	Punktzahl* pro Einsatz
1	Erstbesuch (bei erstmaliger Beauftragung)	500
2	Kleine Morgen-/Abendtoilette I (G)	180
3	Kleine Morgen-/Abendtoilette II (G)	200
4	Kleine Morgen-/Abendtoilette III (G)	250
5	Große Morgen-/Abendtoilette I (G)	340
6	Große Morgen-/Abendtoilette II (G)	400
7	Große Morgen-/Abendtoilette III (G)	450
8	Spezielle Lagerung bei Bettlägerigkeit (G)	100
9	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme – Hauptmahlzeit (G)	250
10	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme – Sonstige Mahlzeit (G)	100

... ⇨

Tabelle 7-1: *Fortsetzung*

	Bezeichnung des Leistungskomplexes	Punktzahl* pro Einsatz
11	Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG) (G)	100
12	Erweiterte Hilfe/Unterstützung von Ausscheidungen (G)	100
13	Kleine Hilfen/Unterstützungen von Ausscheidungen (G)	40
14	Hilfestellung bei Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung (G)	70
15	Begleitung der Aktivitäten (G)	600
16	Beheizen der Wohnung (nicht Zentralheizung) (HV)	pro Tag 90
17	Reinigung der Wohnung (HV)	pro Tag 90/Woche 450
18	Waschen/Pflege der Wäsche und Kleidung (HV)	pro Woche 360
19	Wechsel der Bettwäsche (HV)	50
20	Vorratseinkauf (HV)	pro Woche 150
21	Besorgung (HV)	90
22	Zubereitung einer Hauptmahlzeit (HV)	270
23	Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit (HV)	60
24	Pflegesätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI	max. gesetzliche Höchstgrenze oder 400

* In den Punktzahlen sind Wegegebühren enthalten, denn es ist eine wohnortnahe Pflege anzustreben.
G = Grundpflege; HV = Hauswirtschaftliche Versorgung

Quelle: AOK-Bundesverband

WIdO 2009

Das Leistungskomplexsystem ist in den Ländern weitgehend umgesetzt worden (*Gerste/Rehbein 1998*). Dort wurde es durch Verhandlungen zwischen den Pflegekassen und den Anbieterverbänden initiiert. Allerdings haben sich nicht alle Länder an die Bundesempfehlungen gehalten, sondern Änderungen vorgenommen hinsichtlich der Inhalte und Bewertungen der Leistungskomplexe mit Punktzahlen, aber auch hinsichtlich der Wegegebühren und Leistungserbringung zu besonderen Zeiten. Zeitweilig gab es Länder, die neben der Leistungs-

komplexvergütung die Zeitvergütung vorsahen. Dies existiert heute noch für bestimmte Leistungen. Zu den direkten pflegebedingten Kosten können die Pflegeeinrichtungen ggf. noch – um eventuelle Förderungen der Länder geminderte – Investitionskosten in Rechnung stellen, die mit den Sozialhilfeträgern ausgehandelt werden.

Das Vergütungssystem soll exemplarisch anhand von vier, auf ihren Wunsch anonymisierten Ländern (drei Westländer und ein Ostland) und dem Leistungskomplex „Kleine Morgen-/Abendtoilette aufgezeigt werden (*siehe hierzu Tabelle 7-2*). Dieser Leistungskomplex wurde ausgewählt, da er sicherlich zu den am häufigsten gewählten Leistungskomplexen in Pflegestufe I, II und III gehört (§ 15 SGB XI).

Tabelle 7-2 zeigt, dass der Leistungskomplex „Kleine Morgen-/ Abendtoilette“ von Land zu Land unterschiedlich umfangreich und mit verschiedenen Bestandteilen gefasst ist. Die jeweiligen Leistungskomplex-Versionen liegen in der Regel zwischen der Version II und III der Empfehlung der Spitzenverbände (*siehe Tabelle 7-2*). Ein Extrem stellt der Vertrag mit den Wohlfahrtsverbänden in Land C dar. Diese haben in diesem Land einen großen Marktanteil und sind daher ein Beispiel für Marktmacht aufgrund oligopolistischer Strukturen (*siehe Abschnitt 7.3*). Hier sind alle Bestandteile als gesonderte Leistungskomplexe wählbar, stellen also Einzelleistungen dar. Dies ist ausdrücklich von den Spitzenverbänden nicht gewünscht, da sie hierin eine Gefahr für Mengenausweitungen sehen. Sie stellen jedoch eine Forderung von Pflegebedürftigen dar, die damit an die Wohlfahrtsverbände herangetreten sind. Bei Wahl aller Einzelleistungen ist der solcherart zusammengefasste Leistungskomplex deutlich teurer als in anderen Ländern, bei individueller Zusammenstellung kann er jedoch preiswerter sein.

Tabelle 7-2: Kleine Morgen-/Abendtoilette – ein Preisvergleich

Land	A	B	C	D
Ggf. Verbandsunterscheidung	–	–	Einzelverträge	–
Leistungskomplex Nr.	1	1 (kleine Morgen-/Abendtoilette III)	Private Verbände 1 a (mit abwählbaren Leistungen)	1 2
Inhalt des Leistungskomplexes (Land C teilweise in Klammern)	<ul style="list-style-type: none"> - An- und Auskleiden - Teilkörper waschen - Mund- und Zahnpflege - Kämmen - Rasieren 	<ul style="list-style-type: none"> - Hilfe beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes - An- und Auskleiden - Teilwaschen (inkl. Rasur) - Mund- und Zahnpflege - Kämmen - Bett machen (richten) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hilfe beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes - An-/Auskleiden - Teilwaschen - Mund- und Zahnpflege - Kämmen 	<ul style="list-style-type: none"> - Hilfe beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes - An-/Auskleiden - Waschen (im Bett oder am Waschbecken) - Mund- und Zahnpflege einschli. Parodontis- und Stomatoprophylaxe - Kämmen/Rasieren - Hautpflege
Wohlfahrtsverbände	1a bis 11 (fakultativ) und 2a			
Wohlfahrtsverbände				
Wohlfahrtsverbände				
Punktzahl	240	350	Bei Wahl aller Komponenten: 350 ⁴	250
Zugrunde gelegter Punktwert	0,030455	0,03464 ²	0,0440	0,0385 ⁵
Preis in Euro	7,31 € zzgl. 2,28 € Wegegebühr ¹	12,12 € Wegegebühr erhalten	22,00 € zzgl. 3,40 € Wegegebühr ¹ tagsüber (4,87 € nachts) Bei Abwahl einzelner Leistungskomplexe entsprechender billiger.	9,63 € zzgl. 3,40 € Wegegebühr ¹ tagsüber (4,87 € nachts) Fachkraft 14,23 € Ergänzendes Hilfsmittel 9,78 € Zwillingdienstleister 5,00 € Zagl. 3,17 € Wegegebühr ¹ u. 6
<p>1 Bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen nach dem SGB V preiswerter. 2 Mittlerer Punktwert gewichtet mit den Pflegebedürftigen pro Einrichtung. Der gewichtete Punktwert liegt höher als der ungewichtete, da es in Land B viele kleine preiswerte Einrichtungen und einige größere mit höherem Punktwert gibt (Bestandsschutz seit 1995). 3 Mittelwert aus Kämmen und Haarwäsche. 4 Bei Wahl von mindestens 4 Einzelleistungen gilt der Komplettpreis, bei Wahl von weniger Einzelleistungen werden die Preise der Einzelleistungen zusammengerechnet. 5 Mittlerer Punktwert (ungewichteter) 6 Diese ist in Pflegestufe I einmal pro Tag anrechenbar, in Pflegestufe II zweimal, in Pflegestufe III dreimal</p>				
Quelle: Informationen der Landes-AOKs dieser Länder				Wilo 2009

Ingesamt betrachtet lässt sich nicht eindeutig bestimmen, welches von den ausgewählten Länder das preiswerteste und teuerste ist, zumal in Land B die Wegegebühren enthalten sind, in den anderen Ländern aber nicht. Es werden darüber hinaus weitere Differenzen zwischen den Ländern deutlich, die die nachfolgende *Tabelle 7-3* vertiefend darstellt.

Tabelle 7-3: Beispiele für Vergütungsformen in der ambulanten Pflege nach SGB XI in Deutschland			
Land	Verträge mit Pflegeverbänden	Einzelverträge	Wegegeld wird gesondert in Rechnung gestellt?
	Punktwerte in €		
A	0,0240 – 0,0369		ja
B		0,03068 – 0,03589	nein im Punktwert enthalten
C	0,044	0,0370 – 0,040	ja
D	keine Punktwerte, Höchstpreise zwischen: Große Toilette und Essen auf Rädern/ stationärer Mittagstisch: – Fachkraft zwischen 21,33 und 2,26 – ergänzende Hilfskraft zwischen 14,62 und 2,25 – Zivildienstleistender zwischen 7,54 und 2,26		ja

Quelle: Informationen der Landes-AOKs dieser Länder 2007

WlD 2009

Obwohl grundsätzlich in allen betrachteten Länder nach Leistungskomplexen vergütet wird, sind diese unterschiedlich umfangreich gefasst und – wenn überhaupt – mit unterschiedlichen Punktzahlen bewertet. In den Ländern A bis C erfolgt die Vergütung durch Multiplikation der den Leistungskomplexen zugeordneten Punktzahlen mit

Punktwerten, im Land D wird direkt ein Preis pro Leistungskomplex vereinbart. Er variiert jedoch, je nachdem, ob der Pflegebedürftige die Ausführung durch eine Fachkraft, ergänzende Hilfskraft oder einen Zivildienstleistenden wünscht.

Ein weiterer Unterschied besteht zwischen den Ländern hinsichtlich der Frage, ob Vergütungsverträge mit den Pflegeverbänden oder Einzelverträge mit den Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden. So werden in Land B ausschließlich Einzelverträge mit den Pflegeeinrichtungen – bzw. ihren Trägern – vergütet, um den Wettbewerb zwischen den Einrichtungen zu unterstützen. Dagegen beauftragen in Land A die Pflegedienste bzw. ihre Träger ausschließlich ihre Verbände zur Vergütungsverhandlung mit den Pflegekassen. In Land C existieren beide zuvor erwähnten Verhandlungsformen nebeneinander. So bitten einzelne Pflegedienste wegen des starken Wettbewerb um einen niedrigeren Punktwert. Schließlich ist ein Unterscheidungskriterium, ob das Wegegeld gesondert in Rechnung gestellt wird wie in den Ländern A, C und D oder im Punktwert enthalten ist wie in Land B.

Alle diese Unterscheidungsaspekte sowie die in *Tabelle 7–2* exemplarisch dargestellten Differenzen in Umfang, Zusammensetzung und Bewertung durch Punktzahl machen einen bundesweiten Vergleich der ambulanten Vergütung schwierig und die Vergütung ambulanter Leistungen im höchsten Maße intransparent.

Nachfolgend soll ein Versuch unternommen werden, trotzdem eine gewisse Vergleichbarkeit zumindest für die vier ausgewählten Ländern herzustellen.

Tabelle 7-4: Vergleich des durchschnittlichen Preises eines Leistungskomplexes (LK)

Land	C			D
	A	B	Private Verbände	
Ggf. Verbandsunterscheidung	–	–	Wohlfahrtsverbände	–
Anzahl LKs	20 (mit Erstbesuch und Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI)	Zur Zeit 19* (mit Erstbesuch und Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI**)	31 (mit Erstbesuch ohne Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB X)	21 (mit Erstbesuch und Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB X)
Umfang	Eher kleiner	Eher umfangreich	Einzel aufgeschritten, fast Einzelleistungen	Zusammenfassbarer Komplex 1a (kleine Morgen-/Abendtoilette), auch Einzelleistungen möglich
Vergleich zu den Empfehlungen der Spitzenverbände	Andere Reihenfolge, in kleinere Aktivitäten gefasst, durchschnittlich ähnliche Punktzahl	Andere Reihenfolge, Extras enthalten => höhere Punktzahlen	Nur entfernt aggregierbar zu Empfehlung Spitzenverbände	Empfehlung Spitzenverbände nur entfernt umgesetzt
Verwendeter Punktwert	Mittlerer Punktwert ungewichtet: 0,03045	Mit Anzahl der Pflegebedürftigen gewichteter Punktwert: 0,03464	0,044	0,044
Durchschnittlicher Preis eines LKs in €	9,13*** zzgl. Wegegebühr	9,72*** (Wegegebühr enthalten)	5,94*** zzgl. Wegegebühr (so niedrig, weil so viele kleine LKs)	Zwischen 7,31 (bei Einzelleistungen) und 9,30*** (zzgl. Wegegebühr)
				9,06*** zzgl. Wegegebühr
				Mittlerer Punktwert ungewichtet: 0,0385
				Orientiert sich an Empfehlung Spitzenverbände
				Fachkraft 9,51; Ergänzende Hilfe 6,67; Zwielerleistungen 3,76. Manche Leistungen kann nur die Fachkraft übernehmen, manches nur die ergänzende Hilfskraft. Alle Preise zzgl. Wegegebühr.

* Es wird im Moment über eine Zusammenfassung der hauswirtschaftlichen Leistungen verhandelt.
 ** Über die Pflegestufe gemittelt.
 *** Hauswirtschaftliche Versorgung je fünf Minuten (oder Viertelstunde) und Stunde gemittelt.

Quelle: Informationen der Landes-AOKs dieser Länder

Wildo 2009

In *Tabelle 7-4* wurde versucht, pro Land den durchschnittlichen Preis eines Leistungskomplexes zu berechnen. Dazu wurde zunächst bestimmt, wie viele Leistungskomplexe die Pflegekassen im jeweiligen Land vergüten. Diese divergieren von 18 in Land D – allerdings ohne die teuren Komplexe Erstbesuch und Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI – bis zu maximal 31 in Land C bei den Wohlfahrtsverbänden, wobei hierin der Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI noch nicht einmal enthalten ist. Es wird deutlich, dass auch die Anzahl der abrechenbaren Leistungskomplexe in den Länder nicht vergleichbar ist. Weiterhin interessiert als qualitatives Kriterium der Umfang der Leistungskomplexe und inwieweit sie sich an den Empfehlungen der Spitzenverbände (*siehe Tabelle 7-1*) orientieren. So sind sie in Land B eher umfangreich und bei dem Extrem der Wohlfahrtsverbände in Land C sehr fragmentiert, während sie sich in Land D eher an den Empfehlungen der Spitzenverbände orientieren. Diese Information ist wichtig, um die Anzahl der Leistungskomplexe gewichten zu können.

Um den durchschnittlichen Preis eines Leistungskomplexes berechnen zu können, addiert man nun die Preise der einzelnen Leistungskomplexe (Punktzahl x Punktwert, außer Land D) pro Land und dividiert diese Summe durch die Anzahl der Leistungskomplexe dieses Landes bzw. Verbandes. Das Ergebnis ist ein künstlicher Preis, zu dem in allen Ländern außer in Land B noch die durchschnittlichen Wegegebühren hinzugerechnet werden. Hier zeigt sich erneut, dass auch dieser künstliche Preis eines durchschnittlichen Leistungskomplexes nicht vergleichbar ist. So sind die Wohlfahrtsverbände in Land C bei dieser Betrachtungsweise wegen ihrer vielen kleinen Leistungskomplexe sehr günstig. Aber auch Land B ist mit einem Preis von 9,72 € inklusive Wegegebühr, umfangreichen Leistungskomplexen, die den Erstbesuch und den Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI enthalten, als preiswert zu werten, zumal der zugrunde gelegte Punktwert mit

den Pflegebedürftigen gewichtet wurde. Land D ist ganz schwer zu bewerten, da hier der Pflegebedürftige ein Wahlrecht zwischen Fachkraft, ergänzender Hilfskraft und Zivildienstleistenden haben. So kann die ambulante Pflege in diesem Land sehr günstig sein.

Als letzter Versuch, die ambulante Vergütung über die Ländergrenzen hinweg vergleichbar zu machen, soll hier die durchschnittliche Zuzahlung eines Pflegebedürftigen, der ambulante Sachleistungen⁴⁴ in Anspruch nimmt, in den Pflegestufen I, II und III der Länder A und B gegenübergestellt werden.

Land A hat einen unterdurchschnittlichen Anteil von Sachleistungsempfängern an den gesamten Empfängern von ambulanter Pflege (Sach- und Kombinationsleistung), der in Pflegestufe II noch am höchsten ist⁴⁵. Wegen des hohen Anteils von Kombinationsleistungsempfängern in Pflegestufe I gibt es dort nur eine geringe Überschreitung der Leistungsgrenzen der Pflegeversicherung, also kaum Zuzahlungen. In Pflegestufe II beträgt die Zuzahlung durchschnittlich 100 €, in Pflegestufe III kann in Einzelfällen schon einmal die Zuzahlung von 300–400 € erreicht werden.

⁴⁴ Dies ist schwierig, wie sich erweisen wird, denn die reinen Sachleistungsfälle lassen sich in der Praxis kaum von den Kombinationsleistungsempfängern trennen. Zudem liegen zur der Problematik der durchschnittlichen Zuzahlung pro Pflegestufe kaum verlässliche Informationen vor.

⁴⁵ Quelle hierfür sind die Statistischen Informationen des AOK-Bundesverbandes, Reihe 7: Pflegeversicherung, Reihe 7.2: Leistungsfälle und -tage nach Pflegearten und -stufen für das gesamte Jahr 2006. Diese Statistik bezieht sich lediglich auf AOK-Versicherte. Im Vergleich zur Pflegeartenstatistik des BMG (s. o.) sind bei den AOK-Versicherten die Kombinationsleistungsempfänger zahlreicher.

Land B weist insbesondere in Pflegestufe I einen überdurchschnittlichen Anteil von Sachleistungsempfängern an den ambulant versorgten Pflegebedürftigen auf. Dieser ist jedoch in Pflegestufe II schon durchschnittlich (sogar etwas tiefer) und in Pflegestufe III weit unterdurchschnittlich. Trotzdem fällt in Pflegestufe I in der Regel keine Zuzahlung an. Sie ist häufiger in Pflegestufe II und tritt zumeist in Pflegestufe III auf.

Wie gezeigt werden konnte, kann auch über die durchschnittliche Zuzahlung in den Pflegestufen kein länderübergreifender Vergleich gezogen werden, da der Anteil von schwierig zu kalkulierenden Kombinationsleistungsempfängern von Land zu Land variiert.

Als Ergebnis dieses Abschnitts kann geschlussfolgert werden, dass ein bundesweiter Vergleich der ambulanten Vergütung praktisch unmöglich ist. Es existiert höchstens eine Vergleichbarkeit auf Landesebene und das auch nicht immer (siehe Land C). Hierzu dienen die Preisvergleichslisten, die die Pflegekassen den Pflegebedürftigen gemäß § 7 SGB XI zur Verfügung zu stellen haben.

Abschließend sei noch ein kurzer Blick auf die durchschnittliche Steigerung der ambulanten Pflegepreise in den betrachteten Ländern in den letzten Jahren geworfen. Die allgemeine Preissteigerung (Änderung des Verbraucherpreisindex) betrug zwischen 1996 und 2005 13,8 % (*Statistisches Bundesamt 2006*). Verglichen damit stiegen die Vergütungen in Land A, B und D unterproportional an. In Land D betrug die Änderung 8–9 % und in Land A 10 %. Land B ist vor allem durch die Ausbildungsfinanzierung, die die Einrichtungen mit Auszubildenden in Rechnung stellen können, seit 2002 geringfügig teurer. Lediglich in Land C stieg der Punktwert bei gleich bleibenden

Leistungskomplexen und Punktzahlen bei den Verbänden mit 15,8 % etwas mehr.

7.5 Fazit und Ausblick

Die Analyse des Vergütungsgeschehens in der ambulanten Pflege hat ergeben, dass die ambulante Vergütung über die Ländergrenzen hinweg nicht vergleichbar ist⁴⁶. Dies ist insbesondere für die Versicherten der sozialen Pflegeversicherung ein großes Manko. Hilfreich könnte hier ein Betriebsvergleich sein, der für jeden Pflegedienst anhand von Leistungs-, Qualitäts-, Preis- und Kostenkriterien den Preis der einzelnen Leistungskomplexe ausweist. Ferner impliziert die Untersuchung in *Abschnitt 7.4*, dass die Leistung der Pflegekasse für ambulante Sachleistungen in Pflegestufe I wegen vieler Kombinationsleistungsempfänger zumeist ausreicht. Dies gewinnt umso mehr an Gewicht, als fast 60 % aller ambulant versorgten Pflegebedürftigen in Pflegestufe I eingestuft sind (*Bundesministerium für Gesundheit 2006*). Die relativ gute Finanzsituation in dieser Pflegestufe könnte sich jedoch in Zukunft ändern, wenn aufgrund höherer Frauenerwerbstätigkeit, geringerer Geburtenraten oder größerer beruflicher Mobilität der Angehörigen bzw. Freunde Familienpflegepotenziale wegbrechen (*Klie 2007*). Somit kann dem Gesetzentwurf zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (*BMG 2007*), der eine Anhebung der Leistung der Pflegeversicherung in Pflegestufe I fordert, gefolgt werden. Die Untersuchung dieses Abschnitts konnte

⁴⁶ Zwar kann die Analyse der vier Länder in *Abschnitt 7.4* letztendlich nicht repräsentativ sein, vermittelt jedoch einen ersten Eindruck

außerdem zeigen, dass eine Anhebung der Versicherungsleistungen in Pflegestufe II und III sinnvoll wäre. Auch dies sieht der Gesetzentwurf vor (*Bundesministerium für Gesundheit 2006*).

Ebenfalls deuten die Analyseergebnisse des *Abschnitts 7.4* darauf hin, dass eine Dynamisierung der ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung nach Maßgabe des Verbraucherpreisindex angezeigt, jedoch nicht so dringlich ist wie stationär (*siehe Beitrag von Dräther/Rehbein in diesem Band*). Laut Gesetzentwurf ist eine Dynamisierung der Leistungen ab dem Jahr 2015 vorgesehen (*BMG 2007*).

Aus der Diskussion in *Abschnitt 7.3* bleibt schließlich fraglich, ob die Anreize in den Vergütungsverhandlungen in der jetzigen Besetzung (Pflegekassen, Anbieterträger bzw. -verbände und ggf. Sozialhilfeträger auf der einen Seite und die direkte Marktbeziehung zwischen Anbietern und Pflegebedürftigen auf der anderen Seite) richtig gesetzt sind. So schlägt Rothgang alternativ die radikale Marktlösung mit lediglich Vergütungsverhandlungen zwischen Pflegebedürftigen und Pflegediensten vor, weil hier wegen der Deckelung der Pflegeversicherungsleistungen auf beiden Seiten unmittelbare Anreize wirksam werden (*Rothgang 2000*).

Ein Beispiel für die Durchsetzung der Präferenzen der Pflegebedürftigen ist die Tatsache, dass sich Pflegebedürftige in einem Land für Einzelleistungen ausgesprochen haben, obwohl die Leistungsträger bei der Konzipierung der Leistungskomplexe dies ausdrücklich ausschließen wollten, da sie die Gefahr von Mengenausweitungen sahen. Unterstützt werden könnte dieser Ansatz durch die Teilnahme einer Vertretung von Pflegebedürftigen an den Vergütungsverhandlungen ähnlich dem Heimbeirat.

Diese Beteiligungsformen setzen jedoch voraus, dass der Pflegebedürftige fähig ist, seinen Präferenzen Nachdruck zu verleihen. In der Praxis sind wohl viele Pflegebedürftige hierzu nicht mehr in der Lage. Eventuell könnten die Pflegekassen in ihrer Funktion als Anwälte der Versicherten dies abfedern, indem sie zusätzlich mit den Pflegediensten verhandeln, jedoch gestützt durch einen Betriebsvergleich, wodurch Preissteigerungen noch wirksamer ein Riegel vorgeschoben werden kann.

7.6 Literatur

AOK-Bundesverband (1998), in: Der Pflegemarkt in Deutschland. Gerste B / Rehbein I (1998). Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO) (Hrsg.), WiDO-Materialien Bd. 38, Bonn.

Bode I (2007), Public-Private-Partnership. Ein deutsch-englischer Vergleich wohlfahrtsmarktlicher „governance“ und ihre Folgen. Sozialer Fortschritt, Ausgabe 3/2007, 64–71.

Breyer F/Zweifel P/Kifmann M (2003), Gesundheitsökonomie, 4. Auflage. Berlin u. a.: Springer.

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (2007), Vorschlag für eine Reform der Pflegeversicherung. Dienst für Gesellschaftspolitik (dfg) vom 5.4.2007.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2004), Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2006), Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen, Zugriff am 12.06.07 unter http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_600126/DE/Statistiken/In-Zahlen/in-zahlen-node,param=.html__nnn=true.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2007), Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfwG), Zugriff am 11.09.2007 unter www.bmg.bund.de/.../Gesetzestexte/Entwuerfe/PfWGE,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/PfWG-E.pdf.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2006), Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten und BT-Drucksache 15/4125, 49 und 82. Zugriff am 12.06.07 unter http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_600126/DE/Statistiken/In-Zahlen/in-zahlen-node,param=html_nnn=true.

Fuchs H (2006), Medizinische Behandlungspflege von Heimbewohnern: Gesundheitsreform belastet Heimbewohner, Pflegeversicherung und Sozialhilfeträger. Über 1,7 Milliarden Euro Mehrkosten pro Jahr für Kommunen und Pflegekasse. Soziale Sicherheit Ausgabe 12/2006, 418–421.

Gerste B/Rehbein I (1998), Der Pflegemarkt in Deutschland – ein statistischer Überblick. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK.

Jacobs K (1995), Zur Kohärenz von gesetzlicher Pflegeversicherung und anderen Zweigen der Sozialversicherung, in: Fachinger U/Rothgang H (Hrsg.), Die Wirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes. Berlin, 245–262.

Johne G (1997), Qualitätssicherung und Wettbewerb bei Pflegeleistungen. Eine ökonomische Analyse der Anreizstrukturen unter alternativen institutionellen Bedingungen. Frankfurt/Main: Campus Forschung.

Kesselheim H (2007), Kurplan für die Pflegekassen. Gesundheit und Gesellschaft, Jahrgang 10, Ausgabe 3/2007.

Klie T (2007), in: „Die Erfahrung mit Pflege verändert unsere Prioritäten“, in: Freitag – Die Ost-West-Wochenzeitung, Ausgabe 14 vom 06.04.2007.

Rothgang H (2000), Wettbewerb in der Pflegeversicherung, in: Igl G (Hrsg.), Das Gesundheitswesen in der Wettbewerbsordnung. Wiesbaden: Chmielorz, 147–172.

Siebke J (1985), Preistheorie, in: Bender D et. al. (Hrsg.), Vahlens Kompendium der Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik, Bd. 2, München.

Statistisches Bundesamt (2005), Pflegestatistik 2005.

Statistisches Bundesamt (2006), Entwicklung des Verbraucherpreisindex.

Strünck C (2000), Verhandelte Sozialpolitik – Die Pflegeversicherung als Arena neuer Marktbeziehungen. Zeitschrift für Sozialreform, Jahrgang 45 (5), 30–44.

Vincent Network (2006), Altenpflegemonitor.

8 Zur Preisbildung in der stationären Pflege

Maike Holst

8.1 Einleitung

Mit Einführung der Pflegeversicherung wurde die Bundesregierung ermächtigt, jährlich eine Pflegestatistik zu erheben (§ 109 SGB XI). Tatsächlich wird die Pflegestatistik in einem zweijährigen Rhythmus veröffentlicht. Aktuell liegen vier Pflegestatistiken vor, die jeweils aus vier Teilberichten bestehen: einem Bericht über die Deutschlandergebnisse sowie drei Berichten, die jeweils die Länderergebnisse zu den Bereichen Pflegebedürftige, Pflegeheime und ambulante Pflegedienste enthalten. In den Berichten über die Situation der Pflegeheime finden sich unter anderem Informationen zur Höhe der Vergütung vollstationärer Pflege in den einzelnen Bundesländern (*siehe Tabelle 8-1*). Nicht enthalten sind in dieser Tabelle die Investitionskosten, die das Heim seinen Bewohnern in Rechnung stellt. Diese werden, sofern sie nicht durch das Land gefördert werden, vom Bewohner getragen und lagen 2005 deutschlandweit bei durchschnittlich ca. 372 € monatlich⁴⁷.

⁴⁷ Berechnet mit 30,4 Tagessätzen, Daten: Vgl. BKK (2007).

Land	Durchschnittliche Vergütung für vollstationäre Dauerpflege (pro Person in €/Monat)*			
	Pfllegesatz			Entgelt für Unterkunft und Verpflegung
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	
Baden-Württemberg	1.459	1.854	2.371	608
Bayern	1.520	1.885	2.158	517
Berlin	1.368	1.885	2.250	486
Brandenburg	1.094	1.398	1.885	486
Bremen	1.125	1.763	2.189	638
Hamburg	1.277	1.794	2.341	669
Hessen	1.246	1.733	2.219	517
Mecklenburg-Vorpommern	1.094	1.429	1.854	456
Niedersachsen	1.216	1.581	1.976	486
Nordrhein-Westfalen	1.277	1.763	2.310	790
Rheinland-Pfalz	1.216	1.581	2.189	638
Saarland	1.155	1.581	2.128	608
Sachsen	1.003	1.307	1.794	456
Sachsen-Anhalt	1.125	1.490	1.763	486
Schleswig-Holstein	1.307	1.672	2.037	608
Thüringen	973	1.338	1.763	547

* Berechnet anhand von 30,4 Tagessätzen
Quelle: Statistisches Bundesamt (2007): 15.

WIdO 2009

Die Fragen, die dieser Beitrag beantworten möchte, sind:

- Wie entstehen diese (landesweit sehr unterschiedlichen) Pflegesätze?
- Welche Rolle spielen die verschiedenen Akteure am Pflegemarkt bei der Preisfindung?
- Welche Schwächen weist das derzeitige System auf?
- Wie könnten diese Schwächen behoben werden?

Im Gegensatz zur Preisbildung auf den meisten Gütermärkten, auf denen sich der Preis durch ein Spiel von Angebot und Nachfrage einpendelt und die Anbieter eines Gutes die Möglichkeit zur freien Preisgestaltung haben, wird die Vergütungshöhe von Pflegeleistungen in Deutschland durch Verhandlungen in dem durch den Gesetzgeber vorgegebenem Rahmen bestimmt. Im Folgenden werden zunächst die die Pflegevergütung betreffenden gesetzlichen Regelungen auf Bundesebene dargestellt. Hier zeigt sich, dass im Zuge der dualen Finanzierung ein Teil der Kompetenzen auf die Länderebene delegiert wird, weshalb in einem zweiten Schritt die vergütungsrelevanten Regelungen auf Landesebene beschrieben werden. An dieser Stelle wird näher auf das Thema der Investitionskostenvergütung eingegangen, da die Investitionsförderung zu den Landesaufgaben zählt (§ 9 SGB XI), sowie auf die Möglichkeiten zur konkreteren Vereinbarung von Pflegeleistungen in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI. Im dritten Schritt wird der Prozess der Entgeltverhandlungen, aus denen schließlich die Entgelte resultieren, näher beschrieben und dabei auf die Rolle der verschiedenen Akteure (Pflegekassen, Sozialhilfeträger, Pflegebedürftige und Angehörige) eingegangen. In einem letzten Schritt wird die Preistransparenz aus Sicht der Konsumenten, also der Pflegebedürftigen, einer genaueren Betrachtung unterzogen. Der Beitrag endet mit einer kurzen Zusammenfassung der Ergebnisse sowie deren Bewertung im Fazit.

8.2 Regelungen auf Bundesebene

8.2.1 Vergütungsbestandteile

Die Vergütung stationärer Pflegeheime in Deutschland ist geregelt im achten Kapitel des SGB XI sowie in den §§ 5 und 7 Heimgesetz

(HeimG). Sie setzt sich aus drei Kernbestandteilen zusammen: Einem Entgelt für erbrachte allgemeine Pflegeleistungen (Pflegesatz), einem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung (so genannte „Hotelleistungen“) und einem Entgelt für getätigte Investitionen. Seit dem 1. Juli 2008 mit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) können die Pflegesätze um einen Zuschlag für Härtefälle und für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf ergänzt werden (§ 84 Abs. 2 und § 87b SGB XI). Darüber hinaus können die Heime zusätzliche Einnahmen aus dem Angebot von Zusatzleistungen generieren.

Zusatzleistungen im Sinne des § 88 SGB XI sind besondere Komfortleistungen im Zusammenhang mit Unterkunft und Verpflegung oder zusätzliche pflegerisch-betreuende Tätigkeiten, die über das Maß der notwendigen allgemeinen Pflegeleistungen hinausgehen. Solche Zusatzleistungen sind im Vorfeld schriftlich mit dem Pflegeheimbewohner⁴⁸ als Teil des Heimvertrages zu vereinbaren. Nach § 88 SGB XI ist es den Heimen untersagt, Zusatzleistungen anzubieten, die die notwendigen Leistungen des Heimes gefährden. Die Vereinbarung von Zusatzleistungen ist den überörtlichen Sozialhilfeträgern im Land vor Leistungsbeginn schriftlich mitzuteilen. Die Möglichkeiten zum Angebot dieser Leistungen wird auf Landesebene in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI geregelt.

⁴⁸ Für eine bessere Lesbarkeit wird im Folgenden auf die Unterscheidung der weiblichen und männlichen Formen z. B. HeimbewohnerInnen verzichtet. Der Gesetzgeber verwendet konsequent eine männliche Terminologie, dieser Form wird hier ebenfalls gefolgt. Wenn im Folgenden von „dem Heimbewohner“ gesprochen wird, so sind selbstverständlich sowohl Bewohner als auch Bewohnerinnen gemeint.

Die Zuordnung von Aufwendungen aus den Bereichen

- Betriebsverwaltung
- Steuern, Abgaben, Versicherung
- Energieaufwand
- Wasserver- und -entsorgung
- Abfallentsorgung
- Wäschereinigung
- Gebäudereinigung sowie
- Wirtschaftsbedarf, allgemeiner Materialaufwand

auf die drei Entgeltbestandteile ist ebenfalls in den Rahmenverträgen geregelt (*siehe Abschnitt 8.3.1*). Während die Pflegekosten zum Teil durch die Pflegeversicherung getragen werden, sind die Kosten für Unterkunft und Verpflegung vom Heimbewohner selbst (§ 82 Abs. 1 SGB XI) bzw. vom zuständigen Träger der Sozialhilfe zu tragen, sofern die eigenen Mittel des Pflegebedürftigen nicht ausreichen. Die Höhe der Vergütungen für die Bereiche Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung werden in den Entgeltverhandlungen nach § 84 ff. SGB XI zwischen dem Träger der jeweiligen Einrichtung auf der einen und den Pflegekassen sowie dem Träger der überörtlichen Sozialhilfe (die auch Arbeitsgemeinschaften bilden können) auf der anderen Seite vereinbart. Lediglich der Vergütungszuschlag für die aktivierende und betreuende Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf nach § 87b SGB XI wird allein zwischen den Pflegekassen und den Pflegeeinrichtungen verhandelt, da dieser Zuschlag

allein durch die Pflegekassen getragen werden soll.⁴⁹ Der Gesetzgeber bestimmt in § 87 SGB XI, dass die Verhandlung des Entgelts für Hottelleistungen denselben Regelungen unterliegt wie das Verfahren zur Bestimmung der Höhe der Pflegesätze. Die folgenden Ausführungen gelten für die Verhandlung beider Entgeltbestandteile.

Leistungsträger im Sinne des § 85 SGB XI sind nur solche Leistungsträger, auf die im den Verhandlungen vorausgegangenen Jahr mindestens 5 % der Berechnungstage des Pflegeheimes entfallen sind (§ 85 Abs. 2 SGB XI). Ebenfalls an den Verhandlungen beteiligen können sich die Landesverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Die Entgeltverhandlungen werden prinzipiell für jedes Heim einzeln geführt. Abweichend können die Pflegesätze in einer regional oder landesweit tätigen Pflegesatzkommission vereinbart werden. Diese setzt sich zusammen aus den Landesverbänden der Pflegekassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., dem überörtlichen Sozialhilfeträger sowie der Vereinigung der Pflegeheimträger. Stimmen die betroffenen Pflegeheimträger zu, kann die Verbindlichkeit der hier vereinbarten Pflegesätze auf alle Pflegeheime des gleichen Landkreises oder der gleichen kreisfreien Stadt ausgedehnt werden (§ 86 SGB XI). Ein solches Vorgehen findet in Deutschland regelmäßig nicht statt. Lediglich in Berlin werden in Arbeitsgemeinschaften so genannte „Gruppenentgelte“ verhandelt, die für eine vergleichbare Gruppe von Heimen gelten.

⁴⁹ Der Vergütungszuschlag soll die zusätzlichen Personalkosten decken, die nötig sind um eine besondere Aktivierung und Betreuung dieser Bewohnergruppe zu gewährleisten. Der Personalschlüssel beträgt 1:25, d. h. auf eine Pflegekraft kommen 25 Pflegebedürftige. Hiermit wird erstmals vom Prinzip der gedeckelten Pauschalleistungsbeträge der Pflegekassen abgewichen.

In Rheinland-Pfalz werden regelmäßig pauschale prozentuale Entgeltsteigerungen in der Pflegesatzkommission verhandelt, die dann durch einzelne Heime beantragt werden können. Ein solches Verfahren fand in der Vergangenheit auch in Baden-Württemberg und Bayern statt, wurde in den letzten Jahren nach Auskunft der Landesvertretungen der Ersatzkassenverbände VdAK/AEV aber nicht mehr angewandt.⁵⁰

Inhalt der mit den Pflegesätzen abgegoltenen Leistungen sind die Pflegeleistungen, soziale Betreuung und Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, sofern kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 SGB V besteht (§ 82 Abs. 1 SGB XI). Die Pflegesätze sind für einen festgelegten Zeitraum prospektiv zu vereinbaren. Wird nach Ablauf dieses Zeitraumes von keiner der Vertragsparteien zu neuen Verhandlungen aufgerufen, behalten die bisherigen Pflegesätze bis auf Weiteres ihre Gültigkeit. Ein Pflegesatz gilt als beschlossen, wenn er die Zustimmung der Einrichtung und der Mehrheit der Leistungsträger findet, wobei die Sozialhilfeträger über ein Vetorecht verfügen. Sie sind ermächtigt, innerhalb von zwei Wochen nach Vertragsabschluss Widerspruch einzulegen und eine Entscheidung der Schiedsstelle (§ 76 SGB XI) zu verlangen.

„Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Der Schiedsstelle gehört auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie der überörtlichen Träger der Sozialhilfe im Land an, die auf die Zahl der Vertreter der Pflegekassen angerechnet wer-

⁵⁰ Telefonische Informationen der Landesverbände der Pflegekassen VdAK und AOK.

den. (...) Der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch das Los bestimmt.“ (§ 76 Abs. 2 SGB XI).

Aufgrund dieser Zusammensetzung kann der Sozialhilfeträger außerdem fordern, dass die Entscheidung nicht von der gesamten Schiedsstelle getroffen wird, sondern der Vorsitzende allein oder in Gemeinschaft mit den beiden unparteiischen Mitgliedern entscheidet. Die Schiedsstelle entscheidet auch dann, wenn binnen sechs Wochen nach Beginn der Verhandlungen kein Pflegesatz vereinbart wurde (§ 85 Abs. 5 SGB XI). Gegen das Urteil der Schiedsstellen steht den Vertragsparteien der Rechtsweg bei den Sozialgerichten offen.

Einmal vereinbart, sind die Pflegesätze verbindlich. Kommt eine vertragliche Regelung nicht zustande oder verzichtet eine Einrichtung darauf, kann diese Einrichtung den Preis ihrer Pflegeleistungen direkt mit dem Pflegebedürftigen vereinbaren (§ 91 Abs. 1 SGB XI). Für den Pflegebedürftigen ist die Wahl eines solchen Heimes mit Nachteilen verbunden, sofern er Leistungen nach SGB XI bezieht: Die Kostenerstattung wird lt. § 91 Abs. 2 SGB XI begrenzt auf max. 80 % des ihm bei Unterbringung in Heimen mit entsprechender Vergütungsvereinbarung zustehenden Maximalwertes nach § 43 SGB XI; dies entspräche beispielsweise in der Pflegestufe II entgangenen Leistungen i. H. v. 255,80 € monatlich.

8.2.2 Bemessungsgrundsätze der Pflegesätze

§ 84 SGB XI regelt die Bemessungsgrundsätze der Pflegesatzhöhe. Gemäß Absatz 3 ist eine Differenzierung der Pflegesätze nach Kostenträgern nicht zulässig. In Absatz 2 verlangt der Gesetzgeber eine

leistungsgerechte Vergütung, die sich nach dem Versorgungsaufwand bemessen soll. Demnach muss die leistungsgerechte Vergütung es

„(...) einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Überschüsse verbleiben im Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten.“ (§ 84 Abs. 2 SGB XI)

Damit will der Gesetzgeber effizient arbeitenden Einrichtungen ein ausreichendes Entgelt sicherstellen, während gleichzeitig die Finanzierung von unwirtschaftlichem Handeln ausgeschlossen werden soll. Bei der Regelung von Leistungsvergütungen sind zwei Aspekte zu beachten: Auf der einen Seite ist die zu vergütende Leistung nach Art und Menge zu bestimmen und auf der anderen Seite die Art der Preisfindung. Arten der Preisfindung können z. B. Marktpreise, Verhandlungspreise oder administrierte Preise sein (*Breyer/Zweifel 1999, 356*).

Preisfindung

In einem Urteil vom 14.12.2000 setzt das Bundessozialgericht die leistungsgerechte Vergütung mit dem Marktpreis gleich (*Bundessozialgericht 2000, 7*). In seiner Argumentation bezieht sich das Bundessozialgericht auf die Erfahrungen des Gesetzgebers mit der Gesundheitsreform des SGB V und verweist auf die Entscheidung des Gesetzgebers für eine „marktorientierte Pflegeversorgung“. Zu dieser Marktorientierung gehören nach Auffassung des Gerichtes eine Vergütung nach Marktpreisen und ein freier Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die Ermittlung der bei wirtschaftlicher Betriebsführung anfallenden Kosten können lt. Bundessozialgericht unter der Voraussetzung eines freien Wettbewerbs entfallen. Das Gewinnstreben der Leistungserbringer führe

automatisch zur kostengünstigsten Leistungserstellung. Es sei nur dann erforderlich, die Vergütung durch Ermittlung der Kosten zzgl. eines Aufschlags, um Unternehmerrisiko und Eigenkapitalverzinsung zu gewährleisten, zu bestimmen, wenn es die Besonderheiten des Heimes unmöglich machten, einen Betriebsvergleich anzustellen. Solche Besonderheiten könne es aber lt. dem Gericht regelmäßig nicht geben, da die pflegeleistungsauslösenden Krankheiten und Behinderungen sowie die zu erbringenden Pflegeleistungen nur in Ausnahmefällen zwischen Heimen so weit abweichen würden, dass ein Vergleich nicht möglich wäre (*Bundessozialgericht 2000, 7*).

Die reine Konzentration auf den externen Vergleich als „Methode der Wahl“ (*Bundessozialgericht 2000, 10*) erscheint aus ökonomischer Sicht bedenklich. Eine konsequente Anwendung würde zu Einheitspreisen in einer Region führen, ohne Möglichkeiten für eine Preissteigerung zu bieten. Der Versuch eines Heimes, ein höheres Entgelt als das durchschnittliche durchzusetzen, müsste mit Hinweis auf die Vergleichsheime abgelehnt werden.

Da das SGB XI keine echte Marktpreisfindung zulässt, also ein Entgelt, das sich am Pflegemarkt frei zwischen Anbietern und Nachfragern bildet, sondern die Ermittlung der Preise in Verhandlungen festlegt, ist der Verhandlungsablauf so zu gestalten, dass eine möglichst marktnahe Preisfindung gewährleistet wird. Im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung wurde unter anderem auch das Verfahren zur Pflegesatzverhandlung verändert. § 85 SGB XI Abs. 3 sieht ein prospektives Vergütungssystem vor. Das bedeutet, die Pflegesätze werden jeweils im Voraus für einen zu definierenden Zeitraum verhandelt. Ein nachträglicher Ausgleich ist nicht vorgesehen. Pflegeeinrichtungen können somit Gewinne oder Verluste erwirtschaften (§ 84 Abs. 2 SGB XI). In einem System retrospektiver Preisfestsetzung hingegen

würde nach Ablauf einer Abrechnungsperiode der Ressourcenverbrauch ermittelt und dieser vergütet. Die Kostenverantwortung läge hier beim Leistungsträger. Mit Abschaffung der früheren retrospektiven Vergütung und Einführung der prospektiven Vergütung geht die Kostenverantwortung auf den Leistungserbringer über (*Breyer et al. 2004, 381*). Durch die Übergabe der Kostenverantwortung sollen Effizianzanreize geschaffen werden. Steht für eine festgelegte Periode der Preis fest, entstehen für die Einrichtung Anreize, ihre Kosten zu senken, um den resultierenden Gewinn zu maximieren. Diese Anreize werden jedoch aufgehoben, wenn die Kosten der vergangenen Periode als Argument in die Verhandlungen über die kommende Abrechnungsperiode einfließen. Ein hoher Gewinn würde für die Kostenträger zu einem Argument für ein niedrigeres Entgelt. Mittel- und langfristig können so keine Anreize zur Effizienzsteigerung gesetzt werden (*Rothgang et al. 2004, 29*).

Die konsequente Forderung des Gesetzgebers nach einer leistungsgerechten Vergütung wird durch sein Zugeständnis an die Heime, nach dem diese ihre Leistungen nicht „unterhalb ihrer Gesteungskosten“ anzubieten haben (*Deutscher Bundestag: 144*), konterkariert. Der Gesetzgeber legt in der Gesetzesbegründung zum Pflege-Versicherungsgesetz fest, ein Heim, das wirtschaftlich geführt werde, habe Anspruch auf die Vergütung seiner Gesteungskosten. Damit wird das Selbstkostendeckungsprinzip de facto wieder eingeführt. Ein weiteres Indiz für dieses Vorgehen findet sich in den Vorschriften des SGB XI zum Ablauf der Vergütungsverhandlungen. Zu den Unterlagen, die der Einrichtungsträger den Verhandlungspartnern vor Beginn der Entgeltverhandlungen einzureichen hat, gehören Belege über Art, Inhalt, Umfang und Kosten der zu erbringenden Leistungen (§ 84 SGB XI). Bei der Findung eines Marktpreises spielt die Kostenstruktur lediglich für den Einrichtungsträger insofern eine Rolle, als dass er

damit die Untergrenze seiner möglichen Preisspanne kennt. Der Verhandlungspartner, der Käufer, benötigt in einer Verhandlung, die zu Marktpreisen führen soll, lediglich Informationen über Art und Umfang der Leistungen der Einrichtung sowie Vergleichswerte anderer Einrichtungen mit derselben Leistungsstruktur. Voraussetzung hierfür sind vergleichbare Leistungsdefinitionen. An genau diesen mangelt es jedoch im derzeitigen Vergütungssystem. Die Schaffung einheitlicher, vergleichbarer Leistungen ist die Voraussetzung für das Funktionieren einer leistungsgerechten Vergütung. Hier wäre es Sache des Gesetzgebers, die Rahmenbedingungen zu schaffen, beispielsweise durch die Einführung modularisierter Leistungen, wie es sie bereits in der ambulanten Pflege gibt, oder eine Schaffung von Pflegefallgruppen ähnlich der Diagnosis Related Groups im Krankenhaussektor.

Leistungsdefinition

Die Leistungen eines Pflegeheimes orientieren sich am gesetzlichen Versorgungsauftrag (§ 11 Abs. 1 SGB XI). Die Pflegeleistungen sollen dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse genügen und außerdem eine menschenwürdige und aktivierende Pflege gewährleisten. Die Vergütungsvorschriften des SGB XI gelten nur für solche Heime, die einen Versorgungsauftrag mit den Pflegekassen abgeschlossen haben, d. h. für zugelassene Pflegeeinrichtungen (§ 72 SGB XI). In den Versorgungsverträgen, die jede Pflegeeinrichtung mit den Landesverbänden der Pflegekassen schließt, sind Umfang, Inhalt und Art der zu erbringenden Leistungen geregelt.

Zur Definition der vergütungsfähigen Leistung wird in § 84 Abs. 2 SGB XI eine Einteilung der Pflegebedürftigen in drei vergütungsrelevante Pflegeklassen vorgeschrieben, welche sich zwar an den Pflegestufen des MDK orientieren sollen, diesen aber nicht entsprechen müssen. Für als „Härfälle“ eingestufte Pflegebedürftige sieht das

SGB XI seit dem 1. Juli 2008 einen Vergütungszuschlag i. H. des Unterschiedsbetrages vor, der sich durch die Differenz der Pflegekassenleistungen für Pflegebedürftige der Stufe III und den Härtefällen ergibt.

Weicht der tatsächliche Aufwand nach unten oder oben signifikant von der Pflegestufe ab, kann der Pflegebedürftige einer abweichenden Pflegeklasse zugeteilt werden. Eine solche Einteilung müsste gemeinsam vom MDK und der zuständigen Heimleitung befürwortet werden. In einem Urteil vom 1. September 2005 schließt das Bundessozialgericht eine abweichende Einstufung jedoch faktisch aus, indem es urteilt, für die Einstufung in eine Pflegeklasse seien dieselben Bewertungsmaßstäbe heranzuziehen, die der MDK bei seiner Einteilung in die Pflegestufen verwendet. Auch für die Pflegeklassen sei lediglich „der Hilfebedarf bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung“ zu berücksichtigen (*Bundessozialgericht 2005, Orientierungssatz 4b*). Im vorhergegangenen Satz wird explizit ausgeschlossen, den Zeitaufwand für soziale Betreuung und Behandlungspflege zur Bemessung des vergütungsrelevanten Versorgungsaufwandes heranzuziehen. Dieses Urteil impliziert, dass ein Teil der erforderlichen Leistungen im Bereich der sozialen Betreuung, z. B. psychische Betreuung eines Pflegebedürftigen bei Angst- und Spannungszuständen, nicht vergütet wird. Aus ökonomischer Perspektive kann eine solche – nicht vergütete – Leistung dauerhaft nicht erbracht werden, ohne die dafür anfallenden Kosten an anderer Stelle einzusparen. Anderenfalls drohte die Insolvenz. Damit hat dieses Urteil weit reichende Konsequenzen für die Qualität der Pflege. Es ist fraglich, wie eine „menschenwürdige und aktivierende Pflege“ gewährleistet werden kann, wenn lediglich der Hilfebedarf bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung vergütet wird.

Ein weiterer zu berücksichtigender Aspekt der Leistungsdefinition im Bereich der Pflegeleistungen ist der Qualitätsaspekt. Im Zuge einer leistungsgerechten Vergütung sollte folgender Grundsatz gelten: Gleiche Leistung, gleicher Preis – ungleiche Leistung, ungleicher Preis. Der Gesetzgeber geht mit seiner Gesetzgebung implizit davon aus, dass bei einer Pflege nach „dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ keine Qualitätsunterschiede bestehen können, denn ein Instrumentarium zur Messung der Qualität, an dem sich gegebenenfalls auch die Vergütung orientieren könnte, ist nicht vorgesehen. Zwar sollen die Heime mit den Kostenträgern eine Leistungs- und Qualitätsvereinbarung schließen (§ 80a SGB XI), in der detailliert die Leistungen, Qualitätssicherungsmaßnahmen und sachliche und personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtung vereinbart werden, doch diese wird als nicht zielführend kritisiert (*DEVAP 2006; DPWV 2007; VDAB o. J.*). Kritikpunkte sind zum einen die Dopplung von Leistungsvereinbarungen und zum anderen fehlende Pflegebedarfs- und Personalbemessungsinstrumente. Das Leistungsgeschehen der Pflegeeinrichtungen ist weitgehend in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI auf Landesebene vereinbart und somit für alle Heime des Landes verbindlich, so dass eine zweite Vereinbarung auf Heimebene nur sinnvoll ist, wenn darüber hinausgehende spezielle Leistungsangebote für einen gesonderten Personenkreis vereinbart werden sollen. Darüber hinaus bewertet der *DEVAP (2006)* die Vereinbarung von Personalrichtwerten in den LQV ohne ein fundiertes Pflegebedarfs- und Personalbemessungsinstrument als sinnlos.

Das Entgelt für die Pflege- und Hotelleistungen deckt nur einen Teil der Gesamtkosten einer Pflegeeinrichtung. In § 82 Abs. 2 SGB XI werden die Kosten für Investitionen explizit aus den Kostenbestandteilen ausgeschlossen, die in den Pflegesatzverhandlungen zu berücksichtigen sind. Die Förderung von Investitionskosten in Pflegeheimen

ist nach § 9 SGB XI Landesaufgabe (*siehe Abschnitt 8.3*). Erhält eine Einrichtung keine Förderung oder reicht diese Förderung nicht aus, um alle Investitions- und Investitionsfolgekosten zu decken, darf der nicht geförderte Anteil den Bewohnern mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörde gesondert in Rechnung gestellt werden (§ 82 Abs. 3 SGB XI). Heime, die keinerlei öffentliche Zuschüsse erhalten, benötigen keine Zustimmung des Landes, um ihre Investitionskosten den Bewohnern in Rechnung zu stellen. Sie sind aber verpflichtet, diese Kosten dem Land anzuzeigen (§ 82 Abs. 4 SGB XI). Werden nicht alle Heime gleichermaßen gefördert, kann es durch diese Praxis zu Wettbewerbsverzerrungen kommen, da die geringer geförderten Einrichtungen ihren Bewohnern ein höheres Gesamtentgelt berechnen müssen als Einrichtungen, deren Investitionen staatlich gefördert werden. Diesen Wettbewerbsverzerrungen versucht das Bundessozialgericht mit seinem Urteil vom 28.06.2001 vorzubeugen, in dem es festlegt, dass keine Pflegeeinrichtung, die durch einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur Pflege zugelassen ist, von der Landesförderung ausgeschlossen werden darf (*Bundessozialgericht 2001, Leitsatz 2*). Wettbewerbsverzerrungen können jedoch nur unter neu zugelassenen Einrichtungen vermieden werden oder unter der Voraussetzung, dass keine Änderungen in der Investitionsförderung eintreten. Investitionen, die in der Vergangenheit durchgeführt wurden und nach damals geltendem Recht gefördert wurden, erhalten i. d. R. auch nach Gesetzesänderungen weiterhin Förderungen nach altem Recht. So wird es möglich, dass Einrichtungen im selben Bundesland unterschiedlichen Förderungsregelungen unterliegen.

8.3 Regelungen auf Landesebene

8.3.1 Rahmenverträge nach § 75 SGB XI

Die Ausgestaltung der Pflegeleistungen ist in den Landespflegegesetzen als Durchführungsgesetze zum Bundesgesetz sowie in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI geregelt. Daneben finden sich, je nach Bundesland, verschiedene Durchführungsverordnungen zu den jeweiligen Landesgesetzen. Einheitlichkeit herrscht in den Rahmenverträgen nur insoweit, als dass sie dieselben Themenbereiche beinhalten, wie den Umfang der Pflegeleistungen, den Umfang der Leistungen im Bereich Unterkunft und Verpflegung, die Möglichkeit der Erbringung und Abrechnung von Zusatzleistungen, einen Bereich zur Leistungsdefinition in Form von Hilfsmitteln und technischen Hilfen und einen Abgrenzungskatalog, der die Verteilung entstandener Aufwendungen auf die Bereiche „Pflegeleistungen“ und „Hotelleistungen“ regelt. In einigen Ländern finden sich darüber hinaus Personalrichtwerte in den Rahmenverträgen.

Die Rahmenverträge konkretisieren unter anderem den Begriff der gesondert zu vergütenden „Zusatzleistungen“ nach § 88 SGB XI. Die Aussagekraft dieser Verträge ist jedoch begrenzt. Der Rahmenvertrag Niedersachsens z. B. führt in der Anlage 1 verschiedene Leistungen auf, die Zusatzleistungen sein können, z. B.

- *„zeitintensive Schönheitspflege, die über eine notwendige Nagelpflege hinaus geht (z. B. Maniküre oder Pediküre),*
- *über das übliche Maß hinaus gehende „schöngestige Betreuung“ (z. B. individueller Vorleseservice, individuelle Auswahl von Musikprogrammen)“.*

Ferner werden anschließend beispielhaft Leistungen aufgezählt werden, die keine Zusatzleistungen sind, wie z. B.

- *„häufigeres Duschen bzw. Baden, weil eine besondere Reinlichkeitsnotwendigkeit gegeben ist oder ein besonderes Reinlichkeitsbedürfnis besteht,*
- *Betreuung und Beaufsichtigung von Personen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung, Sterbebegleitung“.*

Im Rahmenvertrag Nordrhein-Westfalens hingegen wird lediglich der Wortlaut des Bundesgesetzes wiederholt. Hieraus lässt sich aber nicht zwingend schließen, dass in Nordrhein-Westfalen weniger oder mehr Zusatzleistungen erbracht werden.

Unterschiede im **tatsächlichen** individuellen Leistungsgeschehen der Heime lassen sich von außen über institutionelle Regelungen nicht ableiten. Obwohl zu vermuten ist, dass die Leistungen in verschiedenen Pflegeeinrichtungen alles andere als homogen sind (*siehe z. B. MDS 2007*), gibt es derzeit kaum Möglichkeiten, die Qualitätsunterschiede von außen zu beobachten. Eine Möglichkeit zur Unterscheidung der Leistungen von Pflegeheimen könnten die Inhalte der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sein, die jedoch massiver Kritik unterliegen (*siehe Abschnitt 8.2.2.*)⁵¹. In der Praxis erfüllt die LQV ihren Zweck aufgrund der verschiedenen Kritikpunkte in der Regel nicht (*Igl 2007, 383*), so dass Igl und Tallich in einem Gutach-

⁵¹ Vgl. Muster-LQV, z. B. für Bayern, online: http://www.aok-gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/by/pflege/imperia/md/content/gesundheitspartner/bayern/pflege/stationaerepflege/by_lqv_kurzzeit_03022004.pdf.

ten sogar deren Abschaffung fordern (*Igl/Tallich 2006*). Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sieht bereits die Abschaffung⁵² der LQV vor.

Ein Teil des Leistungskataloges, der im Rahmen der LQV zwischen Pflegeheim und Kostenträgern vereinbart werden könnte und entsprechend in die Vergütungsverhandlungen eingehen sollte (z. B. besondere soziale Betreuung bei Angst- und Unruhezuständen), wurde jedoch durch die Rechtsprechung als nicht vergütungsrelevant klassifiziert. Das Gesetz sieht die Vergütung von Leistungen, „die über das Maß des Notwendigen“ hinausgehen, nicht vor. Gleichzeitig kann sich aber besondere Qualität nur durch solche Leistungen ausdrücken. Ein Weniger als „das Maß des Notwendigen“ kann nicht vertraglich vereinbart werden, da es sich hier um gefährliche Pflege handeln würde, die in Widerspruch stünde zu den Voraussetzungen der Zulassung von Pflegeeinrichtungen (§§ 11, 71, 72 SGB XI). Um ein „Mehr“ an Leistungen zu finanzieren, wäre allenfalls die Vereinbarung höherer Personalschlüssel denkbar.

Weitere vergütungsrelevante Regelungen finden sich am Ende der Rahmenverträge: Die Regelungen zur Abgrenzung von Aufwendungen. Diese betreffen die Zurechenbarkeit von bestimmten Kostenbestandteilen zum Bereich „Unterkunft und Verpflegung“ oder „allgemeine Pflegeleistungen“. In einigen Ländern⁵³ besteht eine Pauschal-

⁵² Jedoch werden die Vergütungsvereinbarungen z. T. um die Inhalte der LQV ergänzt (*Deutscher Bundestag 2008*).

⁵³ z. B. Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, vgl. die entsprechenden aktuellen Rahmenverträge nach § 75 SGB XI.

regelung, dass 50 % dieser Aufwendungen⁵⁴ in die allgemeinen Pflegekosten eingehen und die anderen 50 % in die Hotelkosten. Andere Länder, wie z. B. Hessen und Nordrhein-Westfalen, gliedern die Aufwendungen wesentlich detaillierter und weisen diese individueller zu. Rheinland-Pfalz hingegen weicht in der Aufteilung von dem 50/50-Verfahren ab und weist 70 % der Aufwendungen dem Pflegebereich zu und lediglich 30 % dem Bereich Unterkunft und Verpflegung (*Rahmenverträge nach § 75 SGB XI; Hölscher 2007, 148*).

Derartige Regelungen werden in Unternehmen, denen eine freie Marktpreisgestaltung möglich ist, im Rahmen der Kosten- und Leistungsrechnung einem betriebsinternen Rechnungswesen überlassen. Das Vereinbaren solcher Regelungen auf Landesebene ist nur dann sinnvoll, wenn die Aufwendungen als Argument in die Entgeltverhandlungen einfließen.

8.3.2 Investitionsförderung

Die Förderung von Investitionen ist auf Länderebene geregelt. Generell gilt, dass Heime, die nicht oder nicht ausreichend öffentlich gefördert werden, den nicht geförderten Investitionskostenanteil ihren Bewohnern in Rechnung stellen können.

Grundsätzlich kann zwischen der Art der Förderung (Objekt- oder Subjektförderung) unterschieden werden und zwischen den Förderbe-

⁵⁴ Gemeint sind Aufwendungen aus den Bereichen: Betriebsverwaltung, Steuern, Abgaben, Versicherung, Energieaufwand, Wasserver- und -entsorgung, Abfallentsorgung, Wäschereinigung, Gebäudereinigung, Wirtschaftsbedarf und allgemeiner Materialaufwand.

reichen (Herstellung/Erstausrüstung, Wiederbeschaffung/Ergänzung, Instandhaltung, „alte Last“⁵⁵). Bei der **Objektförderung** wird eine Investitionsmaßnahme direkt gefördert, z. B. durch Festbeträge oder zinslose Darlehen. Diese Art der Förderung wird in den meisten Ländern Deutschlands durchgeführt. Bei der **Subjektförderung** ist die Förderung gebunden an Pflegeheimbewohner, das heißt es werden nur Heimplätze gefördert, die tatsächlich belegt sind. Eine solche Förderung findet sich zurzeit in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und im Saarland. In diesen Ländern ist der bewohnerbezogene Zuschuss gekoppelt an eine Bedürftigkeit des Heimbewohners und wird daher auch „Pflegeteilegeld“ genannt. Die Förderung wird nur gewährt, wenn der Platz mit einem Bewohner belegt ist, der den Investitionskostenanteil des Heimentgeltes nicht aus eigener Kraft tragen kann und ohne das Pflegeteilegeld auf Sozialhilfe angewiesen wäre (*BMFSFJ 2006, 51 ff, Landespflegegesetze und Durchführungsverordnungen*). In Brandenburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen findet derzeit keine Investitionsförderung stationärer Pflegeeinrichtungen statt

Neben der Art der Förderung ist in den Landesgesetzen und -verordnungen auch die Art und Höhe der förderungsfähigen Investitionen geregelt. Während in Baden-Württemberg nur Investitionskosten der Herstellung, nicht aber der Erstausrüstung gefördert werden, wird in Hessen auch die Erstausrüstung mitgefördert. Die Höhe der maximal förderungsfähigen Kosten wird in einigen Ländern als Pauschale je Platz festgelegt (z. B. in Bayern 23.010 €/je Platz bei Neubau in der

⁵⁵ Als „alte Last“ werden in diesem Zusammenhang Investitionsfolgekosten bezeichnet, die aus einer Zeit vor Einführung der Pflegeversicherung stammen.

vollstationären Pflege) oder als Pauschale je qm, wobei die maximal förderungsfähige qm-Zahl je Platz ebenfalls festgelegt wird (z. B. in Nordrhein-Westfalen).⁵⁶

Die Investitionskostenanteile, die ein Heim seinen Bewohnern berechnet, liegen zwischen 0,00 € und 50,00 €⁵⁷, je nach Heim und Bundesland (*BIVA o. J.*). Die unterschiedlichen Fördermodalitäten haben zur Folge, dass zwei identische Heime mit denselben Investitionskosten ihren Bewohnern z. B. in Rheinland-Pfalz den kompletten Investitionsanteil in Rechnung stellen würden, da in diesem Bundesland keine öffentliche Förderung für vollstationäre Einrichtungen besteht, während dasselbe Heim, würde es sich in Berlin befinden, den um den Förderbetrag verringerten Investitionskostenanteil berechnen würde. Wieder anders würde sich die Lage in Nordrhein-Westfalen darstellen: Hier würde, wie in Rheinland-Pfalz, der volle Betrag ausgewiesen. Tragen müssten ihn nur solche Bewohner, deren finanzielle Leistungsfähigkeit dies zuließe.

8.4 Entgeltverhandlungen

8.4.1 Rolle der Leistungserbringer

Die Leistungserbringer haben in den Entgeltverhandlungen naturgemäß ein Interesse an einem möglichst hohen Entgelt. Basis der Ent-

⁵⁶ Siehe detaillierter zu den Investitionsförderungen die jeweiligen Landesregelungen sowie *BMFSFJ 2006, 53 ff.*

⁵⁷ Der AOK-Pflegeheimnavigator weist einen maximalen Betrag von 48 €/Tag aus (<http://www.aok-pflegeheimnavigator.de/>).

geltverhandlungen bilden die von den Heimen einzureichenden Belege über Art, Inhalt, Umfang und Kosten der zu erbringenden Leistungen. Diese sind durch die Pflegedokumentation oder andere geeignete Belege rechtzeitig vor Beginn der Verhandlungen durch die Leistungserbringer nachzuweisen. Diesen Unterlagen ist eine schriftliche Stellungnahme des Heimrates oder Heimförsprechers nach § 7 Abs. 4 HeimG in seiner Funktion als Vertreter weiterer Leistungsträger beizulegen (§ 85 Abs. 3 SGB XI; *siehe hierzu Abschnitt 8.4.4*). Erweisen sich die eingereichten Unterlagen als nicht ausreichend zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit des Heimes, muss dieses auf Verlangen einer Vertragspartei weitere pflegesatzrelevante Daten z. B. aus der Buchföhrung oder zur personellen und/oder sachlichen Ausstattung vorlegen.

8.4.2 Rolle der Pflegekassen

Laut SGB XI ist die Gewährleistung einer bedarfsgerechten und einer dem anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechenden Pflege Aufgabe der Pflegekassen (Sicherungsauftrag, § 69 SGB XI). Hierzu werden den Pflegekassen eine Reihe von Instrumenten zur Verfügung gestellt, wie der Abschluss von Versorgungsverträgen, der Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie die Vereinbarung von Entgelthöhen. Die Pflegekassen sollen also die Entgeltverhandlungen nutzen, um ihren Sicherstellungsauftrag zu erfüllen.

In den Entgeltverhandlungen haben die Pflegekassen kein genuines Interesse an einem niedrigen Niveau der Heimentgelte. Sobald die Pflegesätze oberhalb der Leistungsschwelle der Pflegeversicherung liegen, was in der vollstationären Pflege regelmäßig der Fall ist (*siehe Tabelle 8-2*), hat eine Anhebung der Entgelte aufgrund der Leistungsdeckelung keine Auswirkung auf die Ausgaben der Pflegekassen.

Einzigste Ausnahme von diesem Prinzip stellen seit dem 1. Juli 2008 die Vergütungszuschläge nach § 87b SGB XI für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf dar, die allein durch die Pflegekassen getragen werden müssen und deren Höhe nicht festbeträglich geregelt ist. Aufgrund dieser Ausgestaltung werden die Zuschläge nach § 87b SGB XI ohne Beteiligung der Sozialhilfeträger verhandelt.

Pflegestufe	Durchschnittliches Heimentgelt*	Sachleistung der Pflegeversicherung	Differenz**
	pro Person in €/Monat		
I	1.277	1.023	254
II	1.702	1.279	423
III	2.128	1.432	696
Härtefälle		1.688	440

* Pflegesatz, ohne Entgelt für Unterkunft und Verpflegung, Stand 15.12.2005
 ** Zuzahlung des Pflegebedürftigen
 Quelle: §§ 36 ff. SGB XI; Statistisches Bundesamt 2007, 15.

WIdO 2009

Während aktuell der maximale Leistungsbetrag in der vollstationären Pflege z. B. für die Pflegestufe II bei 1.279 € liegt, lagen die durchschnittlichen Pflegesätze für einen vollstationären Pflegeplatz der Pflegestufe II Ende 2005 in Sachsen⁵⁸ schon bei 1.763 € (*siehe Tabelle 8-1*). Auch die Erhöhung der Leistungen durch das Pflege-Weiter-

⁵⁸ Sachsen wurde hier als Beispiel gewählt, weil es das Bundesland mit den im Bundesvergleich geringsten Pflegesätzen der Stufe II ist.

entwicklungsgesetz werden an diesem Bild nichts ändern. Während bei Sachleistungen zur vollstationären Pflege in den Pflegestufen I und II bis zum Jahre 2015 ohnehin keine Erhöhung vorgesehen ist, soll der Leistungssatz für die Pflegestufe III in drei Schritten bis 2012 auf insgesamt 1.550 € (Härtefälle: 1.918 €) monatlich angehoben werden (*Deutscher Bundestag 2008: 34*). Ein Blick auf die durchschnittlichen Pflegesätze der Stufe II in Deutschland Ende 2005 zeigt, dass auch diese bereits vor zwei Jahren im Schnitt über den geplanten Leistungen lagen.

8.4.3 Rolle der Sozialhilfeträger

Gerät ein Pflegebedürftiger in die Sozialhilfeabhängigkeit, so führt jede Anhebung der Entgelte des Pflegeheimes zu einer Steigerung der Ausgaben des Sozialhilfeträgers. Daher kommt den Sozialhilfeträgern per Gesetz in den Entgeltverhandlungen eine besondere Rolle zu: Ihnen ist es als einziger der an den Entgeltverhandlungen beteiligten Parteien möglich, ein Veto einzulegen (§ 83 Abs. 5 SGB XI). Einigen sich die Mehrheit der Kostenträger und der Leistungserbringer auf ein Ergebnis, haben die Sozialhilfeträger zwei Wochen Zeit, diesem Ergebnis zu widersprechen. In der Folge kommt es zu einer Entgeltfestsetzung durch die Schiedsstelle (*siehe Abschnitt 8.2.1*).

8.4.4 Beteiligung der Pflegebedürftigen und Angehörigen

Eine weitere Gruppe der Kostenträger, die ebenfalls Interesse an einer Beschränkung von Entgeltsteigerungen haben, ist die Gruppe der Selbstzahler bzw. der Angehörigen, die zum Elternunterhalt verpflichtet werden. Diesen wird die Beteiligung an den Entgeltverhandlungen jedoch verweigert. Im Rahmen des § 7 HeimG wird der Heimträger lediglich verpflichtet, den Heimbeirat rechtzeitig vor Aufnahme von Entgeltverhandlungen über diese zu informieren, ihm die Angemes-

senheit geplanter Entgelterhöhungen zu erläutern und nachzuweisen sowie ihm Gelegenheit zu einer schriftlichen Stellungnahme zu geben. Diese Stellungnahme gehört zu den Unterlagen, die der Heimträger vor Beginn der Entgeltverhandlungen den Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarungen zukommen lassen muss (§ 85 Abs. 3 SGB XI).

Die Aufgabe des Heimbeirates ist die Interessenvertretung der Heimbewohner (§ 10 Abs. 1 HeimG). Regelungen zur Bildung des Heimbeirates sind auf Landesebene zu erlassen. Das Heimgesetz sieht lediglich vor, dass in den Heimbeirat neben den Bewohnern auch deren Angehörige oder sonstige Vertrauenspersonen, Mitglieder örtlicher Senioren- und Behindertenvertretungen oder von der zuständigen Behörde vorgeschlagene Personen gewählt werden können (§ 10 Abs. 5 HeimG).

8.4.5 Verhandlungsstrategien

Die einheitlichen Rahmenbedingungen des SGB XI führen nicht zu bundeseinheitlichen Abläufen bei den Entgeltverhandlungen. Die Verhandlungsphilosophien der Länder weichen stark voneinander ab, was hier kurz an einem markanten Beispiel, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen, illustriert werden soll.

Während in Nordrhein-Westfalen der so genannte „interne Vergleich“ im Vordergrund steht, d. h. die Kosten werden innerhalb des Heimes auf Plausibilität geprüft, wird in Niedersachsen reger Gebrauch von externen Vergleichen gemacht. In Nordrhein-Westfalen findet de facto eine Fortsetzung des Selbstkostendeckungsprinzips statt: Basis für die Entgeltverhandlungen sind die Kostennachweise über tatsächlich angefallene Kosten der vergangenen Periode, aufgrund derer eine

Hochrechnung für das kommende Geschäftsjahr angefertigt wird (*Hölscher 2007, 148*).

In Niedersachsen hingegen spielen die tatsächlich angefallenen Kosten kaum eine Rolle, es wird intensiver Gebrauch von externen Vergleichen gemacht. Im Gegensatz zu anderen Ländern wird in Niedersachsen eine sehr ausführliche LQV genutzt, die im Rahmen der Entgeltverhandlungen abgeschlossen wird. Liegt ein Heim in den Verhandlungen mit seiner Preisforderung im mittleren Korridor der vereinbarten Vergütungen in der Vergleichsregion, wird es diesen Preis problemlos durchsetzen können. Preise oberhalb der in einer Region vereinbarten Kostenkorridore werden lt. *Hölscher (2007, 151)* auch dann nicht vereinbart, wenn die Einrichtung diese durch verbesserte Leistungen begründen kann.

Diese sehr unterschiedlichen Verhandlungsstrategien haben auch Auswirkungen auf die Höhe der vereinbarten Entgelte (*siehe Tabelle 8-1*): Ein Teil der landesweiten Differenzen lässt sich sicherlich auf diese unterschiedlichen Verhandlungsstrategien zurückführen.

In der Begründung zum PFWG-Gesetzesentwurf hat der Gesetzgeber den externen Vergleich de facto abgeschafft. Der externe Vergleich darf seit dem 1. Juli 2008 lediglich unter Zustimmung aller an den Verhandlungen beteiligten Parteien durchgeführt werden (*Deutscher Bundestag 2007: 71*). Da der externe Vergleich regelmäßig zu niedrigeren Entgeltsteigerungen führt als der interne Vergleich, der sich an den einzelnen Kostenpositionen orientiert, ist zu erwarten, dass im Allgemeinen mindestens eine Partei die Anwendung des externen Vergleichs ablehnen wird. Es bleibt lediglich der interne Vergleich – die Überprüfung der einzelnen Kostenpositionen. Deren Plausibilität lässt sich für die außenstehenden Kostenträger ohne das Heranziehen

von Vergleichswerten aus anderen Verhandlungen schwerlich abstreiten. Entgegen der Ursprungsentention des SGB XI kehrt der Gesetzgeber hier langsam zum Selbstkostendeckungsverfahren zurück.

8.5 Preistransparenz

„Zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Abs. 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse dem Pflegebedürftigen spätestens mit dem Bescheid über die Bewilligung seines Antrags auf Gewährung häuslicher, teil- oder vollstationärer Pflege eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung gewährleistet werden soll (Leistungs- und Preisvergleichsliste)“ (§ 7 Abs. 3 SGB XI).

Diese Preis- und Leistungsvergleichslisten sind nicht ohne Weiteres zu erhalten. Die Angaben im Internet zu den Leistungen der Pflegeversicherung beschränken sich bei vielen Krankenkassen auf einen kurzen deskriptiven Abriss der Leistungshöhen und -voraussetzungen nach SGB XI. Unterstützung bei der Pflegeplatzsuche über das Internet finden z. B. die Versicherten der DAK, der Hamburg-Münchener Krankenkasse sowie der AOK. Die DAK und die Hamburg-Münchener⁵⁹

⁵⁹ Siehe Homepage der DAK : https://www.dak.de/servlet/pwgbservelet?FORM_KEY=C12570C3004BDDF8D7082480DF5C8A2C12571020033DD0E und der Hamburg-Münchener: <http://www.hmk.info/Seniorplace-Formular.443.0.html>.

fragen lediglich per Internetformular einige Daten ab (z. B. Grad der Pflegebedürftigkeit, gewünschte Wohnform, Budget und Einzugsstermin) und bieten einen Rückruf an, in dem auf Basis dieser Daten Heime angeboten werden. Die AOK bietet auf ihrer Website einen „Pflegeheimnavigator“ (<http://www.aok-pflegeheimnavigator.de>) an, der es ermöglicht, Informationen über Heimentgelte abzufragen. Kriterien für die Auswahl eines Heimes sind die örtliche Lage und in Bezug auf das Leistungsspektrum die Betreuung von Demenzkranken, Wachkomapatienten oder beatmungspflichtigen Patienten. Die Ergebnisliste lässt sich nicht nach Preisen ordnen, sondern nur nach Entfernungen. Die Ergebnisausgabe enthält eine Kurzbeschreibung des Heimes, die von den Heimen selbsttätig verändert und angepasst werden kann, sowie die aktuellen Pflege- und Hotelkosten. Die Investitionskosten müssen bei der AOK oder dem Heim direkt erfragt werden. Eine telefonische – nicht repräsentative – Umfrage⁶⁰ bei verschiedenen Pflegekassen ergab, dass Preisvergleichslisten auf Anfrage für einen bestimmten räumlichen Bezirk angefertigt und versandt werden. Eine Ausnahme bilden die AOK Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland Pfalz: Sie stellen ihre Preisvergleichslisten zum Download im Internet zur Verfügung (www.aok.de/mv⁶¹ und www.aok.de/rp⁶²). Abweichend vom bundesweiten Pflegenavigator, der keine Informationen zu den Investitionskosten enthält, enthält die Preisvergleichsliste in Mecklenburg-Vorpommern diese Informatio-

⁶⁰ Es wurden stichprobenartige Telefongespräche mit Pflegekassen der AOK, BKK, IKK, VdAK/AEV und DAK verschiedener Bundesländer geführt sowie eine Internetrecherche betrieben.

⁶¹ Download der Preisvergleichslisten unter MV: <http://www.aok.de/mv/rd/73811.htm#Preisvergleiche%20von%20Pflegeeinrichtungen>

⁶² Download der Preisvergleichslisten unter RP: <http://www.aok.de/rlpf/rd/170794.php>

nen für jedes Heim. Auch in Sachsen-Anhalt können Investitionskosten direkt im Internet erfragt werden: Die AOK Sachsen-Anhalt verfügt über eine eigene Pflegeheimsuchmaschine⁶³, in deren Ergebnisparameter auch die jeweiligen Investitionskosten angegeben werden.

Ein differenzierter Leistungsvergleich kann jedoch nicht erfolgen. Die Heime verfügen in der Regel über Pflegekonzepte, die das jeweilige Heim auch an potentielle Bewohner ausgibt. Die Pflegekonzepte sind mehrseitige Broschüren, in denen die Heime ihr Leistungsspektrum detailliert darstellen, sich jedoch für einen systematischen Vergleich nur schwer eignen. Die bereits dargestellte Problematik der fehlenden Vergleichbarkeit von Pflegeheimleistungen kommt auch hier zum Tragen. Ein echter Preis-Leistungs-Vergleich ist somit nicht möglich.

8.6 Fazit

Das derzeitige Vergütungssystem weist eine Reihe von Schwachstellen auf, die aus ökonomischer Sicht suboptimale Ergebnisse nach sich ziehen. Z. B. werden im Rahmen der Entgeltverhandlungen Verträge zu Lasten Dritter geschlossen, da die Selbstzahler als Teilnehmer in den Entgeltverhandlungen nicht vorgesehen sind – obwohl sie zu den Kostenträgern gehören. Eine verstärkte Beteiligung der Pflegebedürftigen an den Entgeltverhandlungen scheint empfehlenswert, da die Heimbewohner außerdem über Informationen über das tatsächliche Leistungsgeschehen im Heim sowie dessen Qualität verfügen, denen in den Entgeltverhandlungen ein höheres Gewicht zukommen sollte.

⁶³ Siehe <http://www.aok.de/sa/tool/pflegeeinrichtungen/>

Sie könnten einen Beitrag zu einer klareren Leistungsdefinition leisten, der die Vergütung dann im Sinne einer leistungsgerechten Vergütung folgen kann. Das neue Landesheimgesetz in Baden-Württemberg (LHeimG) sieht in § 7 Abs. 4 bereits die Beteiligung des Heimbeirates, des Heimfürsprechers oder eines Ersatzgremiums in den Entgeltverhandlungen vor.

Eine leistungsgerechte Vergütung in der stationären Altenpflege ist derzeit nicht gewährleistet. Da es den Heimen nicht möglich ist, ihre Leistung sinnvoll und vergleichbar zu kommunizieren, ist es de facto nicht möglich, in den Entgeltverhandlungen ein leistungsgerechtes Entgelt zu vereinbaren. Eine Verhandlungsstrategie wie in Niedersachsen, wo selbst durch bessere Leistungen keine höheren Entgelte erzielt werden können, benötigt eigentlich keine Verhandlungen mehr: Stattdessen könnten auch Einheitspflegesätze festgelegt werden (*Hölscher 2007, 152*). Verhandlungen wie in Nordrhein-Westfalen dagegen bieten den Leistungserbringern keinerlei Anreize für wirtschaftliches Handeln. Im Gegenteil: Die Abschaffung des externen Vergleichs bedeutet einen Schritt weiter zurück in Richtung Selbstkostendeckungsverfahren. Jeder Erfolg bei der Kostendämpfung wird im folgenden Jahr mit sinkenden Entgelten quittiert werden, da die nachgewiesenen Kosten Basis der Verhandlungen sind. Gleichzeitig ist wenig Spielraum für die Erwirtschaftung von Gewinnen gegeben.

Soll die Preisfindung marktnäher gestaltet werden, ist es erforderlich, ein Mindestmaß an Preistransparenz zu gewährleisten. Eine konsequentere Einhaltung des § 7 Abs. 3 SGB XI und eine entsprechende Informationsverbesserung der Pflegebedürftigen wäre wünschenswert. Dies könnte durch eine regelmäßige Anwendung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und/oder externen Vergleichen gewährleistet werden. Ein solches Vorgehen wäre auch im Sinne des Gesetzgebers (*Bundes-*

sozialgericht 2000, 7). Sinnvolle externe Vergleiche benötigen jedoch auch vergleichbare Leistungen: Hierzu ist es notwendig, die Leistungsdefinitionen in der stationären Pflege zu verfeinern. Soll die Vergütung der Leistung folgen, ist eine genaue Leistungsbestimmung zwingend erforderlich. Die Einteilung der Pflegebedürftigen in drei Pflegeklassen, die jeweils die notwendige Pflege nach dem anerkannten Stand medizinischer und pflegerischer Erkenntnisse erhalten (sollen), ist zu ungenau. Eine verbesserte Leistungsdefinition würde ferner die Möglichkeit echter Preis-Leistungs-Vergleiche für die Pflegebedürftigen eröffnen, wenn das Leistungsgeschehen nach außen kommuniziert würde. Die Einführung eines Pflegebedarfsbemessungsinstruments sowie die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, der den Rahmen für vergütungsfähige Leistungen steckt, wäre wünschenswert und wird in Zukunft Thema bei Diskussionen über die Reform der Pflegeversicherung sein. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wird erstmals die Möglichkeit geschaffen, in Modellprojekten von der derzeitigen Vergütungsfindung abzuweichen, sofern das Projekt der Erprobung besonders pauschalierter Pflegesätze dient (Deutscher Bundestag 2008: 18).

8.7 Literatur

BIVA (Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e. V.) (o. J.), Investitionskosten. Zugriff am 26. Juni 2007 unter <http://www.biva.de/index.php?id=578>.

BKK Bundesverband (Hrsg.) (2007), Pflegedatenbank PAULA. Essen.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2006), Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Stand: 15.08.2006.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2007), Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Zugriff am 19. Juni 2007 unter http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_600110/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/pflegereform-download,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/pflegereform-download.pdf

Breyer F/Zweifel P (1999), Gesundheitsökonomie (3. Auflage). Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.

Breyer F/Zweifel P/Kifmann M (2005), Gesundheitsökonomik (5. Auflage). Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.

Bundessozialgericht (2000), Urteil vom 14. Dezember 2000, B 3 P 19/00 R.

Bundessozialgericht (2001), Urteil vom 28. Juni 2001, B 3 P 9/00 R.

Bundessozialgericht (2005), Urteil vom 1. September 2005, B 3 P 4/04 R.

Deutscher Bundestag, Entwurf eines Gesetzes zur Absicherung des sozialen Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflegeversicherungsgesetz – PflegeVG) Bundestagsdrucksache 12/5262.

Deutscher Bundestag (2007), Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz), Bundestags-Drucksache 16/7439, online: http://www.bmg.bund.de/cln_042/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Pflegereform__Gesetzesentwurf,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Pflegereform_Gesetzesentwurf.pdf

Deutscher Bundestag (2008), Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Bundestagsdrucksache 16/8525, Zugriff am 04.05.2008 unter http://www.vincenz.net/download/Beschlussempf_Gesetzesentwurf_Pflegereform.pdf.

Deutscher Bundestag (2008), Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Bundestagsdrucksache 16/8525, Zugriff am 04.05.2008 unter http://www.vincentz.net/download/Beschlussempf_Gesetzentwurf_Pflegereform.pdf.

DEVAP (Deutscher evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V.) (2006), DEVAP-Position zur Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) vom 27.09.2006. Zugriff am 25. Juni 2007 unter http://www.devap.de/uploads/media/DEVAP-Position_zur_LQV_06-09-27.pdf.

DPWV (Der paritätische Wohlfahrtsverband) (2007), Stellungnahme des PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverbandes – Gesamtverband e. V. zur öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 20.06.2007 zum Antrag der Fraktion der FDP „Entbürokratisierung der Pflege vorantreiben – Qualität und Transparenz der stationären Pflege erhöhen“ (BT-Drs. 16/672), Ausschussdrucksache 16(14)0239(5) vom 14.06.2007. Zugriff am 25. Juni 2007 unter <http://www.bundestag.de/ausschuesse/a14/anhoerungen/058/stllg/DPWV.pdf>.

Hölscher S (2007), Erfolgreiche Pflegesatzverhandlungen – LQV erstellen, kalkulieren, argumentieren. Hannover: Vincentz.

Igl G/Tallich V (2006), Sozialleistungsrecht, in: BMFSFJ (Hrsg.), Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland – Abschlussbericht des Kompetenzteams im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend., 457–505.

Igl G (2007), Qualitätsanforderungen in der Langzeitpflege: Wie hat eine rechtliche Rahmenordnung auszusehen? Eine historische, rechtliche und rechtspolitische Analyse, in: Die Sozialgerichtsbarkeit: SGB, 54. Jahrgang, Nr. 7, 381–394.

MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) (2007), Qualität in der ambulanten und stationären Pflege, 2. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI.

Rothgang H/Wasem J/Greß S (2004), Vergütungsfindung im stationären Pflegebereich, Gutachten für die Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. Bremen / Essen, Zugriff am 28. Juni 2007 unter http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Gutachten/Verguetungssystematik_im_stationaeren_Bereich.pdf.

Statistisches Bundesamt (2007), Bericht: Pflegestatistik 2005 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – 4. Bericht: Ländervergleich Pflegeheime. Wiesbaden.

VDAB (Verband deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V.) (o. J.), Stellungnahme des Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB), Essen, zu den Gesetzentwürfen des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes und des Dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes. Zugriff am 25. Juni 2007 unter http://www.vdab.de/vdabweb/infos_frei/Stellungnahme%20zum%20PQsG.pdf.

8.8 Gesetzestexte und Verordnungen

Hamburg

- Hamburgisches Landespflegegesetz (HmbLPG)

Mecklenburg-Vorpommern

- Landespflegegesetz (LPflegeG M-V)

Niedersachsen

- Gesetz zur Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (Niedersächsisches Pflegegesetz – NpflegeG)
- Verordnung zur Durchführung des Niedersächsischen Pflegegesetzes (DVO-NPflegeG)

Nordrhein-Westfalen

- Gesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen – PFG NW)

- Verordnung über die allgemeinen Grundsätze der Förderung von Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (AllgFörderPflegeVO)
- Verordnung über die gesonderte Berechnung nicht geförderter Investitionsaufwendungen für Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (GesBerVO)
- Verordnung über die Förderung der Investitionen von Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie über den bewohnerorientierten Aufwendungszuschuss vollstationärer Dauerpflegeeinrichtungen (Pflegewohn-geld) – Pflegeeinrichtungsförderverordnung (PflFEinrVO)

Rheinland-Pfalz

- Landesgesetz über ambulante, teilstationäre und vollstationäre Pflegehilfen (LPflegeHG)

Saarland

- Gesetz Nr. 1355 zur Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen
- Rechtsverordnung über die Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen

Schleswig-Holstein

- Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz (Landespflegegesetz – LpflegeG)
- Landesverordnung zur Durchführung der §§ 5, 6 und 8 des Ausführungsgesetzes zum Pflege-Versicherungsgesetz (Landespflegegesetzverordnung – LPflegeGVO)

Bund

Heimgesetz (HeimG)

Sozialgesetzbuch XI (SGB XI)

8.9 Landesverträge: Verwendete Rahmenverträge nach § 75 SGB XI

Baden-Württemberg

Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI in der Fassung vom 9. Juli 2002; ergänzt durch Beschluss vom 12. September 2002.

Bayern

Rahmenvertrag für den Bereich vollstationäre Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI ab 1. Oktober 1998.

Hessen

Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 für das Land Hessen zum 1. März 1998.

Niedersachsen

Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 2 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege ab 1. Januar 2007.

Nordrhein-Westfalen

Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur Kurzzeitpflege und vollstationären Pflege vom 10. Oktober 1999.

Rheinland-Pfalz

Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 zur vollstationären Pflege in Rheinland-Pfalz ab 1. Januar 2007.

9 Der Pflegemarkt aus der Anbieterperspektive – Die wirtschaftliche Situation stationärer Pflegeeinrichtungen

Edward Poniewaz

9.1 Einleitung

Im Wirtschaftsteil der überregionalen Tageszeitungen erfährt man hin und wieder etwas über den Markt „Altenpflege“. Diese Nachrichten werden oftmals von börsennotierten Aktiengesellschaften dominiert, die aufgrund der demographischen Entwicklung eine kontinuierliche Nachfragesteigerung sehen. Obwohl auch sie einen zunehmenden Kostendruck verspüren, sehen sie hervorragende Perspektiven für ihre Gesellschaften. Auf der anderen Seite findet auch die eine oder andere Insolvenznachricht eines Pflegeheimbetreibers ihren Weg in die Tageszeitung. Und auch börsennotierte Aktiengesellschaften blieben davon in der Vergangenheit nicht verschont. Wie steht es nun wirklich um die wirtschaftliche Stabilität: Lohnt sich ein Investment unter dem Blickwinkel der Rendite? Welche Trends sind erkennbar und in welchen Funktionsbereichen wurden verstärkt die finanziellen Ressourcen eingesetzt? Der folgende Beitrag versucht diese Fragen zu klären, indem er verschiedene Datenquellen analysiert. Dazu werden Ergebnisse aus Betriebsvergleichen (*Abschnitt 9.2*), aus Jahresabschlussanalysen (*Abschnitt 9.3*) und aus der Insolvenzstatistik (*Ab-*

schnitt 9.4) herangezogen. Abschließend werden die Analyseergebnisse in Bezug auf die zukünftige Entwicklung von Marktrisiken und Anbieterwettbewerb zusammenfassend bewertet (*Abschnitt 9.5*).

9.2 Datenquelle Betriebsvergleiche

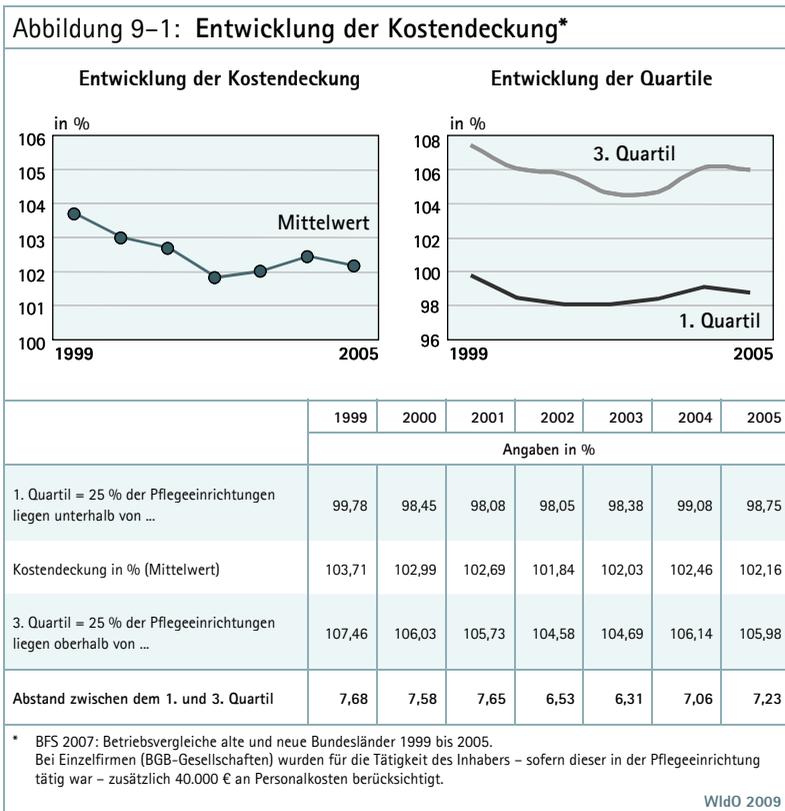
Seit 1996 führt die BFS Service GmbH, ein Tochterunternehmen der Bank für Sozialwirtschaft AG, Betriebsvergleiche für sozialwirtschaftliche Unternehmen durch. Über 7.000 stationäre Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe haben in dieser Zeit an den bundesweiten Betriebsvergleichen der BFS Service GmbH teilgenommen. Damit ist eine umfangreiche Datenbank entstanden, die Auskunft gibt über Kostenverläufe, Kostenstrukturen und über den Personaleinsatz in der Pflege. Insbesondere über den Zeitvergleich gelingt es, Entwicklungen und Trends in dieser Vergleichsgruppe sichtbar zu machen. Auf dieser Basis aufbauend lassen sich drei Thesen für die Branchenentwicklung formulieren:

- Die Kostendeckung hat sich auf niedrigem Niveau stabilisiert.
- Der Verwaltungskostenanteil steigt seit 1996 kontinuierlich an.
- Seit 2003 wird mehr Pflegefachpersonal eingesetzt.

9.2.1 Kostendeckung

Im Jahr 1999 lag die Kostendeckung im Durchschnitt bei den teilnehmenden Einrichtungen bei 103,71 %. Im Jahr 2005 lag sie bei 102,16 % und ist damit um 1,55 Prozentpunkte gefallen (*siehe Abbildung 9-1*). Die gleichmäßige Entwicklung der Quartilsabstände zeigt, dass sowohl rentable wie auch verlustbringende Einrichtungen in derselben Stärke von dieser Entwicklung betroffen waren. Es han-

delt sich somit um eine Entwicklung, von der marktfähige wie nicht marktfähige Einrichtungen gleichermaßen betroffen sind. Einige Einrichtungen konnten jedoch über mehrere Jahre hinweg ziemlich konstant Gewinne im zweistelligen Bereich erwirtschaften, andere wiederum mussten Verluste in ähnlicher Höhe verkraften. Weiterhin ist eine leichte Stabilisierungsphase seit 2003 erkennbar.



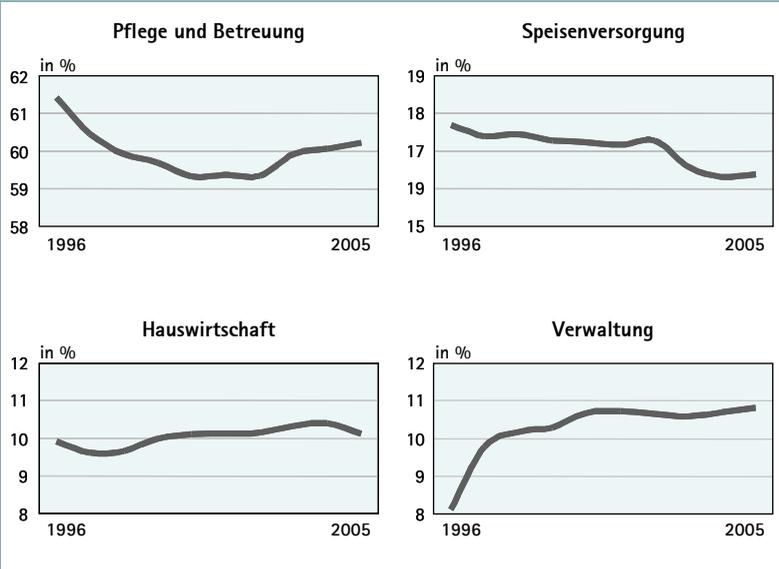
9.2.2 Verwaltungskostenanteil

Seit 1996 ist ein signifikanter Anstieg des Verwaltungskostenanteils in der Vergleichsgruppe festzustellen. 1996 lag der Verwaltungskostenanteil bei 8,11 %. Im Jahr 2005 lag er bei 10,82 % und ist damit seit 1996 um 2,71 Prozentpunkte gestiegen (*siehe Abbildung 9-2*). Die Ursachen hierfür liegen in den gestiegenen Anforderungen an die unternehmerische Führung durch zunehmenden Wettbewerb und den Auswirkungen der Pflegeversicherung.

Wurden betriebswirtschaftliche Aufgabenstellungen wie Kosten- und Leistungsrechnung, Controlling und Benchmarking vor Einführung der Pflegeversicherung eher stiefmütterlich in den Einrichtungen behandelt, so setzen heute die meisten Pflegeeinrichtungen betriebswirtschaftliche Instrumente zur Kosten- und Leistungssteuerung ein. Die höheren Ausgaben für Verwaltung sind auch durch den zusätzlichen Verwaltungsaufwand erklärbar, der durch die Pflegeversicherung verursacht wurde. Gewiss haben aber auch Sparmaßnahmen in den anderen Funktionsbereichen der Einrichtungen zu dieser anteiligen Steigerung der Verwaltungskosten geführt.

Die letzten Jahre zeigen auch, dass sich der Funktionsbereich Pflege und Betreuung seit dem Tiefpunkt im Jahr 2000 mit einem Kostenanteil von über 60 % stabilisiert hat. Im Vergleich zum ersten Erhebungsjahr 1996 musste der Funktionsbereich Pflege und Betreuung die größten Einsparungen hinnehmen. So lag der Kostenanteil des Funktionsbereiches Pflege- und Betreuung im Jahr 1996 bei 61,42 %. Im Jahr 2005 wurde ein Kostenanteil von 60,21 % an den Gesamtkosten erreicht. Somit ist der Kostenanteil seit Umsetzung der Pflegeversicherung im Jahr 1996 um 1,21 Prozentpunkte geschrumpft.

Abbildung 9-2: Kostenverteilung im Zeitverlauf*



Funktionsbereiche	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
	Angaben in %									
Pflege und Betreuung	61,42	60,44	59,92	59,69	59,31	59,36	59,33	59,93	60,05	60,21
Speiserversorgung	17,70	17,41	17,44	17,30	17,24	17,18	17,28	16,60	16,32	16,38
Hauswirtschaft	9,93	9,62	9,67	9,98	10,10	10,13	10,16	10,34	10,40	10,12
Technischer Dienst	2,84	2,75	2,80	2,73	2,67	2,61	2,56	2,55	2,52	2,47
Verwaltung	8,11	9,78	10,17	10,30	10,68	10,72	10,67	10,58	10,71	10,82

* BFS 2007: Betriebsvergleiche alte und neue Bundesländer 1996 bis 2005.
 Ohne Investitionskosten (Zinsen, Abschreibungen, Instandhaltungskosten) und ohne Energiekosten
 WIdO 2009

9.2.3 Pflegefachpersonal

Heute steht mehr Pflegefachpersonal mit dreijähriger Ausbildung im Bereich der Pflege und Betreuung bei den teilnehmenden Einrichtungen zur Verfügung als dies bei Einführung der Pflegeversicherung der Fall war (*siehe Abbildung 9–3*).

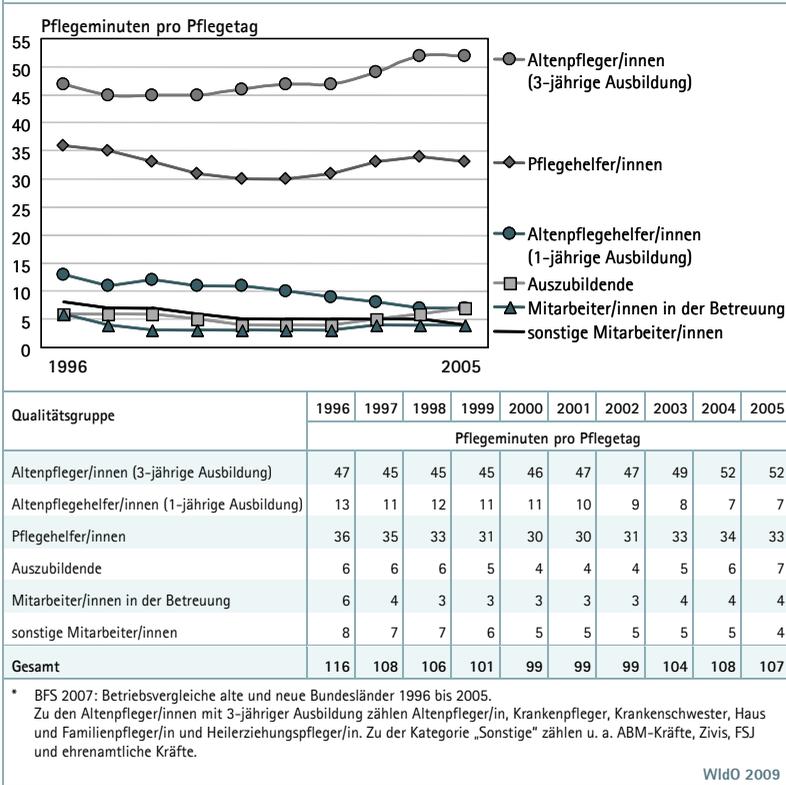
Ein Grund hierfür ist sicherlich, dass sich die Bewohnerstrukturen in den Einrichtungen verändert haben. Es ist von einer durchschnittlich erhöhten Pflegeintensität und damit auch von einem erhöhten Bedarf an pflegerischen Fachkräften auszugehen. Zwar widerspricht dies auf den ersten Blick der amtlichen Statistik zur Verteilung der Pflegestufen, nach der der Anteil der pflegebedürftigen in der Stufe I kontinuierlich zunimmt, aber dies kann ein Indiz dafür sein, dass sich die Begutachtungspraxis und damit die Einstufung verändert hat.

Der Zeiteinsatz sämtlicher Mitarbeitenden im Funktionsbereich Pflege und Betreuung hat sich allerdings im Erhebungszeitraum von 1996 bis 2005 um neun Minuten je Pflergetag reduziert.

Für die Ermittlung der Pflegeminuten (direkte und indirekte Pflegezeiten) wurde eine durchschnittliche Nettoarbeitszeit von 1.591,70 Stunden (95.502 Minuten) je Vollstelle und Jahr zu Grunde gelegt. Somit wurden für den Vergleich der Minutenwerte, die unterschiedlichen Arbeitszeiten (Ost/West), Feiertage (Bundesland) und Ausfallzeiten nicht individuell, sondern nur pauschal und einheitlich berücksichtigt. Diese Berechnungsmethode wurde seit der ersten Erhebung nicht verändert und ist folglich für einen Zeitvergleich geeignet.

Die tatsächliche Nettojahresarbeitszeit ist jedoch von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich und wurde wegen des hohen Erfassungsaufwandes nicht abgefragt.

Abbildung 9-3: Entwicklung der Pflegeminuten je Pflegebedürftigen und Tag*



9.3 Datenquelle Jahresabschlussanalysen

Eine zweite Datenquelle, um die wirtschaftliche Entwicklung und Situation von Einrichtungen zu beurteilen, stellen die Jahresabschlüsse der Pflegeeinrichtungen dar, die den Banken im Rahmen des Kreditprüfungsprozesses vorgelegt werden.

Die Banken werten die Jahresabschlüsse – nicht erst seit Einführung von Basel II⁶⁴ – regelmäßig aus und ermitteln so eine Bonitätsstufe für ihren Kreditnehmer. Bei den Ratingmodellen haben sich insbesondere Eigenkapitalquote, Liquiditätsstatus, Cashflow und Umsatzrentabilität als trennscharfe Kennzahlen erwiesen, die geeignet sind, gute von schlechten Engagements aus Bankensicht zu unterscheiden und in die Zukunft zu projizieren.

Die Bank für Sozialwirtschaft AG finanziert ausschließlich Projekte in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft. Ein Schwerpunkt in ihrer Geschäftsausrichtung liegt in der Finanzierung stationärer Pflegeeinrichtungen. Insofern verfügt sie über eine umfangreiche Datenbasis, um ebenfalls Aussagen zur wirtschaftlichen Stabilität und Entwicklung ableiten zu können.

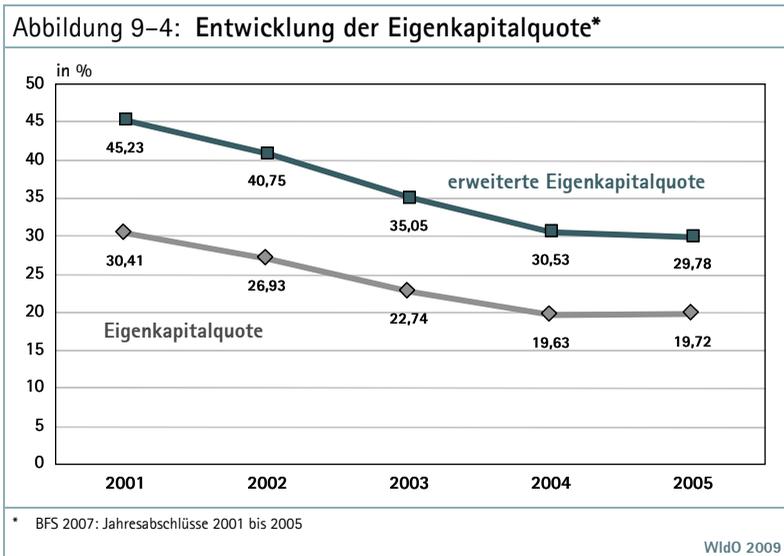
9.3.1 Eigenkapitalquote

Ein Gradmesser für die wirtschaftliche Stabilität ist das Eigenkapital, das dem Unternehmen langfristig und unkündbar zur Verfügung

⁶⁴ Seit dem 1. Januar 2007 gelten für Kreditinstitute die neuen Eigenkapitalanforderungen nach Basel II, die in diesem und den Folgejahren umgesetzt werden. Abgesehen von wenigen Ausnahmen war es in der Vergangenheit grundsätzlich so, dass die Kreditinstitute für Kredite 8 % Eigenkapital nachweisen mussten. Diese Anforderung wird durch eine verschärfte Risikogewichtung erweitert, bei der insbesondere das Ratingergebnis, also die Bonität des Kreditnehmers, eine sehr wichtige Rolle spielt. Auch in der Vergangenheit gab es aufgrund der Marktmechanismen Unterschiede bei den Kreditzinsen zwischen Kreditnehmern mit guter Bonität und weniger guten Bonität. Diese Schere wird allerdings aufgrund der Eigenkapitalanforderung der Kreditinstitute noch weiter aufgehen.

steht. Eine hohe Eigenkapitalquote⁶⁵ steht für finanzielle Unabhängigkeit und wirtschaftliche Stabilität.

Dazu ergänzend ist es interessant zu analysieren, wie sich das erweiterte Eigenkapital (Kapital mit Eigenkapital ähnlichem Charakter, beispielsweise Sonderposten und Forderungen gegenüber Gesellschaftern) entwickelt hat. Die folgende Grafik lässt vermuten, dass zunehmend Einrichtungen mit einer geringeren Eigenkapitaldecke am Markt agieren (siehe Abbildung 9-4).



⁶⁵ Eigenkapitalquote = bereinigtes Eigenkapital x 100 / bereinigte Bilanzsumme

9.3.2 Liquiditätsstatus, Debitoren- und Kreditorenziel

Der Liquiditätsstatus⁶⁶ umschreibt das Verhältnis kurzfristiger Aktiva zu kurzfristigen Passiva. Dieses sollte zumindest deckungsgleich (= 1) sein, um Liquiditätsengpässe zu vermeiden. Besser ist es jedoch, über einen kleinen Liquiditätspuffer (> 1) zu verfügen.

Der Liquiditätsstatus ist eine stichtagsbezogene Kennzahl, die sich schon am nächsten Tag erheblich verändern kann. Insofern hat diese Kennzahl alleine betrachtet eine geringe Aussagekraft. In der Verbindung mit dem Kreditoren-⁶⁷ und Debitorenziel⁶⁸ erhält sie jedoch eine höhere Aussagekraft. Um Entwicklungstendenzen aufzuzeigen, ist ihr Einsatz jedoch im Zeitvergleich unbedenklich, wenn die Durchschnittswerte auf einer größeren Zahl von Beobachtungseinheiten basieren. Danach hat sich in den letzten fünf Jahren der Liquiditätsspielraum der Einrichtungen verengt (*siehe Tabelle 9-1*).

	Jahresabschlüsse				
	2001	2002	2003	2004	2005
Liquiditätsstatus	2,24	2,18	2,02	1,76	1,78
Debitorenziel in Tage	18,13	17,14	17,13	16,84	16,24
Kreditorenziel in Tage	52,91	48,44	48,11	50,21	48,64

* BFS 2007: Jahresabschlüsse 2001 bis 2005 WIdO 2009

⁶⁶ Liquiditätsstatus = bereinigtes Umlaufvermögen + liquide Mittel / kurzfristiges Fremdkapital

⁶⁷ Kreditorenziel (in Tagen) = Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen x 360 / (Wareneinsatz + Aufwand bezogene Leistungen)

⁶⁸ Debitorenziel (in Tagen) = Forderungen aus Lieferungen und Leistungen x 360 / bereinigte, regelmäßige Erlöse

9.3.3 Umsatzrentabilität

Um die Umsatzrentabilität zu berechnen, wird das Betriebsergebnis in Relation zu den bereinigten Erlösen gesetzt. Diese Kennzahl lässt erkennen, wie viel die Einrichtungen in Bezug auf ihren Umsatz (bereinigte Erlöse) verdient haben. Eine Umsatzrentabilität⁶⁹ von 2,37 % bedeutet, dass die Einrichtungen im Durchschnitt je Euro Umsatz eine Rendite von 2,37 Cent erwirtschaftet haben (*siehe Tabelle 9–2*). Diese Kennzahlen, die aus den Jahresabschlüssen ermittelt wurden, belegen eine Stabilisierungsphase. So wurde in den letzten fünf Jahren eine durchschnittliche Umsatzrendite von 2,38 % erwirtschaftet.

	Jahresabschlüsse				
	2001	2002	2003	2004	2005
Umsatzrentabilität in %	2,32	2,18	2,48	2,57	2,37
* BFS 2007: Jahresabschlüsse 2001 bis 2005					WIdO 2009

9.4 Datenquelle Pflege- und Insolvenzstatistik

Aus der Pflege- und Insolvenzstatistik können ebenfalls Informationen gewonnen werden, die für eine Beurteilung der wirtschaftlichen Lage hilfreich sind. Das Statistische Bundesamt in Wiesbaden führt

⁶⁹ Umsatzrentabilität = Betriebsergebnis x 100 / bereinigte Erlöse

eine Insolvenzstatistik⁷⁰, die Insolvenzen stationärer Einrichtungen der Altenhilfe seit 2004 in eigene Kategorien erfasst. Somit liegen seit 2004 erstmalig Informationen über Insolvenzen von Pflegeeinrichtungen vor.

Die Insolvenzgerichte übermitteln ihre Insolvenzfälle mit der geforderten Klassifizierung Altenwohnheime⁷¹, Altenheime⁷² und Altenpflegeheime⁷³ an die Landesämter für Statistik. Die korrekte Unterscheidung bzw. die Zuordnung zu einer dieser drei Kategorien ist von den Insolvenzgerichten vorzunehmen. Wenn man die Definitionen für die Kategorien sichtet, ist aus nachvollziehbaren Erwägungen zu

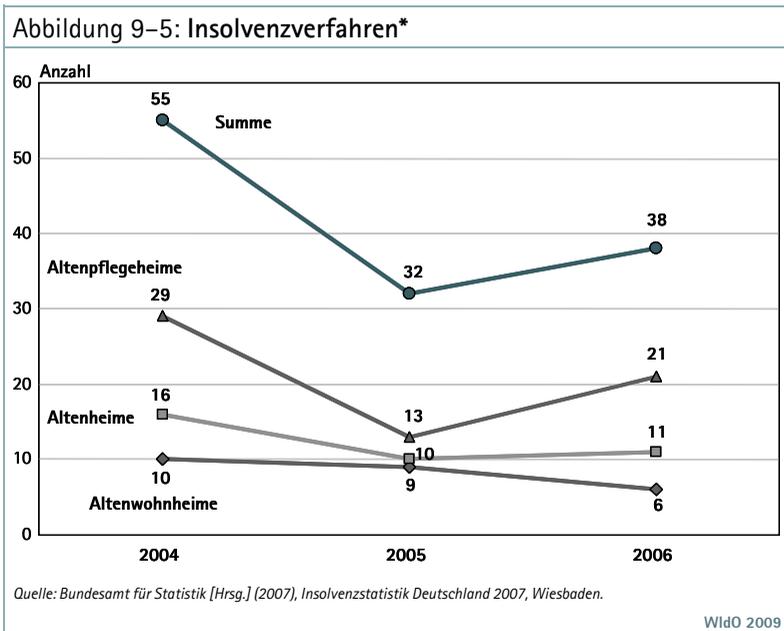
⁷⁰ Gegenstand der Statistik sind alle von den Insolvenzgerichten eröffneten Verfahren. Nicht berücksichtigt werden die Insolvenzanträge, die vom Gericht zurückgewiesen werden oder von den Gläubigern zurückgenommen wurden.

⁷¹ „Diese Unterklasse umfasst Einrichtungen der Altenhilfe in der Form von Zusammenfassungen in sich abgeschlossener Wohnungen, die in Anlage und Ausstattung den besonderen Bedürfnissen alter Menschen Rechnung tragen und sie in die Lage versetzen sollen, möglichst lange ein selbstständiges Leben zu führen; im Bedarfsfall besteht eine Reihe von Möglichkeiten der Versorgung und Betreuung durch das Heim.“ (*Statistisches Bundesamt, WZ 2003: 484*).

⁷² „Diese Unterklasse umfasst Einrichtungen der Altenhilfe, in denen alte Menschen, die bei der Aufnahme zur Führung eines eigenen Haushalts nicht mehr im Stande, aber nicht pflegebedürftig sind, voll versorgt und betreut werden; für vorübergehend oder dauernd pflegebedürftige alte Menschen sind die erforderlichen Hilfen in Pflegeabteilungen vorhanden, die nach Anlage, Ausstattung und Personalbesetzung mindestens auf eine altersgerechte Grundpflege ausgerichtet sind.“ (*Statistisches Bundesamt, WZ 2003: 485*).

⁷³ „Diese Unterklasse umfasst Einrichtungen der Altenhilfe, die der umfassenden Betreuung und Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen dienen; nach Anlage, Ausstattung und Personalbesetzung sind sie darauf ausgerichtet, verbliebene Kräfte der betroffenen Menschen mit ärztlicher Hilfe zu üben und zu erhalten sowie eine Besserung des Allgemeinzustandes, insbesondere durch aktivierende Pflege, herbeizuführen.“ (*Statistisches Bundesamt, WZ 2003: 485*).

vermuten, dass bei der Zuordnung der Zufall eine gewisse Rolle spielt. Aus diesen Gründen sind alle drei Kategorien als Indikatoren für die wirtschaftliche Stabilität gleichermaßen heranzuziehen. Danach hat sich die Situation in den letzten Jahren verbessert (*siehe Abbildung 9–5*). Dabei ist zu beachten, dass die Insolvenz meistens am Ende einer langen zeitlichen Kette steht. Die wirtschaftliche Schiefelage beginnt in der Regel Jahre vor der eigentlichen Insolvenzbeantragung.



Laut Pflegestatistik 2005 gab es im Dezember 2005 10.424 nach SGB XI zugelassene Pflegeeinrichtungen, die voll- bzw. teilstationäre Leistungen erbringen (*Bundesamt für Statistik, 2007*). Auf diese Grund-

gesamtheit bezogen lässt sich für 2005 eine Insolvenzquote von 0,307 % ermitteln.

Somit kommen auf 1.000 stationäre Pflegeeinrichtungen drei Insolvenzen. Vergleicht man diese Insolvenzquote mit der durchschnittlichen Insolvenzquote 2005 in Deutschland von zwölf je 1.000 Unternehmen, so erweist sich der Wirtschaftszweig stationäre Pflege als robust. Eine Interpretation dieser Zahlen sollte jedoch nicht ohne Blick auf das möglicherweise vorhandene Rückzugsgeschehen erfolgen: Pflegeeinrichtungen, die sich als unrentabel erweisen, können sich auch ohne Gang zum Insolvenzgericht aus dem Markt zurückziehen bzw. in eine neue Trägerschaft kommen. Hinsichtlich der Trägerschaft von Pflegeeinrichtungen lassen sich drei Gruppierungen unterscheiden (*siehe Tabelle 9–3*):

- freigemeinnützige Träger (nicht erwerbswirtschaftliche Organisationen),
- privat-gewerbliche Träger (erwerbswirtschaftliche Einrichtungen),
- öffentliche Träger⁷⁴.

⁷⁴ Sie handeln eher aus einer bedarfswirtschaftlichen Grundorientierung im Pflegemarkt.

Pflegeheim nach Trägerschaft	2001	2003	2005	Veränderung in %	
				2001-2005	2003-2005
Freigemeinnützige Träger	5.130	5.405	5.748	12,05	6,35
Private Träger	3.286	3.610	3.974	20,94	10,08
Öffentliche Träger	749	728	702	-6,28	-3,57
Gesamt	9.165	9.743	10.424	-13,74	6,99

Quelle: Bundesamt für Statistik (Hrsg.) (2007), Pflegestatistik 2005, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

WIdO 2009

Bei einem Vergleich der Anbieterzahlen nach Trägerschaft wird deutlich, dass sich öffentliche Träger in diesem Markt auf dem Rückzug befinden. Die Zahlen belegen insgesamt ein Wachstum bei den Pflegeheimen von rund 7 %, wobei die Anzahl der Heime in privat-gewerblicher Trägerschaft mit über 10 % Wachstum einen Spitzenplatz belegen. Diese Entwicklung belegt eine vorhandene Markt-Attraktivität für privat-gewerbliche Anbieter.

Platzauslastung	verfügbare Plätze	Pflegebedürftige in Heimen	Verhältnis
Jahresende 2003	713.195	640.289	1,114
Jahresende 2005	757.186	676.582	1,119

Quelle: Bundesamt für Statistik (Hrsg.) (2007), Pflegestatistik 2005, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

WIdO 2009

Mit rund 6,2 % Wachstum beim Platzangebot hat sich das Verhältnis zwischen Angebot und Nachfrage kaum verändert. Bundesweit betrachtet, liegt die durchschnittliche Auslastung der Heimplätze knapp

unter 90 %. Zu beachten ist allerdings, dass regional starke Unterschiede bestehen und Pflegeheime in der Pre-Opening Phase ebenfalls in diesen Angaben enthalten sind.

9.5 Schlussfolgerungen und Ausblick

Betriebsvergleiche, Bilanzen und die Insolvenzstatistik geben Auskunft über die wirtschaftliche Situation der Vergangenheit. Ihre Ergebnisse dokumentieren eine rückläufige Kostendeckung und Anpassungsprozesse in den Kostenstrukturen, die durch Veränderungen in den Rahmenbedingungen und infolge dessen durch den wirtschaftlichen Druck ausgelöst wurden.

Ihre Ergebnisse dokumentieren aber auch, dass bisher genügend Anreize vorhanden sind, um als Anbieter im stationären Pflegemarkt aktiv zu werden. Im Verhältnis zu anderen Wirtschaftszweigen kann bisher von einer wirtschaftlich hohen Stabilität gesprochen werden. Dies ist sicherlich ein Beleg für weitgehend ausgewogene Angebots- und Nachfragestrukturen sowie für die Anpassungsfähigkeit der Anbieter.

9.5.1 Die Risiken im Markt werden steigen

Wer heute ein Pflegeheim baut, benötigt auch in 20 Jahren noch eine ausreichende Belegung. Auf der einen Seite ist es richtig, dass die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen und damit der Bedarf an Unterstützungs- und Pflegeleistungen weiter zunehmen werden. Auf der anderen Seite ist es aber offen, wie sich dieser Bedarf in Nachfrage nach Angeboten konkretisieren wird.

Welche Angebote an Unterstützungs- und Pflegeleistungen nachgefragt werden, hängt von den individuellen Präferenzen sowie von der Kaufkraft⁷⁵ der Pflegebedürftigen ab. Ebenfalls wird die Gestaltung der Pflegeversicherung auf die konkrete Nachfrage nach Unterstützungs- und Pflegeleistungen Einfluss nehmen. Dem im SGB XI festgeschriebenen Grundsatz „ambulant vor stationär“ folgend wird durch die Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung die bestehende finanzielle Bevorzugung der stationären Versorgung gegenüber der ambulanten leicht abgebaut. Auch damit ist intendiert, die Nachfrage zu Lasten stationärer Pflegeleistungen und zu Gunsten anderer Versorgungsformen zu beeinflussen.

9.5.2 Der Wettbewerb unter den Anbietern und den Angebotsformen wird weiter zunehmen

Durch die Förderung alternativer Versorgungsformen und durch die abnehmende Kaufkraft der pflegebedürftigen Menschen ist in Zukunft ein starker Preis- und Gestaltungswettbewerb zu erwarten, um diejenigen, die eine stationäre Unterbringung erwägen. Anbieter mit Angeboten im mittleren und unteren Preissegment dürften – von einigen Regionen abgesehen – eine höhere Belegungssicherheit haben. Wenn sie es zusätzlich noch verstehen, die Lebensqualität und die Zufriedenheit ihrer Bewohner gegenüber der alternativen ambulanten Versorgung zu steigern, sind sie für die Zukunft gut positioniert.

⁷⁵ Die durchschnittliche Kaufkraft der Pflegebedürftigen wird durch ein sinkendes Rentenniveau abnehmen (Altersarmut in Folge un stetiger Erwerbsbiographien und geringeren Einkommen). Die Kaufkraft der Pflegebedürftigen wird somit zunehmend vom Sozialhilfeträger bestimmt, der die Finanzierungslücke zwischen dem Einkommen und dem Finanzierungsbedarf für Unterstützungs- und Pflegeleistungen decken muss.

Der Gesamtmarkt für Unterstützungs- und Pflegeleistungen im Alter bleibt ein Wachstumsmarkt mit regional unterschiedlichen Ausprägungen. Welche Rolle stationäre Versorgungsformen in Zukunft in diesem Gesamtmarkt haben werden, hängt von ihren Gestaltungsmöglichkeiten und von ihrer Kreativität ab. Sicherlich werden die effizienten Formen stationärer Versorgung mit nachfragegerechten Lösungen auch in Zukunft über Wachstumspotential verfügen.

9.6 Literatur

Bundesamt für Statistik (Hrsg.) (2007), Insolvenzzstatistik Deutschland 2007. Wiesbaden.

Bundesamt für Statistik (Hrsg.) (2007), Kurzbericht Pflegestatistik 2005, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse. Bonn.

Bundesamt für Statistik (Hrsg.) (2007), Pflegestatistik 2005, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

III. Situation der Pflegerbedürftigen

10 Pflegebedürftigkeit und Pflegeleistungen

Andreas Büscher und Klaus Wingenfeld

Ein wichtiger Aspekt der im Jahre 2006 begonnenen Reformvorhaben innerhalb der Pflegeversicherung ist die Neudefinition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit und die Entwicklung eines neuen Instruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Das Bundesministerium für Gesundheit hat zu diesem Zweck einen Beirat mit Vertretern der relevanten Akteure der Pflegeversicherung ins Leben gerufen. Darüber hinaus haben die Spitzenverbände der Pflegekassen Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens initiiert. In diesem insgesamt dreischrittigen Verfahren wurde in der Vorphase das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) damit beauftragt, eine umfassende nationale und internationale Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten durchzuführen. Zusammenfassend wird in dieser Analyse die Empfehlung ausgesprochen, für den Kontext der bundesdeutschen Pflegeversicherung ein neues Einschätzungsinstrument zu entwickeln und diese Entwicklung mit der Überprüfung und Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eng zu verzahnen und zu harmonisieren. Im weiteren Verlauf der Beratungen wurde dieser Empfehlung entsprochen und es wurde im August 2007 eine Bietergemeinschaft bestehend aus dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK WL), dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen

(MDS) und dem Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen beauftragt, ein neues Instrument zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit zu entwickeln und wissenschaftlich zu erproben.

In diesem Beitrag wird die schon lange währende Diskussion um den Begriff der Pflegebedürftigkeit aus verschiedenen Perspektiven zusammenfassend dargestellt. Dabei wird es insbesondere auch um den Zusammenhang zwischen dem Begriff der Pflegebedürftigkeit und den im Rahmen der Pflegeversicherung gewährten Leistungen gehen. Abschließend wird das neu entwickelte Begutachtungsverfahren zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit vorgestellt.

10.1 Die Diskussion um den Begriff der Pflegebedürftigkeit

Innerhalb des SGB XI bestimmt der Begriff der Pflegebedürftigkeit in § 14 den Personenkreis, der berechtigt ist, Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten. Danach gelten Personen als pflegebedürftig, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens sind ebenfalls im Gesetz definiert und beziehen sich ausschließlich auf Verrichtungen im Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Im nachfolgenden § 15 SGB XI wird eine Differenzierung der Pflegebedürftigkeit in drei Pflegestufen vorgenommen. Die Eingruppierung in die Pflegestufen entscheidet über die Höhe der gewährten Leistungen. Entscheidende Kriterien sind dabei die Häufigkeit und der Zeitaufwand des Unterstützungsbedarfs, wobei sich der Zeitaufwand danach bemisst, wie viel Zeit durchschnittlich für die Pflege durch eine nicht als Pflegekraft ausgebildete Person aufgewendet werden muss. Unterschieden werden:

- Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige), die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der erforderliche Zeitaufwand beträgt hier mindestens 90 Minuten täglich, wovon 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen müssen.
- Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige), die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Hier beträgt der erforderliche Zeitaufwand mindestens drei Stunden, von denen zwei Stunden auf die Grundpflege entfallen müssen.
- Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige), die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, also auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der erforderliche Zeitaufwand beträgt in der Pflegestufe III fünf Stunden täglich, von denen vier Stunden auf die Grundpflege entfallen müssen.

Zentral an der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sind nach dieser Definition der Bezug zu ausgewählten Verrichtungen des täglichen Lebens, das Kriterium der Dauerhaftigkeit, d. h. der mindestens sechsmonatigen Dauer, die Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit anhand des erforderlichen Bedarfs und die Orientierung an der Zeit, die eine nicht pflegerisch ausgebildete Person benötigen würde.

Dieser Begriff der Pflegebedürftigkeit sieht sich seit seiner Festlegung kontinuierlicher Kritik ausgesetzt. Mittlerweile besteht über die wesentlichen Probleme der geltenden Definition ein breiter Konsens, der letztendlich auch maßgeblich für die initiierten Reformbestrebungen war. Die Kritik bezieht sich vorrangig auf den Verrichtungsbezug der Pflegebedürftigkeit und vor allem darauf, dass nur ein sehr eingegrenzter Bereich möglicher Aktivitäten entscheidend für die Ableitung von Leistungsansprüchen ist. Die Enquete-Kommission des nordrhein-westfälischen Landtags kritisiert dieses Verständnis von Pflegebedürftigkeit, da

- „Unselbständigkeit im Bereich der Kommunikation und sozialen Teilhabe als Kriterium für Pflegebedürftigkeit nicht berücksichtigt wird
- ein erheblicher Teil der notwendigen Unterstützung für psychisch Kranke und beeinträchtigte Menschen, die nicht nur bei einzelnen Verrichtungen, sondern in ihrer gesamten Lebensführung auf Hilfe angewiesen sind, ausgeblendet wird, und
- andere Auswirkungen gesundheitlicher Probleme, wie zum Beispiel Schmerzerleben, Angst im Zusammenhang mit dem Krankheitsgeschehen, verändertes Selbstschutzverhalten oder ganz generell mangelhafte Krankheitsbewältigung, keinen Leistungsanspruch nach dem SGB XI begründen“ (*Landtag NRW: 40*).

Auch das Kriterium der Dauerhaftigkeit der Pflegesituation wirft aus der Perspektive der Betroffenen Probleme auf. Zwar soll ein vorübergehend bestehender Unterstützungsbedarf über Leistungen des SGB V abgedeckt werden können, aber das geschieht nicht immer, so dass beispielsweise bei Krankenhausentlassungen trotz vorhandenen Bedarfs aufgrund der nicht gesicherten Dauerhaftigkeit Leistungen nicht gewährt werden und es zu Versorgungslücken kommt.

Noch problematischer bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist das Kriterium der aufgewendeten Zeit, da dabei Pflegebedürftigkeit weitestgehend gleichgesetzt wird mit Pflegebedarf. Die Unterschiede zwischen Pflegebedürftigkeit und -bedarf hat *Wingenfeld (2000: 339)* folgendermaßen charakterisiert:

- Pflegebedürftigkeit ist eine rein deskriptive Kategorie und bezeichnet ganz allgemein den Umstand, dass ein Mensch infolge eines Krankheitsereignisses oder anderer gesundheitlicher Probleme auf pflegerische Hilfen angewiesen ist. Insofern stellt „pflegebedürftig“ ein Merkmal dar, das ausschließlich dem betroffenen Individuum zuzuordnen ist. Pflegebedürftigkeit spricht einen Ausschnitt der Gesamtheit der Hilfebedürftigkeit an, die aus gesundheitlichen Problemlagen erwächst.
- Unter Pflegebedarf ist ein Teil oder die Gesamtheit der pflegerischen Interventionen zu verstehen, die als geeignet und erforderlich gelten, um pflegerisch relevante Problemlagen zu bewältigen – also streng genommen kein Merkmal des Patienten, sondern das Ergebnis eines Prozesses der Beurteilung und Entscheidung, in den u. a. professionelle, kulturelle oder sozialrechtliche Normen einfließen können.

Entsprechend dieser Definition ist der Pflegebedarf aus der Pflegebedürftigkeit, also aus der Art und dem Umfang der Selbständigkeits-einbußen, abzuleiten.

Neben dieser systematischen Schwierigkeit bringt die Ermittlung des erforderlichen Zeitaufwands das Problem mit sich, dass es große individuelle Unterschiede gibt, die durch eine Reihe von Faktoren, wie z. B. Umgebungsbedingungen, Fähigkeiten und Qualifikation der Pflegeperson, individuelle Präferenzen des Pflegebedürftigen, Verfügbarkeit und Nutzung von Hilfsmitteln beeinflusst werden. Diese Einflussfaktoren lassen sich nur unzureichend mit Hilfe von extern definierten Normwerten kontrollieren, so dass eine entsprechende Zuordnung, die immerhin über Leistungsansprüche entscheidet, kaum möglich ist.

10.2 Pflegebedürftigkeitsbegriff und Pflegeleistungen

Die bisher dargelegte Kritik am bestehenden Begriff der Pflegebedürftigkeit bezog sich im Kern auf Aspekte, die den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung berühren, also darüber entscheiden, wer in welchem Umfang Leistungen erhält. Der enge Verrichtungsbezug schließt, wie dargelegt, eine ganze Reihe von Personen mit einem erheblichen Unterstützungsbedarf aus.

Darüber hinaus hat der Begriff der Pflegebedürftigkeit seit seiner Etablierung jedoch auch das gesellschaftliche und sozialpolitische Verständnis davon geprägt, was professionelle Pflege ist und sein soll, nämlich Hilfe bei körperbezogenen Verrichtungen. Am deutlichsten zeigt sich dieses Verständnis in den für die Refinanzierung ambu-

lanter Pflegeleistungen relevanten Leistungskomplexen (in manchen Bundesländern auch Module genannt), die das Leistungsspektrum der ambulanten Pflege in starkem Maße bestimmen. Diese Leistungskomplexe beziehen sich auf Leistungen der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung, also genau der Verrichtungen, die für die Bestimmung von Pflegebedürftigkeit relevant sind. Unterrepräsentiert sind demgegenüber präventive und rehabilitative Pflegekonzepte genauso wie edukative und beratende Ansätze. Ebenso fehlen psychiatrische und psychosoziale Pflegekonzepte und auch Case-Management-Aufgaben können sich unter diesem Verständnis von pflegerischen Handlungen nur schwer entwickeln. Zu befürchten steht angesichts der mit der demografischen Entwicklung einerseits und den Umstrukturierungen im Krankenhaus andererseits einhergehenden Anforderungen, dass es eine zunehmende Diskrepanz zwischen Bedarfslagen und pflegerischem Versorgungsangebot geben wird (*Wingefeld et al. 2007*).

In der Praxis äußert sich diese Einengung pflegerischer Leistungen unter anderem in der Pflegeplanung, die sich vorrangig an den Verrichtungen und nicht am tatsächlichen Bedarf orientiert (*BMFSJ 2002, Bartholomeyczik et al. 2001; Schaeffer/Ewers 2002*). Ökonomisch ausgedrückt werden Art und Umfang von Pflegeleistungen derzeit vornehmlich durch das verfügbare Angebot und nicht durch die bestehende Nachfrage gesteuert (*Deutscher Bundestag 2002; Büscher et al. 2005*).

Diese kurze Übersicht über die Diskussion zum Pflegebedürftigkeitsbegriff verdeutlicht die Notwendigkeit der anstehenden Reform, bei der es darum gehen wird, Pflegebedürftigkeit so zu definieren, dass tatsächlich alle Personen mit einem entsprechenden Bedarf erfasst werden. Darüber hinaus sollte eine Neufassung des Begriffs auch mit

einer Neuausrichtung pflegerischer Leistungen einhergehen, um den vorhandenen Bedarfslagen zielgerichteter als bislang entsprechen zu können.

Damit sind gleichzeitig die Kernpunkte angesprochen, die bei einer Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu Problemen führen können. Ein erweitertes Verständnis von Pflegebedürftigkeit bedeutet einen erweiterten Kreis von leistungsberechtigten Personen. Die damit verbundenen Konsequenzen hinsichtlich der Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung und ihrer Finanzierung gilt es aus Sicht von Politik und Wirtschaft, aber vor allem auch aus der Perspektive der Beitragszahler zu diskutieren. Eine Ausweitung des Kreises der Leistungsbezieher ohne Reduzierung in der Leistungshöhe dürfte kaum ohne erhöhte Beiträge, Zuschüsse aus Steuermitteln oder private Pflichtversicherungen zu finanzieren sein.

Der zweite Kernpunkt der Diskussion betrifft das Verhältnis zwischen fachwissenschaftlicher Diskussion auf der einen und Notwendigkeit juristischer Legaldefinitionen auf der anderen Seite. Pflegebedürftigkeit kann aus verschiedenen Perspektiven betrachtet und definiert werden. Da diese Perspektiven nicht unbedingt deckungsgleich sind, gibt es hier reichlich Diskussionsbedarf. Die wesentlichen Perspektiven werden nachfolgend dargestellt.

10.3 Die pflegewissenschaftliche Perspektive

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht gibt es mehrere Zugangswege zum Phänomen Pflegebedürftigkeit, die nachfolgend kurz dargelegt werden. Als erster Zugangsweg sind die Pflgetheorien zu nennen, die insbesondere deshalb von Bedeutung sind, weil sie versuchen, eine

theoretische Grundlegung der Pflege als Beruf vorzunehmen. Ein solches Unterfangen ist nur dann möglich, wenn Aussagen zum Gegenstand und zum Anlass von Pflege erfolgen oder, anders formuliert, dargelegt wird, wann und warum Menschen der pflegerischen Hilfe bedürfen. Einen bedeutsamen Beitrag zu diesem Verständnis haben die bedürfnisorientierten Pflegetheorien geleistet, deren bekannteste Vertreterinnen *Faye Abdellah, Virginia Henderson und Dorothea Orem sind (Meleis 1991)*.

In diesen Pflegetheorien werden Probleme in Aktivitäten und Lebensbereichen in den Mittelpunkt gestellt, aufgrund derer ein Mensch einen pflegerischen Unterstützungsbedarf hat. *Abdellah et al. (1960)* benennen in diesem Zusammenhang 21 Pflegeprobleme, die sich auf elementare Körperfunktionen, teilweise auf Aktivitäten und auch auf präventive Aspekte beziehen. Bekannter als das Modell der 21 Pflegeprobleme ist sowohl in Deutschland als auch international das Modell von *Virginia Henderson (1960, 1997)*. *Henderson* weist der Pflege sowohl eine kurative wie auch eine kompensatorische Funktion zu. Sie sieht einen entscheidenden Beitrag der Pflege in der Unterstützung des Patienten zur Wiedererlangung von Eigenständigkeit und Unabhängigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten. Insgesamt berücksichtigt *Henderson* in ihrem Ansatz 14 grundlegende Aktivitäten und Bedürfnisse, die sich von physiologischen Funktionen über Ausdrucksformen von Gefühlen bis hin zur Teilhabe am sozialen Leben erstrecken. Pflegebedarf entsteht, wenn ein Individuum nicht zur selbständigen Ausführung dieser Aktivitäten in der Lage ist.

Noch bekannter als ihr bedürfnisorientiertes Pflegemodell ist *Henderson* jedoch durch ihre Definition von Pflege geworden, die sie in den 1960er Jahren im Auftrag des Weltbundes der Pflege (ICN) erarbeitet und vorgelegt hat und die in ihren Grundzügen in der internationalen

Pflegewelt nach wie vor große Bedeutung hat. Die Definition lautet: „Die einzigartige Funktion der Pflege besteht darin, dem kranken oder auch gesunden Individuum bei der Verrichtung von Aktivitäten zu helfen, die seiner Gesundheit oder ihrer Wiederherstellung (oder auch einem friedlichen Sterben) förderlich sind und die es ohne Beistand selbst ausüben würde, wenn es über die dazu erforderliche Stärke, Willenskraft oder Kenntnis verfügte. Sie leistet ihre Hilfe auf eine Weise, dass es seine Selbstständigkeit so rasch wie möglich wiedergewinnt (Henderson 1997, 42). Es ist offensichtlich, dass es sich dabei um ein deutlich erweitertes Pflegeverständnis gegenüber dem jetzt im SGB XI und darüber hinaus vorherrschenden verrichtungsbezogenen und körperorientierten Pflegeverständnis handelt.

Einen ebenso wichtigen Beitrag zum Verständnis von Pflegebedürftigkeit liefert die so genannte Selbstpflegedefizit-Theorie von *Dorothea Orem* (1983, 1997), bei der es sich tatsächlich um drei einzelne, aber eng zusammenhängende Theorien handelt: die Theorie der Selbstpflege, die Theorie des Selbstpflege-Defizits und die Theorie des Pflegesystems. Kurz gefasst geht die Theorie der Selbstpflege davon aus, dass Menschen in ihrem Alltag in der Lage sind, Aktivitäten durchzuführen, die im Hinblick auf die Lebenserhaltung und Bedürfnisbefriedigung sinnvoll oder notwendig sind. *Orem* nennt diese Aktivitäten Selbstpflege-Erfordernisse und die Fähigkeit zur Durchführung dieser Aktivitäten Selbstpflege-Fähigkeit. Die Theorie des Selbstpflegedefizits befasst sich entsprechend mit Personen, deren Fähigkeit zur Erkennung und Befriedigung von einigen oder sämtlichen Selbstpflegeerfordernissen beeinträchtigt ist. Die Theorie des Pflegesystems schließlich bezieht sich auf die Nutzung pflegerischer Hilfen.

Neben den Pflegetheorien ergeben sich wertvolle Hinweise für die Diskussion um Pflegebedürftigkeit aus anderen spezifischen Theorien zur Krankheitsbewältigung wie dem Trajektkonzept (Verlaufskurvenkonzept) nach *Corbin und Strauss (1998 und 2003)*, in dem drei Handlungsbereiche unterschieden werden, denen sich Patienten, Angehörige und berufliche Helfer im Falle chronischer Krankheit und ihrer Folgen stellen müssen: der krankheitsbezogenen Arbeit (die bezogen ist auf die Kontrolle von Erkrankung und Symptomen sowie auf die Durchführung von therapeutischen Interventionen), der alltagsbezogenen Arbeit (die sowohl das Berufsleben, das familiäre Leben und alltägliche existenzerhaltende und bedürfnisbefriedigende Handlungen umfasst) und der Biografiearbeit (bei der es um die Integration der Erkrankung in die persönliche Identität und Biografie geht).

Die nationale und internationale pflegewissenschaftliche und pflegepolitische Diskussion orientiert sich nicht nur an den Pflegetheorien, sondern ebenso an den Äußerungen und Definitionen von relevanten Verbänden sowie Expertengremien, die sich mit dem Gegenstand bzw. Anlass von Pflege befasst haben. Der Amerikanische Pflegeverband bezeichnet Pflege als „Diagnostik und Behandlung menschlicher Reaktionen auf tatsächliche oder potenzielle gesundheitliche Probleme“ (*ANA 1980*). Der Fokus auf den Auswirkungen von Krankheit oder anderen Gesundheitsproblemen findet sich auch in den Ausführungen der Enquête-Kommission des Landtags von *NRW (2005)*, die als vorrangiges Ziel der Pflege den Erhalt, die Förderung und Wiederherstellung von Autonomie in der alltäglichen Lebensführung bezeichnet.

Die pflegewissenschaftliche Perspektive zusammenfassend ist es vor allem die Kategorie der Abhängigkeit von personeller Hilfe, die den

Kern des Verständnisses von Pflegebedürftigkeit ausmacht. Auch die Überzeugung, dass diese Abhängigkeit sich neben körperlichen Verrichtungen auch auf psychische und soziale Dimensionen bezieht, kann pflegewissenschaftlich als Konsens bezeichnet werden.

10.4 Pflegebedürftigkeit aus Sicht anderer wissenschaftlicher Disziplinen

Neben der Pflegewissenschaft gibt es allerdings auch Sichtweisen anderer Wissenschaften zum Phänomen der Pflegebedürftigkeit. Dabei steht weniger eine Charakterisierung von Pflegebedürftigkeit als solcher im Mittelpunkt, sondern eher die Konsequenzen, die daraus erwachsen. Ein Überblick über die Dimensionen von Pflegebedürftigkeit aus der Sicht verschiedener Disziplinen findet sich bei *Mager (1999)*.

Danach geht Pflegebedürftigkeit aus ökonomischer Perspektive einher mit einer Reduktion der Haushaltsproduktivität, d. h. der pflegebedürftige Mensch ist nicht mehr in der Lage, seinen bisherigen Beitrag zum Haushaltseinkommen zu leisten. Darüber hinaus geht Pflegebedürftigkeit in der Regel mit einem finanziellen Mehraufwand einher, sodass es zu einer ökonomischen Belastung von zwei Seiten kommt. Aus ökonomischer Sicht wird von der Planung und Entwicklung innerfamiliärer Pflegesicherungsarrangements ausgegangen. Dahinter verbirgt sich die Annahme, dass innerhalb von Familien durchaus auch auf der Basis ökonomischer Erwägungen Entscheidungen für bestimmte Formen der pflegerischen Versorgung des Familienmitglieds getroffen werden.

Aus soziologischer Perspektive werden u. a. die Aspekte Stigmatisierung und soziale Deklassierung benannt, die im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit relevant sind. Pflegebedürftigkeit gilt noch oftmals als ein irreversibler Zustand, der gleichbedeutend mit einem Ausschluss aus vielen Bereichen gesellschaftlichen Lebens ist. Hinzu kommt, dass einige mit Pflegebedürftigkeit assoziierte Aspekte, wie beispielsweise Probleme mit der Nahrungsaufnahme oder den Ausscheidungen, selten Gegenstand gesellschaftlich akzeptierter Alltagskommunikation sind.

Aus einer sozialpsychologischen Betrachtungsweise geht Pflegebedürftigkeit mit einer Störung von Beziehungen und Kontinuität in sozialen Netzen einher. Bisherige Lebensroutinen und zukünftige Lebensplanungen sind durch Pflegebedürftigkeit empfindlich gestört, oft sogar obsolet. Innerhalb von Partnerschaftsbeziehungen stehen bisherige Rollen zur Disposition, da sie nicht mehr in gewohntem Umfang und der gewohnten Ausprägung ausgefüllt werden können. Für die pflegebedürftigen Menschen selbst sind aus einer individualpsychologischen Perspektive noch der generelle Autonomieverlust und die bedrohte individuelle Identität zu nennen, die im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit entstehen können.

Aus diesen nur kurz angerissenen Bereichen wird deutlich, dass je nach Erkenntnis- und Gestaltungsinteresse sehr unterschiedliche Zugangswege zu Fragen der Pflegebedürftigkeit und der damit verbundenen Konsequenzen für das Individuum, seine Familie, die Gesellschaft und die Akteure, die mit der pflegerischen Versorgung befasst sind, zur Verfügung stehen.

10.5 Die sozialpolitische und sozialrechtliche Perspektive

Eine besondere Bedeutung kommt sicherlich der sozialpolitischen und, damit verbunden, der sozialrechtlichen Perspektive zu, da sie maßgeblich die Regeln festlegt, nach denen pflegebedürftige Menschen mit Unterstützungsleistungen rechnen können und nach denen die Erbringer von Pflegeleistungen ihre Angebote konzipieren und planen können. Aus dieser Perspektive regelt der Begriff der Pflegebedürftigkeit den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung, bestimmt also den Kreis der Anspruchsberechtigten.

Dieser Aspekt spielt auch in der internationalen Diskussion eine wesentliche Rolle. Bislang ist der internationale Diskurs zwar bei weitem noch nicht so weit ausgeprägt wie zu anderen Fragen des Gesundheitswesens, jedoch sind bestimmte Konturen zu erkennen, die auch für die deutsche Diskussion relevant sind.

Eine erste Erkenntnis aus der internationalen Diskussion ist, dass es so etwas wie einen internationalen Begriff der Pflegebedürftigkeit nicht gibt. Wie bereits aus pflegewissenschaftlicher Perspektive dargelegt, kann man zwar von einem Diskurs über Anlässe pflegerischen Handelns ausgehen, die Pflegebedürftigkeit begründen, daraus ergibt sich allerdings keinesfalls ein internationales sozialrechtliches Verständnis. Das Problem internationaler Vergleichbarkeit beginnt bereits bei der Übersetzung des Wortes „Pflegebedürftigkeit“, die sich sehr schwierig gestaltet. Das liegt darin begründet, dass zum einen die im deutschen Sozialrecht verankerte Trennung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit in vielen anderen Ländern in dieser Form unbekannt ist und es entsprechend auch keine Notwendigkeit zur sozialrechtlichen Normierung der Pflegebedürftigkeit gibt. Zum anderen – und

das ist für diesen Zusammenhang entscheidender – findet die internationale sozialpolitische Diskussion unter dem Aspekt von „Eligibility Criteria“, also Zugangskriterien, statt.

Damit ist ein Kern der gesamten sozialpolitischen Diskussion in der bundesdeutschen Pflegeversicherung angesprochen. Es geht letztendlich um den Kreis der leistungsberechtigten Personen und dabei vor allem um die mit der Inanspruchnahme von Leistungen verbundenen Kosten. Die Zugangskriterien sind dabei das entscheidende sozialpolitische Steuerungselement, um die Kosten in den Griff zu bekommen.

Ohne hier erschöpfend die verschiedenen Ansätze darstellen zu können, die international als eligibility criteria angewandt werden, lassen sich einige Prinzipien herausstellen. So stellt sich in vielen Ländern die Frage, ob Leistungen der Langzeitpflege (long-term care ist die international übliche Bezeichnung) für die gesamte Bevölkerung oder nur für die Bevölkerung ab einem bestimmten Alter (in der Regel 65 Jahre) gewährt werden. Beispielsweise gilt in Japan die Versicherungspflicht erst ab 40 Jahren und es gibt zwei Kategorien von Leistungsberechtigten: 40-64-Jährige und über 65-Jährige (*Tsutsui/Muramatsu 2005*).

Ein anderes Kriterium ist die ökonomische Situation der pflegebedürftigen Menschen. Ähnlich wie vor Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland gilt das Risiko, pflegebedürftig zu werden, in vielen Ländern nach wie vor als persönliches Risiko, bei dessen Eintritt nur dann Leistungen gewährt werden, wenn die Betroffenen finanziell nicht in der Lage sind, die damit verbundenen Belastungen zu tragen. In Deutschland wurde Pflegebedürftigkeit als umfassendes Lebensrisiko in die Sozialgesetzgebung aufgenommen. Bedingt durch den Teilkasko-Charakter der Pflegeversicherung spielt das Kriterium

der finanziellen Bedürftigkeit dennoch eine Rolle insofern, als dass Leistungen im Rahmen des SGB XII, früher BSHG, bei finanzieller Bedürftigkeit beantragt werden können.

Ein anderes Steuerungsprinzip besteht im Zusammenhang von Zugangskriterien und Leistungen. Zur Verdeutlichung bieten sich die Beispiele Österreich und Japan an. So kennt das österreichische Pflegevorsorgesystem insgesamt sieben Pflegestufen, gewährt allerdings ausschließlich Geldleistungen, d. h. den Pflegebedürftigen wird ein ihrer Pflegestufe entsprechender Geldbetrag zugestanden, der dazu eingesetzt werden soll, die eigene Pflegesituation zu gestalten. Eine genau entgegengesetzte Entscheidung wurde in Japan getroffen. Dort werden im Rahmen der Pflegeversicherung ausschließlich Sachleistungen gewährt. Eine solche Entscheidung hat natürlich Auswirkungen auf das Verständnis und die Definition von Pflegebedürftigkeit, die im japanischen System als Abhängigkeit von professioneller Hilfe zu verstehen ist. Angewandt auf die deutsche Situation würden durch ein solches Verständnis sämtliche Bezieher des Pflegegeldes aus dem System herausfallen, immerhin mehr als die Hälfte aller Leistungsbezieher.

Die Rolle der Professionen und Berufsgruppen in der pflegerischen Versorgung zeigt sich jedoch nicht nur bei der Frage der Ausgestaltung von Leistungen, sondern kann sich auch noch anders darstellen: So gibt es in Kanada sogenannte Community Care Access Teams, die sich aus Mediziner, Pflegekräften und anderen Berufsgruppen zusammensetzen und die aus professioneller Perspektive entscheiden, ob und in welchem Umfang Leistungen gewährt werden. Eine ähnliche Aufgabe erfüllen die australischen Aged Care Assessment Teams (ACAT).

Auch zur Frage, welche Rolle das Vorhandensein von Angehörigen für den pflegebedürftigen Menschen hat, gibt es international unterschiedliche Antworten. In Deutschland wurde mit der Option, zwischen Geld- und Sachleistung zu wählen, der Tatsache Rechnung getragen, dass Pflegesituationen in der Mehrzahl innerhalb von Familien und sozialen Netzwerken bewältigt werden und dass es gilt, hier eine Unterstützung zu leisten. Dieser Umstand wird auch durch die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson reflektiert. In anderen Ländern bedeutet das Vorhandensein einer Familie, die sich um die Pflege kümmert, dass keine Leistungen gewährt werden, da man davon ausgeht, dass in der Familie ausreichende Ressourcen bereitgestellt werden.

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass eine Reihe von Ländern, vorwiegend in Skandinavien, Großbritannien oder auch Kanada, ihre Langzeitpflegesysteme stärker in eine regionale Verantwortung legen. Allgemein gesprochen gilt dort das Prinzip, dass es eine nationale Rahmengesetzgebung gibt, die einen Mindeststandard bzw. Mindestanforderungen festlegt, die dann auf kommunaler oder regionaler Ebene umzusetzen sind. Dabei wird in Kauf genommen, dass das Leistungsniveau in den jeweiligen Regionen durchaus unterschiedlich sein kann, solange der vorgegebene Mindeststandard eingehalten wird.

10.6 Auf dem Weg zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die vorangegangenen Ausführungen haben mehrere Stränge der Diskussion um den Pflegebedürftigkeitsbegriff dargestellt und die Bedeutung der Diskussion skizziert. Wie deutlich wurde, handelt es sich

zum einen um eine Fachdiskussion innerhalb der Pflegewissenschaft, aber auch im Diskurs verschiedener anderer Wissenschaften. Auf der anderen Seite sind es in der politischen Diskussion vor allem die Festlegung des leistungsberechtigten Personenkreises und die Steuerung des Leistungsgeschehens, die die Diskussion so brisant machen. In dem Diskussionsprozess um die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs besteht aus Sicht aller Beteiligten das Interesse, diesen Prozess auf der Basis eines breiten Konsenses zu gestalten. Diese Bereitschaft zeigt sich auch darin, dass die in dem Gutachten zur Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten (*Wingenfeld et al. 2007*) vorgeschlagenen Elemente eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs zur Grundlage des weiteren Vorgehens bei der Neufassung des Begriffs und des entsprechenden Begutachtungsverfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit gemacht wurden. Danach „wäre eine Person als pflegebedürftig zu bezeichnen, wenn sie

- infolge fehlender personaler Ressourcen, mit denen körperliche oder psychische Schädigungen, die Beeinträchtigung körperlicher oder kognitiver/psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen kompensiert oder bewältigt werden könnten
- dauerhaft oder vorübergehend
- zu selbständigen Aktivitäten im Lebensalltag, selbständiger Krankheitsbewältigung oder selbständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe
- nicht in der Lage und daher auf personelle Hilfe angewiesen ist.“ (*Wingenfeld et al. 2007: 43*)

Damit werden wesentliche Aspekte eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs angesprochen: Pflegebedürftigkeit ist zu verstehen als Abhängigkeit von personeller Hilfe bei Aktivitäten und in Lebensbereichen, die es bei der Festlegung des neuen, sozialrechtlichen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu konkretisieren gilt.

10.7 Das neue Einschätzungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit

Die Entwicklung eines neuen Verfahrens zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit, welches im März 2008 vorgelegt wurde (*Wingensfeld et al. 2008*), hat ihren Ausgangspunkt in diesen Festlegungen genommen. Die Konkretisierung der Aktivitäten und Lebensbereiche erfolgt in Form einer modularen Struktur des neuen Instruments. Bewusst wurde dabei ein umfassendes Verständnis von Pflegebedürftigkeit zugrunde gelegt, das einerseits international anschlussfähig ist, das aber andererseits auch die Möglichkeit offen lässt, das Instrument an zukünftige sozialrechtliche Definitionen von Pflegebedürftigkeit anzupassen.

Die Aktivitäten und Lebensbereiche, die im neuen Instrument für maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit erachtet werden, sind:

- Mobilität (Selbständigkeit bei der Fortbewegung und bei Lageveränderungen des Körpers)
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (dabei handelt es sich weniger um Aktivitäten oder einen Lebensbereich als vielmehr um eine Funktion, die jedoch für die selbständige Lebensführung von hoher Wichtigkeit ist)

- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (die Bedeutung dieser Bereiche ist Bestandteil eines jeden Assessments, dass sich mit der Erfassung von Pflegebedürftigkeit befasst, da es sich hier um mögliche Probleme handelt, die ein hohes Maß an personeller Abhängigkeit mit sich bringen)
- Selbstversorgung (dazu gehören die Aktivitäten Körperpflege, Kleiden, Essen und Trinken sowie Ausscheidung)
- Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (Krankheitsbewältigung bei chronischer Krankheit wird als Aktivität verstanden, die für die autonome Lebensführung entscheidende Bedeutung hat)
- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte (dazu gehören die Tagesstrukturierung, der Schlaf-Wach-Rhythmus und die Pflege sozialer Beziehungen)
- Außerhäusliche Aktivitäten (Teilnahme an sozialen und kulturellen Aktivitäten)
- Haushaltsführung

Die Begutachtung erfolgt in diesen Modulen anhand der Beeinträchtigung der individuellen Selbständigkeit beziehungsweise als Abhängigkeit von personeller Hilfe. Für die Gutachter bedeutet das, dass nicht das Ausmaß von Funktionseinbußen oder, wie im derzeitigen Begutachtungsverfahren, der Zeitaufwand für die Durchführung von Verrichtungen einzuschätzen ist, sondern es ist auf einer vierstufigen Skala zu beurteilen, ob eine Aktivität selbständig, überwiegend selbständig, überwiegend unselbständig oder unselbständig durchgeführt wird. Eine Ausnahme von dieser Regel bilden das Modul 2 (kognitive und kommunikative Fähigkeiten), in dem die Intensität einer funktionalen Beeinträchtigung eingeschätzt wird und Modul 3, in dem die

Häufigkeit des Auftretens von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen ermittelt wird.

Die Ergebnisse der Einschätzung werden gesondert für jedes Modul, aber insgesamt einheitlich anhand einer fünfstufigen Skala dargestellt, in der die Abstufungen:

- Selbständig
- Geringe Beeinträchtigungen
- Erhebliche Beeinträchtigungen
- Schwere Beeinträchtigungen
- Völliger/weitgehender Verlust (von Selbständigkeit)

unterschieden werden.

Der Differenzierungsgrad der Einschätzung ist dabei zu verstehen als ein Kompromiss zwischen verschiedenen Anforderungen, die an ein solches Instrument zu stellen sind. So sollen die Einschätzungsergebnisse vorrangig geeignet sein, eine Zuordnung von Leistungsansprüchen aus der Pflegeversicherung und evtl. anderer Leistungsträger zu ermöglichen. Sie sollen darüber hinaus jedoch auch geeignet sein, Verwendung in der Pflege- und/oder Versorgungsplanung zu finden und die Dauer der Begutachtung sollte aus Akzeptanz- und Kostengründen nicht wesentlich über 60 Minuten liegen. All diese Anforderungen können durch das neue Instrument als erfüllt angesehen werden.

Zur Erarbeitung des neuen Begutachtungsinstruments gehörte auch die Entwicklung einer Bewertungssystematik, aufgrund derer eine Einordnung der pflegebedürftigen Personen erfolgen kann. Eine de-

taillierte Darstellung der Bewertungssystematik würde den Umfang dieses Beitrags sprengen, so dass dafür auf andere Quellen verwiesen wird (*Wingenfeld et al. 2008*). An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Pflegebedürftigkeit in dem neuen Verfahren anhand eines Punktwertes zwischen 0 und 100 ausgedrückt wird. Basierend auf dieser Bewertungssystematik wurde vorgeschlagen, in Zukunft fünf Stufen der Pflegebedürftigkeit zu unterscheiden:

- Stufe P1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit
- Stufe P2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit
- Stufe P3: Schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit
- Stufe P4: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit
- Stufe P5: besondere Bedarfskonstellationen

Die Bewertungssystematik erlaubt auch andere Überlegungen zu Stufen der Pflegebedürftigkeit, jedoch gaben die Ergebnisse eines Pretests Grund zu der Annahme, dass eine fünfstufige Systematik eine ausreichende Differenzierung darstellt. Darüber hinaus enthält das Instrument Aspekte zur Abklärung eines Rehabilitationsbedarfs, Möglichkeiten zur Einschätzung des Hilfsmittelbedarfs und zur Ermittlung präventionsrelevanter Risiken.

Eine besondere Herausforderung bestand in der Entwicklung eines Verfahrens zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern. Das neue Begutachtungsinstrument ist unverändert für diesen Zweck nutzbar, allerdings wurden im Begutachtungsmニュアル, also in den Anweisungen wie mit dem neuen Instrument zu verfahren ist, auf Besonderheiten bei der Begutachtung von Kindern hingewiesen. Der wesentliche Unterschied besteht jedoch in der Bewertung der Einschätzungsergebnisse. In der Kinderbegutachtung drücken die Ein-

schätzungsergebnisse nicht die Abhängigkeit von personeller Hilfe aus, sondern die Abweichung von der Selbständigkeit eines gesunden, altersentsprechend entwickelten Kindes. Die Altersgrenzen der altersentsprechenden Entwicklung wurden über eine umfangreiche Literaturanalyse festgelegt.

Das neue Begutachtungsinstrument setzt die dargestellten ‚Elemente eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs‘ konsequent um. Darüber hinaus wird es in den weiteren politischen Beratungen darum gehen müssen, Pflegebedürftigkeit sozialrechtlich zu operationalisieren, um den Zugang zu und die Höhe von Leistungen juristisch einwandfrei regeln zu können.

10.8 Literatur

ANA – American Nurses Association (1980), A social policy statement. Kansas City.

Abdellah F G/Beland I L (1960), Patient centered approaches to nursing. New York: Macmillan.

Bartholomeyczik S/Hunstein D/Koch V/Zegelin-Abt A (2001), Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs. Evaluation der Orientierungswerte für die Zeitbemessung. Frankfurt am Main: Mabuse.

BMFSJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin.

Büscher A/Boes C/Budroni H/Hartenstein A/Holle B (2005), Finanzierungsfragen der häuslichen Pflege. Eine qualitative Untersuchung zur Einführung personenbezogener Budgets. Abschlussbericht. Witten.

Corbin J/Strauss A (1998), Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheit. In: Woog, P. (Hg.): Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Modell. Wiesbaden: Ullstein Mosby, 1–30.

- Corbin J/Strauss A (2003), *Weiterleben lernen*. Bern: Huber.
- Deutscher Bundestag (2002), *Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“*. Berlin: Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode.
- Henderson V (1960), *Basic Principles of Nursing Care*. London: International Council of Nurses.
- Henderson V (1997), *Das Wesen der Pflege*. In: Schaeffer D/Moers M/Steppe H/Meleis A (Hrsg.), *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. Bern: Huber, 39–54.
- Landtag NRW (2005), *Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen*. Düsseldorf.
- Mager H-C (1999), *Pflegebedürftigkeit: Dimensionen und Determinanten*. In: Eisen R/Mager H-C (Hrsg.), *Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherung in ausgewählten Ländern*. Opladen: Leske + Budrich, 29–78.
- Meleis A I (1991), *Theoretical Nursing. Development and Progress*. New York: Lippincott.
- Orem D E (1983), *The self care deficit theory of nursing: A general theory*. In: Clements I/Roberts F (Hrsg.), *Family health: A theoretical approach to nursing care*. New York: Wiley.
- Orem D E (1997), *Eine Theorie der Pflegepraxis*. In: Schaeffer D/Moers M/Steppe H/Meleis A (Hrsg.), *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. Bern: Huber, 85–96.
- Tsutsui T/Muramatsu N (2005), *Care-needs certification in the long-term care insurance system of Japan*. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 53, 3, 522–527.
- Schaeffer D/Ewers M (2002), *Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker*. Bern: Huber.
- Wingenfeld K (2000), *Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen*. In: Rennen-Allhoff B/Schaeffer D (Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Juventa, 339–361.

Wingefeld K/Büscher A/Schaeffer D (2007), Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Projektbericht. Bielefeld.

Wingefeld K/Büscher A/Gansweid B (2008), Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Projektbericht. Bielefeld

11 Die Soziale Pflegeversicherung zwischen Armutsvermeidung und Beitragssatzstabilität

Hendrik Dräther und Isabel Rehbein

11.1 Die armutsvermeidenden Ziele der Gesetzlichen Pflegeversicherung

Nach langjähriger und intensiver Diskussion wurde 1995 die Gesetzliche Pflegeversicherung (GPV) eingeführt, nachdem zuvor immer mehr Pflegebedürftige in sozialen Notlagen geraten waren (*siehe Schulin 1997*).⁷⁶ Als problematisch angesehen wurde u. a. der stetig gestiegene Personenkreis an Pflegebedürftigen mit Ansprüchen auf Hilfen zur Pflege, die von den Sozialhilfeträgern nach §§ 68 ff. Bundessozialhilfegesetz (BSHG) gewährt und finanziert wurden. Etwa 450.000 Pflegebedürftige waren Ende 1995 hilfsbedürftig, was etwa einem Fünftel aller Empfänger und Empfängerinnen von Sozialhilfeleistungen entsprach.⁷⁷ Ca. 80 % der stationär versorgten Pflegebedürftigen waren zugleich auch Sozialhilfebezieher (*Bundestagsdrucksache 12/5262, 61–62*). Zum anderen mussten die Sozialhilfeträger im selben Jahr über 4,6 Mrd. € bzw. etwa 20 % ihrer Ausgaben für Sozialhilfebezieher in solchen besonderen Lebenslagen aufwenden (*siehe Roth/Roth-*

⁷⁶ Einführung der Pflegeversicherung nach dem Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) vom 26.5.1994 (BGBl I S. 1014).

⁷⁷ Siehe Statistisches Bundesamt 1999, 463, und Statistisches Bundesamt 2002.

gang 2001). Insbesondere diese fiskalischen Belastungen stellten eine aus Sicht der Sozialhilfeträger kaum noch tragbare fiskalische Last dar, der schließlich durch die obligatorische Absicherung des Pflegerisikos begegnet wurde (*siehe Wasem/Greß et al. 2004*).

Die GPV übernimmt u. a. originäre armutsvermeidende Funktionen, die darin bestehen, die Sozialhilfebedürftigkeit von Pflegebedürftigen zu verringern und die Sozialhilfeausgaben im Rahmen von Hilfen zur Pflege deutlich zu reduzieren (*siehe Rothgang 1997*). Mit der Pflegeversicherung wurde die Sozialversicherung um einen fünften Zweig erweitert, um weitere Personenkreise entweder aus der Sozialhilfebedürftigkeit herauszuholen oder zu verhindern, dass sie überhaupt erst sozialhilfebedürftig werden (*siehe auch Kranz 1998, 47 ff.*).

Die Zahl der Pflegebedürftigen, die ihren Lebensunterhalt nur mit Unterstützung durch Sozialhilfeleistungen bestreiten können, ist nach Einführung der GPV deutlich zurückgegangen. Ende 2004 bezogen etwas mehr als 246.000 privat, gesetzlich und nicht Versicherte Hilfen zur Pflege (*siehe Tabelle 11-2*). Das sind im Vergleich zu 1995 über 200.000 Personen weniger. Da in der Zeit von 1995 bis Ende 2004 die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt kontinuierlich gestiegen ist, wäre 2004 die Zahl der Pflegebedürftigen mit Anspruch auf Hilfen zur Pflege c. p. wahrscheinlich deutlich größer gewesen als im Vergleich zum Einführungsjahr der GPV, wenn es diese nicht gegeben hätte (*siehe Roth 2001*).

Die Versicherungs(geld)leistungen der GPV des Jahres 2007 unterscheiden sich von denen des Jahres 1997 – dem Jahr, in dem erstmals ganzjährig sowohl ambulante als auch stationäre Versicherungsleistungen gewährt wurden – lediglich in ihrer Kaufkraft: Sie wurden seit ihrer Einführung bis Mitte 2008 bzw. zum Inkrafttreten des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (BGBl I S. 874) vom 28.5.2008 im Wesentlichen nicht verändert. Das reale Leis-

tungsniveau der Versicherungsleistungen der GPV ist somit in den letzten Jahren inflationsbedingt kontinuierlich gesunken und es stellt sich die (normative) Frage nach dem angemessenen Leistungsniveau für die Jahre ab 2008. Diese Frage ist nur im Zusammenhang mit weiteren und zum Teil konfligierenden sozialpolitisch und ökonomisch relevanten Zielen zu beantworten.

11.2 Beitragssatzstabilität in der Sozialen Pflegeversicherung

Zu den weiteren originären Zielen der Sozialen Pflegeversicherung (SPV), in der über 70 Mio. Personen versichert sind und die damit den größten Teil der Gesetzlichen Pflegeversicherung ausmacht, gehört u. a. auch jenes der Beitragssatzstabilität (§ 30 SGB XI). Dieses Ziel hatte bis 2008 eine relativ große Bedeutung und beinhaltete u. a., dass Versicherungsleistungen nur im Rahmen eines gegebenen Beitragssatzes von 1,75 % bzw. 1,95 % (§ 55 SGB XI) hätten angehoben werden können. Da seit dem Jahr 1999 – mit Ausnahme von 2006 – das Beitragsaufkommen eines Jahres nicht ausreichte, um die Leistungsausgaben desselben Jahres zu decken (*siehe Beitrag Dräther/Holl-Manoharan in diesem Band*), waren aus fiskalischer Perspektive allgemeine Leistungsanhebungen nahezu ausgeschlossen. In den nächsten Jahren und insbesondere in den nächsten Jahrzehnten sind innerhalb der SPV erhebliche Ausgabensteigerungen abzusehen, die mit dem derzeitigen Beitragssatz (Stand 2009) von 1,95 bzw. 2,2 % und auf Basis der bestehenden Beitragsbemessungsgrundlage langfristig nicht finanzierbar sind. Eine strikte Einhaltung des Ziels der Beitragssatzstabilität hätte daher zur Folge, dass auch in den nächsten Jahren und Jahrzehnten die Versicherungsleistungen nominell konstant bleiben oder sogar abgesenkt werden müssten.

Mit dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung wurde die Dynamisierung der Leistungen nach § 30 SGB XI zwar von der Beitragssatzstabilität ent- und an eine „kumulierte Preisentwicklung“ angekoppelt, soweit diese „nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung“ (§ 30 S. 2 SGB XI). Die kumulierte Preisentwicklung dient aber nur als möglicher „Orientierungswert“ für eine Anpassung der Versicherungsleistung und zudem auch nur dann, wenn die „gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen“ (§ 30 S. 3 SGB XI) es erlauben. Da diese Regelung zudem erst im Jahr 2014 in Kraft treten soll, ist auch nach der 2008er Reform zu untersuchen, inwieweit das derzeitige Leistungsniveau der GPV sich mit weiteren sozialpolitisch relevanten Zielen „verträgt“.

In Verbindung mit der Inanspruchnahme von Hilfen zur Pflege sind die nach Art der Inanspruchnahme differenzierten Versicherungsleistungen der GPV – gemessen an den armutsvermeidenden Zielen der GPV – nicht sachgerecht ausgestaltet (*siehe Tabelle 11–1*). Denn Ende des Jahres 2004 wurden über 191.000 der mehr als 246.000 Pflegebedürftigen mit Anspruch auf Hilfe zur Pflege stationär versorgt (*siehe Tabelle 11–2*). Obwohl die Leistungen der SPV für stationär versorgte Pflegebedürftige im Vergleich zur ambulanten Pflege in den Pflegestufen I und II viel höher ausfallen, waren von den 628.892 Pflegebedürftigen im Bundesdurchschnitt über 30 % auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen (*ebenda*)⁷⁸.

⁷⁸ Nach Regionen betrachtet kann der Anteil der Pflegebedürftigen, der auch auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen ist, deutlich höher (und auch niedriger) ausfallen.

Von den ambulant versorgten Pflegebedürftigen bezogen dagegen „nur“ 4,3 % Sozialhilfeleistungen, was im Vergleich zum Anteil der Wohnbevölkerung, von der etwa 3,3 % auf Sozialhilfeleistungen angewiesen waren (*ebenda und Statistisches Bundesamt 2008, 265*), immer noch ein überdurchschnittlich hoher Wert ist.⁷⁹ Stationär versorgte Pflegebedürftige haben im Vergleich zu ambulant Versorgten eine siebenmal höhere Prävalenz bei der Inanspruchnahme von Hilfen zur Pflege, sodass die Versicherungsleistungen der SPV für stationäre Pflege in Bezug auf ihre armutsvermeidenden Ziele eher zu niedrig ausfallen.

Tabelle 11-1: Übersicht über die Leistungen der Pflegeversicherung nach Leistungsarten in Euro*

Leistungsart		Pflegestufe**		
		I	II	III
Häusliche Pflege	Pflegesachleistungen bis	384 €	921 €	1.432 € (1.918 €)
	Pflegegeld	205 €	410 €	665 €
Kurzzeitpflege	Pflegeaufwendungen bis	119 €	119 €	119 €
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen bis	384 €	921 €	1.432 €

...

⁷⁹ Weil keine Statistiken zur Verfügung standen, in denen auch die privat versicherten Pflegebedürftigen hinreichend differenziert abgebildet sind, wurde der Anteil an Pflegebedürftigen, die Sozialhilfeleistungen beziehen, auf den Kreis der gesetzlich Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) bezogen. Der Anteil an Pflegebedürftigen mit Bezug von Sozialhilfeleistungen wird in *Tabelle 11-2* leicht überschätzt (und nicht unterschätzt!), da die Gesamtzahl an Pflegebedürftigen um ca. 95.000 zu gering ausfällt.

Leistungsart		Pflegestufe**		
		I	II	III
Ergänzende Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem Betreuungsbedarf	Leistungsbetrag bis	38 €	38 €	38 €
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen pauschal	1.023 €	1.279 €	1.432 € (1.688 €)

* Zusätzlich gibt es Leistungen der Pflegeversicherung zur Pflegevertretung, für behinderte Menschen, Hilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes und Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen.

** Pflegestufe I: Erhebliche Pflegebedürftigkeit
Pflegestufe II: Schwer Pflegebedürftige
Pflegestufe III: Schwerst Pflegebedürftigkeit (in Härtefällen)

Quelle: Sozialordnung 2004, 25

WIdO 2009

Jahr/Pflegetyp	Anzahl Sozialhilfeempfänger		Anteil Sozialhilfeempfänger an Pflegebedürftigen in %
	SPV und PPV am Jahresende*	nur SPV am Jahresende	
1999 Gesamt	247.333	1.826.362	13,5
davon: – ambulant**	56.616	1.280.379	4,4
– stationär	190.868	545.983	35,0
2000 Gesamt	261.404	1.822.104	14,3
davon: – ambulant**	58.797	1.260.760	4,7
– stationär	203.634	561.344	36,3
2001 Gesamt	255.883	1.839.602	13,9
davon: – ambulant**	60.514	1.261.667	4,8
– stationär	195.531	577.935	33,8
2002 Gesamt	246.212	1.888.969	13,0
davon: – ambulant**	59.801	1.289.152	4,6
– stationär	186.591	599.817	31,1

... ⇨

Tabelle 11-2: Fortsetzung

Jahr/Pflegetyp	Anzahl Sozialhilfeempfänger		Anteil Sozialhilfeempfänger an Pflegebedürftigen in %
	SPV und PPV am Jahresende*	nur SPV am Jahresende	
2003 Gesamt	242.066	1.895.417	12,8
davon: – ambulant**	55.405	1.281.398	4,3
– stationär	186.867	614.019	30,4
2004 Gesamt	246.372	1.925.703	12,8
davon: – ambulant**	55.233	1.296.811	4,3
– stationär	191.324	628.892	30,4

* Wegen Doppelzählungen bei teilstationären Leistungen ist die Zahl der Sozialhilfeempfänger insgesamt etwas kleiner als die Summe der ambulanten und stationären Sozialhilfeempfänger.
** Geld- und Sachleistung

Quelle: Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes und BMG; verschiedene Jahrgänge; eigene Darstellung

WIdO 2009

Auch bei einer fiskalischen Betrachtung sind die gegebenen Ausgaben der GPV nicht vollständig auf ihre armutsvermeidenden Ziele abgestimmt, da von den ca. 2,5 Mrd. €, die im Jahr 2004 für Hilfen zur Pflege insgesamt aufgewendet wurden, fast 80 % (1.988 Mrd. €) auf stationär Versorgte entfielen (*siehe Tabelle 11-3*). Auf der anderen Seite entfallen nur etwa 20 % dieser Sozialhilfeausgaben auf ambulant versorgte Pflegebedürftige. Um die Sozialhilfeträger von ihren Ausgaben für Hilfen zur Pflege zu entlasten und die Zahl der Pflegebedürftigen mit Anspruch auf Sozialhilfeleistungen zu reduzieren, sollten die Versicherungsleistungen der GPV für stationäre Pflege demnach erhöht werden.

Tabelle 11-3: Entwicklung der Sozialhilfenettoausgaben für „Hilfe zur Pflege“ im ambulanten und stationären Sektor

Jahr/Pflegetyp	Sozialhilfeausgaben in 1.000 Euro (Netto)	proz. Anteil an Gesamt	Bezieher im Laufe des Jahres	Sozialhilfeausgaben pro Bezieher in 1.000 Euro (Netto)
1999 Gesamt	2.319.851	100,0	310.827	7,5
davon: –ambulant*	396.851	17,1	81.941	4,8
–stationär	1.923.000	82,9	228.886	8,4
2000 Gesamt	2.314.717	100,0	326.847	7,1
davon: –ambulant*	413.464	17,9	79.558	5,2
–stationär	1.901.254	82,1	247.289	7,7
2001 Gesamt	2.349.025	100,0	334.465	7,0
davon: –ambulant*	439.420	18,7	83.277	5,3
–stationär	1.909.606	81,3	251.188	7,6
2002 Gesamt	2.421.294	100,0	314.975	7,7
davon: –ambulant*	473.639	19,6	85.779	5,5
–stationär	1.947.655	80,4	229.196	8,5
2003 Gesamt	2.420.352	100,0	328.051	7,4
davon: –ambulant*	514.889	21,3	86.625	5,9
–stationär	1.905.463	78,7	241.426	7,9
2004 Gesamt	2.513.251	100,0	330.932	7,6
davon: –ambulant*	525.181	20,9	88.805	5,9
–stationär	1.988.070	79,1	242.127	8,2

* Geld- und Sachleistung

Quelle: Sozialhilfestatistik Statistisches Bundesamt; verschiedene Jahrgänge

WIdO 2009

11.3 Pflegereform 2008 und Stärkung der häuslichen Pflege

Gleichzeitig soll der häuslichen Pflege, die von den Betroffenen (Pflegebedürftige und ein Großteil der Angehörigen) eindeutig präferiert wird, „Vorrang“ (§ 3 SGB XI) eingeräumt werden (*siehe z. B. Runde et al. 2002 und Blinkert 2004*). Diese gewünschte Pflegeform wurde mit

dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung auch gestärkt, da in erster Linie diejenigen Versicherungsleistungen angehoben wurden, die sich auf die ambulante Pflege (u. a. ambulante Sachleistungsbeträge und Pflegegeld, Ausbau der Tages- und Nachtpflege sowie niederschwelliger Betreuungsangebote, Einführung einer Pflegezeit und bessere Versorgung von Demenzerkrankten) konzentrieren. Leistungen für (voll-)stationäre Pflege werden bis 2014 grundsätzlich nicht angehoben. Bei der jüngsten Reform der GPV standen sich daher erneut konkurrierende Ziele gegenüber (u. a. Beitragssatzstabilität und Vorrang der häuslichen Pflege auf der einen Seite und die beiden armutsvermeidenden Ziele der Vermeidung von Sozialhilfebedürftigkeit von Pflegebedürftigen und der Reduzierung der entsprechenden Sozialhilfeausgaben). Den armutsvermeidenden Zielen wurden bei dieser Reform die geringste Beachtung geschenkt.

Ende 1999 gab es 247.333 Pflegebedürftige mit Anspruch auf Hilfe zur Pflege, während es Ende 2004 nur geringfügig weniger waren (246.372) (*siehe Tabelle 11-2*).⁸⁰ Die Zahl der Pflegebedürftigen, die ihren Lebensunterhalt einschließlich der bezogenen Versicherungsleistungen selbst nicht mehr bestreiten konnten, hat sich demnach in der Zeit von 1999 bis Ende 2004 in absoluten Zahlen kaum verändert. Da die Anzahl der Pflegebedürftigen insgesamt in diesem Zeitraum gestiegen ist, war der Anteil derer, die nach § 61 SGB XII (bis Ende 2004 §§ 68 ff. BSHG) auch „Hilfe zur Pflege“ bezogen haben, tendenziell sogar rückläufig.

⁸⁰ Da privat und gar nicht Versicherten bei der in Tabelle 2 ausgewiesenen Gesamtzahl an Pflegebedürftigen nicht berücksichtigt wurden, sind heute höchstens 12,8 % der Pflegebedürftigen und ihrer Familienangehörigen direkt von Armut betroffen.

Aufgrund dieser Entwicklung, ist die politische Schwerpunktsetzung, auch in den nächsten Jahren nominell konstante Versicherungsleistungen für die stationäre Pflege beizubehalten, durchaus auch nachvollziehbar. Zu erwarten gewesen wäre, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen mit Ansprüchen auf Hilfen zur Pflege aufgrund nominell konstanter Versicherungsleistungen der GPV im selben Zeitraum gestiegen wäre. Dies lässt sich im Zeitverlauf aber nicht beobachten.

Die Entwicklung bei der Zahl der Bezieher an Hilfen zur Pflege führte auch dazu, dass die Sozialhilfenettoausgaben für Hilfen zur Pflege nur leicht von 2,3 Mrd. € (1999) auf etwa 2,5 Mrd. € Ende 2004 angestiegen sind. Der Zuwachs von insgesamt etwa 0,2 Mrd. Euro bei diesem Teil der Sozialhilfenettoausgaben konzentrierte sich auf den Kreis der ambulant Versorgten, bei denen die Ausgaben um etwas mehr als 0,125 Mrd. gestiegen sind (*siehe Tabelle 11-3*).⁸¹ Weiterhin entfallen aber immer noch fast 80 % der Ausgaben für Hilfe zur Pflege auf Pflegebedürftige, die stationär versorgt werden.

⁸¹ Dabei bleibt die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege insgesamt im Laufe der Jahre nahezu konstant (*Tabelle 11-4* zeigt die Zahlen am Jahresende). Das bedeutet, dass die Ausgaben pro Empfänger angestiegen sind (und dies insbesondere für ambulant versorgte Pflegebedürftige).

11.4 Induziert die Pflegeversicherung Fehlanreize?

Nicht nur dem unmittelbaren und kurzfristig ausgelegten Ziel der Beitragssatzstabilität widerspricht die finanzielle Besserstellung der in fiskalischer Hinsicht „teuren“ stationären Pflege. Möglicherweise würden auch „falsche“ Verhaltensanreize gesetzt, die dazu führten, dass vermehrt stationäre Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden, die c. p. mit einem höheren Beitragssatz gegenfinanziert werden müsste. Tatsächlich lässt sich in den letzten Jahren ein solcher Trend beobachten: Während Ende 1999 noch 29,9 % bzw. 545.982 der insgesamt 1,826 Mio. Pflegebedürftigen stationär versorgt wurden, waren es Ende 2004 schon 628.892 Pflegebedürftige bzw. 32,7 %. Diesen Trend jedoch als „Heimsog“ zu bezeichnen, wie dies u. a. im Vorfeld der Einführung der GPV – mit nachvollziehbaren Argumenten – geschah (*siehe Schulz-Nieswandt 1995*), wäre aber nicht sachgerecht. Zudem ist nicht ersichtlich, ob der Trend hin zur stationären Pflege auf im Vergleich zur ambulanten Pflege höhere Versicherungsleistungen der GPV zurückzuführen ist (*siehe Tabelle 11-4*). Das Inanspruchnahmeverhalten der Pflegebedürftigen ist vielmehr in Verbindung mit den (relativen und absoluten) Selbstkostenanteilen zu sehen, die in Abhängigkeit von der jeweiligen Pflegeform und nach Bezug der Versicherungsleistungen unterschiedlich hoch ausfallen können. Die Selbstkosten eines Pflegebedürftigen ergeben sich aus den Pflege-, Hotel-, Investitions- und Unterhaltskosten nach Abzug der Leistungen der GPV.

Auch wenn eine Abgrenzung der in der ambulanten Pflege anfallenden Kosten – insbesondere im Vergleich zur stationären Pflege – schwierig ist, bleibt die stationäre Pflege nach Abzug der Versicherungsleistungen der GPV für Pflegebedürftige die im Durchschnitt

teurere Pflegeform. Denn von den stationär versorgten Pflegebedürftigen sind – wie bereits erwähnt – über 30 % auf Sozialhilfezahlungen angewiesen, während es von den ambulant Gepflegten weniger als 5 % sind (*siehe Tabelle 11–2*). Unter der (vereinfachenden) Annahme, dass die Einkommenssituation von stationär versorgten Pflegebedürftigen keine grundsätzlich andere ist als die ambulant Gepflegter, muss der Selbstkostenanteil bei stationär versorgten Pflegebedürftigen im Durchschnitt wesentlich höher liegen.

Eine solche vereinfachende Durchschnittsbetrachtung ist möglicherweise zu pauschal und hinsichtlich der tatsächlichen Einkommensverhältnisse von ambulant und stationär versorgten Pflegebedürftigen nicht angemessen. Zum Beispiel kann es Pflegebedürftige geben, für die ambulante Pflege teurer ist als stationäre. Dies ist z. B. dann der Fall, wenn die „Hotelkosten“ der eigenen Wohnung sehr hoch sind. Weil aber „Armut“ bei Pflegebedürftigen in der stationären Pflege wesentlich häufiger ist, entfalten die zugehörigen Versicherungsleistungen der GPV in vielen Fällen Anreize, die sich auf dem Einkommensniveau des durch die Sozialhilfe sichergestellten Existenzminimums bewegen.⁸²

⁸² Trittbrettfahrerei im ökonomischen Sinne ist im Bezug auf die Anreizwirkungen der Leistungen der GPV natürlich nicht ausgeschlossen, muss aber in Verbindung mit einer großen Zahl an Pflegebedürftigen betrachtet werden, die ohne Sozialhilfeleistungen unterhalb des Existenzminimums leben würden.

Tabelle 11–4: Verhältnis ambulanter zur stationärer Inanspruchnahme

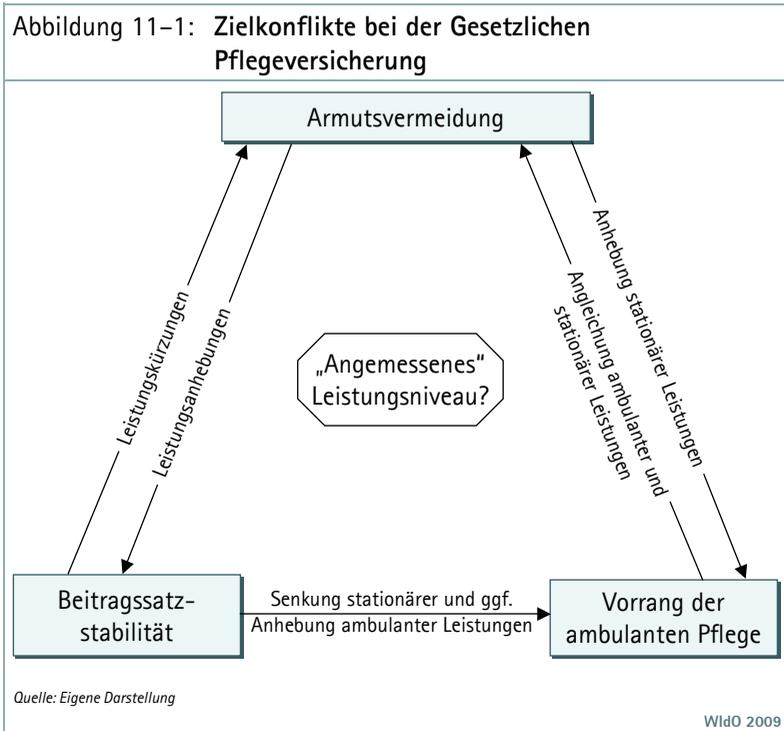
Jahr/Pflegetyp	Prozentuale Anteile – Zeilenprozent					Verhältnis ambulant zu stationär
	Pflegestufe			zusammen		
	I	II	III	in %	absolut	in %
1999 Gesamt	47,8	38,3	14,0			
davon: –ambulant*	52,2	36,9	10,9	100	1.280.379	70,1
–stationär**	37,4	41,5	21,1	100	545.983	29,9
2000 Gesamt	49,0	37,5	13,5			
davon: –ambulant*	54,1	35,6	10,4	100	1.260.760	69,2
–stationär**	37,6	41,8	20,6	100	561.344	30,8
2001 Gesamt	49,8	36,9	13,2			
davon: –ambulant*	55,3	34,6	10,1	100	1.261.667	68,6
–stationär**	37,9	42,0	20,1	100	577.935	31,4
2002 Gesamt	50,6	36,3	13,1			
davon: –ambulant*	56,3	33,8	9,9	100	1.289.152	68,2
–stationär**	38,4	41,6	20,0	100	599.817	31,8
2003 Gesamt	51,2	35,8	12,9			
davon: –ambulant*	57,2	33,1	9,6	100	1.281.398	67,6
–stationär**	38,7	41,4	19,8	100	614.019	32,4
2004 Gesamt	51,5	35,6	12,9			
davon: –ambulant*	57,5	32,9	9,6	100	1.296.811	67,3
–stationär**	39,0	41,2	19,8	100	628.892	32,7
	Prozentuale Anteile – Spaltenprozent					
	Pflegestufe			zusammen		
2004	I	II	III	zusammen		
ambulant*	75,3	62,2	49,5	67,3		
stationär	24,7	37,8	50,1	32,7		
zusammen in %	100	100	100	100		
zusammen absolut	991.467	685.558	248.678	1.925.703		
<p>* ambulant bedeutet Geld- und Sachleistung sowie die Tatsache, dass der Lebensschwerpunkt zu Hause ist. ** stationär bedeutet Dauerpflege im Heim</p>						
Quelle: BMG						
WIdO 2009						

Die Zahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen stieg im Zeitverlauf insgesamt von ca. 545.983 Ende 1999 auf 628.892 Pflegebedürftige Ende des Jahres 2004 an (*siehe Tabelle 11-4*). Tendenziell hat es einen überdurchschnittlichen Zuwachs an stationär versorgten Pflegebedürftigen in der Pflegestufe I gegeben, sodass ihr Anteil von 37,4 % im Jahr 1999 auf 39 % stieg. In der Pflegestufe I sind die finanziellen Unterschiede zwischen ambulanten und stationären Versicherungsleistungen am größten (*ebenda*). Dies spricht zwar dafür, dass die finanziellen Anreize der GPV wirken, dennoch sind diese erst in einer weitergehenden Untersuchung zu analysieren, die auch die relativen und absoluten Selbstkosten umfasst.

11.5 Fazit

Bei der Suche nach einem „angemessenen“ Leistungsniveau der GPV sind Zielkonflikte zwischen der Beitragssatzstabilität, der Vermeidung von Sozialhilfebedürftigkeit bei Pflegebedürftigkeit und dem Vorrang der häuslichen gegenüber der stationären Pflege unvermeidbar (*siehe Abbildung 11-1*). Eine Anhebung der Versicherungsleistungen der GPV widerspricht der Beitragssatzstabilität – insbesondere vor dem Hintergrund einer absehbar steigenden Zahl an Pflegebedürftigen. Eine (weitere) Absenkung der realen Kaufkraft von Versicherungsleistungen bei stationärer Pflege kann den Anstieg der Ausgaben der GPV insgesamt mildern. Dann aber würde mit hoher Wahrscheinlichkeit die Zahl der Bezieher von „Hilfe zur Pflege“ erheblich steigen, was dem armutsvermeidenden Ziel der SPV entgegensteht. Um Sozialhilfeabhängigkeit bei stationär versorgten Pflegebedürftigen zu vermeiden, sollten eher die Versicherungsleistungen der GPV und somit auch die Beitragssätze angehoben werden. Den Vorrang von Versicherungsleistungen bei ambulanter Pflege gegenüber Leistungen

bei stationärer Pflege in finanzieller Hinsicht noch mehr zu stützen, kann den armutsvermeidenden Zielen der GPV widersprechen. Die Frage nach einem finanzierbaren und zugleich „angemessenen Leistungsniveau“ bei der GPV kann zwar im Wesentlichen nur politisch-normativ beantwortet werden kann. Die zu berücksichtigten sozialpolitischen Ziele u. a. der Armutsvermeidung stellen dabei jedoch eine zentrale Norm dar, die historisch gewachsen ist und als eine gesellschaftliche Errungenschaft mindestens zu bewahren ist.



11.6 Literaturverzeichnis

Blinkert B, Klie T (2004), Solidarität in Gefahr? Veränderung der Pflegebereitschaften und Konsequenzen für die Altenhilfe und Pflege: 293-315.

Bundesamt für Gesundheit und Sozialordnung (Hrsg.) (2004), Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Berlin, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Bundestagsdrucksache 12/5262, 61-62.

Kranz N (1998), Die Bundeszuschüsse zur Sozialversicherung. Schriften zum Sozial- und Arbeitsrecht. Berlin: Duncker & Humblot.

Roth G (2000), Fünf Jahre Pflegeversicherung in Deutschland: Funktionsweise und Wirkungen. Sozialer Fortschritt 8-9, 184-192.

Roth G. und Rothgang H (2001), Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 292-305.

Rothgang H (1997), Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Frankfurt: Campus.

Runde P, Giese R et al. (2002), Einstellungen und Verhalten zur häuslichen Pflege im Vergleich von 1997 und 2002. Ergebnisse von zwei schriftlichen Befragungen bei AOK-Leistungsempfängern der Pflegeversicherung. Bonn: Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung, 44.

Schulin B (1997), Geschichte und Zukunftsperspektiven. München: C.H. Beck.

Schulz-Nieswandt F (1995), Löst die gesetzliche Pflegeversicherung einen "Heimsog-Effekt" aus? Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. In: Fachinger, U and Rothgang, H. Berlin: Duncker & Humblot, 103-114.

Statistisches Bundesamt (1999), Statistisches Jahrbuch 1998 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Statistisches Bundesamt, (Hrsg.) (2002), Sozialeleistungen. Statistik der Sozialhilfe 2000. Fachserie 13, Reihe 2. Wiesbaden: Metzler-Poeschel.

Statistisches Bundesamt (2008), Statistisches Jahrbuch 2008 für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden.

Wasem J., Greß S et al. (2004), III. Sozialpolitische Entwicklungen – Abschnitt 6: Gesundheitswesen und soziale Sicherung bei Krankheit und im Pflegefall. Geschichte der Sozialpolitik. Berlin: B. B.-S. i. Z. d. Vereinigung.

12 Veränderungen von Pflegearrangements: Neue Pflege- und spezielle Wohnformen

Roland Schmidt

12.1 Gestaltungsoptionen der Pflege im demographischen Wandel

In den Jahren 1999 bis 2005 schlug sich ein moderater Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen gemäß SGB XI in einer vermehrten Nachfrage nach vollstationärer Pflege nieder. Daneben war ein leichter Trend zu vermehrter Inanspruchnahme von Sachleistungen in der häuslichen Pflege zu verzeichnen. Entsprechend ist die Sorgearbeit von Angehörigen weiterhin sehr bedeutsam (*Statistisches Bundesamt 2007*).

Entscheidend für die zukünftige Nachfrage von Pflege sind

- der Zusammenhang von Mortalität und Morbidität
(= Entwicklung der Prävalenz von Pflegebedürftigkeit)
- die Entwicklung von Haushalts- und Familienstrukturen
(= Entwicklung der Pflegeorte)
- die Wünsche von Pflegebedürftigen und Pflegehaushalten
(= Versorgungspräferenzen)

- die Weiterentwicklung gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung im Sinne sektoren- und systemübergreifender Diagnostik, Behandlung und Betreuung (= Rationalisierung der Versorgungsstruktur) und
- die Flexibilisierung der Pflege durch Überwindung der Dichotomie ambulant vs. stationär in neuen Wohnformen mit einem Mix von Wohnen und Dienstleistung (= Generierung neuer Pflegedienstleistungen und Pflegearrangements).

Die derzeitige Prävalenz von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI wird nicht konstant bleiben. Das *Statistische Bundesamt (2006)* geht in der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung von einem weiteren, aber nun verlangsamten Anstieg der Lebenserwartung aus. Positiv wirken auch in Zukunft verbesserte Lebensumstände und die Verbesserung der medizinischen und sozialen Versorgung, dämpfend hingegen schlägt die Ausschöpfung der Sterblichkeitsreserve in jüngeren Jahrgängen zu Buche. Das Sterblichkeitsrisiko im Alter ab 60 Jahren konnte v. a. durch den medizinischen Fortschritt bei der Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ab ca. 1980 vermindert werden. Dieser Trend könnte weiter andauern, sollte es gelingen, z. B. lebensverkürzende Effekte durch Übergewichtigkeit zu kompensieren.⁸³ Nach Erkenntnissen des Max-Planck-Instituts für demographische Forschung sinkt das Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden.

⁸³ Annahmen für die Zukunft sind: Basisannahme zur fernerer Lebenserwartung ab 60 Jahre (langfristige, auf Periodensterbetafeln aufbauende Entwicklung + Einbeziehung des kurzfristigen Trends zum Rückgang der Sterblichkeit im Alter seit 1970): Frauen 29,1 Jahre, Männer 25,3 Jahre. Hoher-Anstieg-Annahme (Gewichtung des Trends seit 1970 mittels Kohortensterbetafeln und Verbesserung der medizinischen Versorgung wie in den letzten 30 Jahren): Frauen 30,9 Jahre, Männer 27,2 Jahre.

Im demographischen Wandel steigt zwar die Zahl der pflegebedürftigen Menschen, jedoch nicht proportional. Es deutet sich eine Kompression der Morbidität mit mehr Lebensjahren ohne schädigungsbedingte Beeinträchtigungen an (*Ziegler/Doblhammer 2005a, 2005b*). Da das Risiko, pflegebedürftig zu werden, bei höherer Bildung aufgrund eines besseren Zugangs zur medizinischen Versorgung infolge besserer Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie eines höheren Bewusstseins für gesunden Lebensstil sinkt, wird angesichts der Bildungsexpansion seit den 1960er Jahren ein weiterhin sinkendes Pflegerisiko vermutet.

Auch **Pflegeorte und Pflegearrangements** werden Veränderungen durchlaufen. Familienstrukturen tendieren im demographischen Wandel zur „Bohnenstangenfamilie“ und durch erhöhte Mobilitätsanforderungen zur „multilokalen Familie“ (Deutscher Bundestag 1998). Wird Generationensolidarität in der Familie praktiziert und greifen beide Trends ineinander, transformiert sich die direkte familiäre Unterstützung in ein Management häuslicher Arrangements über längere Distanzen hinweg mit emotionalem Zuspruch. Auf der Grundlage von Modellrechnungen zu den mittel- und langfristigen Veränderungen der Haushaltsstrukturen kann argumentiert werden, dass der Trend zur Singularisierung durch die Pluralisierung der Lebensformen im (hohen) Alter überlagert wird (*Enquete-Kommission 2002*). Der Geburtenrückgang hierzulande resultiert vor allem aus dem steigenden Anteil von Frauen bzw. Paaren, die zeitlebens kinderlos bleiben. Deren persönliche Ressourcen – hier: die soziale Unterstützung in der Familie im Falle von Pflegebedürftigkeit – sind deutlich begrenzt (*Hoff 2004, 269f.*). Insbesondere diese Teilgruppe wird vermehrt darauf angewiesen sein, verlässliche und sich ggf. verdichtete Dienstleistungen mit einer Wohnqualität zu verbinden, die Beeinträchtigungen durch Hilfe- und Pflegebedürftigkeit kompensiert.

Menschen präferieren andere Pflegeorte als das Heim. Man zieht i. a. R. nicht freiwillig in eine Institution, sondern dies erfolgt, weil es Erschwernisfaktoren in der Pflege gibt und/oder Stressoren im privaten Unterstützungsnetzwerk wirken und krisenförmigen Verlauf annehmen. Eine konsequente Ambulantisierung der Pflege setzt voraus, dass man personen- und netzwerkbezogene Dienstleistungen entwickelt, die die Defizite der häuslichen Pflege (v. a. keine soziale Betreuung, keine allgemeine Anleitung und Beaufsichtigung, keine Tagesstrukturierung) zielgenau überbrücken. Eine solche Profilierung ambulanter Pflegedienste müsste sich an primären und sekundären Stressoren ausrichten, die die häusliche Situation vielfach dominieren und die Sorgearbeit von Angehörigen in die Zerreißprobe führen (*siehe mit Blick auf demenzielle Erkrankungen Gutzmann/Zank 2005, 151ff.*). Vor allem in Hinblick auf Komplikationen auf der Personenebene (z. B. Demenz in Verbindung mit aggressivem Verhalten oder fortschreitende Demenz mit beginnender Inkontinenz etc.) und/oder der Person-Umwelt-Ebene (z. B. stressmindernde Interventionen wie niedrigschwellige Betreuungsangebote wie Besuchsdienste und Betreuungsgruppen) müssen die Pflegestrukturen besser abgestimmt werden.

Pflegebedürftigkeit resultiert aus chronischer Krankheit und/oder Behinderung. Das Potenzial von Gesundheitsförderung, Primärprävention und Tertiärprävention (= medizinische Rehabilitation) wurde bis dato allerdings nur unzureichend genutzt. Grund dafür waren im Wesentlichen die Sektorengrenzen im Gesundheitswesen und die Systemgrenzen zwischen Gesundheits- und Pflegewesen. Es deutet sich allerdings im GKV-WSG und im Gesetzentwurf zur Reform des SGB XI an, dass diese Grenzen partiell allmählich durchlässiger werden. Eine **Rationalisierung der Versorgung** wurde eingeleitet durch

- strukturelle Impulse (Konsentierung von wissenschaftsbasierten Gesundheitszielen zur Stärkung von Primär- und Tertiärprävention)
- Formen sektorenübergreifender Versorgung neben der Regelversorgung (strukturierte Behandlungsprogramme und Integrierte Versorgung) sowie
- Systemüberschreitungen (z. B. Integrierte Versorgung unter Einbeziehung von Pflegekassen und Leistungserbringern der Pflege oder die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, die prinzipiell auch Heimbewohnern verordnet werden kann).

Will man den Trend zur stationären Pflege dämpfen, bieten sich zwei kombinierbare Vorgehensweisen an: die Aufhebung ökonomischer Fehlanreize im SGB XI (Strategie I) und der Abbau rechtlicher Hemmnisse, die es derzeit erschweren oder verhindern, dass sich Pflegearrangements pluralisieren und Sektoren öffnen (Strategie II). Der vorliegende Beitrag konzentriert sich auf die **Flexibilisierung der Pflege** und rückt hier vor allem diejenigen Anstrengungen ins Zentrum, die sich im Zwischenraum von „häuslicher Pflege“ und „Pflegeheim“ ansiedeln und die Grenze zwischen ambulant und stationär aufweichen. Beide Strategien zur „Heimvermeidung“ setzen Änderungen des normativen Rahmens voraus; auch, aber nicht ausschließlich, des SGB XI. Will man ökonomische Fehlanreize abschaffen, ist das Leistungsrecht des SGB XI Ansatzpunkt (hier: die Angleichung der Leistungsbeträge in Pflegestufe I und II). Will man hingegen die Versorgungsstrukturen flexibilisieren, sind die Erfordernisse komplexer. Neben dem Leistungsrecht (hier: die Einführung personenbezogener Budgets als Alternative zur Leistungskomplexsystematik mit ihren Restriktionen) ist zudem das Leistungserbringungsrecht des SGB XI (Übergang vom dreiseitigen Quasi-Markt zu einem mittels Zielvereinbarung regulierten zweiseitigen Markt durch „echte“ personenbezo-

gene Budgets bei dann obsolet gewordenem Pflegevertragsrecht) sowie das Ordnungsrecht (Neufassung des Heimbegriffs) zu novellieren. Bereits geregelt wurde durch die Neufassung von § 37 SGB V n. F., dass auch Personen, die in betreuten Wohnformen leben, einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege geltend machen können.

Das Nachfragevolumen nach Pflege wird insgesamt zweifellos steigen. Diskutabel und beeinflussbar ist jedoch der zu erwartende **Umfang** des Anstiegs bei sich ändernder Prävalenz von Pflegebedürftigkeit und seine **Struktur**, also die Verteilung auf klassische (häusliche Pflege und vollstationäre Pflegeeinrichtungen) und neue Pflegearrangements, die den Privathaushalt als Pflegeort durch verdichtete Dienstleistungen stabilisieren (*Abschnitt 12.2*) oder die die Dichotomie „ambulant vs. stationär“ partiell auflösen (*Abschnitt 12.3*). Auf dieser Folie wird abschließend ein kurzes Fazit gezogen (*Abschnitt 12.4*).

12.2 Neue Dienstleistungen in der ambulanten Pflege

Die Entwicklung der ambulanten Pflege war im Zeitraum 1999 bis 2005 durch folgende Trends gekennzeichnet (*Statistisches Bundesamt 2007*):

- Die Zahl der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen blieb annähernd konstant (1,44 Mio., dann 1,45 Mio. Personen); Zuwächse verzeichneten v. a. die stationären Einrichtungen (+ rund 100.000 Personen).
- Die Zahl der Sachleistungsbezieher (Sachleistung pur oder Sachleistungsanteile in der Kombinationsleistung) in der häuslichen Pflege stieg an (+ 57.000 Personen), die Zahl der ausschließlich

durch Angehörige Versorgten sank leicht (bei Verschiebungen der Sorgearbeit weg von Pflegestufe II und III und hin zu Pflegestufe I).

- Die Zahl der ambulanten Dienste schwankte leicht, verweilte aber in etwa auf dem Ausgangsniveau von 1999 (zuletzt: + 200 Einrichtungen bundesweit), bei steigenden Beschäftigtenzahlen (+ 30.000 Mitarbeiter).
- Dieser Zuwachs an Beschäftigten schlug sich v. a. in der Gruppe der Teilzeitbeschäftigten und der geringfügig Beschäftigten nieder, während Vollzeitkräfte anteilmäßig leicht rückläufig waren.
- Es fand eine kontinuierliche Verschiebung innerhalb der Pflegeberufe weg von der Kranken- und hin zur Altenpflege (ein Minus bzw. ein Plus von 2 %) statt.
- Der Anteil privat-gewerblicher Dienste nahm laufend zu (+8 % zwischen 2003 und 2005 auf nun rund 6.300 Dienste), der der freigemeinnützigen Träger nahm ab (-3 % zwischen 2003 und 2005 auf nun rund 4.100 Dienste). Kommunale Dienste spielten eine marginale Rolle.
- Freigemeinnützige Dienste mit einem Marktanteil von bundesweit 39 % versorgten 58 % der Pflegebedürftigen. Zwischen den Bundesländern bestanden erhebliche Differenzen: In Baden-Württemberg betrug der Marktanteil freigemeinnütziger Träger 2003 z. B. 76 %. Stadtstaaten hingegen waren das Terrain privat-gewerblicher Anbieter.
- Die Zahl der durchschnittlich pro ambulanten Dienst versorgten Personen stieg bundesweit nur geringfügig (von 38 im Jahr 1999 auf 43 Personen im Jahr 2005) an. Der relativ hohe Anteil der Grundpflege an den Leistungen insgesamt erhöhte sich weiter von 65 % im Jahr 1999 auf nun 69 % im Jahr 2005.

Ambulante Dienste sind somit häufig kleinteilig organisiert und versorgen geringe Patientenzahlen. Ihr Leistungsspektrum konzentriert sich überwiegend auf die Langzeitpflege.

Ob spezielle Wohnformen zukünftig an Bedeutung gewinnen können, hängt von der Leistungsfähigkeit ambulanter Versorgungsstrukturen ab. Hier geht es weniger um die zentralen Leistungen der häuslichen Pflege bzw. Krankenpflege als um umfassendere Dienstleistungen, durch die das Verbleiben zu Hause gesichert werden kann, wenn die soziale Unterstützung nur begrenzt möglich oder fragil ist (*siehe hierzu auch BMFSFJ 2006, 194*). In der jüngeren Vergangenheit forderten zahlreiche Experten, die ambulante Versorgung zu stärken – verbunden mit der Aufforderung an die Praxis, gewünschte oder bedarfsnotwendige Dienstleistungen vorzuhalten oder mit Hilfe von Vertragspartnern zu organisieren und zu managen (*z. B. Weinkopf 2006, 183ff.*), also einen Prozess der Diversifizierung einzuleiten. Hierzu existieren bis dato keine empirischen Studien. Um dennoch das Spektrum an neueren Entwicklungen zu illustrieren, sollen hier die thematisch einschlägigen Ergebnisse einer Literaturrecherche zusammengefasst werden (*ausführlicher: Schmidt 2007*).

In der Literaturdatenbank GeroLit des Deutschen Zentrums für Altersfragen konnten 77 Dokumente identifiziert werden, in denen über neue Dienstleistungen aus der Perspektive der Versorgungspraxis berichtet wird. Diese Dokumente lassen sich folgendermaßen gruppieren:

- Dienstleistungen im Um- und Vorfeld der Langzeitpflege: 23 Dokumente und
- Marktentwicklungen in der Langzeitpflege: 54 Dokumente.

Rückschlüsse von der Studienlage auf die Feldentwicklungen sollten zwar nicht gezogen werden, es wird jedoch deutlich, dass neuerdings nicht nur Experten anmahnen, die ambulante Pflege zu stärken, um einem Sog ins Heim entgegenzuwirken. Vielmehr beginnen Leistungserbringer, ihre klassische Angebotspalette zu arrondieren. Ob solche Initiativen zukünftig Breitenwirkung entfalten, wird neben der Möglichkeit und Bereitschaft, solche Dienstleistungen privat zu finanzieren (was dazu führt, dass solche Entwicklungen überwiegend in den alten Bundesländern zu verorten sind), auch von der Flexibilisierung rechtlicher Rahmenbedingungen z. B. in Form von personenbezogenen Budgets abhängen.

12.2.1 Dienstleistungen im Um- und Vorfeld der Langzeitpflege

Solche Initiativen nehmen – legt man ihre Repräsentanz im Schrifttum zugrunde – eine vergleichsweise untergeordnete Rolle ein. Das Spektrum der entwickelten Produkte ist allerdings klar konturiert und zielt insbesondere auf Alleinstehende. Beispiele für solche Produkte sind das Betreute Wohnen zu Hause auf der Basis haushaltsbezogener Dienstleistungen sowie die Kunden- und Guthabekarte mit je unterschiedlichem, gleichwohl stärker fokussiertem Leistungsspektrum.

Betreutes Wohnen zu Hause: Zehn Beiträge umreißen das Angebotsspektrum. Alle Projekte richten sich auch an Personen, die nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, was zugleich verdeutlicht, dass es hier auch um einen Zugang zu neuen Kunden und um Kundenbindung geht. Ziel der Anbieter ist es, durch regelmäßige Kontakte zwischen Dienst und Privathaushalt das Sicherheitsgefühl der Kunden zu erhöhen und Kontaktchancen zu eröffnen, um ein Verbleiben zu Hause bei pflegerischer Versorgung durch den initiiierenden Dienst zu fördern (Typ I). Durch Kooperationen wird ein möglichst umfassendes

Dienstleistungsangebot vorgehalten, das geeignet ist, im Einzelfall bedarfs- und nachfragegerecht Leistungen zu kombinieren, wenn Beeinträchtigungen die Selbstversorgungskompetenz einschränken (Typ II).⁸⁴

Kundenkarten werden v. a. von großen ambulanten Pflegediensten angeboten. Sie bieten unterschiedliche Leistungen bei differierenden Preisen. Ihr verbindender Gedanke besteht darin, Transparenz bei Versorgungsübergängen herzustellen und die Kundenbindung zu fördern.⁸⁵ Zielgruppe sind neben bereits versorgten Pflegebedürftigen auch Alleinstehende. Die Karte bietet zusätzliche Leistungen in sieben Komplexen (u. a. Sicherstellung der Medikamentenversorgung, Organisation notwendiger ärztlicher Verordnungen, Sicherstellung von

⁸⁴ Beispiel Typ I: Beim „Betreuten Wohnen zu Hause“ der Sozialstation Handewitt wird ein Leistungspaket zum Preis von 60 €/Monat angeboten. Es umfasst wöchentlich einen Besuch durch Ehrenamtliche im Haushalt und monatlich eine Begleitung zum Besuch einer Gemeindeveranstaltung. Ein Hausnotrufdienst in Kooperation mit der AWO rundet das Angebot ab. Ein Ausbau des Leistungsspektrums wird erwogen, die örtlichen Stakeholder bewerten das Angebot positiv. Beispiel Typ II: Der Paritätische Lüneburg ist bestrebt, sich als kompetenter „Full-Service-Dienstleister“ zu präsentieren und eine möglichst umfassende Dienstleistungserbringung bzw. -vermittlung zu realisieren. Mittels des klassischen Angebots von „Essen auf Rädern“ wird aktiv Marketing betrieben, um neue Kunden zu gewinnen und bisherige zu binden. Die Zusatzangebote umreißen ein Spektrum, das von der Müllentsorgung über die Lieferung von Zeitungen und Zeitschriften bis hin zur Medikamentenzustellung reicht.

⁸⁵ Die von „APD Gelsenkirchen GmbH“ initiierte Kundenkarte erfüllt z. B. diese doppelte Funktion besonders prägnant: Sie informiert Akteure des Gesundheitswesens und trägt dem Sicherheitsbedürfnis der Patienten Rechnung. Gespeichert werden Informationen wie Kundenstammdaten, die Adresse des Hausarztes und des Pflegedienstes. Die normale Patientenkarte ist kostenfrei. Für einen monatlichen Beitrag von 14,50 € können Kunden zusätzliche Angebote der Premiumcard (*vergleiche o. g. Komplexe*) nutzen.

Krankenhausbesuchsdiensten, Übernahme notwendiger Antragstellungen, Überleitung in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder Kurzzeitpflege). Mittels Kundenkarte werden nun auch Leistungen teilfinanziert, die zuvor kostenlos erbracht wurden. Andere Anbieter verbinden die Kundenkarte auch mit Rabatten, die Vertragspartner gewähren.

Guthabekarten basieren auf Zeiteinheiten nach dem Prepaid-System: Zeit wird in ein Punktesystem umgerechnet. Eine zehnminütige Leistung vor Ort entspricht z. B. fünf Punkten, weitere fünf Punkte kostet die Anfahrtspauschale. Die Leistungszeit beträgt mindestens 30 Minuten; Inhalt und Umfang und Zeitpunkt der Erbringung bestimmt der Kunde. Die Guthabekarten gibt es auch mit Abstufungen, Gruppen werden Rabatte eingeräumt. Die erbrachten Leistungen werden auf der Karte entwertet, sodass die Transparenz für den Kunden erhalten bleibt und er über sein Restguthaben informiert ist. Dokumentation und Rechnungslegung werden vereinfacht und können direkt auf der Karte stattfinden.

12.2.2 Marktentwicklungen in der Langzeitpflege

Die Sichtung der Dokumente ergibt kein eindeutiges Profil der Entwicklung in der Langzeitpflege, vielmehr streuen die Angebote breit. Neue Dienstleistungen in der Langzeitpflege werden von verschiedenen Akteuren allein oder in Kooperation offeriert.

Bildung von Netzwerken: Sieben Dokumente stellen Netzwerkbildungen vor. Deren Tätigkeitsspektrum variiert, umfasst aber u. a. auch die Vermittlung und Organisation von Dienstleistungen „aus einer Hand“. Freigemeinnützige und privat-gewerbliche Dienste kooperieren z. T. mit anderen Partnern (z. B. Krankenhäuser, stationäre Altenhilfeeinrichtungen, Ärzte, Sanitätshäuser, Apotheken, Fußpfleger

und Friseure). Die Refinanzierungsbasis des Managements wird häufig als fragil bewertet, mitunter versucht man die Leistung über Mitgliedsbeiträge der Netzwerkpartner zu refinanzieren. Um Dienstleistungen (z. B. einen Wäscheservice) in Auftrag zu geben, werden auch Notrufsysteme genutzt.

24-Stunden-Betreuung: Fünf Dokumente behandeln dieses Angebot, das nach Angaben der Autoren im Wachstum begriffen ist. Es richtet sich an Menschen, die nicht im Heim versorgt werden wollen. Zwei privat-gewerbliche Anbieter haben sich aufgrund steigender Nachfrage – die trotz nicht unerheblicher Kosten für die Pflegehaushalte durchaus besteht – auf diese Betreuungsform spezialisiert.

Pflegehotels werden in drei Dokumenten behandelt. Unter diesem Begriff werden allerdings unterschiedliche Produkte subsumiert: Zum einen handelt es sich um die Versorgung von pflegebedürftigen Patienten mit bestimmter Indikation durch Hausarzt und Pflegedienst in angemieteten Räumen einer Kurzzeitpflegeeinrichtung mit dem Ziel, Krankenhausbehandlung zu vermeiden. Zum anderen wurde ein ehemaliges Hotel um medizinisch-pflegerische Versorgungsangebote erweitert. Es ist eine Verordnung durch den behandelnden Arzt erforderlich, die private Finanzierung bei nicht vorliegender Indikation ist ebenfalls möglich. Die dritte Variante des Pflegehotels besteht in der Anmietung von Apartments eines Residenzbetreibers durch einen Pflegedienst und ohne ärztliche Beteiligung.

Neben den oben skizzierten Angeboten gehören weitere Initiativen zum Komplex Langzeitpflege, die hier nicht erörtert werden sollen (niedrigschwellige Versorgung von Menschen mit Demenz, Palliative Care).

12.2.3 Implementationshindernisse

Die Bereitstellung neuer Dienstleistungen in der häuslichen Pflege wird unter den gegebenen Rahmenbedingungen durch betriebsexterne und betriebsinterne Faktoren erschwert, sodass in der Praxis die Ausrichtung auf leicht refinanzierbare Leistungen dominiert (*Schmidt 2006*). Folgende externe Faktoren beeinflussen die Verbreitung:

- (1) Das SGB XI basiert nicht auf Bedarfsdeckung, sondern leistet eine Ergänzung (ambulant) bzw. Entlastung (stationär) der Familie. Zusätzliche und neue Dienstleistungen sind somit abhängig von der Nachfrage der Haushalte, die die Kosten hierfür zu tragen haben. Aber: Die Bereitschaft zur Selbstzahlung ist bundesweit gering und in der Höhe begrenzt.
- (2) Die Priorität der Pflegehaushalte liegt mehrheitlich auf dem Pflegegeldbezug; dies relativiert sich erst bei wachsendem und zeitlich intensiverem Pflegebedarf.
- (3) Der ambulante Sektor ist unterfinanziert, die Leistungsbeträge unterschreiten diejenigen der stationären Versorgung mit Ausnahme von Pflegestufe III; eine Dynamisierungsvorschrift fehlt.

Hinzu kommen branchenspezifische interne Faktoren, die ein erweitertes Engagement in der häuslichen Pflege zusätzlich negativ beeinträchtigen können:

- zu kleine Betriebsgrößen, um indirekte Kosten konzeptionellen Arbeitens bewältigen zu können,
- limitierte personelle Ressourcen, um neue Dienstleistungen fachlich-qualifikatorisch entwickeln zu können,

- limitierte finanzielle Ressourcen, um die Entwicklung und Einführung neuer Dienstleistungen vorfinanzieren zu können,
- eine geringe Neigung, selbst im Verband zu kooperieren oder gar zu fusionieren,
- bei manchen Trägern und Führungskräften keine bzw. noch keine ausgeprägte sozialwirtschaftliche Orientierung.

Vor diesem Hintergrund kann es kaum überraschen, dass Weiterentwicklungen der ambulanten Strukturen und der getroffenen Arrangements auch unter gegebenen Rahmenbedingungen seitens der Leistungserbringer zwar angestoßen werden, andererseits aber nicht flächendeckend und zudem sozial selektiv sind.

12.3 Spezielle Wohnformen

Unter dem Terminus „spezielle Wohnformen“ werden unterschiedliche Settings subsumiert, die teilweise seit langem eingeführt und republikweit verbreitet sind. In einer von der Bertelsmann-Stiftung und dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) 2003 publizierten Studie zu derlei speziellen Wohnformen wird die Zahl der hier lebenden Mieter bzw. Bewohner in Ermangelung statistischer Angaben geschätzt (*Tabelle 12-1*).

Tabelle 12-1: Zahl der Mieter/Bewohner spezieller Wohnformen für Ältere

Wohnform	Zahl der Mieter/Bewohner
Betreutes Wohnen	150.000 bis 230.000 Personen
Gemeinschaftliches Wohnen	8.000 Personen
Betreute Wohngemeinschaften	1.000 Personen

Quelle: Bertelsmann-Stiftung/KDA 2003, 25

WidO 2009

Es wird deutlich, dass das Betreute Wohnen ein eingeführtes und bundesweit verbreitetes Produkt ist, während alle anderen Formen in ihrer Verbreitung entgegen aller massenmedialen Präsenz eher marginal geblieben sind. In den letzten Jahren dürfte sich an diesem Befund im Kern nichts geändert haben. Das Betreute Wohnen wird daher im Folgenden näher betrachtet.

12.3.1 Zur Bedeutung von Wohnen im hohen Alter

Wohnen hat verschiedene Bedeutungsdimensionen: eine behaviorale (Kompensation, Nutzung, Entfaltung, Aneignung, Gestaltung), eine kognitive (Erinnerung, Lebensbilanzierung, Rückblick), eine emotionale (Anregung, Erholung, Privatheit, Wohlfühlen) und schließlich eine soziale Bedeutung (Austausch, Kommunikation, Geselligkeit, Unterstützung) (*Mollenkopf/Oswald/Wahl 1999, 223*). Ökologische Gerontologie akzentuiert die Beziehung von alten Menschen zu ihrer räumlich-sozialen Umwelt (Person-Umwelt-Passung), die räumliche Dimension wird dabei im Sinne von „Möglichkeitsräumen“ gefasst (*Wahl 2000*). Das subjektive Erleben von Wohnen bezieht sich nach *Oswald (2000, 209)* nicht nur auf die räumlich-dingliche Verortung (Wohnlage, Anbindung und Ausstattung), sondern auf das Wohnverhalten und auf das Erleben von Sicherheit, Autonomie, Anregung, Privatheit und des sozialen Austauschs.

Mit Blick auf die Person-Umwelt-Konzeption wird unterschieden zwischen dem Altern „drinnen“ und dem Altern „draußen“. Zentrale Erkenntnisse mit Blick auf das Altern „drinnen“ sind (*Mollenkopf/Oswald/Wahl 1999*):

- Alltag im Alter ist vor allem Wohnalltag.
- Wohnumwelt ist gestalt- und formbar.
- Möglichkeiten selbständiger Lebensführung werden durch Wohnqualität beeinflusst.
- Architektonische und technische Optimierungen des Wohnens stellen eine zentrale Ressource insbesondere bei Kompetenzeinbußen im hohen Alter dar.
- Wohnen verbindet alltägliche Erfordernisse mit biographischen Elementen.

Sich außerhalb der Wohnung, also „draußen“, bewegen zu können ist für die selbstständige und selbst bestimmte Lebensführung, für das Aufrechterhalten sozialer Beziehungen sowie Teilhabemöglichkeiten von entscheidender Bedeutung. Allerdings hängt dies vom Gesundheitszustand (Bewegungsfähigkeit), von langjährigen Gewohnheiten und den gegebenen Umweltbedingungen ab. Das Verlassen der Wohnung dient dabei der Strukturierung des Alltags, der Bestätigung eigener Fähigkeiten und der Aufrechterhaltung von Identität.

Mit zunehmendem Alter nimmt die Bedeutung unterstützender Umwelten zu (*Oswald/Marx/Wahl 2006, 198*). Mit Blick auf die aus der Perspektive der Ökologischen Gerontologie formulierten Anforderungen an die Qualität des Wohnens im Alter sind wiederum die Qualität der Wohnung selbst und die Qualität des Wohnumfeldes zu unterscheiden (*ibd., 227f.*). Die Qualitätsmerkmale der Wohnung sind

barrierefreie innerhäusliche Wohnbedingungen, kompensatorisches Potenzial bei Kompetenzeinbußen, ausreichend Raum, der Handlungsmöglichkeiten eröffnet, Nutzbarkeit für unterschiedliche Haushaltstypen und Lebensalter sowie optimierte dingliche Umwelt (durch Produkte und adäquates Design). Anforderungen an die Qualität der Wohnumwelt wiederum betreffen Aktions- bzw. Spielräume (halböffentlich, öffentlich), barrierefreie Außenräume, quartiersnahe soziale Infrastruktur (Versorgung, Freizeit, Kultur) und ein (bezahlbares) öffentliches Nahverkehrssystem (*ebd.*, 232f.).

Um solche Qualitäten hervorzubringen, empfiehlt die Sachverständigenkommission zum Fünften Altenbericht (*BMFSFJ 2006*) folgende Interventionsformen: die altengerechte Umgestaltung der individuellen Wohnung, das Betreute Wohnen zu Hause (mit wohnungsnahen Dienstleistungen und Alltagsmanagement) sowie die Initiierung und Unterstützung neuer Wohnformen im Alter (Wohn- Haus- und Nachbarschaftsgemeinschaften).

12.3.2 Betreutes Wohnen

Der Begriff „Betreutes Wohnen“ ist rechtlich nicht definiert. Allerdings wird der Heimbegriff nach § 1 Abs. 1 Heimgesetz (HeimG) bei solchen Wohnobjekten zugrunde gelegt, um zu entscheiden, ob es sich im Einzelfall bereits um eine stationäre Einrichtung oder noch um ein Wohnen zur Miete mit Betreuungsvertrag handelt. Zentral ist hierbei die Unterscheidung zwischen „allgemeinen Betreuungsleistungen“ (wie die Vorrichtung, ein Notrufsystem frei schalten zu können, oder das Vorhalten eines Hausmeisters bzw. einer Rezeption zur Erteilung von Auskünften und zur Vermittlung von Dienstleistungen Dritter) und „heimgemäßer Betreuung“. Diese liegt dann vor, wenn es sich um gemeinschaftsbildende, die Mieter integrierende Aktivitäten handelt – Heime nehmen Bewohner auf – oder wenn die monatliche

Pauschale für Betreuung 20 Prozent der Miete wesentlich übersteigt. Für Betreiber ist es von nahezu existentieller Bedeutung, darüber zu wachen, dass die vertraglich garantierte Betreuung nicht eine Intensität einnimmt, die die Heimaufsichtsbehörden zu der Überlegung veranlassen könnte, es könne sich um ein Heim handeln. Das Kernproblem dieses Arrangements ist daher, dass die Assoziation, die der Produktname bei Interessenten auslöst, und die tatsächlich in der Pauschale enthaltene Betreuungsleistung differieren können.

Dessen ungeachtet hat Betreutes Wohnen die klassischen Heimplätze abgelöst. Dies wird gerade auch mit Blick auf die Menschen, die hier leben, deutlich. Entgegen manchen Erwartungen seitens der Investoren wird das Betreute Wohnen überwiegend von Personen nachgefragt, die an der Schwelle zum vierten Lebensalter stehen und bereits einen zumindest beginnenden Unterstützungsbedarf aufweisen. Nach der Augsburger Längsschnittstudie (*Saup 2001; N = 173*) sind die Mieter im Betreuten Wohnen

- weiblich (75 Prozent), hoch betagt (Durchschnittsalter: 78 Jahre) und allein stehend (79 Prozent);
- zu rund 80 Prozent bereits bei Einzug gesundheitlich beeinträchtigt mit vorwiegend Geh- und Bewegungsbeschwerden sowie Herz-/Kreislaufproblemen und
- zu 70 Prozent auf Hilfen gemäß dem Index der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL), die die Selbstversorgungsfähigkeit misst, angewiesen;

Allerdings sind die Mieter überwiegend in ein privates Kontakt- und Familiennetz einbezogen und ihre Einkommensposition weicht nicht von der der Durchschnittsbevölkerung im Alter ab.

Die primären Einzugsgründe sind Krisenvorsorge (also: Hilfe im Notfall, Betreuung im Pflegefall, Hilfe und Unterstützung in kurzfristigen Krisensituationen), die angeschlagene Gesundheit und die durch Umzug herbeigeführte engere räumliche Nähe zur Familie. Andere Motive wie Wohnkomfort und Barrierefreiheit sowie Möglichkeiten, neue soziale Kontakte zu finden, spielen nur eine untergeordnete Rolle (*ebd.*, 66). Deutlich wird, dass dem zentralen Motivbündel – Krisenvorsorge und Unterstützung – unter gegebenen rechtlichen Bedingungen (Heimbegriff) nur schwer entsprochen werden kann, wenn die Betreuungserwartung von Mietern an den Betreiber heimgemäße Züge annehmen sollte. Erwartungen an das Betreute Wohnen betreffen Privatheit (auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit), die Absicherung von Not- und Bedarfslagen sowie eine Versorgung bei Bedarf wie im Pflegeheim, was dieses Arrangement vollends überfordert. Erwartungen zu Hilfen im (Wohn-) Alltag durch Service hingegen werden seltener formuliert.

In einer Zufriedenheitsstudie drei Jahre nach Einzug (*Saup 2003; N = 101*) gaben 76 Prozent der Befragten an, Betreutes Wohnen weiterempfehlen zu können – bei einer Streuung zwischen 60 und 92 Prozent je nach Typ des Betreuten Wohnen (solitäre Anlage, Betreutes Wohnen mit integriertem Pflegestützpunkt, heimverbundenes Betreutes Wohnen). 24 Prozent der Mieter würden das Betreute Wohnen nicht weiterempfehlen. Personen, die hohe Zufriedenheit äußern, sind älter, gesünder und werden regelmäßig von der Kindergeneration besucht (Kontextfaktoren). Häufigste Gründe für das Betreute Wohnen sind Kontakt und Geselligkeit in einer Hausgemeinschaft, Annehmlichkeit der Wohnsituation und das Gefühl der Absicherung. Gründe gegen das Betreute Wohnen machen sich am häufigsten fest an dem Gefühl, allein gelassen zu sein, und an Unzufriedenheit mit der Betreuung. Die wichtigsten die Zufriedenheit fördernden Faktoren

sind: Vorhandensein einer Kontaktperson des Betreuungsträgers (61 Prozent), Notrufsystem (52 Prozent), schwellenfreies Wohngebäude (49 Prozent). Faktoren wie organisierte Dienste im Haus, Hilfen von Mitbewohnern oder Erholungsmöglichkeiten werden selten genannt (Nennungen liegen unter 10 Prozent). Kritisch wird von Mietern des Betreuten Wohnens die Architektur bewertet. Insbesondere Bäder und Küchen bieten hierzu Anlass (*siehe Tabelle 12-2*).

Tabelle 12-2: Anforderungen der Mieter an die Architektur	
•	keine zu kleine, gleichwohl preislich erschwinglichen Wohnungen
•	keine offenen Küchen
•	Küchen, in denen man sich aufhalten kann (Zeitnutzung: ca. 2,5 Std. täglich)
•	Schlafräume mit Stell- und Pflegemöglichkeit
•	klein-räumliche Details (u. a. Wohnungstüren, Zugang zu Balkon/Terrassen)
Quelle: Saup 2003, 38ff.	
WidO 2009	

Besondere Aufmerksamkeit richtet sich neuerdings auf Möglichkeiten und Grenzen der Demenzbewältigung im Betreuten Wohnen. Nach *Saup et al. (2004)* liegt der Anteil der an Demenz erkrankten Bewohner durchschnittlich bei 9,4 Prozent und schwankt je nach Typ (solitäres Betreutes Wohnen 8,3 Prozent, Betreutes Wohnen mit integrierem Pflegestützpunkt 10,5 Prozent und heimverbundenes Betreutes Wohnen 10,4 Prozent). Die Betreiber (N = 445 Einrichtungen) vermuten für die Zukunft eine leichte (60 Prozent) bzw. starke Zunahme (17 Prozent) dieser Thematik. Jeder dritte Anbieter Betreuten Wohnens gibt an, dass Demenzkranke heute bereits ein mittelgroßes bzw. großes Problem darstellen. 30 Prozent der Betreiber gehen davon aus, dass der Problemdruck in Zukunft deutlich zunimmt.

Betreiber, die ein systematisches Belegungsmanagement praktizieren, lehnen zu rund einem Drittel die Vermietung an Personen mit demenzspezifischen Verhaltensweisen ab. 11 Prozent der Anbieter geben an, dass sie über ein Demenz-Versorgungskonzept verfügen, im Falle des solitären Betreuten Wohnens trifft das auf nur 7 Prozent der Objekte zu. Als Grenzen eines Verbleibens im Betreuten Wohnen werden genannt: räumliche Desorientierung mit nächtlichem Verlaufen in der Wohnumgebung; ständige Sturzgefahr bei schwindender Fähigkeit, den Notruf zu bedienen; das Unvermögen, ohne Anleitung zu essen und zu trinken; dauernde Störung der Nachtruhe von Mitbewohnern; aggressives Verhalten gegenüber Mitbewohner (*Eberhardt/Saup 2006, 48f.*). Umgekehrt können Faktoren benannt werden, die die Wohn- und Lebensqualität von Menschen mit Demenz im Betreuten Wohnen positiv beeinflussen (*siehe Tabelle 12-3*). Optimierende Elemente der Wohn- und Lebensqualität im Betreuten Wohnen setzen sich zusammen aus der räumlich-technischen Ausstattung der Wohnanlage (mit Orientierungshilfen und Sicherheit fördernder Technik) sowie einem Betreuungsnetzwerk, das ehrenamtliche Betreuungsdienste und Betreuungsgruppen, aber auch Tagespflege umfasst (*ebd.*).

Tabelle 12-3: Faktoren, die die Wohn- und Lebensqualität von Menschen mit Demenz im Betreuten Wohnen erhöhen	
	Fachkräfte des Betreuungsträgers
•	Bereitschaft zur Unterstützung des demenzkranken Bewohners
•	Präsenz in der Wohnanlage
•	Fähigkeit zu Case- und Care-Management
	Demenzkranke Person
•	frühes Stadium der Erkrankung
•	wenig störende Verhaltensweisen
•	Bereitschaft zur Annahme von Hilfe
	Angehörige (ggf. gesetzliche Betreuer)
•	Krankheitsakzeptanz
•	Bereitschaft, mit Betreuungspersonen zusammenzuarbeiten
•	Bereitschaft, Hilfe und Unterstützung zu leisten
	Mitbewohner
•	Tolerierung der erkrankten Person
	Versorgung in Pflege und Hauswirtschaft
•	Einstufung nach SGB XI (plus Pflege)
•	individuell angepasste Versorgung
•	gerontopsychiatrisch ausgebildete Pflegefachkräfte
Quelle: Eberhard/Saup 2006, 44	
WidO 2009	

Heimrechtliche Vorgaben und Nutzungsrealität des Betreuten Wohnens durch Menschen im hohen Lebensalter mit vielfach beginnenden Einschränkungen in der Selbstpflege- und Selbstversorgungskompetenz stehen in einem latenten Spannungsverhältnis. Eine Verdichtung fallbezogener und netzwerkbezogener Aufgaben im Sinne eines Case und Care Managements sowie tagesstrukturierende Angebote konfliktieren mit dem Heimbegriff. Erforderlich ist, wie bereits mehrfach kundig argumentiert (*BMFSFJ 2002, 342f., Igl 2007*), eine Gesetzgebung, die einerseits das Schutzbedürfnis gewichtet und andererseits flexibel gegenüber sich pluralisierenden Versorgungsarrangements bleibt.

12.3.3 Betreute Wohngruppen

In betreuten Wohngruppen lebt eine Gruppe von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen (etwa sechs bis zwölf Personen) in einem gemeinsamen Haushalt zusammen. Jeder Bewohner hat einen privaten Wohn- und Schlafbereich, andere Räume werden gemeinschaftlich genutzt. Betreuungspersonal ist für die Organisation des Haushalts und des Gruppenlebens verantwortlich, pflegerische Hilfe wird bei Bedarf zugeschaltet (*Kremer-Preiß/Stolarz 2006, 9*).

Betreute Wohngruppen sind ordnungs- und sozialrechtlich schwierige Konstruktionen. Heimrechtlich ist darauf zu achten, dass Wohnraumbanbieter und Dienstleister für Betreuung und Pflege nicht die gleiche Person bzw. Institution sein dürfen (*Pawletko 2003, 34ff., Kremer-Preiß/Stolarz 2006, 129f.*). Betreuungsleistungen, deren Abnahme verpflichtend ist, müssen von untergeordneter Bedeutung sein. Das kann dann angenommen werden, wenn sie 20 Prozent der Kosten des Mietentgelts – analog zum Betreuten Wohnen – nicht wesentlich überschreiten. Bei weitergehenden Betreuungs- und Pflegeleistungen muss Wahlfreiheit gegeben sein. Allerdings akzeptieren dies nicht alle Heimaufsichtsbehörden, manche fordern, dass solche Wohnprojekte gemäß dem Heimgesetz bei Nutzung der Erprobungsregelung (§ 25a Heimgesetz) geführt werden (*ibd., 129*). Pflegeversicherungsrechtlich ist es problematisch, wenn aus den Leistungsbeträgen der Bewohner Betreuungskräfte („Präsenzkräfte“) finanziert werden, die andere Leistungen erbringen als die in den Leistungskomplexen festgeschriebenen und abrechenbaren. Und schließlich verhinderte bis zur Gesundheitsreform 2007 der Begriff des eigenständigen Haushalts nach SGB V, dem betreute Wohngruppen nicht entsprechen, dass häusliche Krankenpflege in diesem Arrangement bewilligt werden konnte.

In einer Pilotstudie über betreute Wohngruppen konnten im Juli 2003 bundesweit 143 Angebote recherchiert werden (*Kremer-Preiß/Narten 2004*). Die regionale Verteilung ist deutlich unausgewogen: Berlin (mit 36 Prozent der Angebote) und Nordrhein-Westfalen (mit 27 Prozent) dominieren, in anderen Bundesländern ist dieses Arrangement kaum bekannt und eingeführt (Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Bremen, Thüringen und Sachsen-Anhalt). Dies spiegelt nicht zuletzt die divergierende Haltung insbesondere der Heimaufsichtsbehörden zu diesem Arrangement wider. Die Initiatoren streuen; drei Initiatorenkreise können unterschieden werden (N = 91 bei Mehrfachnennungen; *ebd.*, 22):

- ambulante Dienste, die sich eines gegründeten Vereins als Generalmieter bedienen, um selbst nur als Anbieter von Pflege und Betreuung aufzutreten (39 Prozent der Angebote)⁸⁶,
- Vereine, die als Generalmieter fungieren, oder Angehörigen- bzw. Selbsthilfegruppen (33 Prozent) und
- andere Initiatoren wie Wohnungsbaugesellschaften, Kommunen, Stiftungen (35 Prozent)

Zu unterscheiden sind zwei Typen von ambulant betreuten Wohngruppen: Zum einen Wohngruppen mit „24-Stunden-Betreuung“, die vornehmlich für demenziell erkrankte Menschen konzipiert wurden,

⁸⁶ Es gibt Heimaufsichtsbehörden, die den ambulanten Charakter betreuter Wohngruppen anerkennen, wenn die Abgrenzungskriterien (Trennung des Anbieters von Wohnraum und des Dienstleisters für Betreuung und Pflege sowie Wahlfreiheit bei der Auswahl eines Dienstleisters) formal erfüllt sind. Andere Behörden prüfen die tatsächliche Einhaltung. Die dann angewandten Prüfkriterien wiederum differieren regional (*Kremer-Preiß/Stolarz 2006*, 130f.).

zum anderen Wohngruppen für somatisch pflegebedürftige und psychisch kranke Menschen, die i. d. R. einen niedrigeren Hilfe- und Pflegebedarf haben.

Weitere Befunde (*Kremer-Preiß/Narten 2004, 48 ff.*): Bei den in betreuten Wohngruppen tätigen Mitarbeitern handelt es sich zur Hälfte um Fachkräfte, ein Drittel sind Hilfskräfte. Der Betreuungsschlüssel ist günstiger als in Heimen. Die Nachtbetreuung wird zu 45 Prozent von Betreuungskräften vor Ort, alternativ durch Bereitschaftsdienst und Hausnotruf organisiert. In 43 Prozent der betreuten Wohngruppen wirken Angehörige regelmäßig mit, in 37 Prozent ab und zu. Fast jeder zweite Bewohner muss auf Leistungen des Sozialhilfeträgers zurückgreifen, mit der Folge, dass jedes vierte Wohnprojekt angab, Probleme mit dem Sozialhilfeträger zu kennen (Deckelung der Individualansprüche, Insistieren auf Umzug in ein Pflegeheim, wenn dies kostengünstiger ist).

12.4 Fazit

Die Realisierung von Pflegearrangements jenseits der eingeführten Leistungstypen ist in jeder der präsentierten Formen mit besonderen Schwierigkeiten verbunden. Im Falle der Arrondierung des Privathaushalts mit anderen und verdichteten Dienstleistungen ist prägend, dass es sich um einen zweiseitigen Markt handelt, in dem sich Kunde und Dienstleistungsunternehmen gegenüber treten und der sich über Angebot und Nachfrage reguliert. Eine Geldleistung in Sachleistungshöhe zum Sachleistungseinkauf könnte solche Entwicklungen fördern. Zumindest würde sie – auch ohne Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs – den Umstand beenden, dass bestimmte Bedarfslagen (allgemeine Anleitung und Beaufsichtigung) in den herrschenden

Leistungskomplexen nicht definiert sind und deshalb in den Pflegearrangements auch nicht angeboten werden. Betreutes Wohnen gerät bei solchen Bedarfslagen und bei mangelnder Unterstützung dann an Grenzen, wenn Formen der Betreuung organisiert oder implementiert werden müssten, die heimrechtlich als heimgemäße Betreuung bewertet werden könnten. Daher sind ordnungsrechtliche Bestimmungen der Bundesländer vonnöten, die zum einen dem unterschiedlichen Bedarf, zum anderen den sich ausdifferenzierenden Pflegearrangements besser entsprechen. Ambulant betreute Wohngruppen wiederum treffen auf kumulierende Erschwernisse, die sich auf der rechtlichen und auf der Kostenebene festmachen lassen. Personenbezogene Budgets könnten, neben den „Poolen“ von Leistungen gemäß § 36 Abs. 1 Satz 5 SGB XI (neu), die leistungsrechtlichen Probleme im SGB XI lösen und eine – zwischen den Bundesländern optimalerweise abgestimmte – Neufassung des Heimbegriffs wiederum rechtlich-definitiv für Klarstellung sorgen.

Das Exempel des Betreuten Wohnens und das der ambulant betreuten Wohngruppe verdeutlichen somit auch, dass in diesen Fällen eine Novellierung des SGB XI allein noch nicht zum Ziel pluralerer Arrangements führt. Erforderlich sind abgestimmte übergreifende Impulse des Gesetzgebers.

12.5 Literatur

Bertelsmann-Stiftung/Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2003), *Leben und Wohnen im Alter. Band 1: Neue Wohnkonzepte für das Alter*. Köln.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2002), *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2006), *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag der älteren Generation zum Zusammenhalt der Generationen*. Berlin.

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (1998), *Zweiter Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“*. Bonn.

Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.) (2002), *Enquete-Kommission Demographischer Wandel. Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik*. Berlin.

Eberhard A/Saup W (2006), *Demenzkranke Menschen im betreuten Seniorenwohnen. Herausforderungen und Empfehlungen*. Augsburg.

Gutzmann H/Zank S (2005), *Demenzielle Erkrankungen. Medizinische und psychosoziale Interventionen*. Stuttgart.

Hoff A (2004), *Intergenerationale Familienbeziehungen im Wandel*, in: Tesch-Römer C/Engstler H/Wurm S (Hrsg.), *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. Wiesbaden, 231–287.

Igl G (2007), *Grundsatzstatement. Fachgespräch „Heimrecht“ in der Landesvertretung Rheinland-Pfalz in Berlin, 12. Januar 2007 (Ms.)*.

Kremer-Preiß U/Narten R (2004), *Betreute Wohngruppen. Struktur des Angebots und Aspekte der Leistungsqualität*. Köln.

Kremer-Preiß U/Stolarz H unter Mitwirkung von Kieschnick H (2006), *Ambulant betreute Wohngruppen. Arbeitshilfe für Initiatoren*. Köln.

Mollenkopf H/Oswald F/Wahl H-W (1999), Alte Menschen in ihrer Umwelt: „Drinne“ und „Draußen“ heute und morgen, in: Wahl H-W/Mollenkopf H/Oswald F (Hrsg.), Alte Menschen in ihrer Umwelt. Wiesbaden, 219–238.

Oswald F/Marx L/Wahl H-W (2006), Barrierefreie Umwelten, in: Oswald WD u. a. (Hrsg.), Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. Stuttgart, 3. vollst. überarb. Aufl., 194–199.

Pawletko K-W (2003), Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen. Berlin.

Saup W (2001), Ältere Menschen im Betreuten Wohnen. Ergebnisse der Augsburger Längsschnittstudie. Band 1. Augsburg.

Saup W (2003), Betreutes Seniorenwohnen im Urteil der Bewohner. Augsburg.

Saup W et al. (2004), Demenzbewältigung im betreuten Seniorenwohnen. Augsburg.

Schmidt R (2006), Pflege: Neue Angebote gesucht. in: Sozialwirtschaft aktuell, H. 20, 1–3.

Schmidt R (2007), Neue Dienstleistungen in der ambulanten Pflege. in: Theorie und Praxis Sozialer Arbeit, H. 1, 21–29.

Statistisches Bundesamt (2006), Die Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Bevölkerung Deutschlands bis 2050. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2007), Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Wahl H-W (2000), Ergebnisse der ökogerontologischen Forschung, in: Wahl HW/Tesch-Römer C (Hrsg.), Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart/Berlin/Köln, 203–208.

Weinkopf C (2006), Haushaltsnahe Dienstleistungen für Ältere, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Produkte, Dienstleistungen und Verbraucherschutz für ältere Menschen. Münster, 155–219.

Ziegler U/Doblhammer G (2005a), Steigende Lebenserwartung geht mit besserer Gesundheit einher. Risiko der Pflegebedürftigkeit in Deutschland sinkt, in: Demographische Forschung, Jg. 2, H. 1, 1-2.

Ziegler U/Doblhammer G (2005b), Reductions in the Incidence of Care Need in West and East Germany between 1991 und 2003: Compression-of-Morbidity or Policy Effect? Rostock.

Autoren

Dr. Andreas Büscher

Institut für Pflegewissenschaften
Universität Bielefeld
Universitätsstr. 25
33615 Bielefeld

Krankenpfleger. Mehrjährige Tätigkeit auf interdisziplinären Intensivstation. Danach Studium der Pflegewissenschaft in Osnabrück. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Witten/Herdecke. Promotion an der University of Tampere/Finnland. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Arbeitsschwerpunkte: ambulante pflegerische Versorgung, formelle und informelle Pflege, Community Health Nursing, Pflegepolitik und pflegende Angehörige.

Hendrik Dräther

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Studium der Angewandten Systemwissenschaften im Fachbereich Mathematik der Universität Osnabrück. Anschließend wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Wirtschaftswissenschaftlichen Abteilung des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen. Seit 2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter im WIdO, Forschungsbereich „Gesundheitspolitik und Systemanalysen“. Arbeitsschwerpunkte: Finanzierung des Gesundheits- und Pflegesystems und Vergütung der Leistungserbringer in der ambulanten Vergütung. Seit März 2009 Leiter des Forschungsbereichs „Ambulante Analysen und Versorgung“ im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO).

Nauka Holl-Manoharan

80687 München

Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität Augsburg mit den Schwerpunkten Gesundheitsökonomie, Finanzwissenschaft und Sozialpolitik. Währenddessen wissenschaftliche Hilfskraft am Lehrstuhl Sozioökonomie des Gesundheitswesens. Von November 2006 bis November 2007 Trainee im Forschungsbereich „Gesundheitspolitik und Systemanalysen“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Seit dem in einer zentralen Institution des Gesundheitswesens in Bayern tätig.

Maike Holst

Universität Bremen – Zentrum für Sozialpolitik

Parkallee 39

28209 Bremen

Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Universität Bremen. Seit 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung des Zentrums für Sozialpolitik (ZeS) in Bremen. Forschungsschwerpunkt: Pflegeökonomie.

Dr. Klaus Jacobs

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Rosenthaler Straße 31

10178 Berlin

Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld. Promotion an der Freien Universität Berlin. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und von 1988 bis 2002 als Gesundheitsökonom im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Seit März 2002 Geschäftsführer des WIdO und Leiter des Forschungsbereichs „Gesundheitspolitik und Systemanalysen“. Arbeitsschwerpunkte: Organisation der Gesundheitsversorgung und ihrer Finanzierung auf einzel- und gesamtwirtschaftlicher Ebene. Er ist Mitglied im Ausschuss für Gesundheitsökonomie des Vereins für Sozialpolitik – Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.

Prof. Dr. Sabine Kühnert

Institut für Praxisforschung im Gesundheits- und Sozialwesen an der
Evangelischen Fachhochschule in Bochum
Alte Landstr. 179
40489 Düsseldorf – Kaiserswerth

Dipl. Psychologin, seit 1999 Professorin für Pflegewissenschaft an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum und seit 2002 wissenschaftliche Leiterin des Friederike-Fliedner-Instituts für Praxisforschung im Gesundheits- und Sozialwesen an der Evangelischen Fachhochschule RWL in Bochum. Gründungsmitglied der Bundeskonferenz zurr Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen (BUKO-QS). Forschungsschwerpunkte: Versorgungsforschung insbesondere im Feld der Altenhilfe, Qualitätssicherung, Angehörigenarbeit, Qualifizierung und Personalsituation in den Pflegeberufen.

Dr. Peter Michell-Auli

Kuratorium Deutsche Altershilfe
Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.
An der Pauluskirche 3
50677 Köln

Dr. Peter Michell-Auli ist seit April 2008 Geschäftsführer des Kuratoriums Deutsche Altershilfe. Zuvor leitete der Volkswirt die Unternehmensentwicklung und -steuerung bei den Zieglerschen Anstalten e.V., einem süddeutschen Sozialunternehmen der Diakonie, das sich u. a. auch in der Altenhilfe engagiert. Davor war er Referent für stationäre Pflege und Hospize beim AOK-Bundesverband und arbeitete in der Wirtschaftsprüfung bei der Prüfungsgesellschaft für Kirche und Diakonie im Rheinland mbH, wo er insbesondere Einrichtungen der Altenhilfe geprüft hat.

Edward Poniewaz

Bank für Sozialwirtschaft – Service GmbH
Im Mediapark 8
50670 Köln

Studium der Betriebswirtschaftslehre in Köln und Freiburg/CH (MBA). Geschäftsführer der BFS Service GmbH, ein Tochterunternehmen der Bank für Sozialwirtschaft AG, welches sich ausschließlich auf Kunden aus der Sozial- und Gesundheitswirtschaft spezialisiert hat. Seit 1996 führt die BFS Service GmbH bundesweite Betriebsvergleiche und Benchmarking-Projekte für Unternehmen in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft durch.

Isabel Rehbein

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Studium der Volkswirtschafts- und Betriebswirtschaftslehre in Berlin, Kiel und Hagen. Seit 1993 im WIdO. Zunächst tätig im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung. Seit 2000 Mitarbeiterin im Forschungsbereich Ambulante Versorgung/Pflege. Arbeitsschwerpunkte: Pflegeversicherung, Betriebsvergleich Pflege, Vertragsärztliche Versorgung.

Heinz Rothgang

Universität Bremen
Zentrum für Sozialpolitik
Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung
- Barkhof -
Parkallee 39
28209 Bremen

Heinz Rothgang war in der Zeit von 1993 bis Ende 2004 in verschiedenen Formen als Wissenschaftler in der wirtschaftswissenschaftlichen Abteilung des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen (Leiter: Prof. Dr. Schmähl) tätig und hat anschließend eine Professur für „Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung“ am Fachbereich Pflege und Gesundheit der Fachhochschule Fulda angenommen. Ende 2005 Übernahme der Professur für „Gesundheitsökonomie“ an der Universität Bremen. Seit April 2006 Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung im Zentrum für Sozialpolitik in Bremen.

Roland Schmidt

Fachhochschule Erfurt
Altonaerstr. 25
99085 Erfurt

Dr. phil., Professor für Gerontologie und Versorgungsstrukturen, FH Erfurt. Zuvor wiss. Mitarbeiter am Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA). Mitglied im wiss. Beirat beim Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt. Sachverständiges Mitglied der Enquete-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestags (14. Legislaturperiode). Mitglied der Bundeskonferenz für Qualitätssicherung in Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (Buko-Qs), Kurator im Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik.

Klaus Wingenfeld

Institut für Pflegewissenschaften
Universität Bielefeld
Universitätsstr. 25
33615 Bielefeld

Studium der Soziologie an der Universität Münster. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Münster und am Institut für System- und Technologieanalysen in Bad Oeynhausen. Freiberufliche Tätigkeit am Institut für angewandte Gesundheitswissenschaften in Detmold. Promotion an der Bielefelder Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Seit 1995 wissenschaftlicher Mitarbeiter und seit 2004 wissenschaftlicher Geschäftsführer des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Arbeitsschwerpunkte: stationäre Altenhilfe, Einschätzung von Pflegebedürftigkeit, Entlassungsmanagement und Versorgungskontinuität.