

2 Grundlagen und Herausforderungen der Pflegepolitik Ein alternatives Problemverständnis

Zunächst werden die wichtigsten Organisationsprinzipien und Probleme der Pflege skizziert (2.1) und die Chancen einer Förderung der informellen Pflege als Beitrag zur finanziellen und legitimatorischen Nachhaltigkeit der Pflege-(Versicherungs-)Politik herausgearbeitet. Ich werde zeigen, dass die Politik nicht nur bereits Handlungsfähigkeit bei der Abwendung budgetärer Defizite demonstriert hat, sondern neue Wege der Versorgung diskutiert werden und entsprechende Reformtätigkeit – wenn auch mit beschränkter Reichweite – stattgefunden hat (2.2). Jedoch kann es sich hierbei nur um erste Etappen gehandelt haben, wenn eine wirksame politische Strategie das Ziel ist. Die abgeleitete Annahme, dass die Erreichung des Ziels einer besseren Förderung und stärkeren zivilgesellschaftlichen Öffnung der informellen Pflege mit der bislang dominierenden Geldtransferpolitik unwahrscheinlich ist, werde ich mit einem verhaltensökonomischen Modell prüfen (2.3). Dies führt zu der Erkenntnis, dass ein offenkundiges gesellschaftliches Problem bisher unzureichend politisch gelöst wurde – und zu der Frage, wie die begrenzte Innovationskraft der Politik erklärt werden kann (2.4).

2.1 Das soziodemografische Problem: Pflege innerhalb und außerhalb der Pflegeversicherung

Um den Gang des Arguments nachvollziehen zu können, müssen einige grundlegende Charakteristika der Pflegeversicherung Berücksichtigung finden. Anschließend werden aus der amtlichen Statistik und Erkenntnissen zur Übernahme von Pflege und Unterstützung in Privathaushalten und Nachbarschaften die Problembereiche der Pflege herausgearbeitet und auf politisches Handeln zugespitzt.

2.1.1 Die Pflegeversicherung I: Ordnungsprinzipien und Leistungen

Die GPV wurde 1994 von einer informellen „Großen Koalition“ aus CDU/CSU, FDP und SPD verabschiedet.¹¹ Sie ist eine für alle GKV-Mitglieder verpflichtende Sozialversiche-

11 Zuvor wurde das Problem der Pflegebedürftigkeit, über deren unzureichende Berücksichtigung im Rahmen der bis dahin gültigen Sozialgesetzgebung in Politik und Gesellschaft weitreichender Konsens bestand (vgl. Klie & Krahmer 2009: 45), mehr als zwanzig Jahre lang diskutiert. Am Ende der Debatten stand eine Sozialreform, durch die Pflegebedürftigkeit erstmals als allgemeines Lebensrisiko anerkannt wurde und direkt Betroffene als fortan pflegerisch (statt finanziell) Bedürftige nicht mehr (ausschließlich) auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen waren (vgl. Leitner, Lessenich & Ostner 2001: 31). Die politische Würdigung des Pflege-Risikos war dabei ein Paradebeispiel für die institutionellen Zwänge des „Staates der Großen Koalition“ (Schmidt 2011: 273), da die Pflegeversicherung – so der zuständige Minister Blüm im Bundestag – „Zugeständnisse von allen Seiten“ verlangt hat (BT-Plpr. 12/223: 19279).

rung¹², deren Finanzierung nach dem Umlageverfahren über Beiträge erfolgt, die je zur Hälfte die Arbeitnehmer und Arbeitgeber entrichten.¹³ Der Beitragssatz beläuft sich derzeit (2015) auf 2,35 Prozent der Bruttoarbeitnehmerentgelte bzw. 2,6 Prozent bei Kinderlosen.¹⁴ Ihre Leistungen dürfen sich nur im Rahmen der durch den Beitragssatz erzielten Einnahmen bewegen und ausschließlich durch Rechtsverordnungen der Bundesregierung angeglichen werden (vgl. Igl 2003: 1097). Diese Regelung ist als „Grundsatz der Beitragssatzstabilität“ in §70 SGB XI festgeschrieben.

Voraussetzung für den Erhalt von Leistungen nach mindestens fünfjähriger Mitgliedschaft ist *Pflegebedürftigkeit*, wie sie in § 14 SGB XI definiert ist. Pflegebedürftig sind demnach „Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer [...] der Hilfe bedürfen“. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) prüft in einem standardisierten Begutachtungsverfahren nach medizinischen und pflegerischen Kriterien, ob eine Person die Voraussetzungen erfüllt und, falls ja, in welche *Pflegestufe* sie eingestuft wird.¹⁵ Pflegebedürftige werden einer der drei Stufen I, II oder III

- 12 Dass anstelle eines steuerfinanzierten oder kapitalgedeckten Systems eine Sozialversicherung gewählt wurde, ist auf eine Vielzahl Einflussfaktoren zurückzuführen (vgl. Hinrichs 1995; Rothgang 1997, 2009; Götting & Hinrichs 1993; Leitner, Lessenich & Ostner 2001): Zunächst handelte es sich um einen Kompromiss, mit dem sich (nahezu) alle beteiligten Akteure anfreunden konnten. Zum anderen hatten die Verantwortungsträger kein Interesse daran, ihre Haushalte zu belasten (was eine steuerfinanzierte Lösung getan hätte). Darüber hinaus war man mit Ausnahme der FDP der Ansicht, dass sich der Sozialversicherungspfad *im Grundsatz* bewährt habe (Schmidt 2012a: 47f.). Die Kapitaldeckung wurde zudem aus wahltaktischen Gründen vermieden (vgl. Pabst 2003: 91). Eine zentrale Antriebsfeder kann auch in der Entlastung der Kommunen gesehen werden, die steigende Sozialausgaben aufgrund pflegebedingter Aufwendungen verzeichneten (vgl. Schmähl 1999: 5).
- 13 Sie versichert Familienangehörige beitragsfrei mit, sofern diese nicht oder geringfügig erwerbstätig sind. Freiwillig gesetzlich Krankenversicherte können sich von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn sie eine private Pflegeversicherung vorweisen. Privat Krankenversicherte müssen eine private Pflegeversicherung abschließen (vgl. Rothgang 1997: 30f.).
- 14 Wegen der Beibehaltung des Buß- und Bettages zahlen in Sachsen die Arbeitnehmer mehr als die Arbeitgeber. Aufgrund eines Urteils des Bundesverfassungsgerichts leisten Kinderlose seit 2005 einen um 0,25 Prozent erhöhten Beitrag.
- 15 Dies soll garantieren, dass „es zu keiner – stabilitätspolitisch unerwünschten – Übernachtung nach Pflegeleistungen“ kommt (Rothgang 1997: 28). Der Pflegebedürftigkeitsbegriff als SGB XI-Anspruchsvoraussetzung ist deshalb enger konstruiert als ein im täglichen Sprachgebrauch mitunter verwendetes Konzept, bei dem Pflege neben den pflegerischen Verrichtungen im engeren Sinne auch betreuende, alltagsunterstützende und soziale (Teilhabe-)Tätigkeiten umfasst (Schneider 2006: 494). Tatsächlich ist eine strikte Grenzziehung schwierig, da gerade in der informellen Versorgung unterschiedliche (pflegerische und nicht im engeren Sinne pflegerische) Tätigkeiten ineinander übergehen bzw. zeitgleich in Kuppelproduktion erbracht werden (hierzu 2.3.1). Die englische Sprache verweist aus gutem Grund mit dem Begriff *Care* auf mehr als das, was der deutsche Gesetzgeber als Pflege bezeichnet, nämlich „für jemanden Sorge tragen“ bzw. „sich um jemanden kümmern“ (Klie & Monzer 2008: 93; Wendt 2009: 12f.). Pflege ist demnach ein relationaler und in sich zum Teil widersprüchlicher Begriff, der allenfalls in der professionellen, weitgehend standardisierten Versorgung gegen Entgelt der gesetzgeberischen Definition entspricht, und sich in allen anderen Bereichen einer strengen Eingrenzung entzieht. Die Problematik wird auch deutlich, wenn man die Leistungen für Pflege im engeren Sinne (nach der Definition des SGB XI) den Erwartungen und Ansprüchen der Betroffenen gegenüberstellt, die sich (wie in 2.2.2 dargelegt) nach repräsentativen Erhebungen nur unzureichend unterstützt fühlen. Ich werde deshalb nicht ausschließlich die Pflege im Sinne des SGB XI thematisieren, sondern vor allem im Kontext der informellen Pflege in zufälliger Abfolge und Kombination zusätzlich die Begriffe *Unterstützung* und *Hilfe* verwenden; vor allem dann, wenn die nachbarschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Beiträge angesprochen sind, die sich weit überwiegend auf alltagsunterstützende (niedrigschwellige) Hilfen und Besorgungen, Betreuungsleistungen, soziale Aktivitäten sowie auf „indirekte“ Unterstützungsbeiträge wie Entlastungs- und Selbsthilfeangebote für pflegende Angehörige beziehen (siehe hierzu die Ausführungen zu wohnortnahen Versorgungskonzepten in 2.2.2, zu Pflegestützpunkten in 2.2.3 sowie meine Erkenntnisse aus dem SHARE-Datensatz in 2.3).

zugeordnet, die sich aus dem täglichen Hilfebedarf in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität ableiten (§15 SGB XI): *Pflegestufe I* (erheblich Pflegebedürftige) gilt für Personen, die für mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren der Bereiche mindestens einmal täglich Hilfe benötigen. In *Pflegestufe II* (Schwerpflegebedürftige) fallen Personen, die mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Versorgung benötigen. Leistungen der *Pflegestufe III* (Schwerstpflegebedürftige) werden gewährt, wenn täglich rund um die Uhr Hilfe benötigt wird. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) von 2008 wurden zusätzlich Ansprüche für Personen geschaffen, die nicht ausreichend pflegebedürftig für Pflegestufe I sind, aber einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf z.B. infolge demenzieller Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen aufweisen.

Die Leistungshöhen der Pflegeversicherung (und ihre Modifizierungen) folgten dem „Wirtschaftlichkeitsgebot“, dem zufolge lediglich wirksame und zugleich wirtschaftliche Leistungen gewährt werden, sowie der Vorstellung, dass häuslicher Pflege Vorrang vor stationärer Pflege gewährt werden müsse. Die Pflegestufen sollen gewährleisten, dass zuerst die Pflegebereitschaft von Angehörigen, Nachbarn und Bekannten unterstützt wird, bevor Leistungen professioneller ambulanter Dienste abgerufen werden. Letztere sind wiederum vorrangig gegenüber der vollstationären Pflege, weshalb Pflegebedürftige, die entgegen des MDK-Gutachtens einen (dauerhaften) Aufenthalt im Heim wählen, nur Sachleistungen in der für ambulante Dienste in ihrer Pflegestufe vorgesehenen Höhe erstattet bekommen (vgl. Rothgang 1997: 28f.). Aufgrund der Fixierung des Leistungskatalogs kann man von einem „lediglich grundsichernden Charakter der Pflegeversicherung“ sprechen (ebd.: 33). Allerdings konnte diese „nur eingeführt werden, weil ihre Protagonisten die Kostenbegrenzung zu einem zentralen Ziel erhoben haben“, weshalb – was später thematisiert wird – „der im Gesetz niedergelegte Pflegebedürftigkeitsbegriff schon sehr bald unter fachlichen Gesichtspunkten als unzureichend kritisiert wurde“ (Rothgang 2011: 659). Denn: Alle Leistungen sind begrenzt (Budgetprinzip) und wurden ab 2008 erstmals seit 1995 in vier Stufen (2008, 2010, 2012 und 2015) erhöht.

Wird ein Pflegebedürftiger *ambulant* betreut, können *Pflegesachleistungen* von derzeit bis zu 468 Euro, 1.144 Euro und 1.612 Euro gewährt werden, wobei Bedürftige der Stufe III in Ausnahmefällen mit besonderem Aufwand (etwa im Endstadium von Krebserkrankungen) Leistungen im Wert von bis zu 1.995 Euro monatlich erhalten. Pflegesachleistungen sollen durch *Pflegegeld* ersetzt werden, wenn die Pflege dadurch in „angemessener Weise“ sichergestellt ist und sich der Pflegebedürftige selbst um eine oder mehrere Pflegepersonen – etwa Angehörige, Freunde oder Personen im nachbarschaftlichen Umfeld – kümmert.¹⁶ Seit 2015 betragen die Pflegegeldleistungen 244 Euro in Pflegestufe I, 458 Euro in Pflegestufe II und 728 Euro in Stufe III. Ebenfalls möglich ist es, die Pflegesachleistungen und das Pflegegeld zu kombinieren¹⁷ (*Kombinationsleistungen*), wenn eine Pflegeperson nur einen Teil der Pflege übernehmen kann. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Verhinderungspflege (etwa im Er-

16 Der Pflegebedürftige kann selbst entscheiden, ob er das Pflegegeld an die Pflegeperson(en) auszahlt. Als Pflegeperson gilt und erhält Leistungen zur Renten- und Unfallversicherung, wer einen oder mehrere Pflegebedürftige in häuslicher Umgebung und nicht erwerbsmäßig mindestens 14 Stunden pro Woche pflegt (unabhängig davon, ob Pflegegeld gezahlt wird). Ferner sind die Pflegekassen dazu angehalten, kostenlose Weiterbildungskurse für Pflegepersonen anzubieten, um die Qualität der häuslichen Pflege zu verbessern. Wird Pflegegeld gezahlt, muss sich der Pflegebedürftige regelmäßig einer Beratung unterziehen, die der Prüfung der Versorgungsqualität und der fachlichen Begleitung der Pflegepersonen dient.

17 In diesem Fall wird das Pflegegeld anteilig ausgezahlt und um den Prozentsatz gemindert, für den Sachleistungen in Anspruch genommen werden.

holungsurlaub) und Pflegehilfsmittel für die Verbesserung des Wohnumfelds in Anspruch zu nehmen. Sodann konnten Pflegebedürftige, die einen erhöhten Bedarf an Betreuung aufwiesen, durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PfLEG) ab 2002 zusätzliche Beiträge erhalten; dies gilt seit 2008 auch für Personen, die *nicht* pflegebedürftig im Sinne der Pflegestufen sind, und zwar mittlerweile (2015) bis zu 231 Euro monatlich. Diese Leistungen wurden ab 2013 der „Pflegestufe 0“ (für nicht körperlich Pflegebedürftige) zugeordnet und für altersverwirrte Patienten in den Pflegestufen I und II als Zuschläge gewährt. Dadurch ist erhöhter allgemeiner Betreuungsbedarf schrittweise in den Katalog der Regelleistungen vorgedrungen (Tabelle 1), ohne den körperlichen Beeinträchtigungen durch einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gleichgestellt worden zu sein.

**Tabelle 1: Grundlegende Leistungsarten und Leistungshöhen seit 2015
(in Klammern: bis 2008)**

	Ambulante Pflege				Vollstationäre Pflege monatlich in €
	Pflegegeldleistungen monatlich in €	Zuschlag* in €	Pflegesachleistungen monatlich bis zu €	Zuschlag* bis zu €	
Pflegestufe 0*	123 (–)	–	231 (–)	–	–
Pflegestufe I	244 (205)	72	468 (384)	221	1.064 (1.023)
Pflegestufe II	458 (410)	87	1.144 (921)	154	1.330 (1.279)
Pflegestufe III	728 (665)	–	1.612 (1.432)**	–	1.612 (1.432)**

* Bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf („Pflegestufe 0“ und Zuschläge in den Stufen I und II nachträglich eingeführt); ** In Härtefällen: 1.995 €. Unberücksichtigt: Pflegevertretung, Kurzzeitpflege, teilstationäre Tages- und Nachtpflege, Förderung ambulant betreuter Wohngruppen, vollstationäre Pflege in Behinderteneinrichtungen.

Quelle: Igl 2003; BMG 2015

Teilstationäre Pflegeleistungen können in Anspruch genommen werden, „wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist“ (§41, 1 SGB XI). Dabei gelten Pflegestufen analog der ambulanten Versorgung, wobei auch hier Sach- und Geldleistungen kombiniert werden können. Sofern ambulante oder teilstationäre Pflege kurzzeitig (noch) nicht möglich ist bzw. nicht ausreicht, wird Kurzzeitpflege in einer stationären Pflegeeinrichtung für maximal vier Wochen pro Kalenderjahr bewilligt. Nur wenn ambulante oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend gewährt werden kann, sollen Pflegebedürftige in einer *stationären* Einrichtung untergebracht werden. In diesem Fall werden die allgemeinen Pflegeleistungen gezahlt, wohingegen die Pflegebedürftigen selbst, ihre Angehörigen oder die zuständigen Sozialhilfeträger für Unterkunft und Verpflegung („Hotelkosten“) aufkommen müssen. Die Leistungen betragen 1.064 Euro in Pflegestufe I, 1.330 Euro in Pflegestufe II und 1.612 Euro in Pflegestufe III. Bei außergewöhnlich hohem Pflegebedarf kann im Ausnahmefall ein erhöhter Betrag (1.995 Euro) gezahlt werden.

Zusätzlich zu Modifikationen der Leistungsentgelte wurden Reformen auf den Weg gebracht, die sich auf Verbesserungen der Rahmenbedingungen der professionellen und häuslichen Versorgung beziehen. So wurde im Zuge des PfWG von 2008 erstmals der Rechtsanspruch geschaffen, zum Zwecke der pflegerischen Versorgung eines Angehörigen für maximal

sechs Monate *unbezahlt* aus dem Berufsleben auszusteigen (Pflegezeit), und es wurden Maßnahmen getroffen, mit denen die Qualität pflegerischer Einrichtungen nach einheitlichen Bewertungskriterien sichergestellt werden sollte. Darüber hinaus wurde mit der Einführung von *Pflegestützpunkten* (siehe 2.2.3) der Aufbau einer wohnortnahen Infrastruktur für die Beratung von Pflegebedürftigen und die Vernetzung pflegerischer mit alltagsunterstützenden Leistungen begonnen. Die 2012 eingeführte *Familienpflegezeit* verfolgte das Ziel, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf durch ein Wertguthabenmodell zur Reduzierung der Arbeitszeit – zunächst ohne Rechtsanspruch der Beschäftigten, der erst nachträglich zum 1.1.2015 installiert wurde – voranzutreiben (siehe ebenfalls 2.2.3). Durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) von 2012 können seit dem 1.1.2013 *ambulant betreute Wohngruppen* zusätzliche Fördergelder beziehen, und zum 1.1.2015 wurden durch das Pflege-Stärkungsgesetz (PSG) die Zuschüsse für Umbaumaßnahmen (z.B. Rollstuhlrampen) und Pflegehilfsmittel erhöht.

Die verschiedenen Reformen haben an den Grundprinzipien der Pflege nicht gerüttelt, sondern Kaufkraftverluste ausgeglichen, weitere bedürftige Gruppen einbezogen, und sie implizierten erste Schritte einer verstärkten Förderung von Infrastrukturen (Pflegestützpunkte, Wohngruppen), die jedoch – wie später zu zeigen sein wird – finanziell auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau stattfanden. Die verschiedenartigen Modifikationen wurden deshalb in den Medien wie auch in der Wissenschaft verhalten positiv aufgenommen. Allerdings ernteten die Reformer Kritik dafür, dass sie die Leistungsausweitungen nicht mit umfassenden Umbauten der Finanzierung verbanden. So attestierte Schmidt (2010: 306) der Pflegereform 2008 zwar „beachtliche sozialpolitische Gebrauchswerte“, machte aber auch auf die nicht erfolgte Konsolidierung der Finanzgrundlage aufmerksam. Bönker (2010: 358) kam zu dem Schluss, dass „die Pflegepolitik zweifellos kein Ruhmesblatt für die Große Koalition“ sei. Ein ähnliches Echo folgte auf die Reform von 2012, die anstelle von Veränderungen an der obligatorischen Finanzierung mit der Förderung privater Zusatz-Versicherungen aufwartete. Für Moog & Raffelhüschen (2012: 10) reihte sich das Gesetz deshalb „nahtlos in die Pflegepolitik vergangener Legislaturperioden ein, welche in der Kombination aus Leistungsausweitung und Beitragssatzerhöhung die Finanzierungsbasis der GPV mit stetem Tropfen zunehmend ausgehöhlt hat“.¹⁸ All dies verweist auf den Umstand, dass die Leistungen stets im Verhältnis zum Finanzbedarf betrachtet werden müssen. Im Folgenden beleuchte ich deshalb die Entwicklung der Leistungsinanspruchnahme sowie der Einnahmen und Ausgaben, da dies eine qualifizierte Einschätzung der sodann skizzierten Problem diskurse erlaubt, die für den Bereich der informellen Pflege bedeutsam sind.

2.1.2 Die Pflegeversicherung II: Leistungsinanspruchnahme und Finanzentwicklung

Der „Grundsatz der Beitragssatzstabilität“ soll die Wirtschaftlichkeit der Pflegeversicherung nachhaltig sichern. Ob dies langfristig der Fall sein wird, kann angesichts der Leistungs- und Finanzentwicklung in den vergangenen 17 Jahren bezweifelt werden: So ist die Zahl der Leistungsbezieher zwischen 1997 und 2014 insgesamt von 1,73 auf 2,78 Mio. Personen

¹⁸ Nach Rothgang (2012: 204) ist außerdem „davon auszugehen, dass vor allem Einkommensstarke private Zusatzversicherungen abschließen werden. Da ihre Versicherungen auch durch die Steuern der Einkommensschwächeren finanziert werden, kommt es zu einer inversen Umverteilung von unten nach oben“. Darüber hinaus müsse „bezweifelt werden, dass ein florierender privater Pflege-Versicherungsmarkt überhaupt zustande kommt“, da die Versicherer keine Risikoprüfung und Prämiendifferenzierung durchführen dürfen.

im Jahresdurchschnitt (errechnet aus Leistungstagen der unterschiedlichen Versorgungsarten) gestiegen (Tabelle 2). Beachtlich ist, dass der Anteil der Empfänger von *Pflegegeld* seit 1997 nicht nur prozentual stark zurückgegangen ist, sondern bis 2005 auch absolut, um erst dann wieder (leicht) anzusteigen: Empfangen 1997 noch rund 971 Tsd. Personen Pflegegeld, waren es 2005 knapp 11 Tsd. weniger und 2014 mit 1,25 Mio. zwar durchaus wieder mehr. Gemessen an der allgemeinen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit entspricht dies allerdings einerseits einem Rückgang von 56,3 auf 45,1 Prozent der Gesamt-Leistungsempfänger zwischen 1997 und 2014, während andererseits die Einführung der „Pflegestufe 0“ für nicht körperlich Bedürftige zum 1.1.2013 kosmetische Korrekturen an der Statistik bewirkt hat, die verschleiern, dass die Werte bis 2012 (mit damals 1,08 Mio. bzw. 43,9 Prozent) erheblich gesunken waren. Dem gegenüber ist der Anteil der Empfänger der kostenintensiveren Sachleistungen im selben Zeitraum zunächst von 6,9 auf 8,8 Prozent (2006 und 2007) gestiegen, um schließlich auf 5,3 Prozent im Jahr 2014 zurückzufallen. „Nutznießer“ dieser jüngeren Entwicklung sind die Kombinationsleistungen aus Geld- und Sachmitteln, deren Anteil zwischen 1997 und 2014 von 9,1 auf 15,1 Prozent geklettert ist, sowie innerhalb der „sonstigen Leistungen“ vor allem die Urlaubspflege (mit einem Anstieg von 0,2 auf 3,8 Prozent im selben Zeitraum) sowie die teilstationäre Tages- und Nachtpflege (nunmehr 2,4 statt 0,3 Prozent 1997), die angesichts der Berechnung auf Basis von Leistungstagen gleichberechtigt in die Statistik der jahresdurchschnittlichen Leistungen eingehen.

Diese Zahlen erlauben zweierlei Schlüsse:

- Zum einen, dass der Gesetzgeber sein Ziel, die private Pflegebereitschaft durch *finanzielle Anreize* zu erhöhen, offenkundig nicht erreichen konnte. Dies wird auch deutlich, wenn man annimmt, dass in der häuslichen Pflege *grundsätzlich* die Möglichkeit besteht, die Versorgung über Angehörige oder andere Bezugspersonen zu organisieren, und unter Ausschluss der Zahlen zur vollstationären Pflege konstatiert, dass der Anteil der Geldleistungen am Gesamtleistungsaufkommen der ambulanten (und teilstationären) Pflege zwischen 1997 und 2007 von 76,9 auf 68,4 und bis 2014 sogar auf 62,2 Prozent geschrumpft ist.
- Zum anderen lässt die zunehmende Relevanz der Kombinationsleistungen und ergänzender teilstationärer oder Urlaubspflege darauf schließen, dass Angehörige und sonstige Pflegepersonen zwar in vielen Fällen *versuchen*, die Pflege weitgehend im Privatumfeld der Pflegebedürftigen zu organisieren oder zumindest teilweise mitzuhelfen, aber nicht in der Lage sind, die Verantwortung alleine zu tragen – also entweder die Unterstützung eines Pflegedienstes oder die Möglichkeit einer Urlaubsvertretung in Anspruch nehmen.

Nicht gar so viel Skepsis ist mit Blick auf die Entwicklung der vollstationär gepflegten Personen geboten: Da ihre Zahl zwischen 1997 und 2014 von 463 auf rund 765 Tsd. gestiegen ist, was einem Zuwachs von 26,9 auf 27,5 Prozent entspricht, kann zwar auch hier die Frage erlaubt sein, ob die intendierte „Zügelung“ der stationären Pflege geglückt ist. Jedoch wurde der Scheitelpunkt von 2007 (mit 31,4 Prozent) überschritten, und es wäre näher zu evaluieren, ob der seitdem gesunkene Anteil stationär Versorgter als Effekt unterschiedlicher Reformen interpretiert werden kann.

Tabelle 2: GPV-Leistungsempfänger im Jahresdurchschnitt nach Pflegeform und Leistungsarten

Jahr	Leistungs- Empfänger insgesamt/ in Prozent	Ambulante und teilstationäre Pflege				Vollstationäre Pflege**
		Pflegegeld- Leistungen	Pflegesach- Leistungen	Kombinations- Leistungen	Sonstige Leis- tungen*	
1997	1.725.000	970.775	119.167	157.390	14.397	463.270
	100,0	56,3	6,9	9,1	0,8	26,9
2002	1.971.638	977.327	165.679	205.322	30.604	592.706
	100,0	49,6	8,4	10,4	1,6	30,1
2007	2.102.116	986.294	184.280	217.724	53.474	660.344
	100,0	46,9	8,8	10,4	2,5	31,4
2012	2.449.383	1.075.835	129.489	380.186	140.367	723.506
	100,0	43,9	5,3	15,5	5,7	29,5
2014	2.782.136	1.253.745	148.674	420.950	193.976	764.791
	100,0	45,1	5,3	15,1	6,9	27,5

Errechnet aus Leistungstagen. Die Gesamtzahl der Leistungsempfänger und die kumulierten Werte der nach Leistungsformen aufgeschlüsselten Empfängerzahlen weichen teilweise geringfügig voneinander sowie von den Zahlen in Tabelle 3 mit Angaben zu der Gesamtzahl der Leistungsempfänger am Jahresende nach Pflegeform und Pflegestufen ab. Dies ist mit Mehrfachzahlungen aufgrund gleichzeitiger Inanspruchnahme mehrerer Leistungen zu erklären. * Urlaubspflege, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege. Urlaubs-/Kurzzeitpflege sind nicht Teil der stationären Leistungen, da sie die häusliche Pflege nur ergänzen oder vorübergehend ersetzen. ** Inklusive vollstationärer Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Quelle: BMG 2015

Betrachtet man die Empfängerzahlen in Pflegestufen (Tabelle 3), wird offensichtlich, dass ein starker Zuwachs vor allem in der Pflegestufe I zu verzeichnen ist. Der Anteil der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufen II und III) ging dagegen in allen Versorgungs-Settings zurück. So hat sich die Anzahl erheblich Pflegebedürftiger in der häuslichen Pflege zwischen 1997 und 2014 mehr als verdoppelt. Damit machte der Anteil der Stufe I an der ambulanten Pflege 2014 bereits 63,0 Prozent aus (gegenüber 47,5 Prozent 1997). Die Zahl der erheblich Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege hat sich im gleichen Zeitraum ebenfalls verdoppelt (321 gegenüber 159 Tsd. Personen). Somit betrug ihr Anteil 2014 schon 42,8 Prozent (gegenüber 34,5 Prozent 1997). Dies sollte ein Indiz dafür sein, dass die ansteigende Pflegebedürftigkeit in Deutschland zwar Bedarfe (insbesondere von Hochbetagten) schafft, die lediglich in stationären Einrichtungen mit professioneller „Rundum-Versorgung“ gedeckt werden können, dass aber – am „unteren Ende“ des Spektrums – aufgrund von gesamtgesellschaftlich höherem Wohlstand und besserer Gesundheit diejenigen Pflege- und Unterstützungsbedarfe zunehmen, denen (gemessen an ihrem vom MDK beurteilten Aufwand¹⁹)

¹⁹ Dies setzt voraus, dass sich an der Begutachtungspraxis seit 1997 keine grundlegenden Veränderungen ergeben haben, wovon angesichts der nicht erfolgten Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und abgesehen von erweiterten Prüfungstatbeständen (z.B. für zusätzliche Betreuung) im Großen und Ganzen ausgegangen werden kann.

durchaus von Angehörigen und Bekannten nachgekommen werden könnte, sofern Politik die hierfür notwendigen Rahmenbedingungen (weiter-)entwickelt. Diese Interpretation ist jedenfalls kompatibel mit Befunden zur Gesundheit und Mobilität älterer Menschen, die sich in den vergangenen rund 20 Jahren erheblich verbessert haben (Generali Zukunftsfonds 2012: 47ff.).

Tabelle 3: GPV-Leistungsempfänger am Jahresende nach Pflegeform und Pflegestufen

Jahr	Leistungs- Empfänger insgesamt/ in Prozent	Ambulante und teilstationäre Pflege				Vollstationäre Pflege			
		Gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III
1997	1.659.948	1.197.677	568.481	486.263	142.933	462.271	159.383	189.702	113.186
	100,0	100,0	47,5	40,6	11,9	100,0	34,5	41,0	24,5
2002	1.888.969	1.289.152	725.993	435.924	127.235	599.817	230.383	249.600	119.834
	100,0	100,0	56,3	33,8	9,9	100,0	38,4	41,6	20,0
2007	2.029.285	1.358.201	804.628	426.855	126.718	671.084	273.090	266.222	131.772
	100,0	100,0	59,2	31,4	9,3	100,0	40,7	39,7	19,6
2012	2.396.654	1.667.108	1.043.065	483.159	140.884	729.546	313.280	273.733	142.533
	100,0	100,0	62,6	29,0	8,5	100,0	42,9	37,5	19,5
2014	2.568.936	1.818.052	1.145.958	522.218	149.876	750.884	321.215	280.733	148.936
	100,0	100,0	63,0	28,7	8,2	100,0	42,8	37,4	19,8

Quelle: BMG 2015

Mit Blick auf die Ausgabenentwicklung (Tabelle 4) schlägt sich der sinkende Anteil der Empfänger von Pflegegeld auch in den Aufwendungen für diesen Bereich nieder. Wurden 1997 noch 4,32 Mrd. Euro gezahlt, waren es 2007 sogar rund 300 Mio. Euro weniger, und erst durch die Erhöhung der Leistungen und den Anstieg der Geldleistungsempfänger in den vergangenen Jahren – auch durch die bessere Berücksichtigung von Betreuungsbedarfen – stieg das Ausgabeniveau auf 5,94 Mrd. Euro im Jahr 2014. Ähnlich bildet sich die Kostenzunahme durch die leistungsrechtlichen Modifikationen im Posten Sachleistungen ab; wobei hier zunächst verwundert, dass trotz deutlich rückläufiger Zahl der Empfänger zwischen 2007 und 2012 ein ähnlicher Zuwachs (von rund einem Viertel des Werts von 2007) wie bei den Geldleistungen stattgefunden hat (deren absolute Empfängerzahl zwischen 2007 und 2012 geringfügig gestiegen ist) bzw. mit Blick auf den Gesamtzeitraum 1997 bis 2014 bei nur moderater Zunahme der ausschließlichen Sachleistungen ihr Budgetposten mittlerweile doppelt so „teuer“ ist. Eine Erklärung hierfür ist zum einen die parallele Zunahme an bzw. eine Verschiebung hinein in Kombinationsleistungen, die in der Ausgabenstatistik den Geld- und Sachleistungen zugerechnet werden – und offenbar zu großen Teilen Sachleistungen sind! –, und zum anderen, dass professionelle Versorgung in der gleichen Pflegestufe schlicht kostenintensiver ist. Damit wäre einerseits unterstrichen, dass das Pflegegeld in seiner Relevanz abnimmt und häusliche Pflege verstärkt nur als Option in einer Mischung (Kombinationsleistungen) wahrgenommen wird, in der ein *wesentlicher Anteil* des zu leistenden Aufwands professionell erledigt wird, und andererseits, dass der damit einhergehende Bedeutungsgewinn der Sach- und Kombinationsleistungen „teuer“ eingekauft wird. Angesichts der Verschiebung in die „günstigere“ Pflegestufe I ist der Kostenanstieg aber noch durchaus moderat. Insofern

kann Häcker & Raffelhüschen (2007: 392) zwar zugestimmt werden, dass „zwei Formen der Verschiebung im Inanspruchnahmeverhalten stattgefunden [haben], die beide zu einem höheren Ausgabeneffekt führen“, nämlich „einerseits die Umschichtung von den ‚günstigen‘ Geld- hin zu den ‚teureren‘ Sachleistungen und damit von der informellen zur professionellen ambulanten Pflege und andererseits die Umschichtung von der vergleichsweise ‚günstigeren‘ ambulanten zur ‚teureren‘ stationären Pflege“. Die Diagnose muss aber insofern relativiert werden, als eine dritte Form der Verschiebung von den „teuren“ Pflegestufen II und III in die „günstigere“ Stufe I die beiden anderen Entwicklungen abfedert. Dies macht sich auch in der stationären Pflege bemerkbar, in der die bis 2015 ausgebliebene finanzielle Besserstellung der Pflegestufen I und II in Kombination mit der abnehmenden Relevanz der bereits vorzeitig angepassten Pflegestufe III kostenbremsend gewirkt hat.

Tabelle 4: Zahl der GPV-Versicherten, Einnahmen und Ausgaben in Mrd. Euro

Jahr	Beitragspflichtige Mitglieder in Mio.	Mitglieder insgesamt in Mio.	Einnahmen	Ausgaben	Saldo	Ambulante und teilstationäre Pflege			Vollstationäre Pflege**	Sonstige Ausgaben***
						Ausgaben Geldleistungen	Ausgaben Sachleistungen	Sonstige Ausgaben*		
1997	51,09	71,69	15,94	15,14	0,80	4,32	1,77	0,19	6,54	2,32
2002	50,88	70,79	16,98	17,36	-0,38	4,18	2,37	0,37	8,21	2,23
2007	50,63	70,34	18,02	18,34	-0,32	4,03	2,47	0,60	9,07	2,16
2012	51,95	69,73	23,04	22,94	0,10	5,08	3,11	1,51	10,76	2,49
2014	52,93	70,34	25,91	25,45	0,46	5,94	3,56	1,90	11,16	2,89

* Urlaubspflege, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, ab 2002 inklusive zusätzlicher Betreuungsleistungen ** Inklusive vollstationärer Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe, ab 2012 inklusive stationärer Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf *** Soziale Sicherung der Pflegepersonen, Pflegemittel und technische Hilfen, Hälfte der Kosten des MDK, Verwaltungsausgaben, sonstige Ausgaben, Pflegeberatung (ab 2012).

Quelle: BMG 2015

Insgesamt schlagen sich die zugenommene Pflegebedürftigkeit und die Leistungsverbesserungen aber im ambulanten wie auch im stationären Bereich nieder. Dass die Kosten zwischenzeitlich nur leicht gestiegen sind, liegt an den bis 2008 nicht durchgeführten Leistungsanpassungen, die nun regelmäßig stattfinden sollen. Deshalb ist trotz der Verschiebung in günstigere Pflegestufen mit einem Ausgabenanstieg zu rechnen, der umso dramatischer ausfallen dürfte, je weniger Bürger vom Pflegegeld überzeugt werden können. Damit bietet sich ein zwiespältiges Bild der Finanzlage: Nachdem die Ausgaben 1999 erstmals die Einnahmen überstiegen, betrug das Minus der Pflegeversicherung im Jahr 2004 rekordverdächtige 820 Mio. Euro; ein Jahr später wurde das Defizit nur aufgrund zusätzlicher Beitragseinnahmen infolge

des Kinder-Berücksichtigungsgesetzes verringert. 2005 wies die GPV deshalb nur noch ein Defizit von 360 Mio. Euro aus, und 2006 konnte wegen vorgezogener Sozialversicherungsbeiträge²⁰ wieder die „Gewinnzone“ erreicht werden. Dieser Effekt war 2007 schon wieder verflogen, allerdings konnten in den Folgejahren durch Anhebungen der Beitragssätze kombiniert mit dem glücklichen Umstand einer positiven Arbeitsmarktentwicklung, die zu steigenden Mitgliederzahlen geführt hat, wieder Überschüsse erwirtschaftet werden. Hierdurch und infolge verstärkter Zuflüsse aus den Erträgen eines Ausgleichsfonds der Pflegekassen konnte der Mittelbestand stabilisiert werden und betrug nach einem Rückgang von 4,86 Mrd. Euro (1997) auf 3,05 Mrd. Euro (2005) am Jahresende 2014 wieder 6,63 Mrd. Euro. Dies entspricht derzeit etwa drei Monatsausgaben und damit weit mehr als der in §64 SGB XI vorgeschriebenen halben Monatsausgabe.

Die *momentan* vergleichsweise günstige Finanzsituation kann also als kumulierter Effekt aus Veränderungen der Leistungsstrukturen (Verschiebung in die Pflegestufe I) und gesetzgeberischen Interventionen (Beitragssatzerhöhungen) beschrieben werden, der die Auswirkungen der Erweiterung des Leistungskatalogs und von Erhöhungen der Leistungsentgelte bislang überdeckt. Damit wurden allerdings nur einige Jahre Aufschub gewonnen, und eine grundlegende Reform der Pflegeversicherungsfinanzierung *oder* (bzw. und) ein Drehen an den Stellschrauben der Inanspruchnahme von *Leistungen* bleibt langfristig unausweichlich, um die Finanzierung der Pflege vor dem Hintergrund zurückgehender familiärer Pflegepotenziale (2.1.3) und der prognostizierten Steigerung der Fallzahlenentwicklung (2.1.4) in Zukunft zu sichern – und damit die Legitimität des Programms in der Bevölkerung zu stärken, die sich bei (drohendem) Pflege- und Unterstützungsbedarf bislang unzureichend abgesichert fühlt (2.2.2). Neben das Problem der Finanzierung gesellt sich dabei zunehmend die Frage einer Neubestimmung der durch die GPV abgedeckten Tatbestände – namentlich die ebenfalls später thematisierte Diskussion des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und von integrierten Versorgungskonzepten –, welche auf einen *Konflikt zwischen Finanzierung und Legitimität* hinweist, zu dessen Lösung die Stärkung der informellen häuslichen Pflege beitragen kann: Während das „Teilkasko-Prinzip“ ebenso wie die Enge des Pflegebedürftigkeitsbegriffs dazu geführt haben, dass Pflege- und Unterstützungsbedarf von vielen Bürgern als privates Risiko wahrgenommen wird, läuft eine primär professionell ausgerichtete Lösung an den Wünschen zahlreicher Betroffener vorbei und würde angesichts der Kostensteigerungen für die Beitragszahler die Legitimität bei Beschäftigten und Arbeitgebern in Zweifel ziehen. Eine neue Debatte über das Verhältnis von stationärer und ambulanter sowie professioneller und informeller Pflege, bei der die bisherigen politischen Anreiz-Instrumente kritisch evaluiert werden, erscheint deshalb angebracht. Denn: Vor dem Hintergrund der Entwicklung absoluter *und* relativer Pflegebedürftigkeit (d.h. einer Polarisierung bei den stationär Versorgten wie auch bei Personen, die grundsätzlich von Laien zuhause versorgt werden können) erscheint es paradox, dass die Statistik einerseits eine positive Entwicklung der Pflegebedarfe nachzeichnet und andererseits die gesundheitliche Entwicklung der älteren Bevölkerung auf bessere Voraussetzungen informeller Pflege hinweist – also mehr Menschen außerhalb der professionellen Strukturen versorgt

20 Im Januar 2006 wurde die allgemeine Fälligkeit der Sozialversicherungsbeiträge vom 15. des jeweiligen Folgemonats auf den drittletzten Bankarbeitstag des Monats vorgezogen. Dadurch flossen im Kalenderjahr 2006 inklusive des Beitrags für Dezember 2005 (Fälligkeit am 15.1.2006) insgesamt 13 Monatsbeiträge in die Sozialversicherungskassen.

Sozialinvestive Pflegepolitik in Deutschland
Familiäre und zivilgesellschaftliche Potenziale im Abseits
wohlfahrtsstaatlichen Handelns

Kehl, K.

2016, XII, 345 S. 20 Abb., 18 Abb. in Farbe., Softcover

ISBN: 978-3-658-12080-1