

WISO

Diskurs

Februar 2014

Expertisen und Dokumentationen
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik

20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung

Eine Bewertung
aus sozialpolitischer Sicht



Gesprächskreis
Sozialpolitik

**FRIEDRICH
EBERT** 
STIFTUNG



Gutachten im Auftrag der Abteilung Wirtschafts-
und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung

Eine Bewertung
aus sozialpolitischer Sicht

Gerhard Naegele

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
Vorwort und Zusammenfassung	5
Vorbemerkungen	6
1. Zur Geschichte der Pflegeversicherung	8
1.1 Problemformulierungsphase	8
1.2 Agenda-Setting-Phase	9
1.3 Die Politikformulierungsphase	11
1.4 Zwischenfazit	12
2. Theorie und Praxis der (neuen) Pflegeversicherung	14
2.1 Ziele und Eckpfeiler	14
2.2 20 Jahre Praxis der Pflegeversicherung – Eine sozialpolitische Bilanz	15
2.2.1 Eigenständige Sozialversicherungsrechtliche Lösung – aber nicht im Sinne der „reinen“ Sozialversicherungslehre	15
2.2.2 Beitragsfinanzierung und -gestaltung – mit „eingebauter“ Kostenbremse	16
2.2.3 Abgrenzung zur GKV (SGB V)	19
2.2.3.1 Organisatorische Zuordnungsfragen – Warum keine „eigenständige“ Absicherungsform?	22
2.2.3.2 Schnittstellenprobleme mit der GKV (SGB V) – noch nicht gelöst!	21
2.2.4 Abgrenzung zum Behindertenrecht (SGB IX) – weitere Schnittstellen und unterschiedliche Leistungen bei gleichen Tatbeständen?	22
2.2.5 Pflegekassen und medizinischer Dienst der Krankenkassen – neue Akteure in der Pflege mit neuer Macht ausgestattet	23
2.2.6 Entlastung von den Kosten der Sozialhilfe und Armutsvermeidung – Ziele erreicht?	25
2.2.7 Primat der häuslichen Pflege	26
2.2.7.1 Förderung selbstbestimmter und selbstständiger Lebensführung – wirklich durchdacht?	26
2.2.7.2 Förderung der häuslichen Pflege und Pflegebereitschaft – richtig, aber oftmals unzureichend	28

Dieses Gutachten wird von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind vom Autor in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

Impressum: © Friedrich-Ebert-Stiftung | Herausgeber: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung | Godesberger Allee 149 | 53175 Bonn | Fax 0228 883 9205 | www.fes.de/wiso | Gestaltung: pellens.de | Fotos: Fotolia, PhotoAlto | Druck: bub Bonner Universitäts-Buchdruckerei | ISBN: 978-3-86498-776-2 |

Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

2.2.8	Kostenbegrenzung durch Ausgrenzung und Reduzierung des Leistungsempfängerkreises	29
2.2.9	Flächendeckender Auf- und Ausbau der Pflegeinfrastruktur – aber zwiespältige Entwicklungen und ungelöste Probleme auf dem „Arbeitsmarkt Pflege“	32
2.2.10	Zwiespältiger Hilfe- und Welfare-Mix	33
2.2.11	Qualitätssicherung – auch kein wirkliches „Erfolgsmodell“!	36
3.	Nach der Reform ist vor der Reform – Was man der Pflegeversicherung zum 20. Geburtstag wünschen kann	38
3.1	Der Druck auf die Gesetzgeberinnen und Gesetzgeber steigt	38
3.2	Reformbedarfe aus der Sicht zentraler Sozialpolitik-Akteure	38
3.2.1	Pflege muss zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe werden!	38
3.2.2	Schwerpunkte einer umfassenden Reform der Pflege	39
3.2.2.1	Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Verbesserung der Situation Demenzkranker durch Einbezug in das SGB XI und Leistungsausweitung	40
3.2.2.2	Regelmäßige Leistungsdynamisierung	40
3.2.2.3	Wirksame Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege	40
3.2.2.4	Stärkung und Entlastung pflegender Angehöriger	41
3.2.2.5	Leistungen unabhängig von der Leistungsform	41
3.2.2.6	Träger- und Leistungsdifferenzierung zwischen CURE und CARE?	41
3.2.2.7	Durchlässigkeit der Versorgungsformen und integrierte Versorgungsmodelle	42
3.2.2.8	Fallmanagement und Pflegestützpunkte	42
3.2.2.9	Personenbezogene Budgets	42
3.2.2.10	Quartiers- und Sozialraumentwicklung in der pflegerischen Versorgungsstruktur	43
3.2.2.11	Revitalisierung der kommunalen Verantwortung (nicht nur) in der Pflege	43
3.2.2.12	Weiterentwicklung der Pflegequalität und Institutionalisierung der Qualitätssicherung	44
3.2.2.13	Bekämpfung des Fachkräftemangels in der Pflege	44
3.2.2.14	Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, Präventions- und Rehabilitationsoffensive	45
3.2.2.15	Differenziertere Bedarfslagen beachten	45
3.2.2.16	Stärkung der Finanzierungsbasis der PflegeVG (hierzu mit ganz verschiedenen Vorschlägen, die bis zur Bürgerversicherung reichen)	45
3.2.2.17	SGB XI und SGB V wieder zusammenführen?	46
4.	Ausblick – Nach der Reform ist vor der Reform	47
5.	Nachtrag – Pflege im Entwurf des Koalitionsvertrages 2013	48
	Literaturverzeichnis	50
	Anlagen	
	Anlage 1: Schwerpunkte des Pflegeleistungsergänzungsgesetz (2002)	57
	Anlage 2: Schwerpunkte des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes (2008)	58
	Anlage 3: Schwerpunkte des Pflegeneuausrichtungsgesetzes (2013)	59
	Anlage 4: Stichwort „Pflege“ im Koalitionsvertrag 2013	60
	Der Autor	63

Abkürzungsverzeichnis

AWO	Arbeiterwohlfahrt
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie
DV	Deutscher Verein
FES	Friedrich-Ebert-Stiftung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICF	International Classification of Functioning
ICT	Intensivierte Insulintherapie
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
MDK	Medizinische Dienste der Krankenkassen
NBA	neues Begutachtungsassessment
ÖTV	Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr
PflegeVG	Pflegeversicherungsgesetz/Pflegeversicherungsgesetzgebung
PKV	private Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
VdK	Sozialverband VdK Deutschland

Vorwort und Zusammenfassung

Im Jahr 1994 wurde mit der Verabschiedung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) durch den Bundestag die fünfte Säule der Sozialversicherung in Deutschland etabliert. Vorangegangen war eine zwei Jahrzehnte andauernde Diskussion um die Situation der Pflegebedürftigen, die Folgen des demografischen Wandels sowie die finanzielle Belastung der Kommunen im Zusammenhang mit der Pflege. Die Einführung der SPV war ein sozialpolitischer Meilenstein und nun – 20 Jahre danach – ist es Zeit, Bilanz zu ziehen.

Prof. Dr. Gerhard Naegele, Direktor des Instituts für Gerontologie an der Universität Dortmund, hat mit dem vorliegenden Text diese Bilanz gezogen und er entwirft zukünftige Perspektiven für die Pflegepolitik in Deutschland.

Im ersten Teil des Textes beschreibt er die Geschichte und Entstehung der Pflegeversicherung entlang des klassischen Policy-Zyklusses – von der Problem- bis zur Politikformulierung – unter Beschreibung der damaligen Konstellationen von Akteuren und deren Interessen.

Im zweiten Teil ordnet der Autor die Pflegeversicherung in die sozialpolitische Tradition sowie Systematik des deutschen Sozialversicherungsrechtes ein. Dabei werden Schnittstellen-

probleme zu anderen Sozialgesetzbüchern – insbesondere zur Gesetzlichen Krankenversicherung und dem Behindertenrecht – diskutiert und bewertet. Naegele beschreibt die Grundgedanken der Pflegeversicherung, etwa das Primat der häuslichen Pflege und die tragende Rolle der Familien, und diskutiert kritisch die Schwachpunkte, beispielsweise die unzureichende Qualitätssicherung und Finanzierung.

Abschließend – im dritten Teil – fasst der Autor aktuelle Positionierungen zentraler Akteure des Politikfeldes zur zukünftigen Pflegepolitik zusammen und formuliert eigene Schlussfolgerungen.

Der Gesprächskreis Sozialpolitik der FES will mit der Veröffentlichung dieses Textes einen Beitrag zur Diskussion um die Zukunft der Pflege leisten. Zweifellos wird dieses Thema auf der politischen Agenda bleiben und die Zukunft der Sozialpolitik in Deutschland mit bestimmen. Wir danken Prof. Naegele für die sehr gute Zusammenarbeit und wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

Severin Schmidt

Leiter des Gesprächskreises Sozialpolitik

Vorbemerkungen

In diesem Jahr feiert die deutsche Pflegeversicherung ihren 20. Geburtstag. Als „fünfte Säule“ der Sozialversicherung wurde das Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG) im Mai 1994 nach langer und kontroverser Debatte vom deutschen Bundestag verabschiedet (vgl. zusammenfassend und ausführlich Igl 2008a). In Kraft trat die Pflegeversicherung dann in einem zweistufigen Verfahren: Zunächst in einer ersten Stufe (mit Wirkung vom 1.4.1995) mit der Übernahme von Leistungen für ambulante und teilstationäre Pflege (1996 knapp 1,2 Millionen Empfänger, 2013 knapp 1,8 Millionen), dann in einer zweiten Stufe (mit Wirkung vom 1. Juli 1996) mit der Ausweitung des Versicherungsschutzes auf damals rund 480.000 (heute sind es knapp 800.000) Altenheim- und Pflegeheimbewohner.

Die Pflegeversicherung hat eine äußerst lange Vorgeschichte. Bis sie das Licht der Welt erblickte, hat es rund 20 Jahre gedauert.¹ Der Prozess war gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Anstößen und Bemühungen, von unterschiedlichen Gestaltungsvorschlägen, von Veränderungen in den Schwerpunktsetzungen sowie den Positionen und Koalitionen vieler beteiligter Akteure aus unterschiedlichen Lagern und mit naturgemäß vielen unterschiedlichen Interessen. Letztlich ist es wohl nur der nahenden Bundestagswahl zu verdanken, dass der deutsche Bundestag im Mai 1994 tatsächlich „Geburtstag feiern“ konnte.

Vor Einführung der Pflegeversicherung waren ca. 80 Prozent der stationär, d. h. in Heimen, untergebrachten Pflegebedürftigen auf Leistun-

gen aus der subsidiären Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege gemäß §§ 68-69 BSHG) angewiesen. Die hohen Kosten für die Heimunterbringung konnten aus den Alterseinkommen nur noch teilweise aufgebracht werden. In dem Maße, wie die Sozialhilfe für immer mehr pflegebedürftige Menschen, insbesondere für Heimbewohner, de facto zur Regelsicherung wurde, stieg die Belastung der Sozialhilfeträger, d. h. vor allem der Kommunen. Andererseits widersprach diese Entwicklung in Finanzierung des Pflegebedürftigkeitsrisikos über die Sozialhilfe dem eigentlichen Auftrag der Sozialhilfe, nämlich als „Ausfallbürge“ für individuelle und außergewöhnliche Notlagen zu fungieren.

Zudem war nicht länger zu begründen, warum im Unterschied zur sozialversicherungsrechtlichen Absicherung bei Krankheit oder Unfall das Risiko der Pflegebedürftigkeit als Folge von Krankheit und Behinderung privat zu finanzieren war und Leistungen der Sozialhilfe nur nach Auflösung von Vermögen und unter Berücksichtigung der Unterhaltsverpflichtungen von Eltern bzw. Kindern erfolgten. Exemplarisch sei in diesem Zusammenhang auf das Gutachten des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) von 1974 „über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen“ hingewiesen, das wie folgt zitiert werden kann (KDA 1974: 5).

„Ein 70jähriger Mann, Rentner, krankenversichert, erleidet einen Schlaganfall: Er wird in eine nahe gelegene Universitätsklinik aufgenommen und dort nach

1 Igl stellt dazu fest (1998a: 696): „Im Rückblick kann man sagen, dass kein sozialpolitisches Problem in der Bundesrepublik Deutschland auf eine derartig breite und über 20 Jahre andauernde Diskussion gestoßen ist wie das der Sicherung bei Pflegebedürftigkeit.“

modernsten Erkenntnissen der Medizin behandelt. ... (Oder G.N.): Er wird in ein kleines, vielleicht ländliches Krankenhaus mit freier Bettenkapazität aufgenommen und dort behandelt: Die Krankenkasse zahlt (jeweils, G.N.) alles. Er behält seine Rente. Sein Vermögen wird nicht angetastet. Seine Angehörigen blei-

ben unbehelligt. ... Er kommt in ein Pflege- oder Krankenhaus und bleibt dort für immer. Die Krankenkasse zahlt nichts. Seine Rente reicht für die Heimkosten nicht aus. Er wird Sozialhilfeempfänger. Sein Vermögen wird verwertet. Seinen unterhaltspflichtigen Angehörigen drohen Kostenbeiträge.“

1. Zur Geschichte der Pflegeversicherung

Rothgang (1997) unterteilt die „Geschichte der deutschen Pflegeversicherung“ in drei Phasen² – in Anlehnung an eine in der Policy-Forschung (Windhoff-Heritier 1987) gängige Einteilung:

- die Problemformulierungsphase (1973-1983/4);
- die Agenda-Setting-Phase (1984/5-1989);
- die Politikformulierungs-Phase (1990-1994).

1.1 Problemformulierungsphase

Der Beginn der *Problemformulierungsphase* wird üblicherweise mit dem bereits erwähnten KDA-Gutachten von 1974 assoziiert. Es kritisierte insbesondere die Haltlosigkeit der Trennung von Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit und der damit verbundenen organisatorischen Trennung in den Versorgungsstrukturen und Finanzierungsbedingungen als medizinisch/geriatriisch nicht begründbar³ und stieß damit bei Sozialpolitikerinnen und Sozialpolitikern vor allem aus dem wissenschaftlichen, dem wohlfahrtsverbandlichen und kommunalen Raum zumeist auf uneingeschränkte Zustimmung, bei den Krankenkassen aber auf krasse Ablehnung.

„Solidarisch gesicherte Finanzierung durch die Krankenkassen bei Behandlungsbedürftigkeit stand der individuell zu sichernden Finanzierung bei Pflegebedürftigkeit gegenüber, und da Einkommen und Vermögen des Einzelnen oft nicht ausreichten, die Kosten

der Pflege ganz oder zu einem Teil aus eigenen Einkünften oder Vermögen aufzubringen, musste durch die Kommunen zu finanzierende Sozialhilfe in Anspruch genommen werden“ (KDA 2010a: 1).

Die Kritik an der „Definitions- und Abgrenzungsabsurdität“ der beiden Risiken entsprach einer schon lange zuvor von der Sozialpolitikwissenschaft sehr viel grundsätzlicher vorgetragenen Kritik an einem zentralen Traditionsmerkmal des deutschen Sozialrechtes, nämlich der Trennung von Medizin einerseits sowie Pflege und Sozialwesen andererseits (Bäcker et al. 1980). Neben der für die Sozialhilfeträger im Grundsatz systemwidrigen, wegen wachsender Empfängerzahlen stetig steigenden Sozialhilfebelastung wurde insbesondere der für einen Sozialstaat nicht tragbare „Skandal“ des zunehmenden Verarmungsrisikos vor allem für stationär versorgte Pflegebedürftige kritisiert. Welche Dimensionen noch zu erwarten waren, zeigten dann später die Daten der Socialdata-Studie (Socialdata 1980), die bereits für 1980 ein Pflegebedürftigkeitspotenzial von knapp drei Millionen zumeist sehr alten Menschen konstatierten.

Da aufgrund manifester Eigeninteressen die Wohlfahrtsverbände und die Kommunen bzw. überörtlichen Sozialhilfeträger von Beginn an mit ins Boot stiegen, entstand ein von immer mehr gesellschaftlichen Gruppen getragener gemeinsamer Grundkonsens für eine Neuordnung der

2 Igl (1995) unterscheidet – mit Blick auf den politisch-gesetzgeberischen Reformprozess – sieben Phasen: (1) Wahrnehmung und Aufarbeitung des Problems, (2) Einstiegslösungen, (3) Vorlage von Gesetzesentwürfen, (4) gesetzliche Realisierungen zum Einstieg in umfassendere Regelungen, (5) Grundsatzfrage Privatversicherungslösung oder Lösung im Rahmen des Sozialleistungsrechts, insbesondere Sozialversicherungslösung, (6) zwei Gesetzesentwürfe, (7) Kostenträgerschaft und Finanzierung.

3 Nach bereits damaligem Wissensstand beruht Pflegebedürftigkeit auf multifaktoriell verursachten chronischen Erkrankungen oder Behinderungen. Die häufigsten Erkrankungen, die zur Pflegebedürftigkeit führen, sind neben Frakturen (häufig nach Unfällen) und Amputationen insbesondere Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfälle), andere chronische Erkrankungen der inneren Organe und des Bewegungsapparates, schwere rheumatische Erkrankungen und Krankheiten des Skelett- und Bewegungsapparates, psychische Erkrankungen sowie Beeinträchtigungen der Sinnesorgane.

Kostenträgerschaft bei Pflegebedürftigkeit (Igl 1994, 2008a; Rothgang 1997). Erstere befürchteten neben Rationalisierungs-/finanzierungsbedingten Qualitätseinbußen in ihren Einrichtungen insbesondere den Verlust der Vorrangstellung bei einer sonst womöglich drohenden Marktöffnung. Letztere waren hauptsächlich an finanzieller Entlastung interessiert (Regus & Trenck-Hinterberger, 1984).

- 1993, also im Jahr vor der Einführung der 1. Stufe der Pflegeversicherung, schlugen die pflegebedingten Sozialhilfeausgaben bei ihnen immerhin mit rd. 17 Milliarden DM (brutto), und damit rd. knapp 35 Prozent aller Sozialhilfeausgaben (brutto), zu Buche.⁴

Allen Befürwortern aus dem sozialpolitischen Lager gleichermaßen wichtig war die (wie sich später herausstellen sollte realistische; siehe unter Punkt 2.2.9.) Hoffnung, dass nur eine Neuordnung der Kostenträgerschaft Anstoß für eine angesichts des zu erwartenden weiteren Anstiegs der Pflegebedürftigkeit dringend erforderliche Ausweitung der bestehenden professionellen Pflegeinfrastruktur geben könne. Dies galt insbesondere für die ambulante und teilstationäre Pflege, für rehabilitative Angebote sowie insgesamt für qualifiziertes Personal mit jeweils ganz erheblichen Engpässen und Qualitätsmängeln (Naegele 1984; Schaeffer, Bücher & Evers 2008). Nahezu stimmen- und somit de facto bedeutungslos waren damals schon (wie heute auch) die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen selbst: Von ihnen gingen die wenigsten Anstöße aus.

Bereits in der Problemformulierungsphase wurden für die spätere politische Implementierung richtungsweisende Neuordnungsvorschläge vorgelegt. Eine Art Führungsrolle kam dabei der Arbeiterwohlfahrt zu; dies nicht nur wegen ihres organisatorischen Zuordnungs- („Sozialversicherung unter dem Dach der GKV“ (heute SGB V)), sondern vor allem ihres Kostendreiteilungsvor-

schlags: (1) Pflegebedürftige Aufwendungen = GKV, (2) sog. „Hotelkosten“ = Pflegebedürftige und (3) Sonstiges (Investitionen, soziale Infrastruktur) = Kommunen. Beide wurden dann später auch vom Deutschen Verein und insgesamt von der BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege) übernommen und mündeten 1983 schließlich in einen „gemeinsamen Vorschlag“ von BAG, DV, Deutscher Städtetag und KDA (Deutscher Verein 1984) und bestimmten damit im Kern bereits wesentliche Eckpfeiler der dann 1994 verabschiedeten Lösung.

Allerdings wurde die Rechnung ohne den Wirt gemacht. Denn sowohl die Krankenkassen (da nicht einbezogen in die Diskussionen) als auch die Bundesregierung und die sie tragenden Parteien (i. W. aus Kostengründen) lehnten den „gemeinsamen Vorschlag“ ab, letztere sprach sich sogar explizit gegen eine umfassende Neuordnung aus. Allenfalls für eine „kleine Lösung“ – Schutz für „Schwerstpflegebedürftige“ im Leistungskatalog der GKV – signalisierte sie Bereitschaft und kündigte für die nächste Legislaturperiode eine entsprechende Gesetzesinitiative an (Rothgang 1997).

1.2 Agenda-Setting-Phase

War *die Agenda-Setting-Phase* anfangs noch auf den Schutz von besonders von Pflegebedürftigkeit Betroffener („Schwerstpflegebedürftige“) und/oder auf die häusliche Pflege fokussiert, erfolgte schon bald die Ausdehnung auf alle Grade von Pflegebedürftigkeit und auf alle Pflegeorte (vgl. im Überblick Igl 1994, 2008a; Rothgang 1997). In dieser „dritten“ Phase“ (Igl 1994: 263) wurden dann auch erste Gesetzesentwürfe vorgelegt, die u. a. von inzwischen ebenfalls mit ins Boot eingestiegenen weiteren Bündnispartnern stammten. Neben den Bundesländern Hessen, Bayern und Rheinland-Pfalz waren dies von den im Bundestag vertretenen Fraktionen und Parteien ins-

⁴ Allerdings wurden bei den vorgelegten Zahlen die nicht unerhebliche Eigenfinanzierung seitens der Betroffenen bzw. ihrer Angehörigen von – je nach Berechnungsmethode – zwischen 20 und 27 Prozent der (Brutto-)Gesamtausgaben für die Hilfe zur Pflege nach dem BSHG vielfach nicht beachtet (Rothgang 1997).

besondere Bündnis 90/Die Grünen, große Teile der SPD-Fraktion und Teile des Arbeitnehmerflügels der CDU/CSU-Fraktion, aus dem Bereich der Sozialpartner vor allem der Deutsche Gewerkschaftsbund (bei vehementer Ablehnung durch die Arbeitgeber) und die damalige ÖTV, von den Sozialverbänden insbesondere der VdK und mehrere Behindertenverbände.

Es folgten Bundestagsinitiativen von Bündnis 90/Die Grünen sowie entsprechende Bundesratsinitiativen von Hessen, Rheinland-Pfalz und Bayern – allerdings mit zum Teil konkurrierenden Modellen (Igl 2008a). Bündnis 90/Die Grünen und Hessen zielten auf eine umfassende Absicherung ohne Beschränkung auf einen bestimmten Personenkreis, Bayern und Rheinland-Pfalz hingegen zunächst nur auf pflegebedürftige alte Menschen. In organisatorischer Hinsicht wurden leistungsgesetzliche (Bündnis 90/Die Grünen, Rheinland-Pfalz) wie sozialversicherungsrechtliche Lösungen (Bayern, aber nur im Rahmen der GKV und ohne eigenständige Leistungsorganisation, und Hessen) vorgeschlagen. Dem bayerischen Lösungsvorschlag entsprach im Kern dann auch die schon zuvor angekündigte (s.o.) erste relevante Gesetzesinitiative der Bundesregierung: Die mit dem Gesundheitsreformgesetz im Dezember 1988 eingeführte Ausweitung des GKV-Leistungskatalogs auf Leistungen für (allerdings nur) zu Hause versorgte Schwerstpflegebedürftige (§§ 53-57 SGB V) und damit auf eine „vom Vorliegen des Krankheitsbegriffs unabhängige Sicherung bei Pflegebedürftigkeit“ (Igl 1994: 263) kann aus heutiger Sicht als ein erster Einstieg in eine eigenständige Lösung gelten.

Insgesamt konnte damit aber nicht der Druck aus dem Kessel genommen werden. Schon in den Jahren 1990 und 1991 verschärfte sich die Debatte erneut. Die vor allem für die stationäre Versorgung aufzubringenden pflegebedingten Sozialhilfekosten stiegen weiter rasant an (auf bis zu 90 Prozent aller Sozialhilfeaufwendungen im Bereich der Hilfe zur Pflege). Erste Studien zur häuslichen Pflege verwiesen immer deutlicher auf deren Grenzen (Naegele 1985), in den Medien mehrten sich kritische Berichte über Pflegeskandale in den Heimen. Schließlich begannen auch die für die Pflege verantwortlichen (Berufs-)Ver-

bände sich für eine Neuordnung der Kostenträgerschaft stark zu machen.

Versucht man eine Systematisierung der in der Agenda-Setting-Phase vertretenen Positionen, so lassen sich insgesamt drei grobe Argumentationslinien unterscheiden, die nicht unbedingt eindeutig bestimmten Gruppen/Lagern zuzuordnen waren (Igl 1994, 2008a; Naegele 1994; Rothgang 1997):

(1) Die *Sozialpolitikerinnen und Sozialpolitiker*, die die Diskussion einmal angestoßen hatten: Ihnen ging es in erster Linie um die Überwindung von Armut durch Pflegebedürftigkeit sowie um die Beendigung der aus ihrer Sicht systemwidrigen Zuständigkeit der Sozialhilfe. Relevante Nebenziele bezogen sich auf die Verbesserung der Versorgungsquantität und -qualität sowie auf die Förderung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“. Dieser Position gehörten neben dem KDA und ihr nahe stehenden Wissenschaftlern zu meist aus dem geriatrischen/gerontologischen Bereich die meisten sozialpolitischen Fachverbände an.

(2) Die *Finanzpolitikerinnen und Finanzpolitiker*: Hier dominierten naturgemäß die Vertreter von Kommunen, Ländern und überörtlichen Sozialhilfeträgern als Kostenträger. Anfangs ging es noch primär um die Entlastung von den weiterhin dramatisch steigenden Sozialhilfeaufwendungen. Später erfolgte eine Ausweitung in Richtung auf eine allgemeine Kostenbegrenzung im Pflegebereich. Sonderinteressen gab es noch bei den Ländern: Zwar wollten auch sie die Sozialhilfekosten senken – allerdings künftig auch ihre Steuerungskompetenz für die pflegerische Infrastruktur aufrecht erhalten (u. a. zur Durchsetzung des Vorrangs ambulant vor stationär).

(3) Die *Ordnungspolitikerinnen und Ordnungspolitiker*: Vor allem die Arbeitgeber, die Standesvertreter der Ärzte, ein Großteil der Kassen (ohne AOK) und weitere ihnen nahestehende Organisationen, Wissenschaft und Politik fanden hier eine gemeinsame Position in einer „standespolitischen Gegenoffensive“ (Naegele 1984). Erwartungsgemäß wurden sozialversicherungsrechtliche Lösungen mit ordnungspolitischen Argumenten strikt abgelehnt: So wurde bezweifelt, dass Pflegebe-

dürftigkeit überhaupt ein systemkonformes sozialversicherungsrechtlich abzusicherndes Risiko sei. Zudem wurde eine Beteiligung der Arbeitgeber an den Beiträgen mit dem Verweis auf weiter steigende Arbeitgeberkosten abgelehnt – ein zur damaligen Zeit beliebtes Abwehrgargument gegen jegliche sozialpolitischen Reformbemühungen. Stattdessen wurden – von der privaten Versicherungswirtschaft wirksam unterstützt – freiwillige private Vorsorgeoptionen, u. a. mit Hilfe steuerlicher Anreize (so z. B. lange Zeit die Positionen der FDP und des CDU-Wirtschaftsflügels) vorgeschlagen; zumeist begründet mit dem Primat der prinzipiellen Zuständigkeit von Eigen- und Familienhilfe für den privaten Pflegebedarf.⁵ Ebenfalls weit verbreitet waren (empirisch nie bestätigte) Warnungen vor einem drohenden „Heimsoffeekt“ bzw. vor einem „massenhaften Abschieben“ in die Heime – in fachwissenschaftlich nicht nachvollziehbarer Übertragung der in neoliberalen Sozialpolitik-Positionen weit verbreiteten moral-hazard- und „crowding-out“-Thesen (Künemund & Vogel 2006), wonach Einführung und Ausbau sozialstaatlicher Leistungen zu „Mittnahmeeffekten“ führen und/oder den Rückzug privater und informeller Hilfen begünstigen würden.

1.3 Die Politikformulierungsphase

Nachdem das Thema „Neuordnung der Kostenträgerschaft bei Pflegebedürftigkeit“ seit Ende der 1980er/Anfang der 1990er Jahre, also knapp 20 Jahre nach dem erwähnten KDA-Gutachten, endlich die politische Tagesordnung betreten hatte, folgte (erwartungsgemäß) erneut eine kontroverse Debatte über die Art der zu findenden Lösung. Der Widerstand kam vor allem von den Ordnungspolitikerinnen und Ordnungspolitikern:

„In der damit eingeläuteten „heißen Phase“ der Gesetzgebung, in der es dann um die konkrete Ausgestaltung der Gesetzgebung ging, geriet sowohl die sozial- als auch die finanzpolitische Problemdimension in den Hintergrund, und die Debatte wurde von der Partei- und Ordnungspolitik dominiert“ (Rothgang 1997: 18).

Insbesondere ausgelöst durch die erkennbar hohen sozialen Folgekosten der deutschen Einigung wurden zudem grundsätzliche Zweifel laut, ob sich die Bundesrepublik so kostenträchtige Sozialreformen wie die der Absicherung des Pflegebedürftigkeitsrisikos überhaupt (noch) leisten könne. U. a. mit Blick auf die bevorstehende Bundestagswahl war es aber der damalige Bundesarbeitsminister Blüm, der 1990 auf dem Ersatzkassentag zumindest für die Bundesregierung die Kehrtwende einläutete und eine grundlegende Reform versprach (s. u. Fußnote 22).

Damit war der Damm endgültig gebrochen. In der Folge dominierte in dieser („fünften“ Phase, Igl 1994: 263) nicht mehr das „Ob“, sondern nur noch das „Wie“ der Finanzierungsgestaltung: Wer soll für die Finanzierung der pflegebedingten Kosten verantwortlich sein, und wie kann man vor diesem Hintergrund die Arbeitgeber und ihre Vertreter im Parlament dazu gewinnen, ihre Widerstände aufzugeben? Im Verlauf der Debatte reduzierten sich die Optionen dann auf zwei Grundmodelle, nachdem sowohl das Modell der „erweiterten BSHG-Lösung (subventionierte Sozialhilfe, von Teilen der CDU/CSU favorisiert) als auch das Modell der freiwilligen privaten Vorsorge (von der FDP favorisiert⁶ und auch Bestandteil einer Bundesratsinitiative von Baden-Württemberg) fallen gelassen worden waren. Während ersteres als völlig problemunangemessen bis rückschrittlich verworfen wurde, war die private Absicherungslösung schon wegen ihrer kurzfristigen

⁵ Die später erfolgte Deckelung von Beiträgen und Kosten (s. u. Punkt 2.2.2) sowie die ebenfalls heute immer noch praktizierte Ausgrenzung des Pflegebedarfs vieler Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz aus dem Leistungskatalog der PflegeVG (s. u. Punkt 2.2.8) haben hier ihren Ursprung.

⁶ Fast 20 Jahre später erlebte die private Absicherungslösung mit dem vom FDP-geführten BMG verantworteten Pflegeneuausrichtungsgesetz von 2013 eine Wiedergeburt („Pflege-Bahr“), die aber – wie ein Blick auf die äußerst geringe Inanspruchnahme zeigt – die bereits damals vorgetragene Kritik nachträglich bestätigt (s. u. Punkt 2.2.1).

Wirkungslosigkeit, aber vor allem wegen ihrer unsozialen Verteilungseffekte (da einseitige Belastung der privaten Haushalte), nicht durchsetzungsfähig (Naegele 1984). Da sich an dieser Frage zudem eine übergeordnete Debatte daran entzündete, welche Rolle künftig die private Sicherung in der Sozialpolitik in Deutschland spielen sollte, konnte ihr letztendliches Scheitern in der Pflegekostenneuordnung – zumindest damals – als auch richtungsweisend für die künftige Organisation sozialer Sicherung in Deutschland gelten.⁷

Zum Ende der Politikformulierungsphase standen nur noch die folgenden beiden Grundmodelle zur Debatte (Rothgang 1997; Igl 2008a):

- *Sozialversicherungsrechtliche Lösung*
 - Hier gab es zwei konträre Positionen: in der SPD eine in Richtung „Volksversicherung“ (heute „Bürgerversicherung“); in der CDU/CSU eine Sozialversicherungslösung, aber nicht in der bisherigen Tradition, sondern mit „eingebauter“ Kostenbegrenzung/-deckelung (s. u. Punkt 2.2.2).
 - Darüber hinaus lassen sich zwei organisatorische Lösungsoptionen unterscheiden: Absicherung in einer eigenständigen Leistungsorganisation vs. Absicherung „unter dem Dach“ der GKV (s. u. Punkt 2.2.3.1).
- *Leistungsgesetzliche Lösung*
 - Favorisiert vor allem von Bündnis 90/Die Grünen – sie legten schon im September 1984 dazu eine eigene Gesetzesinitiative vor – sowie ebenfalls mitgetragen von Teilen der SPD und den Gewerkschaften.
 - Dafür wurden insbesondere die Gleichbehandlung aller Pflegebedürftigen und die gleichmäßige Verteilung der finanziellen Lasten auf alle Mitglieder der Gesellschaft ins Feld geführt.

In der letzten Phase der parlamentarischen Behandlung standen nur noch zwei Gesetzesentwürfe zur Debatte (Igl 2008a): der der SPD-Bun-

destagsfraktion (1992) mit vielen Übereinstimmungen zu den Vorstellungen des vom damaligen Bundesarbeitsminister Blüm geleiteten BMAS; schließlich ein Entwurf der Bundesregierung (1993) mit den letztendlich konsensfähigen Eckpunkten innerhalb der damaligen Koalitionsparteien CDU/CSU und FDP. Anschließend ging es nur noch – nachdem die Arbeitgeber durch den Verzicht auf einen Feiertag (s. u. Punkt 2.2.2) mit ins Boot genommen werden konnten – um organisatorische Fragen. Auch da sich die Bundestagswahl näherte und die Regierung Kohl um ihre Glaubwürdigkeit hinsichtlich des schon 1990 angekündigten Paradigmenwechsels fürchtete, konnte die Pflegeversicherung mit einem entsprechenden Bundestagsbeschluss (bei Gegenstimmen der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, die bis zum Schluss für eine leistungsgesetzliche Lösung votierten) im Mai 1994 Geburtstag feiern.

1.4 Zwischenfazit

Welche Interessenkoalitionen aus welchen Gründen ausschlaggebend waren für das dann endlich verabschiedete Pflegeversicherungsgesetz, lässt sich im Nachhinein mehr mit Plausibilitätsannahmen als mit empirischer Evidenz beantworten. Es gab Gemeinsamkeiten zwischen allen drei oben genannten Grundpositionen (z. B. was das Ziel Vorrang ambulant vor stationär betrifft). Es gab andererseits Konflikte, was den Einbezug des versicherten Personenkreises und die abzuschwernde Qualität von Leistungen („Deckelung“) und professioneller Pflegeinfrastruktur betrifft (Sozialpolitik und in diesem Falle Finanzpolitik vs. Ordnungspolitik). In der Konsequenz siegte hier die *Kostenbegrenzungsposition*.

Auch die drei inzwischen stattgefundenen Reformen (2002 Pflegeleistungsergänzungsgesetz (siehe Anlage 1), 2008 Pflegeweiterentwicklungsgesetz (siehe Anlage 2) sowie 2013 Pflegeneuausrichtungsgesetz (siehe Anlage 3) haben diese In-

⁷ Allerdings ist später mit der Riester-Rente erneut die Tradition öffentlicher Absicherung der „Grundrisiken“ der Bevölkerung durchbrochen worden (Bäcker, Naegele et al. 2011, Bd. II).

teressenkomplexität nicht reduzieren, geschweige denn beseitigen können; haben sie womöglich noch weiter kompliziert und damit künftige Strukturreformen unnötig erschwert. Auch wenn sie an der einen oder anderen Stelle jeweils strukturelle Verbesserungen gebracht, einige „Geburtsfehler“ beseitigt und teilweise sogar den inzwischen stattgefundenen gewichtigen Veränderungen in den Lebens- und Wohnformen der Menschen Rechnung getragen, also auf den demografischen und sozialen Wandel reagiert haben. Vor allem das Primat der Kostenbegrenzung,

ohne das im Bundestag allerdings keine Mehrheit zustande gekommen wäre (Pabst 1997), hat dazu beigetragen, dass aus dem Pflegeversicherungsgesetz kein „Gesetz aus einem Guss“ geworden ist. Diese Feststellung gilt auch heute nicht nur immer noch, sondern mehr denn je. Insofern fordern nahezu alle Vertreterinnen und Vertreter der sozialpolitischen Position zu Recht eine grundlegende Strukturreform (s.u. Punkt 3.2.2.). Der 20. Geburtstag könnte dafür ein geeigneter Anlass sein.

2. Theorie und Praxis der (neuen) Pflegeversicherung

2.1 Ziele und Eckpfeiler

Trotz aller Unterschiede in den Zielen und Vorbehalten gegenüber einer eigenständigen Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit lässt sich der folgende, weitgehend konsensual getragene Katalog von Zielen anführen:

- eigenständige Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit jenseits der Sozialhilfe;
- Abbau der pflegebedingten Sozialhilfebedürftigkeit;
- Kostenentlastung der Sozialhilfeträger;
- Vorrang der häuslichen vor der stationären Pflege;
- Stützung/Förderung des familiären und nachbarschaftlichen Pflegepotenzials;
- sozialer Schutz für pflegende Angehörige;
- Ermöglichung eines selbstständigen und selbstbestimmten Lebens trotz Hilfe- und Pflegebedarf;
- Aufbau einer qualitativ hochwertigen professionellen Pflegeinfrastruktur;
- Verbesserung der Qualität der Pflege/Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege;
- Kostenbegrenzung bei den Leistungen;
- Prävention und Rehabilitation haben Vorrang vor Pflege.

Schon auf den ersten Blick wird deutlich, dass dieser Zielkatalog nicht frei von Widersprüchen ist. So konstatiert der Bremer Sozialpolitikwissenschaftler Heinz Rothgang (1997: 25) in einer für die Hans-Böckler-Stiftung erstellten politikwissenschaftlichen Implementierungsstudie zum PflegeVG eine von Beginn an in das Gesetz selbst eingeflossene Interessenkomplexität, die sich später dann auch in den Eckpunkten der gefundenen Lösung widerspiegelt:

„Insgesamt erweist sich der dem Gesetzgebungsprozess zugrunde liegende Zielkatalog der verschiedenen Akteure damit aufgrund der unterschiedlichen Interessenlagen also nicht frei von Zielkonflikten. Angesichts der daraus resultierenden Dilemmata kann daher vermutet werden, daß es „Verlierer“ geben muß. Aufgrund der Eigenart des Willensbildungsprozesses und den politischen Machtkonstellationen gab es jedoch niemanden, der sich nicht zumindest partiell durchsetzen konnte. Das Gesetz ist daher nicht aus „einem Guß“, kann also nicht als ein aus reinen sozialpolitischen, finanzpolitischen oder ordnungspolitischen Motiven heraus initiiertes Projekt gekennzeichnet werden“.

Diese Einschätzung begründet sich vor allem in wichtigen Eckpfeilern der PflegeVG hinsichtlich Organisation, Finanzierung und Leistungsstruktur (Igl 2008a). Auch wenn inzwischen teilweise verändert, so sind sie bis heute nicht in ihrem Kern verändert worden:

- eigenständige Absicherung im Rahmen einer beitragsfinanzierten sozialversicherungsrechtlichen Lösung („5. Säule“);
- Beitragssatzstabilität („Deckelung“) und Kostenbegrenzung als oberste finanzierungspolitische Ziele;
- faktische Beitragsfreiheit für Arbeitgeber und höhere Beitragsbelastung für Kinderlose (seit 2008);
- Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung
 - mit der Konsequenz der Trennung auch in eine gesetzliche und private Pflegeversicherung, allerdings mit Verpflichtung zu gleichen Leistungen;
- Einbezug der gesamten Bevölkerung („Pflichtversicherung“, auch für Beamte, Selbstständige und Rentner);

- obwohl eigenständiger Zweig der Sozialversicherung, Aufgabenwahrnehmung durch die Krankenkassen („unter dem Dach“);
- Träger der Pflegeversicherung sind die an die GKV „angedockten“ Pflegekassen;
- Pflegekassen sind zugleich zuständig für den Sicherstellungsauftrag
 - schließen zu diesem Zweck Versorgungsverträge mit den Anbietern ab;
- dominante Rolle des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen;
- Absicherung aller Pflegeorte, aber Vorrang der häuslich-ambulanten Pflege;
- Pflegestufen basieren auf verrichtungsbezogenem Pflegebedürftigkeitskonzept;
- Gewährung von Geld-, Sach-, Kombinationsleistungen bei faktischem Vorrang des Geldleistungsprinzips im ambulanten Bereich
 - Leistungshöhe entsprechend der Zuordnung zu drei Pflegestufen, aber differenziert nach Pflegeorten;
- kein Bedarfsdeckungsprinzip, sondern Budgetprinzip, d. h. pauschalisierte Leistungen als Zuschuss zum Gesamtbedarf („Teilkaskoversicherung“);
- Fokus der Leistungserbringung auf der kommunalen Ebene bei weitgehender Abstinenz der Kommunen selbst;
- gleiche Marktzugangsvoraussetzungen für alle potenziellen Erbringer von Pflegeleistungen, auch für privat-erwerbswirtschaftliche Träger (für Sachleistungen);
- pflegerische Versorgung vor Ort organisiert als „Policy-Mix“;
- Abrechnung der Pflegeleistungen über duales Finanzierungssystem
 - Länder zuständig für Vorhaltungs- und Investitionskosten, Pflegekassen für laufende Betriebs- und Versorgungskosten;
- darüber entsprechende Verhandlungen auf Landesebene zwischen Pflegekassen und Anbieterverbänden;
- Qualitätssicherung kaum institutionalisiert.

Im Folgenden soll nun am Beispiel zentraler Zielsetzungen und Regelungsbereiche aus *sozialpolitischer Sicht* der Frage nachgegangen werden, wie heute die 1994/5 erfolgte Einführung der Pflegeversicherung beurteilt werden kann und welche Erfahrungen in der Zwischenzeit mit den damals verabschiedeten, in ihrer Struktur auch heute noch unangetasteten Eckpfeilern gesammelt werden konnten: Wie ist die PflegeVG im Zuge ihrer nunmehr fast 20-jährigen Geschichte zu dem geworden, was sie heute ist, und wo und warum lassen sich heute zentrale Reformbedarfe erkennen? Ist die PflegeVG tatsächlich ein „Erfolgsmodell“ (Naegele 2012) geworden, das sich „im internationalen Vergleich sehen lassen kann“ (Igl 1994: 264), das sich „bewährt“ hat, das „die Welt der Pflege verändert hat“ (Igl 1999: 317). Oder aber gilt gerade für die Pflegeversicherung immer noch der Satz: „Nach der Reform ist vor der Reform“ (Igl, Naegele 2008)?

2.2 20 Jahre Praxis der Pflegeversicherung – Eine sozialpolitische Bilanz

2.2.1 Eigenständige Sozialversicherungsrechtliche Lösung – aber nicht im Sinne der „reinen“ Sozialversicherungslehre

Die eingeführte Pflegeversicherung kann schon allein deshalb als Erfolgsmodell bezeichnet werden, weil das Pflegebedürftigkeitsrisiko in ein eigenständiges Leistungssystem und in einer der Tradition der deutschen Sozialpolitik angemessenen Absicherungsform (eigenständige „Fünfte Säule“ im Sozialversicherungssystem) überführt werden konnte. Pflegebedürftigkeit hat als eigenständiges soziales (und nicht privat abzusicherndes) Risiko (Bäcker, Naegele et al. 2011, Bd. I) die erforderliche öffentliche Anerkennung gefunden. Das Pflegebedürftigkeitsrisiko selbst konnte/n vom Ruch der „Armenfürsorge“, viele Pflegebedürftige von der Sozialhilfeabhängigkeit befreit werden.⁸ Auch wurde der zuvor inferiore Stellen-

⁸ Auch wenn bereits seit Ende der 1990er Jahre die Zahlen der wegen Pflegebedürftigkeit von der Sozialhilfe abhängigen, zumeist älteren Menschen allmählich wieder ansteigt (s. u. Punkt 2.2.6).

wert und Status der Pflege (einschließlich der hier tätigen Professionen) gegenüber der Medizin (und den hier tätigen Professionen) (BMFSFJ 2010) gestärkt (Igl, Naegele & Hamdorf 2007).⁹ Und nicht zuletzt wurde – bei allen Umsetzungsdefiziten in der professionellen Pflegepraxis (s.u. Punkt 2.2.10) – eine „institutionelle Aufwertung der professionellen, weiblich geprägten Pflegearbeit“ erreicht und damit auch dem zuvor in Deutschland unbekanntem Prozess der Professionalisierung und Akademisierung des Pflegeberufs der Weg geebnet (Auth 2013: 422).

Positiv hervorzuheben ist, dass die Pflegeversicherung (von wenigen Ausnahmen abgesehen) auch als Pflichtversicherung für die gesamte Bevölkerung ausgestaltet werden konnte.¹⁰ Die zuvor verschiedentlich diskutierte Beschränkung des Sicherungsschutzes auf Teilgruppen (etwa nur ältere Menschen (ab 45 Jahre), wie z.B. im Gesetzesentwurf von Baden-Württemberg vorgesehen (s.o.)), blieb aus. Damit konnte nicht nur das für die PflegeVG erforderliche Finanzierungsvolumen gesichert werden, Pflegebedürftigkeit erhielt damit auch in der Gesamtbevölkerung (damals schon) den Stellenwert als soziales Risiko, das sie heute in Anbetracht des demografischen Wandels besitzt.

Begrüßenswert, aber in der Konsequenz ambivalent geblieben, ist auch, dass die private Krankenversicherung (PKV) zum ersten Mal per Gesetz in die Versorgung der Bevölkerung einbezogen wurde: Privat Krankenversicherte müssen eine private Pflegeversicherung abschließen. Damit konnte zwar zum einen erneut die sozialpolitische Sinnhaftigkeit der für Europa fast einmaligen Trennung in eine gesetzliche und eine priva-

te Krankenversicherung auf die Tagesordnung gebracht werden, andererseits blieb dies letztlich folgenlos. Somit existiert jetzt auch in der Pflegeversicherung eine private Pflegeversicherung neben der gesetzlichen, wenn auch mit gleichen Leistungsverpflichtungen, aber immer noch mit Unterschieden in Beitragsgestaltung¹¹ und Kostenregelung (hier Kostenerstattungs-, dort Sachleistungsprinzip). Zudem ist mit dem Pflegeneuordnungsgesetz (2013) (siehe Anlage 3) die private Vorsorge fast 20 Jahre später nun doch in die PflegeVG gelangt: Es gibt seither (allerdings erwartungsgemäß wenig genutzte) staatliche Zuschüsse dazu („Pflege-Bahr“). Insgesamt aber hat die private Pflegeabsicherung in Deutschland bislang nur wenig Einfluss auf die tatsächliche Versorgungssituation nehmen können.¹²

2.2.2 Beitragsfinanzierung und -gestaltung – mit „eingebauter“ Kostenbremse

Aus sozialpolitischer Sicht weniger, aus der Kostenbegrenzungsperspektive aber durchaus erfolgreich, erwies sich die in der PflegeVG vorgenommene Beitragsfinanzierung und -gestaltung. Zwar entspricht die auf dem Umlageprinzip fußende paritätische Beitragsfinanzierung den Strukturmerkmalen der Sozialversicherung. Dies gilt aber schon nicht mehr für das an prominenter Stelle ins Gesetz hineingeschriebene Postulat der Beitragssatzstabilität, womit verhindert werden soll, dass sich die Ausgaben von der Einnahmesituation lösen. Auch ist ein Staatszuschuss für die Pflegeversicherung, anders als in der GKV und in der Gesetzlichen Rentenversicherung, nicht vorgesehen (Klie 2013).

⁹ Auch wenn der Organisationsgrad aller Pflegenden auch heute noch bei weniger als zehn Prozent liegt (Bartholomeyczik 2013).

¹⁰ U.a. mit Einbezug auch der Beamten, der in der KVdR versicherten Rentner (letztere mit voller Beitragsbelastung seit 2004), bestimmten Gruppen von Arbeitslosen und Behinderten.

¹¹ Die private Pflegeversicherung ist zur Gewährleistung gleicher Leistungen wie in der gesetzlichen Pflegeversicherung verpflichtet. Bei der Prämiengestaltung muss sie sich ebenfalls an die gesetzliche Pflegeversicherung annähern, d.h. dass die Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten sowie Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge nicht erlaubt sind. Ferner ist die PKV auch zum Vertragsabschluss (Kontrahierungszwang) und die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder verpflichtet. Sie hat sich bei der Prämiengestaltung auf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Pflegeversicherung zu beschränken. Für Beamte, die beihilfeberechtigt sind, ist die PKV zuständig.

¹² Bis Mitte 2013 gab es bundesweit erst 332.000 Verträge und damit deutlich weniger als offiziell erwartet (Informationsdienst Soziale Sicherheit 2013). Was Experten aus dem Sozialpolitik-Lager auch deshalb für einen Erfolg halten, weil sonst ein großer Teil der Bevölkerung überfordert und dadurch auch der Einstieg in eine „Mehrklassenpflege“ verhindert wurde (VdK 2013: 3). Andererseits würde – bei Weiterverfolgung dieses Ziels – einer „Umverteilung von unten nach oben“ der Weg geebnet (Rothgang 2012: 251).

Die insbesondere auf Druck der Arbeitgeberverbände und der ihr nahestehenden Akteure (insbesondere FDP) erfolgte Vollkompensation des Arbeitgeberbeitrags durch Abschaffung des stets auf einen Werktag fallenden „Buß- und Bettages“ stellt einen ganz eklatanten Verstoß gegen die reine Sozialversicherungslehre dar. Die Folge ist, dass die gezahlten Arbeitgeberbeiträge seither von den beschäftigten Versicherten als „unbezahlte Überstunden“ vorfinanziert werden müssen (Pabst 1997).

- Damit wurde erstmalig in der Geschichte der deutschen Sozialversicherung davon abgewichen, soziale Standardrisiken wie Krankheit, Invalidität und Alter, Arbeitslosigkeit sowie Unfall gemeinsam und paritätisch durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu finanzieren. Wenn damals von vielen Sozialpolitikern die Frage aufgeworfen wurde, ob diese Konstruktionsprinzipien der Pflegeversicherung den Beginn für einen Einstieg in den Ausstieg der Arbeitgeber aus der paritätischen Finanzierung der Sozialversicherung allgemein und der Krankenversicherung im Besonderen markieren würden, so kann dem heute mit Blick auf den seit Juli 2005 im SGB V abgeschafften Arbeitgeberanteil zum Zusatzbeitrag in Höhe von 0,9 Prozent gemäß § 242 SGB V, was fachöffentlich als „Aufgabe der paritätischen Finanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ bewertet wurde,¹³ zugestimmt werden.¹⁴

In Reaktion auf ein viel diskutiertes und wegen der Möglichkeit der parallelen Anwendung auf die Gesetzliche Rentenversicherung von vielen

mit gemischten Gefühlen angesehenes Urteil des Bundesverfassungsgerichtes von 2001, das eine Besserstellung von Familien im Beitragsrecht der Pflegeversicherung verlangt hatte,¹⁵ müssen zudem kinderlose gesetzliche Versicherte im Alter von 23 bis 65 Jahren seit 2005 einen Zuschlag von 0,25 Prozentpunkten zur Pflegeversicherung zahlen. Daran sind die Arbeitgeber ebenfalls nicht beteiligt. Zum ersten Mal in der Geschichte der deutschen Sozialversicherung wird damit ein „kindermodulierter Beitragssatz“ erhoben.¹⁶

- Von Anfang an galt Sozialpolitikerinnen und Sozialpolitikern der 1996 im Gefolge der zweiten Stufe von 1,0 Prozent auf 1,7 Prozent gestiegene Beitragssatz als zu niedrig, als politisch gedeckelt, und war damit neben der Arbeitgeberkompensation die zweitwichtigste Determinante für Kostenbegrenzung im Gesetz. Abgesehen von Beitragserhöhungen für Kinderlose und KVdR-Rentner (s. o.) wurde der allgemeine Beitragssatz in der PflegeVG erst mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008 (siehe Anlage 2) zur Finanzierung der damit erfolgten Reformen auf 1,95 Prozent und mit dem Pflege-neuausrichtungsgesetz (siehe Anlage 3) zum Januar 2013 erneut um 0,1 Prozentpunkte auf jetzt 2,05 Prozent erhöht.

Konnte in der gesetzlichen Pflegeversicherung noch bis zur Jahrtausendwende jeweils ein Einnahmeüberschuss erwirtschaftet werden, folgten seit 2001 fast nur noch mit einem Defizit abschließende Rechnungsjahre (Dräther & Holl-Manoharan 2009). Anders dagegen gestaltete sich die Finanzlage der privaten Pflegeversicherung:

13 Vgl. <http://www.cec.de/krankenversicherung-arbeitgeberanteil.html> (Zugriff 2.11.2013).

14 Ähnlich könnte man auch mit Blick auf die fehlende Kostenbeteiligung der Arbeitgeber an der „Riester-Rente“ argumentieren.

15 Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes haben Kinderlose nicht zum Erhalt des Beitragszahlerbestands durch Kindererziehung beigetragen, ziehen aber im Versicherungsfalle von der Betreuungs- und Erziehungsleistung der Eltern Nutzen. Begründet wird dies u. a. damit, dass das Pflegebedürftigkeitsrisiko erst im (hohen) Alter virulent wird und dass ein umlagefinanziertes System bei solchen, mit hohem Alter verknüpften Risiken in ganz besonderer Weise auf die Beiträge der nachwachsenden Generation angewiesen ist: „Es ist mit Art. 3 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 GG nicht zu vereinbaren, dass Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die Kinder betreuen und erziehen und damit neben dem Geldbeitrag einen generativen Beitrag zur Funktionsfähigkeit des umlagefinanzierten Sozialversicherungssystems leisten, mit einem gleich hohen Pflegeversicherungsbeitrag wie Mitglieder ohne Kinder belastet werden“ (1 BvR 1629/94; Quelle: Frankfurter Rundschau Nr. 80 vom 4. April 2001).

16 Gerhard Igl (2006: 17) kommentiert dies damals wie folgt: „Der Gesetzgeber hat dies dazu genutzt, nicht die Personen mit Kindern zu ent- und die ohne Kinder zu belasten, sondern die Belastung letzterer gleichbleibend zu lassen und die ersteren zu erhöhen. So wird vom Gesetzgeber ein familienpolitisches Postulat zum Finanzierungsgewinn pervertiert. Das wäre nicht problematisch, wenn offen gesagt würde, dass der Gesetzgeber diese Chance nützt. Aber es ist so getan worden, als wenn die Beitragserhöhung vom Bundesverfassungsgericht erzwungen worden wäre.“

Nicht zuletzt wegen der hier deutlich günstigeren Risikostruktur konnten permanent Überschüsse und insbesondere extrem hohe Altersrückstellungen angesammelt werden (Rothgang et al. 2009, 2012).¹⁷

- Für die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Pflegeversicherung lassen sich insbesondere die folgenden vier Gründe benennen: der (weit überwiegend demografisch bedingte) Anstieg der Zahl der Leistungsempfänger, die wachsende Inanspruchnahme (kostenintensiverer) professioneller Pflegehilfen sowie ganz besonders die gestiegenen Kosten der stationären Pflege.¹⁸ Im Kern signalisieren diese Trends die wachsenden Grenzen familialer und/oder informeller Hilfen für pflegebedürftige Menschen. Viertens ist auf (allerdings für die gesamte Sozialversicherung zutreffende) Einnahmeverluste aufgrund steigender Arbeitslosenzahlen, beitragsfreier (prekärer) Beschäftigungsverhältnisse und vergleichsweise niedriger Lohn- und Gehaltsanstiege der Vergangenheit hinzuweisen (Rothgang et al. 2009; Bäcker, Naegele et al. 2011, Bd. I).

Aus sozialpolitischer Sicht besonders kritikwürdig erwies sich, dass – anders als in der GKV – für die Leistungen keine automatische Regeldynamisierung vorgesehen ist und entsprechende Anpassungen jeweils gesondert vom Bundestag zu beschließen sind. Dies erfolgte nach 1995 erstmals 2008 mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz (siehe Anlage 2), und zwar in drei Stufen (2008,

2010 und 2012). Bei zwischenzeitlich stattgefundenen Kostensteigerungen in der professionellen Pflege (z. B. für Personal; zumal bei hier noch insgesamt geringerem Rationalisierungspotenzial) und stets darunter gelegenen Rentenanpassungen kam es im Gefolge zu kumulierten „Kaufkraftverlusten“ („Deckungsgrade“) bei den Leistungsbeträgen. Diese lagen in der stationären Pflege allein zwischen 1999 und 2009 in der Pflegestufe I und II bei etwa 16 Prozent und in der Pflegestufe III bei 14 Prozent¹⁹ (Rothgang et al. 2011). Da die 2008 beschlossenen Steigerungsraten diese Verluste nicht haben ausgleichen können, ist (selbst) eine „nachgehende Anpassung“ unterblieben. Eine solche wird auch für die Zukunft nicht erwartet.

Denn das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (siehe Anlage 2) verpflichtet die Bundesregierung lediglich (erstmalig 2014; ausgerechnet im Jahr des 20. Geburtstags der Pflegeversicherung!) zur Überprüfung von „Notwendigkeit und Höhe“ einer eventuellen Anpassung, und auch dies nur für künftig alle drei Jahre und in jedem Falle nicht über der Gehaltsentwicklung und nur als Inflationsausgleich. Es bleibt somit auch künftig bei der schon 1995 begonnenen schleichenden Leistungsentwertung; womit dann auch ein Teil der erneuten Anstiege der Sozialhilfeempfängerzahlen bei den Empfängern von Hilfen in Einrichtungen erklärt werden kann (s. u. Punkt 2.2.6). Für 2050 wird – unter Status-quo-Bedingungen – sogar ein Deckungsgrad von weniger als ein Drittel prognostiziert (Rothgang 2008; Rothgang et al. 2011).²⁰

17 Auch vor diesem Hintergrund wird vor allem von den Befürwortern einer Bürgerversicherung die Zusammenführung von privater und gesetzlicher Pflegeversicherung, mindestens aber ein Finanzausgleich zwischen ihnen gefordert (VdK 2013) (s. u. Punkt 3.2.2).

18 Letztere machen inzwischen mehr als die Hälfte der Ausgaben aus, obwohl mit knapp 800.000 nur etwa 32 Prozent der rund 2,5 Millionen Leistungsempfänger (2013) in den Heimen (dagegen knapp 1,8 Millionen zu Hause) versorgt werden (Statistisches Bundesamt 2013).

19 Nach Berechnungen der Rürup-Kommission sank im stationären Bereich allein bis 2004 der „Deckungsgrad“ der Leistungen auf rd. 83 Prozent in der Pflegestufe I, auf 53 Prozent in der Pflegestufe II und auf 63 Prozent in der Pflegestufe III (BMG 2004). Auch vor diesem Hintergrund, vor allem aber wegen aus ihrer Sicht erkennbarer Finanzierungsprobleme und ihrer strikten Ablehnung weiterer Arbeitgeberbelastungen, lässt sich ihr für das Jahr 2003 immerhin bemerkenswerter Vorschlag erklären, ganz auf die Pflegeversicherung zugunsten eines steuerfinanzierten Bundesleistungsgesetzes zu verzichten (BMG 2004).

20 Schon heute liegen in Deutschland die „Gesamtlebenszeitkosten“ für Pflege bei Frauen im Schnitt bei 45.000 Euro, womit der privat zu tragende Anteil an den Pflegekosten einer der höchsten innerhalb der gesamten OECD ist (VdK 2013).

2.2.3 Abgrenzung zur GKV (SGB V)

2.2.3.1 Organisatorische Zuordnungsfragen – Warum keine „eigenständige“ Absicherungsform?

Lange Zeit umstritten war – und war seither auch immer wieder einmal – die organisatorische Anbindung an die Krankenkassen. Neben pragmatischen und Verwaltungsvereinfachungsgründen (u. a. Nutzung derselben Infrastruktur, mehr Bürgernähe wegen bekannter und eingeführter Strukturen) sprachen für die „Unter-dem-Dach-Lösung“ auch inhaltliche Gründe, so insbesondere „die fließenden Übergänge zwischen Pflegebedürftigkeit und Krankheit“ (z. B. noch kürzlich der BMAS 2010: 626).

Allerdings gab es von Beginn an vor allem aus dem Lager der Sozialpolitik-Fraktion ein Votum auch dafür, Pflegebedürftigkeit statt im Rahmen einer „Unter-dem-Dach-Lösung“ vollständig in der GKV abzusichern. Z. B. kam ein im Auftrag der Bundestags-Enquete-Kommission „Demografischer Wandel“ durchgeführtes Expertengutachten (IGES, Igl & Wasem 2001) zu der Einschätzung, dass neben der Lösung von Schnittstellenproblemen (s. u. Punkt 2.2.3.2) und erfolgversprechender ökonomischer Gründe auch der bereits im KDA-Gutachten von 1974 (s. o.) herausgestellte „enge Entstehungszusammenhang zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit“ für eine Integration spräche. Allerdings sei die Entwicklung schon weit vorangeschritten und es möglicher-

weise zu spät für eine Kehrtwende. Unter Bezugnahme darauf formulierte dann die Bundestags-Enquete-Kommission wie folgt (Deutscher Bundestag 2002: 577, 572):

„Aus sozialrechtlicher Sicht gibt es – bis auf wenige Ausnahmen – bei einer Integration von Pflege- und Krankenversicherung keine gravierenden Probleme, wohl aber einen erheblichen Anpassungsbedarf ... zumal auch das „Nebeneinander zweier Versicherungszweige, die strukturell ähnlich gelagerte Risiken auf unterschiedliche Weise sichern, schwer nachvollziehbar sei“.

Für die dann letztlich doch getrennte Lösung²¹ waren die folgenden beiden Hauptmotive ausschlaggebend, die sich hauptsächlich mit dem Primat der Kostenbegrenzung erklären lassen (Igl 2006):

- Das Interesse an einer Trennung der Finanzierungsstruktur der PflegeVG von derjenigen der GKV, mit dem Ziel, einen anderen Finanzierungsmodus als den in der GKV zu realisieren (u. a. keine Regeldynamisierung, Kostenbegrenzung und gedeckelte Leistungen);
- das Interesse an einem getrennten Leistungsrecht (eng begrenztes Leistungsprogramm der PflegeVG gegenüber dem eher offen ausgelegten Leistungsprogramm der GKV) (weiter Krankheitsbegriff vs. enger Begriff der Pflegebedürftigkeit).²²

21 Zuletzt lässt noch einmal das vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005 herausgegebene Gutachten zum Thema „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ (SVR 2005) Sympathie für eine Integration der beiden Versicherungszweige mit folgenden Argumenten erkennen. Das Nebeneinander der GKV und der PflegeVG sichert strukturell ähnliche Risiken ab und ist deshalb nicht effektiv:

- Bei älteren Versicherten kommt es oft zu Überschneidungen der Ansprüche aus beiden Versicherungszweigen (s. u. Punkt 2.2.3.2).
- Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit werden aufgrund verschiedener ökonomischer Anreizstrukturen unzureichend ergriffen (s. u. Punkt 2.2.3.2).
- Chancen für die Etablierung von Modellen der integrierten Versorgung werden kaum genutzt.
- Die anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen erleiden erhebliche Nachteile, wenn Leistungen von der GKV in die budgetierte PflegeVG verschoben werden.

22 Weniger bekannt geworden ist folgende Erklärung: „In der Zeit der Diskussion um die Verbesserung des Schutzes bei Pflegebedürftigkeit ressortierte dieses Politikfeld bei dem für die Altenhilfepolitik zuständigen Bundesministerium. Als Anfang 1990 anlässlich der Neuwahl die gesetzliche Krankenversicherung auf eine Intervention der Pharmaindustrie beim Bundeskanzler hin aus dem Bundesarbeitsministerium herausgelöst und in das Bundesgesundheitsministerium integriert worden ist, hat sich der damalige Bundesarbeitsminister Dr. Blüm um die Ressortzuständigkeit für die Pflegereform bemüht und diese erhalten. Nach eigener Aussage wusste er, dass angesichts der demografischen Entwicklung mit diesem Thema Politik zu machen sei. Aus diesem Grund ist es auch nicht erstaunlich, dass Blüm, bis dato noch erklärter Gegner einer Pflegeversicherung, beim Ersatzkassentag am 26. September 1990 in einer gesundheitspolitischen Grundsatzdebatte feststellte, dass das sozialpolitische Thema der nächsten Legislaturperiode Pflege hieße (s. o. Punkt 1.3). ... Diese Forderung sorgte insofern für Überraschung, als sich die Bundesregierung in dieser Frage bisher nicht für eine umfassende Lösung des Problems der Sicherung im Pflegefall ausgesprochen hatte“ (Igl 2006: 7).

Diese Motive finden sich dann auch in den Konstruktionsprinzipien der PflegeVG (in Abgrenzung zur GKV) wieder (Bäcker & Naegele 2011): Es sind dies insbesondere die Unterschiede zwischen dem engen Pflegebedürftigkeitsbegriff und den darauf aufbauenden eng definierten Leistungstatbeständen, die auch nicht durch Rechtsprechung entwicklungsfähig sind, wohingegen sich im Krankenversicherungsrecht keine abschließende Konkretisierung des Krankheitsbegriffs findet. Für die Pflegeversicherung hatte dies u. a. die Ausgrenzung des Hilfebedarfs von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zur Folge (s. u. Punkt 2.2.8).

Wenn für die GKV seit jeher Sachleistungs- und Bedarfsdeckungsprinzip grundlegend sind, so gilt dies für die Pflegeversicherung nur sehr begrenzt, denn für die Leistungsempfänger besteht nur die Wahlmöglichkeit zwischen pauschalisierten Geldleistungen mit nicht kostendeckendem Charakter im Bereich der häuslichen Pflege und zwischen pauschalisierten Sachleistungen – ebenfalls mit begrenztem Kostenrahmen in der stationären und ambulanten Pflege. Eine Differenzierung der Leistungshöhe erfolgt lediglich über die drei Pflegestufen (nebst Härtefallregelungen). Demgegenüber ist die Krankenversicherung eine Vollkostenversicherung, d. h. jeder Versicherte erhält die Leistungen, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und zudem den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Auch aufwändige medizinische Leistungen werden voll abgegolten. Zudem kennt die GKV keinen für die für PflegeVG typischen Kaufkraftverlust. In der GKV kommt es durch den Anspruch jedes Versicherten auf alle notwendigen Leistungen stets zu einer automatischen Leistungsdynamisierung.

Da die Leistungen in ihrer nominalen Höhe gesetzlich festgeschrieben sind und der Beitragssatz fixiert ist, fehlt der Pflegeversicherung jeder eigenständige Handlungsspielraum für Leistungsanpassungen oder -verbesserungen. Sie ist damit auf entsprechende Bundestagsbeschlüsse ange-

wiesen und in der Konsequenz abhängig von politischen Mehrheiten und/oder der aktuellen Haushaltslage.²³ In der Krankenversicherung hingegen können (konnten bislang) die Kassen Ausgabensteigerungen stets über die Anhebungen der Beitragssätze finanzieren.

Andererseits profitiert die PflegeVG von Leistungsgrundsätzen der GKV: So ist sie wie diese als solidarische, auf dem Generationenaustausch beruhende Sicherungsinstitution konzipiert. Auch der im SGB V kodifizierte Solidarausgleich zwischen Gesunden (Nicht-Pflegebedürftigen) und Kranken (Pflegebedürftigen), die durch die Beitragsfinanzierung bewirkte Einkommensumverteilung sowie der Familienlastenausgleich wurden auf die Pflegeversicherung übertragen.

In einigen Punkten zeichnet sich die Pflegeversicherung gegenüber der GKV sogar – zumindest theoretisch – durch Weiterentwicklungen und innovative Verbesserungen aus: So hat sie den alleinigen Sicherstellungsauftrag, den die Krankenversicherung für die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung an die Kassenärztlichen Vereinigungen abzugeben hat. Zuständig für die Festlegung der Pflegestufen ist zwar der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK). Dabei tut er dies ohne Rückgriff auf das externe ärztliche System und wird darin sogar durch zusätzlichen professionellen pflegfachlichen Sachverstand unterstützt (s. u. Punkt 2.2.5). Schließlich sind im Bereich der GKV bis auf wenige Ausnahmen nur professionelle Leistungserbringer tätig, während die PflegeVG mit ihrem Vorrang der häuslichen Pflege und ihren direkten Leistungen an pflegende Angehörige bewusst private (nicht professionelle) Pflegepersonen kennt, fördert und diesen sogar noch einen ebenfalls der GKV unbekanntem (wenn auch bescheidenen) Versicherungsschutz bietet (s. u. Punkt 2.2.7.2). Auch zielt das PflegeVG – ebenfalls im Gegensatz zur GKV – bewusst auf die Pluralität der Leistungserbringer und damit u. a. auch auf den Qualitätswettbewerb zwischen ihnen (s. u. Punkt 2.2.9) (Igl 2006).

23 Derartige Argumente waren bereits in der Diskussion um die von Bündnis 90/Die Grünen und Teilen der SPD favorisierte leistungsrechtliche Lösung angeführt worden (s. o.).

Schließlich sei an verschiedene Signalwirkungsargumente erinnert: Schon die Demografie-Enquete-Kommission wies 2002 mit Blick auf die demografische Entwicklung darauf hin, es sei riskant, wenn die „bisherige Funktion der Pflegeversicherung als eigenständige Sachwalterin der Interessen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen“ nicht zuletzt auch angesichts ihrer „hohen Akzeptanz in der Bevölkerung“ entfiele. Zudem warnte sie vor bis dato nicht bestehenden Risiken für die GKV im Falle einer Integration: so z.B. die Übertragung des geschlossenen Leistungsprogramms der Pflegeversicherung auf die GKV mit dem Folgerisiko einer drohenden Leistungsreduzierung „nach dem Muster eines Grundversorgungsmodells“ (Deutscher Bundestag 2002: 573).

- Ob mit oder ohne Integration: Es überrascht nicht, wenn im Rückblick selbst exponierte Befürworter der PflegeVG wie der Kieler Sozialrechtler Gerhard Igl letztlich ohne Hoffnung waren und sind, dass sich die PflegeVG jemals ernsthaft von der GKV weg emanzipieren könne: So würde bei einer Integration die „kleine“ (deutlich schwächere) Pflege vom „großen“ Gesundheitswesen an die Wand gedrückt werden, dürfte sie „kein eigenes sozialpolitisches Leben führen“. Angesichts der geringen Finanzierungsmasse, fehlender Organisationserfahrungen, weniger stark organisierter Leistungserbringer und immer noch geringerem Prestige/Status müsse man realistisch sein: Das Übergewicht des Gesundheitswesens gegenüber der Pflege ist und bliebe dauerhaft dominant. Anstatt die „große“ Lösung ohne realistische Aussicht auf Emanzipation und Status-

stärkung weiter zu verfolgen, sei es wirklich angebrachter, die durch die Trennung bedingten Schnittstellen „praxistauglicher und wirksamer“ zu regeln (Igl 2006).

2.2.3.2 Schnittstellenprobleme mit der GKV (SGB V) – noch nicht gelöst!

Schon sehr früh wurde auf Schnittstellen-Folgeprobleme insbesondere mit der GKV (seit kurzem auch gegenüber dem Behindertenrecht; s. u. Punkt 2.2.4) gewarnt (Rothgang 1997). Andererseits sind diese für das bestehende gesundheitlich-pflegerische Versorgungssystem nicht wirklich neu, vielmehr entsprechen sie einer langen Tradition im deutschen Sozialrecht, nämlich Gesundheits- und Sozialwesen als inhaltlich wie statusmäßig getrennte Versorgungsbereiche zu betrachten und dies auch so zu praktizieren (Bäcker et al. 1980).²⁴ In der Pflege ergeben sich schnittstellenrelevante Folgeprobleme insbesondere wegen der Multikomplexität der Problemlagen und der häufigen Multimorbidität im Krankheitspektrum, verbunden mit einer oftmaligen Parallelität von somatischen, pflegerischen, rehabilitativen und sozialen Pflege- und Versorgungsbedarfen.²⁵

- So hat z. B. schon die Pflege-Enquete-Kommission des nordrhein-westfälischen Landtags 2005 den längst überfälligen Einbezug der Pflege in die integrierte Versorgung gefordert (Landtag NRW 2005), was dann kurze Zeit später mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 und der Übertragung wichtiger Grundsätze auf das Pflegeweiterentwicklungsgesetz

24 So stellt das gerade „frisch gedruckte“ FES & KDA (2013: 11) Positionspapier über „Gute Pflege vor Ort“ fest: „Das gegliederte Sozialleistungssystem unter verschiedener Trägerschaft hat ein Problem: Die klassische Sozialpolitik folgt den Einzellogiken der Sozialgesetzbücher und verliert dabei die Interessen der unterstützungsbedürftigen Personen aus dem Blickfeld. Eigeninteressen der Institutionen, Sektorierung in Zielsetzungen, Lösungsansätze, Leistungsformen und Infrastruktur der öffentlichen und privaten Fürsorge sind die Folge. Das System ist so komplex, dass es im Ergebnis unüberschaubar für die Betroffenen, Politik und Leistungsträger ist. Das bestehende Beratungssystem kann daran nur wenig ändern. ... Die mangelhafte Zusammenarbeit von Institutionen führt gerade bei einer erheblichen Zahl komplexer Fälle zu unzureichender Abstimmung der Leistungen verschiedener Träger, zu Unterversorgung oder Überversorgung und zu verspäteter, selten „passgenauer“ Hilfe sowie zur Überforderung pflegender Angehöriger“.

25 Mit Blick auf ältere Patienten kann man z. B. im Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen von 2009 wie folgt lesen: „Die Gesundheitsversorgung älterer Menschen (G.N.) stellt sich damit die aus integrativer Sicht anspruchsvolle Aufgabe, hausärztliche und fachärztliche, ambulante und stationäre sowie pflegerische Behandlungsleistungen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Präventionsmaßnahmen, der Rehabilitation, der Arzneimitteltherapie sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen ziel- und funktionsgerecht zu verzahnen“ (SVR 2009: 2).

(siehe Anlage 2) auch versucht wurde.²⁶ Auch die 2008 erfolgte Einführung der Pflegestützpunkte (s. u. Punkt 2.2.9) lässt sich diesem Ziel zuordnen (Lang 2007; Schäffer & Kuhlmeier 2009).

Besondere Schnittstellenprobleme bestehen in der medizinischen Versorgung von pflegebedürftigen Heimbewohnern: Nicht die Heime sind zuständig für die gesundheitliche Versorgung, sondern die örtlichen kassenärztlichen Vereinigungen. Zudem führen fehlende finanzielle Anreize, die vom Honorierungssystem der GKV ausgehen, zu medizinischen Versorgungsmängeln im Heimsektor (Walter & Naegele 2013). Auch wenn die noch bis 2007 gültige getrennte Zuständigkeit für Grund-(PflegeVG) und Behandlungspflege (GKV) und die damit verbundenen praktischen Abgrenzungsprobleme inzwischen gesetzlich neu geregelt worden sind (Behandlungspflege jetzt in der PflegeVG), gilt die ärztliche, vor allem aber die fachärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Heimbewohnern als insgesamt defizitär (Rothgang et al. 2008; Walter & Naegele 2013). Daran hat auch die mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008 (siehe Anlage 2) eingeführte Möglichkeit für die Heime, Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu schließen, nichts Grundlegendes geändert, zumal diese Möglichkeit kaum genutzt wird. Gespannt darf man sein, ob sich daran mit den im Pflege-neu-ausrichtungsgesetz 2013 (siehe Anlage 3) angekündigten „besseren Anreizen“ etwas ändert.

Besonders ausgeprägt und schon gleich bei Einführung der PflegeVG auf der Tagesordnung waren/sind Schnittstellenprobleme in der geriatrischen Rehabilitation (Rothgang 1997). Obgleich der im PflegeVG verankerte Grundsatz „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“ zu den uneingeschränkt anerkannten und schon bei der Einführung der PflegeVG unisono von allen Positionen getragenen Zielen zählt, da er auf die Vermeidung weiterer und Verminderung bereits

bestehender (vor allem Alters-)Pflegebedürftigkeit zielt und damit eine lange Phase des „therapeutischen Nihilismus“ in den 1970er und 1980er Jahren beendet hat, konnte sich dieser Vorrang bis heute „versorgungsstrukturell nicht verwirklichen“ (BMFSFJ 2010: 174). Noch immer gilt der Vorranggrundsatz als „notleidend“ (Klie 2013: 319).

- Denn Träger der (pflegevermeidenden) geriatrischen Rehabilitation sind die Krankenkassen, für die als Kostenträger aber keine finanziellen Anreize bestehen, ihre Leistungen auszuweiten und entsprechende Strukturen im Pflegebereich aufzubauen. Denn die potenziellen „Nutznießer“ wären die Pflegekassen, weil bei ihnen die finanziellen Entlastungen i. S. von Einsparungen/Ausgabensenkungen zu Buche schlagen (Rothgang 1997). Auch wenn es mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 (siehe Anlage 2) nunmehr einen Rechtsanspruch der Versicherten auf geriatrische Rehabilitation im Sinne einer Pflichtleistung der GKV gibt, der MDK hier prüfen muss und initiativ werden kann und dafür zusätzliche Anreize geschaffen wurden (z. B. für Einrichtungen im Falle (allerdings höchst seltener) Reha-induzierter Rückstufung in eine niedrigere Pflegestufe, Strafzahlung der GKV an die PflegeVG bei Unterlassung): Wirkungsdefizite sind schon allein deshalb zu befürchten, da die Pflegekassen nicht eigenständig handlungsfähig sind (BMFSFJ 2010).

2.2.4 Abgrenzung zum Behindertenrecht (SGB IX) – weitere Schnittstellen und unterschiedliche Leistungen bei gleichen Tatbeständen ?

Bei Einführung der PflegeVG zumindest nicht im Vordergrund der Debatte standen potenzielle Schnittstellen zum Behindertenrecht. Erst in jüngerer Zeit, kürzlich erneut befördert durch Art. 19 der UN-Behindertenkonvention von 2009,

²⁶ Die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 erfolgte Ausdehnung der integrierten Versorgung auf den Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche (Krankenhaus, Rehabilitation, Pflege) kann insofern als „Wegbereiter“ gewertet werden, in dem auch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 (siehe Anlage 2) die Krankenhäuser auffordert, in ihrem Versorgungsmanagement den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege zu gewährleisten.

konnte sich das Thema Unterschiede in der Betreuung und Versorgung zwischen pflegebedürftigen und behinderten älteren Menschen (z.B. Deutscher Verein 2006) sozialpolitisch positionieren. Kernbotschaft ist, dass Menschen mit Pflegebedarf dieselben Wahlmöglichkeiten zum Leben in der Gemeinschaft haben müssen wie andere Menschen auch. Adressiert ist vor allem die strikte, u.a. an kalendarischen Altersgrenzen gebundene Abgrenzung zwischen den Leistungssystemen bei Behinderung (SGB IX), und Pflege (SGB XI) und Sozialhilfe (SGB XII) (BMFSFJ 2010). So war vielen schon immer begründungsbedürftig, warum (vornehmlich ältere und stationär versorgte) SGB XI-Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger, obwohl in den weitaus meisten Fällen auch behindert, kaum bis keine Leistungen aus dem breiteren (da auf gesellschaftliche Integration zielenden) Leistungskanon des SGB IX erhalten.²⁷

- Die Trennung an sich gleicher Tatbestände in unterschiedlichen Leistungssystemen ist weder durch die internationale Klassifikation ICF gedeckt, noch entspricht sie der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen. So gilt die PflegeVG als eine primär auf „Versorgung“ und „Betreuung“ ausgerichtete Sicherungsinstitution, zumal noch in seiner immer noch gültigen, stark verrichtungsbezogenen Konzeptualisierung von Pflegebedürftigkeit (s.u. Punkt 2.2.8). Demgegenüber zielt das Behindertenrecht im SGB IX explizit auf den menschenrechtsfundierten Teilhabe- und Inklusionsanspruch und bietet damit auch weitgehende und breiter gefächerte inklusionsfördernde Leistungen.

„Man könnte daraus schließen, dass dem Recht ein Leitbild zu Grunde liegt, wonach (stationär versorgte; G.N.) Pflegebedürftigkeit und Teilhabe sich ausschließen“ (Welti 2010: 41).

- Auf Bundesebene werden diese Unterschiede noch durch eine ressortspezifische Zuständigkeitstrennung (BMG für SGB XI und BMAS für SGB IX) gefestigt, auf der Akteurs- und Trägerebene (zumeist vor Ort) durch funktionelle Ausdifferenzierungen, zusätzliche Unübersichtlichkeiten und z. T. unterschiedliche Eigen- und Handlungslogiken überlagert. Dies kann auch zu Hause lebende SGB XI-Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher daran hindern, ihnen zustehende Leistungen durchzusetzen (Welti 2010).

Diese Missverhältnisse sind bereits früheren Bundesregierungen Anlass zur Kritik gewesen, so z. B. nachzulesen im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD für die 16. Wahlperiode des Deutschen Bundestages vom November 2005. Dieser sieht zwar ein „Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen“ vor (Koalitionsvertrag, Ziffer 7.1),²⁸ bis heute aber warten nicht nur die Betroffenen vergeblich auf die Einlösung dieses Versprechens.

2.2.5 Pflegekassen und medizinischer Dienst der Krankenkassen – neue Akteure in der Pflege mit neuer Macht ausgestattet

Mit Einführung der Pflegeversicherung sind zwei neue Gruppen von Akteuren auf die Bühne getreten, die zumindest im Falle des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zwischen den zwei Positionen Sozialpolitik und Kostenbegrenzung zu verorten sind.

Neu sind zunächst die *Pflegekassen*. Sie sind wie die Krankenkassen selbstständige Körperschaften des öffentlichen Rechtes mit Selbstverwaltung; im Vergleich zu ihnen aber mit die eigentliche (pflegerische) Versorgungspraxis sehr viel stärker steuernden und kontrollierenden Funktionen ausgestattet. Sie haben nicht nur den

²⁷ Nicht nachvollziehbar sei, warum Personen außerhalb von Einrichtungen im Bedarfsfall sowohl Leistungen der Pflegeversicherung als auch der Eingliederungshilfe erhalten können, Personen in Einrichtungen dagegen nicht.

²⁸ So fordert erst vor kurzem wieder der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge (2013: 12): „Eine gesetzgeberische Klärung der Schnittstellenproblematik ist in jedem Falle unumgänglich.“

Sicherstellungsauftrag (der in der GKV den Kasenärztlichen Vereinigungen zugewiesen ist), sie sind darüber hinaus auch für die Leistungsent-scheidung, allerdings auf der Grundlage eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) (s. u.), die Auswahl der für die pflegerische Versorgung geeigneten Leistungserbringer sowie insgesamt auch für deren Qualitätskontrolle zuständig. Da Pflegekassen keine eigenen Einrichtungen unterhalten (dürfen), schließen sie mit den Leistungserbringern Versorgungsverträge ab, welche neben Preisen auch die trägerseitig jeweils zu erfüllenden Merkmale der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität regeln (s. u. Punkt 2.2.11).

- Dabei haben auch sie jeweils den Grundsatz der Beitragssatzstabilität einzuhalten. Ist dieser verletzt, sollen die Verträge unwirksam sein. Wie diese Vorschrift allerdings in die Praxis umzusetzen ist, ist selbst Fachleuten unklar (Igl & Welti 2007). Darüber hinaus übernehmen sie gegenüber den Pflegebedürftigen Funktionen im Bereich der Pflegeberatung und sind in diesem Zusammenhang auch an der Implementierung der Pflegestützpunkte beteiligt (s. u. Punkt 2.2.7.2).

Da die Pflegekassen gemeinsam mit den Anbieterverbänden auf Landesebene die Vertragsverhandlungen über die auf Einrichtungsebene abzurechnenden Preise führen, sind sie entscheidend an Kostensteuerung und -kontrolle beteiligt. Da sie gleichzeitig Kostenträger sind, ist ihnen eine von vielen mit Argwohn betrachtete Doppelfunktion zugewiesen: einerseits Sicherstellungsauftrags- und Qualitätsgarant, andererseits Kostenträger mit gleichsam natürlichen Begrenzungsinteressen – insbesondere vor dem Hintergrund gedeckelter und politisch regulierter Ausgabemöglichkeiten.²⁹ Zu beachten ist in diesem Zusammenhang noch, dass die Pflegebedürftigen oder die Sozialhilfeträger die von den Pflegekas-

sen für sie vereinbarten Kosten (bzw. die für sie geltenden jeweiligen Differenzbeträge) zu akzeptieren haben, ohne dass sie an den Pflegesatzverhandlungen beteiligt sind (Holst 2009).

Ebenfalls eine Sonderstellung kommt dem *Medizinischen Dienst der Krankenkassen* (MDK) zu (Strünck 2000). Organisiert ist er in einer in jedem Bundesland vorhandenen kassenartenübergreifenden Arbeitsgemeinschaft. Seine Finanzierung erfolgt durch die Kranken- und Pflegekassen gemeinsam, obwohl er (auch ihnen gegenüber) eine formell unabhängige, beratende Organisation ist (s. u.). In der pflegerischen Versorgung obliegen ihm wichtige, auf den Einzelfall bezogene Begutachtungs-, Beratungs- und Qualitätssicherungsaufgaben. Dazu zählen insbesondere die Überprüfung von Anträgen auf Leistungen sowie die letztendliche Zuordnung zu den Pflegestufen; des Weiteren die Erstellung eines Pflegeplanes, die Entwicklung von Vorschlägen für Rehabilitationsmaßnahmen (im Bedarfsfall übrigens auch für die Pflegeperson) – entsprechend dem im PflegeVG kodifizierten Grundsatz des Vorrangs der Rehabilitation vor Pflege – sowie Aussagen zur Prognose zur weiteren Entwicklung der Pflegebedürftigkeit. In der Qualitätssicherung bestehen weitere dominante Funktionen (s. u. Punkt 2.2.11).

- Bezogen auf den Einzelfall kommt ihm somit nicht nur die Definitionsmacht zu,³⁰ sondern er ist auch mit zentralen Leistungs- und damit (allerdings nur für die Pflegekassen als Kostenträger relevanten) ausgabesteuernden Aufgaben befasst. Da dazu auch solche der Beurteilung der individuellen Versorgungssituation jenseits der engen medizinisch-pflegerischen und rehabilitativen Bedarfe zählen (z. B. des für die häusliche Pflege relevanten physischen und/oder sozialen Umfeldes), ist vorgeschrieben, dass die im MDK tätigen Ärzte dies in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften tun müssen.³¹

29 Deshalb wurde schon sehr früh ihre „Janusköpfigkeit“ bemängelt (Strünck 2000): einerseits als Interessenorganisation der Versicherten, andererseits als steuernde und qualitätsbeeinflussende Instanz der eigentlichen pflegerischen Hilfen und Angebote.

30 Aber nur mit Blick auf den pflegerischen, nicht medizinischen Bedarf, was z. B. Strünck (2000: 87) als „fachliche Amputation“ bezeichnet.

31 Auch darin lässt sich eine faktische Aufwertung der Pflege gegenüber der Medizin erkennen, denn in der GKV kommen „Definitionsmacht“, Anbieter- und Leistungssteuerung ausschließlich dem behandelnden Arzt zu (Strünck 2000; Bäcker, Naegele et al. 2011).

Auch wenn der MDK formalrechtlich eine von den Pflegekassen unabhängige Institution ist, ist die Vermischung mit finanziellen Interessen von Beginn an Gegenstand von kritischen Diskussionen gewesen (Strünck 2000). So liegt es z.B. nahe zu fragen, ob und inwieweit der MDK in seiner Aufgabenwahrnehmung unabhängig von den unter dem Dach der GKV angesiedelten Pflegekassen als Kostenträger agiert. So schreibt Rothgang schon 1997:

„Angesichts der Interessen der Pflegekassen an einer Begrenzung der Fallzahl und der Stellung des MDK, der von den Pflege- und Krankenkassen finanziert wird und zumindest in dieser Hinsicht nicht vollkommen unabhängig ist, kann ... mit einem für die Pflegebedürftigen ungünstigen Bias gerechnet werden (Rothgang 1997: 100).

2.2.6 Entlastung von den Kosten der Sozialhilfe und Armutsvermeidung – Ziele erreicht?

Das angestrebte Ziel, die vorher hauptsächlich für die Pflegeabsicherung zuständigen Kostenträger durch eine Neuordnung finanziell zu entlasten, wurde im Gefolge der Einführung der Pflegeversicherung nur in den ersten Jahren erreicht.³² Was allerdings auch bereits anfangs nicht erreicht werden konnte, ist die damit verknüpft gewesene Erwartung, die Kommunen würden die freigeordneten Mittel nutzen, um in die entsprechende Infrastruktur zu finanzieren. Im Gegenteil: Der faktische Rückzug vieler Kommunen aus ihrer Pflegeinfrastrukturverantwortung ist immer wieder Gegenstand von Kritik gewesen (Naegele & Schmitz 2008) (s. u. Punkt 2.2.9).

Gleichermaßen erreicht worden ist das Ziel, die Zahl der auf Sozialhilfe angewiesenen Pflegebedürftigen und damit die der aufgrund von Pflegebedürftigkeit verarmten zumeist älteren Menschen abzusinken. Hier sind die Erfolge aber nicht so „spektakulär“ wie im Bereich der Finan-

zen. Auch lässt sich seit Beginn der Jahrtausendwende wieder ein allmählicher Anstieg insbesondere der Zahl der in Heimen und dgl. lebenden Empfänger von Hilfe zur Pflege nach dem BSHG erkennen.

- Zwar hat sich im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung die Gesamtzahl der von Sozialhilfe abhängigen Pflegebedürftigen (innerhalb und außerhalb von Einrichtungen) von mehr als 650.000 Personen (1993) auf knapp über 420.000 in 2011 reduziert (Statistisches Bundesamt 2013).³³ Andererseits lag die Sozialhilfeempfängerquote in Einrichtungen 2011 bereits wieder bei knapp unter 40 Prozent und damit bei etwa der Hälfte des Ausgangswertes vor Einführung der Pflegeversicherung. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der Gesamtempfängerquote bei der Hilfe zur Pflege³⁴ wider: Sie sank durch die Einführung der Pflegeversicherung von 8,6 auf einen Tiefstand von 3,5 (1998) und stieg bis 2011 schon wieder auf 5,1 Prozent an (Statistisches Bundesamt 2013).
- Diese Entwicklung vor allem in der stationären Pflege ist unmittelbare Folge der Konstruktion der Pflegeversicherung als „Teilkaskoversicherung“: Da die Leistungssätze der Pflegeversicherung bis 2008 festgeschrieben waren, die Kosten in der Pflege aber seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich gestiegen sind, hat die Zahl der Pflegebedürftigen in Heimen, die ergänzende Leistungen der Sozialhilfe erhalten, seit Ende der 1990er Jahre ebenfalls wieder zugenommen. Aufgrund der auf maximal bis zum Inflationsausgleich festgelegten Anhebung der Leistungssätze (wie im Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 beschlossen (siehe Anlage 2) (s. o.) kann davon ausgegangen werden, dass dieser Trend auch künftig anhalten wird.

32 So gaben bspw. die Sozialhilfeträger für die Hilfe zur Pflege im Jahr 2011 mit rd. 3,1 Milliarden Euro (netto) – verglichen mit etwa 13 Milliarden DM (netto) in 1993 – weniger als die Hälfte des Ausgangswertes vor Einführung der Pflegeversicherung aus (Statistisches Bundesamt 2013).

33 Nachdem es 1997/98 einen vorläufigen Tiefstand von etwas unter 300.000 gab, von denen sich mit rund 300.000 Personen knapp drei Viertel (72 Prozent) ausschließlich in stationärer Pflege befanden.

34 Bezogen auf alle Empfänger innerhalb und außerhalb von Einrichtungen und die Gesamtbevölkerung in 1.000.

2.2.7 Primat der häuslichen Pflege

2.2.7.1 Förderung selbstbestimmter und selbstständiger Lebensführung – wirklich durchdacht?

Als „Erfolg“ der Pflegeversicherung gilt die öffentliche Anerkennung des Ziels, Pflegebedürftigen trotz Hilfebedarf ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben und möglichst langen Verbleib in der gewohnten häuslichen Umgebung zu sichern. Dies tut sie auf unterschiedliche Weise: z.B. Beratung, Fallmanagement, Pflegegeld, Finanzierung professionell erbrachter Pflegeleistungen, Verhinderungspflege, Tages- und ganz selten auch Nachtpflege. Damit zielt die Pflegeversicherung – ebenso wie die drei später erfolgten Novellen (siehe Anlagen 1 bis 3) – vorrangig auf die häusliche Pflege und die Stützung der Pflegebereitschaft von Angehörigen und Nachbarn („ambulant vor teilstationär vor stationär“) (s.u. Punkt 2.2.7.2). Sie entspricht zudem einem heute mehr denn je verbreiteten Wunsch, im Falle einer Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu Hause versorgt werden zu wollen (zuletzt wieder Generali Zukunftsfonds & Institut für Demoskopie Allensbach 2012).

Zweifellos hat die Pflegeversicherung mit dazu beigetragen, dass heute noch nie so viel wie in der Geschichte zuvor privat gepflegt wird. Immerhin werden aktuell rd. 45 Prozent aller Pflegebedürftigen mit Leistungen der Pflegeversicherung ausschließlich von den Familien versorgt („Familie als größter Pflegedienst der Nation“; darunter zu 90 Prozent Frauen). Allerdings bleibt in diesem Zusammenhang häufig unerwähnt, dass sie dabei zunehmend häufiger von (derzeit mindestens 100.000) Dienstleisterinnen und Dienstleistern aus dem europäischen Ausland unterstützt werden (müssen) (Steffen 2011).

Aus sozialpolitischer Sicht ist die neue „Kundenrolle“ beachtenswert, die dem Pflegebedürftigen nunmehr zugewiesen worden ist – ein Vergleich mit der des „dankbaren Nehmers“

von Sozialhilfe finanzierten Pflegeleistungen früherer Jahre bemerkenswerter Statusgewinn. Andererseits ist die „Kundenrolle“ gerade in der Pflege oftmals nur schwer auszuüben, wirkungsvolle Strategien zum „Empowerment“ von Pflegebedürftigen (selbst „Stellvertretermodelle“) sind kaum entwickelt.^{35, 36}

Dabei war doch schon vor der Einführung der Pflegeversicherung bekannt – z.B. bereits im ersten Zwischenbericht der Bundestags-Enquete-Kommission demografischer Wandel nachzulesen (Deutscher Bundestag 2002) – dass sich durch die niedrige Geburtenhäufigkeit das familiäre Pflegepotenzial ausdünnen würde, da immer mehr ältere Menschen keine oder zumindest weniger Kinder haben, immer häufiger allein leben („Singularisierung des Alters“) und insgesamt im Umfeld der Abstammungsfamilie Personen fehlen würden, die künftig für die häusliche Pflege zur Verfügung stehen könnten. Seither sind diese Befürchtungen immer wieder empirisch bestätigt worden. Sie gelten – neben sich verändernder pflegeskultureller Orientierungen vor allem in den mittleren und oberen sozialen Milieus (insbesondere mit erwerbstätigen Frauen) – als wichtigste Indikatoren für stark wachsende Grenzen und immer voraussetzungsvoller zu leistender familialer Pflegemöglichkeiten. Heute ist die Übernahmebereitschaft deutlich mehr an verlässliche und qualitativ hochwertige professionelle Unterstützungsleistungen gebunden, als dies noch bei Einführung der Pflegeversicherung der Fall war (z.B. Blinkert & Klie 2000; Blinkert 2007). Somit deutet alles darauf hin, dass informelle Hilfen künftig immer weiter zurückgedrängt, professionelle Pflegeleistungen durch ambulante wie stationäre Anbieter dagegen immer mehr nachgefragt werden (Hackmann & Moog 2010; Bertelsmann Stiftung 2012). Zu fragen ist, ob die Pflegeversicherung mit ihrem Leistungstableau dieser Entwicklung hinreichend Rechnung trägt (s.u. Punkt 3.2.2).

35 Dem entspricht ganz generell, dass im sozialwirtschaftlichen Leistungs- und Finanzierungsdreieck Mitwirkungs- und Kontrollrechte der „Kunden“ ohnehin strukturell schwach ausgeprägt sind, was nicht nur für die Pflege allein, sondern im Grundsatz für die sozialen Dienste insgesamt gilt (Bäcker, Naegele et al. 2011, Bd. II).

36 Dem entspricht auch der auch im internationalen Vergleich extrem geringe Organisationsgrad der privat wie beruflich Pflegenden (Bartholomeyczik 2013).

- Dem entspricht eine wachsende Überforderung bei vielen privaten Pflegepersonen aus dem familialen Umfeld. U.a. basierend auf zahlreich vorliegendem empirischem Material, vor allem von Infratest-Sozialforschung (z.B. dazu Schneekloth & Wahl 2005, 2006, 2009) – haben Experten schon vor Jahren vor der Überlastung der Familien gewarnt (z.B. Naegele 1985; Rückert 1999). Andererseits lässt sich über die Qualität in der ausschließlich über Pflegegeld unterstützten häuslichen Pflege nach wie vor nur wenig empirisch validierte Auskunft geben (s. u. Punkt 2.2.11).

Dass die Geldleistungen bei häuslicher Pflege (für sogenannte „selbstbeschaffte Pflegehilfen“) mit von Einfluss für die anfänglich deutlich größere häusliche Pflegeübernahmebereitschaft waren, gilt als politisch gewollt und ist auch empirisch bestätigt.³⁷ Aber schon vor der Einführung der Pflegeversicherung war diese Vorrangstellung des Geldleistungsprinzips³⁸ und dem befürchteten (und dann auch eingetretenen) „Run auf die Geldleistungen“ vielen aus dem Sozialpolitik-Lager ein Dorn im Auge. Das Sachleistungsprinzip in Form von professionellen Pflegeleistungen galt ihnen (und gilt vielen auch heute noch) als problem- und bedarfsangemessen, zumal noch wegen der Zielkongruenz mit der anvisierten Ausweitung der Infrastruktur. Nicht überraschend ist daher, dass wiederholt Mitnahmeeffekte kritisiert wurden.^{39, 40}

Wie viele der (kostengünstigeren) Geldleistungen in der häuslichen Pflege dann tatsächlich in Nachfrage nach (kostspieligeren) Sachleistungen überführt wurden, lässt sich nicht hinrei-

chend belegen. Am Anfang jedenfalls war dies beträchtlich weniger der Fall. Seither aber steigen die Sach- kontinuierlich zugunsten der Geldleistungen: Betrug das Verhältnis zwischen Geldleistungs- und Sachleistungsempfängern in der häuslichen Pflege 1995 noch 88:12 (bei einer Relation der entsprechenden Ausgaben von 82:18), so waren die Relationen 2007 bei den Empfängern schon 79:21 und auf der Ausgabenseite bei 62:38 und dürften sich in der Zwischenzeit noch weiter zugunsten der Sachleistungen verschoben haben. Zugleich lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg bei den Kombinationsleistungen sowohl beim Empfängerkreis wie den dafür aufgewendeten Ausgaben erkennen. Beides lässt auf wachsende Überforderung privater Pflegepersonen, aber auch auf veränderte Präferenzen/Voraussetzungen bei der häuslichen Pflegeübernahmebereitschaft schließen (s.o.).

- Dafür stehen auch die ebenfalls seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich gestiegenen Empfängerzahlen von stationären Pflegeleistungen: Sie sind nicht etwa Ausdruck eines „Heimsogs“ oder eines „massenhaften Abschiebeverhaltens“ (s.o.), sondern spiegeln die stark wachsende Zahl solcher privaten Pflegearrangements wider, in denen es mit der häuslichen Pflege „einfach nicht (mehr) geht“. Immerhin sind heute zwischen zwei Drittel und drei Viertel aller Neuzugänge in Heimen solche von Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Dem entspricht weiter auch die „Negativauslese der Heimbewohner“ (u.a. überdurchschnittlich häufig/e Fälle von Hochaltrigkeit, Demenzkranken, Alleinstehenden

37 Allerdings ist die tatsächliche Motivlage bei familialer Pflegeübernahme sehr viel komplexer und offensichtlich nur zu geringen Teilen finanziell, dagegen viel mehr emotional und normativ bestimmt; in vielen Fällen auch Ausdruck von über den gesamten Lebenslauf wirkenden familialen Solidaritätsnormen – fußend auf dem Reziprozitätsprinzip – und nicht zuletzt von einer Vielzahl externer Rahmenbedingungen (wie familiale Situation, Berufstätigkeit der potenziellen Pflegepersonen, Wohnbedingungen etc.) abhängig (z.B. Naegele & Reichert 2009).

38 Dies entspricht auch insgesamt einer langen Tradition in der deutschen Familienpolitik (z.B. Familienlastenausgleich vs. Infrastrukturverantwortung (Bäcker, Naegele et al. 2011, Bd. II).

39 So heißt es z.B. in den von der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) (Herbst 2006) herausgegebenen „Prüfsteinen für eine nachhaltige Reform der Pflegesicherung“, dass „nicht immer von einer zweckentsprechenden Verwendung des Pflegegeldes ausgegangen werden kann“. ... „Eine Revision des Konzeptes des Pflegegeldes und anderer (infrastruktureller) Maßnahmen zur Unterstützung der Pflegebereitschaft wäre ein Beitrag zur nachhaltigen Sicherung der Pflege“ (S. 4).

40 Andererseits gaben Experten ebenfalls aus der Sozialpolitik-Fraktion zu bedenken, der Gesetzgeber könne nichts gegen eine konsumptive Verwendung im Sinne einer materiellen Anerkennung der häuslichen Pflegeleistung gehabt haben. Schließlich habe er diese durch die Geldleistungskomponente im PflegeVG sogar ausdrücklich gedeckt (Rothgang 1997: 108).

(darunter viele Ledige und Geschiedene) und/oder Kinderlose) (Schneekloth & Wahl 2005, 2009). Die Frage, in welchem Maße sich diese Trends weiter ausprägen werden, ist allerdings nicht losgelöst von den politisch gestaltbaren Maßnahmen zur Stärkung des familiären, nachbarschaftlichen und ehrenamtlichen Pflegepotenzials zu sehen (s. u. Punkt 3.2.2).

Neue gemeinschaftliche Wohnformen gelten heute vielen als sinnvolle (ergänzende) Alternativen zur klassischen PflegeVG-Leistungspalette, und insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige angesichts ihrer speziellen Lebenslage als deutlich besser geeignete Versorgungsform.⁴¹ Andererseits hat die für die PflegeVG lange Zeit typische starre Trennung zwischen ambulanten und stationären Leistungen sowie zwischen nur drei Pflegestufen die Entwicklung integrierter Modelle bzw. Mischformen zwischen ambulanter und stationärer Pflege verhindert (Schneiders 2010).^{42, 43} Im Gegenteil, viele sehen hierin sogar eine (politisch gewollte?) „leistungsrechtliche Privilegierung“ der Heime (DGGG 2011). Im Grundsatz waren dem PflegeVG bis 2008 neue Wohn- und Lebensformen auch für Pflegebedürftige jenseits des privaten Haushalts und des klassischen Heimes fremd. Erst die im Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 (siehe Anlage 3) eröffnete Möglichkeit des „Poolens“ von Leistungen kann hier als der Beginn einer vorsichtigen Öffnung angesehen werden.

2.2.7.2 Förderung der häuslichen Pflege und Pflegebereitschaft – richtig, aber oftmals unzureichend

Zweifellos sind mit dem PflegeVG die häusliche Pflege und das häusliche Umfeld zu vorher stark vernachlässigten strategischen Bezugspunkten pflegepolitischer Bemühungen avanciert. Pflegende Angehörige haben – obwohl ihre faktische Bedeutung rückläufig und somit die „Angehörigenorientierung“ im PflegeVG zunehmend begründungsbedürftig ist (s. o.) – gleichsam offiziell den Status einer „zweiten Zielgruppe“ der Pflegepolitik erhalten; allerdings zumindest anfangs nur halbherzig.

Dafür steht zunächst die erstmalige Zuerkennung eines wenn auch bescheidenen Sozialversicherungsschutzes für pflegende Angehörige, der allerdings aufgrund unterschiedlicher Regelungen in unterschiedlichen Sozialgesetzen als „Gesetzeswirrwarr“ kritisiert wird (Winkel 2012). Problematisch ist auch seine zu geringe Höhe, mit der Folge oftmals zu niedriger Rentenwertschaften insbesondere im Falle der pflegebedingten Berufsaufgabe (Naegele & Reichert 2009).⁴⁴

Für anfänglich nur halbherzige Bemühungen steht auch (und insbesondere) das sowohl im PflegeVG wie in der Arbeitswelt im Grundsatz immer noch ungelöste Problem der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege, dessen Aktualität im Zuge des demografischen Wandels und steigender Frauenerwerbsarbeit noch zugenommen hat. Heute liegt die Erwerbsquote bei den Hauptpflegepersonen bei etwa 40 Prozent. Auch wenn 2008 die Pflegezeit und 2012 die Familienpflegezeit eingeführt wurden, sie haben die be-

41 Dem entspricht ihre explizite Förderung im Pflegeweiterentwicklungsgesetz und erneut im Pflegegeneausrichtungsgesetz (siehe Anlagen 2 und 3).

42 So schreibt z. B. die Enquete-Kommission Pflege des nordrhein-westfälischen Landtags (2005: 546f.): „Um die Probleme bei der Herstellung von situativ geeigneten Wohlfahrtsmischungen überwinden zu können, ist daher eine Flexibilisierung des bislang geschlossenen Leistungskataloges erforderlich“, und zwar in Richtung auf „Sicherstellung einer stärkeren Individualisierung von Leistungen“, so z. B. durch leistungsrechtliche Ermöglichung von mehr individuellen Pflegearrangements „zwischen ambulanter und stationärer Pflege“.

43 Andererseits wurde der Bedarf anfangs auch überschätzt (Naegele 2011). Das könnte sich aber künftig ändern.

44 Dies gilt auch, obwohl der Sozialversicherungsschutz für pflegende Angehörige 2008 mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz (siehe Anlage 2) marginal verbessert worden ist. Ebenfalls marginale Verbesserungen bietet das Pflegegeneausrichtungsgesetz von 2013 (siehe Anlage 3): So soll das hälftige Pflegegeld weiter gezahlt werden, wenn die Pflegebedürftigen in Kurzzeit- oder Verhinderungspflege sind, was im Grundsatz nicht nachvollziehbar ist, denn im Falle einer vollstationären Krankenhausbehandlung wird sie in voller Höhe weiter gezahlt (Deutscher Verein 20013). Auch sollen bei gleichzeitiger Pflege von zwei und mehr Pflegebedürftigen künftig die rentenrechtlich wirksamen Zeiten addiert werden.

reits bei der Einführung der PflegeVG erkennbare „neue Vereinbarkeitsproblematik“ (Naegele & Reichert 1998) nicht erreicht (s.u. Punkt 3.2.2). Dem entspricht, dass das Thema auch in bundesdeutschen Betrieben noch nicht angekommen ist und sich auch (männlich dominierte?) Gewerkschaften nicht so richtig damit anfreunden konnten, analysiert man z. B. die bestehenden tarifvertraglichen und/oder betrieblichen Regelungen dazu (Reichert, Perek-Bialas & Hamblin 2014).

Welche Eckpfeiler einer wirkungsvollen Politik der Stärkung der „zweiten Zielgruppe“ lassen sich im PflegeVG erkennen und wo besteht Nachbesserungsbedarf? Zu den wichtigsten zählen:

Es gibt einen Geldzuschuss für Familien, wenn diese sich für die häusliche Pflege eines Familienmitglieds entscheiden und in diesem Zusammenhang bauliche Umrüstungsmaßnahmen anfallen. Dieser, obwohl sinnvoll insbesondere für die weit verbreitete Pflege im selbst genutzten Wohneigentum, ist allerdings mit rd. 2.550 Euro/Maßnahme viel zu niedrig, denkt man z. B. an Anschaffung und Einbau IT-gestützter Systeme. Letzteres entspricht dabei insgesamt, dass auch insgesamt förderliche Finanzierungs- und Geschäftsmodelle zur besseren IT-Ausstattung des „dritten Gesundheitsstandortes“ Haushalt hierzulande fehlen, gilt somit nicht nur für die Pflege allein, sondern auch für die GKV (Henke & Tropens 2010; Heinze, Naegele & Schneiders 2011).

Beratung pflegender Angehöriger steht zwar im Zentrum vieler neuerer Reformvorhaben in der Pflege, entsprechende Angebote sind aber immer noch nicht flächendeckend und schon gar nicht ausreichend qualifiziert vorhanden. Obwohl die mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz (siehe Anlage 2) 2008 eingeführten quartiersbezogenen Pflegestützpunkte (je 20.000 Einwohner) explizit mit dem Ziel geschaffen wurden, Pflegebedürftige und Angehörige umfassend im Rahmen eines Fallmanagements zu beraten und zeitnah ein auf sie und ihre Situation abgestimmtes, wohnortnahes und integriertes individuelles

Hilfeangebot vorzubereiten (Lang 2009; Schaeffer & Kuhlmeier 2009), haben sie längst nicht das erreicht, was man sich von ihnen erhofft hat. Ein Grund dafür ist, dass die Bundesländer jeweils eigene Ziele mit ihrer Umsetzung verfolgt und dadurch ein Ausrollen in die Fläche mit verhindert haben (Rothgang et al. 2009; KDA 2010b).

Die in besonderer Weise angehörigengerechten Nutzung von häuslicher Tages- und schon gar nicht von Nachtpflege ist flächendeckend nicht gegeben, da es zu wenig Angebote gibt.

Demgegenüber gilt die erstmals 2002 eingeführte, 2008 und erneut 2013 leicht ausgeweitete Förderung ehrenamtlichen Engagements in der ambulanten Altenpflege vielen als weitsichtig und sozialpolitisch beachtlich. Dies setzt allerdings voraus, dass auf kommunaler Ebene auch entsprechend förderliche Rahmenbedingungen zur Unterstützung dieser neuen „Kultur des Helfens“ bestehen (Klie 2013: 320) (s.u. Punkt 3.2.2).

Als gleichermaßen angemessen gilt die durch das Pflegeeneuausrichtungsgesetz (siehe Anlage 3) erweiterte Option, künftig stärker als bisher die Leistungsinanspruchnahme zu flexibilisieren und neben den verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen auch bestimmte Zeitkontingente anzubieten (z. B. nur zur Betreuung). Hiermit ist insbesondere pflegenden Angehörigen bei der Betreuung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen besser geholfen.

2.2.8 Kostenbegrenzung durch Ausgrenzung und Reduzierung des Leistungsempfängerkreises

Aus sozialpolitischer Perspektive besonders kritikwürdig ist die politisch gewollte Reduzierung des Leistungsempfängerkreises. Praktisch erfolgt dies zum einen über den, den drei Pflegestufen zugrunde gelegten, von vielen als „willkürlich“ bezeichneten Zeitaufwand,⁴⁵ zum anderen – und sehr viel bedeutsamer – durch Verwendung eines noch aus der Sozialhilfe stammenden, rein verrichtungsbezogenen und einseitig somatisch fixier-

45 So muss der Zeitaufwand für den Hilfebedarf in der Pflegestufe I durchschnittlich pro Tag mindestens 90 Minuten betragen, bei einem rein pflegerischen Aufwand von mindestens 45 Minuten. Für die Pflegestufe II erhöht er sich auf durchschnittlich drei Stunden pro Tag (mindestens zwei Stunden für die reine Pflege). Der höchste Zeitaufwand wird für die Pflegestufe 3 festgelegt. Er muss mindestens fünf Stunden (mindestens vier Stunden für die reine Pflege) betragen.

ten Konzeptes von Pflegebedürftigkeit. Letzteres hat u.a. zur Ausgrenzung von Pflegebedürftigkeit insbesondere bei Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz aus dem Leistungskatalog der PflegeVG beigetragen und war von Anfang an aus Kostenbegrenzungsgründen politisch intendiert.⁴⁶

- Zwar war die stark wachsende Bedeutung von Demenzerkrankungen für das Auftreten von Pflegebedürftigkeit seit langem bekannt, ebenso die besonderen Versorgungsprobleme für diesen Personenkreis sowohl in der häuslichen wie stationären Pflege (z.B. Schneekloth & Wahl 2006, 2009; Rothgang et al. 2010). Vor diesem Hintergrund ist das faktische Nicht-Tun der Politik, das von Beginn an aus Kostengründen erfolgte, nicht nur den Betroffenen und ihren Familien gegenüber ein Skandal.

Das PflegeVG hat die wachsenden pflegerischen Versorgungsbedarfe von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz⁴⁷ im Grundsatz auch heute noch nicht wirklich abgesichert. Zwar hat das Pflegeleistungsergänzungsgesetz 2002 (siehe Anlage 1) erstmals offiziell den Blick auf die Gruppe der Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gelenkt. Allerdings haben Fachleute und Betroffenenverbände gleichermaßen darin allenfalls eine im Hinblick auf die eigentlichen Versorgungsbedarfe als „kaum der Rede wert“ bezeichnete Einstiegslösung gesehen.

- So galten die neuen zusätzlichen zweckgebundenen Betreuungsmittel (z. B. für Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege, Beaufsichtigungsleistungen von Sozialstationen, Finanzierung anderer sogenannter niedrighschwelliger Angebote z. B. durch ehrenamtliche Helfer) von bis zu 460 Euro/Jahr von Anfang an als zu niedrig bemessen.

sen. Zudem wurden sie auch nur teilweise abgerufen, litten also unter ganz erheblichen Wirkungsdefiziten. 2008 und 2013 wurden sie zwar spürbar erhöht, mit dem Pflegeneuaustrichtungsgesetz 2013 (siehe Anlage 3) wurden auch Betroffene der sog. Pflegestufe O („im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff“) einbezogen. Offen bleibt jedoch, ob die Leistungsausweitungen tatsächlich bei den Betroffenen ankommen (angekommen sind); zumal auch nach BMG Angaben von den 1,3 Millionen Betroffenen nur rd. 500.000 davon profitieren können (Nakielski 2013).

Schon vor Verabschiedung des PflegeVG wurde sein zu enges, verrichtungsbezogenes Konzept von Pflegebedürftigkeit kritisiert. Notwendig sei dessen Öffnung zugunsten der besonderen Pflege- und Betreuungsbedarfe von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz; ebenso ein erweitertes Begutachtungsverfahren, das nicht nur auf pflegerelevante psychische Dimensionen, sondern auch auf die Förderung und Nutzung vorhandener Präventionspotenziale sowie die Erschließung weiterer Leistungen, im Idealfall somit zugleich auf eine angemessene Optimierung vorhandener Pflegearrangements, zielen müsse. Exemplarisch sei auf zwei Stellungnahmen namhafter Kommissionen von vor inzwischen mehr als zehn Jahren verwiesen:

- *„Indem der Gesetzgeber darauf verzichtet hat, einen eigenständigen, pflegewissenschaftlich fundierten Pflegebedürftigkeitsbegriff in das SGB XI aufzunehmen, ist er hinter den allgemeinen Stand der pflegewissenschaftlichen Diskussion zurückgefallen. Der lediglich partiellen Berücksichtigung von Hilfebedarfen wäre daher ein ganzheitlicher, die Folgen körperlicher ebenso wie*

46 So schreibt der 6. Bundesaltenbericht (BMFSFJ 2010: 182): „Der Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI ist in seiner verrichtungsbezogenen Konzeption (notwendigerweise) selektiv. Darüber hinausgehende Hilfebedarfe, wie z. B. Beispiel verrichtungsunabhängige Bedarfe im Bereich der Kommunikation ... bleiben in der pflegeversicherungsrechtlichen Definition unberücksichtigt. ... Der Pflegebedürftigkeitsbegriff lässt somit zentrale Hilfebedarfe mancher Personengruppen, etwa die persönliche Unterstützung von Menschen mit Demenz, von geistig Behinderten oder von psychisch Kranken weitgehend unberücksichtigt“.

47 Nach aktuellen Schätzungen sind derzeit etwa 1,3 Millionen zumeist sehr alte Menschen demenziell erkrankt. Rund zwei Drittel werden zu Hause versorgt; allerdings mit wachsenden Grenzen, denn heute zählt eine demenzielle Erkrankung zu den weitaus wichtigsten Anlässen für eine Heimübersiedlung (s. o.). Jedes Jahr kommen etwa 200.000 Neuerkrankungen hinzu. Von den über 80-Jährigen gilt jeder Fünfte als demenzkrank, von den über 90-Jährigen sogar jeder Dritte. Rund zwei Drittel der Demenzerkrankungen entfallen auf die Alzheimer Demenz. Schätzungen gehen für 2040 von deutlich über zwei Millionen Erkrankungsfällen aus (Landtag NRW 2005).

die psychischer Beeinträchtigung mit abdeckender Pflegebegriff gegenüberzustellen“ (Abschlussbericht der Bundestags-Enquete-Kommission Demografischer Wandel 2020; Deutscher Bundestag 2002: 499f.).

- „Aus Sicht der Kommission ist eine stärkere Annäherung des sozialrechtlich definierten Leistungsanspruchs an das dem aktuellen Wissensstand entsprechende Pflegeverständnis unabdingbar. Sie erachtet für notwendig, dass der Gesetzgeber künftig der gesamten Bandbreite pflegerischer Aufgaben Rechnung trägt.“ ... „Die Kommission empfiehlt dem Bundesgesetzgeber, sich für eine Reform der Begutachtungspraxis einzusetzen. Ein Schwerpunkt ... sollte künftig darin bestehen, das rehabilitative Potenzial einer Person zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zu empfehlen“ (Abschlussbericht der Pflege-Enquete-Kommission des Landtages NRW; Landtag NRW 2005: 495, 537).

Damit ist im Grundsatz, fast zehn Jahre danach, immer noch der bestehende Sachstand beschrieben, obwohl schon seit 2007 dazu ein von der damaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt in Auftrag gegebenes Gutachten zu einem breiteren und zudem pflegewissenschaftlich begründeten Konzept von Pflegebedürftigkeit vorliegt. Es wurde von einem 31-köpfigen Beirat erstellt, seine praktische Erprobung im Oktober 2008 erfolgreich abgeschlossen (Wingenfeld et al. 2008; BMG 2009a, 2009b). Vorgeschlagen wird darin u.a. ein neuer Begriff von Pflegebedürftigkeit, der auf eine umfassende Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit abhebt und damit die Engführung auf Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen vermeidet/überwindet.

- Zugleich wird die Einführung eines neuen Begutachtungsassessments (NBA) empfohlen, das modular aufgebaut ist und vom Grad der Selbstständigkeit in den pflegerelevanten Bereichen

des täglichen Lebens ausgeht.⁴⁸ Die bisherige Beschränkung auf (nur bestimmte) körperbezogene Verrichtungen entfällt ebenso ersatzlos wie die bisherige Zeitmessung mit ihrer Scheingenauigkeit. Maßstab zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit ist künftig nicht mehr der zeitliche Aufwand, sondern der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten in allen Lebensbereichen. Das vorgeschlagene Instrumentarium folgt internationalen Vorbildern und basiert auf einem wissenschaftlich anerkannten Verständnis von Pflegebedürftigkeit. Es gibt Hinweise auf Rehabilitations- und Präventionsbedarfe und stellt damit auch eine bessere Grundlage für die Versorgungsberatung und -planung dar (s. o.) (BMG 2009a, 2009b).

Obwohl der Vorschlag der Bundesregierung bereits 2009 übergeben wurde, wartet er seither vergeblich auf seine Umsetzung; obwohl dies im Koalitionsvertrag ausdrücklich angekündigt worden war, wenn auch mit Finanzierungsvorbehalt. Stattdessen ist eine weitere „Schleife“ eingeschlagen worden, indem im März 2012 ein neuer, gegenüber dem alten personell leicht veränderter Beirat mit einem umsetzungsbezogenen Auftrag eingesetzt wurde.⁴⁹ Ob die erneute Verzögerung vor allem der Furcht vor einer zu erwartenden Ausweitung des SGB XI-Regelempfängerkreises um weitere 300.000 bzw. einem weiteren Kostenschub von geschätzten 3,6 Milliarden Euro/Jahr geschuldet ist, wie berechnet wurde, sei dahingestellt. Es ist nur zu hoffen, dass die neue Bundesregierung diesem Trauerspiel endlich ein Ende bereitet. Zum 20. Geburtstag hätte die Pflegeversicherung ein neues Pflegebedürftigkeitskonzept verdient (s. u. Punkt 3).

Eine Erweiterung der Perspektive nimmt die 6. Bundesaltenberichtscommission 2010 vor, wenn sie nicht nur die Ausschlussrisiken mit Blick auf die Menschen mit kognitiven Einschränkungen

48 Hier sind folgende Dimensionen berücksichtigt: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen, Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte, außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung.

49 Dieser wird aber von Experten als wenig „zielführend“ angesehen, da er nur „fachliche Fragen lösen, nicht aber die notwendigen politischen Prioritätensetzungen vornehmen kann (Rothgang 2012: 246).

kungen anspricht, sondern auch vor potenziellen negativen Rückwirkungen auf die Pflegebedürftigen insgesamt warnt:

„Der Begriff der Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsrecht (SGB XI) ist orientiert an der Vorstellung einer mit erheblichen Einschränkungen verbundenen „Altersgebrechlichkeit“ und kann somit negative Altersbilder transportieren, die vor allem mit dem hohen Alter assoziiert werden. Dieses Verständnis von Pflegebedürftigkeit kann auf der Ebene der pflegerischen Interaktion handlungsleitend werden und die Ausgestaltung der Versorgung sowie die Nutzung vorhandener Potenziale mitbestimmen. ... Altersbilder in der Pflege können ... auf organisatorisch-institutioneller Ebene wirksam werden. Dies gilt ... für den Zugang zu Pflege- und Gesundheitsleistungen und deren Ausschluss. Dies gilt aber auch für die institutionellen Rahmenbedingungen in Pflegeheimen und ambulanten Diensten, für die dort vorgesehenen Berufsgruppen mit ihren jeweiligen beruflichen Handlungslogiken“ (BMFSFJ 2010: 181).

2.2.9 Flächendeckender Auf- und Ausbau der Pflegeinfrastruktur – aber zwiespältige Entwicklungen und ungelöste Probleme auf dem „Arbeitsmarkt Pflege“

Als „Erfolg“ der Pflegeversicherung wird immer wieder die durch sie in Gang gesetzte Ausweitung der professionellen Pflegeinfrastruktur „gefeiert“, obwohl dazu geeignete Planungs- und Steuerungsinstrumente im PflegeVG fehlen (z.B. Bedarfsplanung, kommunale Infrastrukturverantwortung). Andererseits hat gerade dies zu sozialpolitisch problematischen „mismatches“ auf dem Pflegearbeitsmarkt geführt (s.u.). Zudem bestehen immer noch gewichtige quantitative Lücken insbesondere im ambulanten und teilstationären Bereich, besonders ausgeprägt bei der häuslichen Tages- und Nachtpflege, in der ambulanten und teilstationären geriatrischen Rehabilitation sowie insbesondere in der ambulanten und stationären (Hospize) Palliative Care⁵⁰ (z.B. Schaeffer, Büscher

& Ewers 2008; DGGG 2011; Walter & Naegele 2013). Diese sind zudem noch von regionalen Unterschieden überlagert: Im Zuge des demografischen Wandels sowie regionaler Wanderungs- und Segregationsprozesse wird die Versorgungslage in (regional) schon vorher benachteiligten Gebieten noch weiter verschlechtert (Hämel, Ewers & Schaeffer 2013).

In der Fläche jedoch sind beachtliche Erfolge zu konstatieren: Betreutes Wohnen ist mittlerweile weit verbreitet, die solitäre Tagespflege scheint zu „boomen“ (zumindest in Ballungszentren). Auch gibt es – wenn auch erst seit kurzem, da lange Zeit behindert (s.o.) – einen beachtlichen Zuwachs an ambulant betreuten Haus- und Wohngemeinschaften der „4. Generation“ (DGGG 2011). Für die klassischen Versorgungsformen „zu Hause“ und „Heim“ weist die letzte verfügbare Pflegestatistik für 2011 bundesweit 12.300 (1999: 10.820) von den Pflegekassen anerkannte ambulante Pflegedienste mit insgesamt 291.000 (184.000) Beschäftigten sowie 12.400 (1999: 8.850) Pflegeheime mit 661.000 (441.000) Beschäftigten aus (Statistisches Bundesamt 2011). Wenn sich in diesen Zahlen auch bekannte Entwicklungen auf der Nachfrageseite widerspiegeln (u. a. demografische Entwicklung, Veränderung in den Wohn- und Lebensverhältnissen, Singularisierung), so sind sie aber auch Ergebnis erfolgreicher Aufbau- und Anschubfinanzierung seitens der PflegeVG. Damit wird eine in der sozialen Dienstleistungsforschung seit langem bekannte Regel bestätigt: Immer dort, wo eine sichere Finanzierungsquelle erwartet werden kann, entwickelt sich auch rasch ein entsprechendes Angebot und umgekehrt (Bäcker, Naegele et al., Bd. II).

Insgesamt ist der Pflegemarkt heute zu einem ganz bedeutsamen Teilsegment der ohnehin florierenden Gesundheitswirtschaft avanciert. Er ist damit auch zu einem Motor der „Seniorenwirtschaft“ geworden, und die PflegeVG kann sich auf die Fahnen schreiben, zu dieser Entwicklung maßgeblich beigetragen zu haben (Heinze, Naegele & Schneiders 2011).⁵¹ Insgesamt kommt

50 Für die allerdings die GKV zuständig ist.

51 Unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten ist allerdings zu beachten, dass die Kosten der Pflege weit überwiegend von den Sozialversicherungsträgern und den Betroffenen getragen werden, was zugleich Entzugseffekte auf der Nachfrageseite für private Güter bedeutet.

der Beschäftigungsausweitung in der professionellen Pflege ein hoher, allerdings nur schwer quantifizierbarer Einfluss auf die gesamte Beschäftigungsentwicklung in Deutschland zu. Zudem ist es erst dadurch vielen, vor allem weiblichen Beschäftigten, überhaupt erst einmal möglich geworden, Pflege und Beruf miteinander zu vereinbaren (Heinze, Naegele & Schneiders 2011).

- Gesamtwirtschaftlich beachtlich ist ein Umsatzvolumen für Pflegeleistungen von rd. 33 Milliarden Euro (2011) mit einer volkswirtschaftlichen Wertschöpfung von 27 Milliarden Euro, was einem Anteil von 1,1 Prozent am Bruttoinlandsprodukt entspricht.⁵² Daran sind die neu zugelassenen privaten Anbieter im Pflegemarkt (s.u. Punkt 2.2.10) maßgeblich mit beteiligt (RWI 2011). Diese Leistungen werden von rd. 970.000 insgesamt in der Pflege Beschäftigten erbracht, was etwa 680.000 Vollzeitäquivalenten entspricht. Zu über 80 Prozent handelt es sich dabei um Frauen, die weit überwiegend in Teilzeit beschäftigt sind (z. B. in der ambulanten Pflege über 70 Prozent) (Statistisches Bundesamt 2011). Allein zwischen 2008 und 2009 sind 80.000 neue Arbeitsplätze entstanden.

Angesichts der für die Zukunft erwarteten weiteren Zunahme im Fachkräftemangel sind diese Erfolge aber nur der sprichwörtliche „Tropfen auf den heißen Stein“ (z. B. Bertelsmann-Stiftung 2012; Gohde 2013). Schon jetzt gibt es für drei unbesetzte Stellen in der Altenpflege nur eine arbeitssuchende Altenpflegefachkraft. Über künftige Versorgungsengpässe gibt es alarmierende, allerdings nicht immer seriöse Hochrechnungen:⁵³

- Unter Status-quo-Bedingungen erwartet z. B. das Institut der deutschen Wirtschaft einen Anstieg des Bedarfs an Voll- und Teilzeitkräften bis 2020 auf etwa 900.000 und bis 2050 sogar auf bis zu 1,6 Millionen⁵⁴ (Enste & Pimpertz

2008). Etwas vorsichtiger, aber ebenfalls in kaum über den hiesigen Markt rekrutierbaren Größenordnungen äußert sich der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge, der für 2050 schätzungsweise 600.000 bis 1 Million fehlende Fachkräfte erwartet (Löher & Hagen 2011).

Wie dieser Fachkräftebedarf, vor dem übrigens auch schon die Enquete-Kommission Demografischer Wandel 2002 gewarnt hat (Deutscher Bundestag 2002), angesichts der demografischen Entwicklung, der aktuellen Ausbildungssituation in der Pflege und der wenig attraktiven Berufssituation in diesem Arbeitsmarktsegment gedeckt werden soll, ist eines der zentralen Zukunftsthemen der *gesamtgemeinschaftlichen Aufgabe* Pflege (s.u. Punkt 3.2.2).

2.2.10 Zwiespältiger Hilfe- und Welfare-Mix

Die Pflegeversicherung zielt auf einen Hilfemix/Welfaremix mit Fokus auf der örtlichen Ebene. Ziel ist die Organisation der pflegerischen Versorgung vor Ort als „Mix“ von Staat, Markt, Privat, Zivilgesellschaft und frei-gemeinnützigen Trägern. Damit reagiert sie auch auf die berechtigten Wünsche der weitaus meisten Betroffenen nach einer pluralen Anbieterstruktur (Generali Zukunftsfonds & Institut für Demoskopie Allensbach 2013). Bezog sich die Hilfemix-Konzeption anfangs hauptsächlich auf die Anbieter-/Trägerstruktur, so geht es heute zudem um geeignete, auf den Einzelfall bezogene gemischt zusammen gestellte Pflegearrangements.

Der Träger-Mix wurde vor allem durch die Ausweitung des Anbieterkreises für Sachleistungen auf privat-gewerbliche Träger und damit durch die Beseitigung der jahrzehntlang gegebenen Dominanz der freien Wohlfahrtspflege (institutionelle Subsidiarität) ermöglicht. 2011 befanden sich 63 Prozent aller ambulanten Dienste und 40 Prozent aller stationären Pflegeeinrich-

52 Wertschöpfung im Vergleich zur Wertschöpfung der gesamten Volkswirtschaft.

53 So werden von Experten vielen der inzwischen vorliegenden Bedarfsprognosen neben Eigeninteressen der Auftraggeber methodische Mängel vorgeworfen (z. B. Paquet 2011).

54 Annahme: ohne Produktivitätsfortschritte.

tungen in der Hand privat-erwerbswirtschaftlicher Anbieter. Die Freigemeinnützigen halten dagegen nur noch Marktanteile von 36 Prozent (ambulante Pflege) bzw. 54 Prozent (stationäre Pflege) (Statistisches Bundesamt 2011).

Der darin ebenfalls zum Ausdruck kommende faktische Rückzug der öffentlichen, d. h. kommunalen, Träger gilt vielen als Beleg für einen allgemeinen Rückzug der Kommunen aus der pflegerischen Versorgungsverantwortung (z. B. für NRW Naegele & Schmitz 2008). Experten aus dem Sozialpolitik-Lager sehen darin einen Widerspruch zu ihrem verfassungsrechtlichen Daseinsvorsorgeauftrag (s. u. Punkt 3.2.2); zumal die Kommunen explizit eingebunden sind in die Verpflichtung „zur engen Zusammenarbeit“ (gemäß § 8 SGB XI). In der Konsequenz ist zwar die von der Pflegeversicherung gewollte Fokussierung der Leistungserbringung auf die kommunale Ebene erfolgreich umgesetzt worden, allerdings bei weitgehender Anbieter-Abstinenz der Kommunen selbst. Dem entspricht ein bereits seit längerem erhobener Vorwurf, die Kommunen hätten die Einführung der PflegeVG genutzt, um sich vor allem aus finanziellen Gründen aus diesem Bereich der örtlichen Daseinsvorsorge zurückziehen zu können (Naegele 2010).

Marktöffnung, Marktlogik und Anbieterwettbewerb haben somit auch ihre Schattenseiten. Dies gilt insbesondere für die Pflegepraxis, wo auch die gedeckelten Refinanzierungsmöglichkeiten am stärksten ihre Wirkung entfalten: Viele Leistungserbringer sowohl aus dem ambulanten wie dem stationären Bereich klagen über „immer weniger Geld für immer mehr Pflegeaufwand“.

- Zwar konnte einerseits eine bis dato unbekannte Qualitätskonkurrenz initiiert werden. Andererseits aber wurde eine vorher ebenfalls so nicht gekannte „Ökonomisierung der Pflege“ befördert. Die Rede ist von einer wachsenden „Pauschalisierung“, „Formalisierung“ und „Standardisierung“ professionell erbrachter Pflegeleistungen (Auth 2013). Das jüngst publizierte FES-KDA (2013: 10) Positionspapier zur „guten Pflege vor Ort“ spricht von „Produktdenken“ und „Minutenpflege“ und warnt vor der Gefahr einer weiteren „Rationalisierung“

barkeit der Pflegeleistungen im Pflegemarkt“. Arbeitsmarktexperten wie Sozialpolitiker konstatieren eine zunehmende Prekarisierung von Pflegearbeit (Auth 2013; Gohde 2013). Studien belegen, dass sich der Beschäftigungsaufbau in der Altenpflege überwiegend in Form von „atypischen“ Erwerbsformen vollzogen habe, dabei in der Pflege noch intensiver als auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (Oschmiansky 2010). In dem zitierten Positionspapier von FES & KDA heißt es z. B. dazu:

„Die Entwicklung des SGB XI hat ein „Produktdenken“ und eine Kommerzialisierung der Pflege bewirkt, deren schädliche Auswirkungen in der gehetzten Minutenpflege, Fehlen der Beziehungspflege und hoch belastetem Personal sichtbar werden. Wettbewerbs- und Konkurrenzfähigkeitskriterien, die Orientierung auf den niedrigsten Preis in den Vergütungsverhandlungen und die lange ausgebliebene Dynamisierung der Leistungsbeträge befördern den Rationalisierungsdruck“ (FES & KDA 2013: 10).

Davon ist insbesondere das Selbstverständnis der Freien Wohlfahrtspflege nicht unberührt geblieben. Heute müssen sie sich in lokalen Pflegemärkten gegenüber der Konkurrenz (mit z. T. anfangs deutlich niedrigeren Vergütungssätzen) nicht nur fachlich, sondern auch im finanziellen Wettbewerb behaupten (Strünck 2000). In der Folge steht die auch von ihnen praktizierte „Verbetriebswirtschaftlichung“ der Pflege im wachsenden Widerspruch zu ihren sonst propagierten Leitbildern und Selbstverpflichtungen (Bäcker, Naegele et al. 2011, Bd. II). Die dadurch mit in Gang gesetzte (allerdings alte) Debatte zur Rolle der frei-gemeinnützigen Anbieter im Pflege„markt“ und zum Anpassungsdruck, dem ihre klassischen Leitbilder dadurch unterworfen sind, ist im vollen Gange. Man darf gespannt sein, wie sich die Freigemeinnützigen dazu künftig positionieren werden.

Insbesondere die privat-erwerbswirtschaftlichen Träger haben die ihnen mit dem PflegeVG eröffneten Chancen genutzt, in diesen, zuvor von den kommunalen und frei-gemeinnützigen Trägern (letztere mit de facto Monopolstellung) dominierten Markt vorzudringen. Zwar ist ihnen

dies wiederholt als „Rosinenpickerei“ ausgelegt worden (Bäcker, Naegele et al. 2011, Bd. II), andererseits aber gäbe es ohne ihre Mitwirkung – zumindest im ambulanten Sektor – heute flächendeckend keine ausreichende Infrastruktur. Auch schon vor der Einführung der PflegeVG existierten im ambulanten Pflegemarkt privat-erwerbswirtschaftliche Anbieter, und nicht nur in „lukrativen“ Nischen des Selbstzahlermarktes (Strünck 2000), sondern auch im Bereich der Regelversorgung. So gab es z.B. in der ambulanten Pflege (z.T. über SGB V finanziert) in Großstädten wie Hamburg oder Düsseldorf schon immer mehr privat-gewerbliche, als kommunale und freige-meinnützige Anbieter zusammengenommen. Ohne sie hätte der Bedarf also gar nicht gedeckt werden können.

Anders dagegen ist die Situation in der stationären Pflege zu beurteilen. Hier sind privat-erwerbswirtschaftliche Anbieter (so anfangs vor allem in den neuen Ländern) vielen – und nicht nur kommunalen – Sozialpolitikerinnen und Sozialpolitikern zunehmend ein „Dorn im Auge“. Es mehren sich die Anzeichen für eine anbieter-induzierte Nachfragesteuerung. Zum einen zeichnen sich privat-gewerbliche Akteure (auch im Pflegemarkt) stets durch Gewinnorientierung und Gewinnmaximierung und den Einsatz privaten Kapitals aus (RWI 2010), wodurch sich die für diese Trägergruppe typische Zunahme der Zahl größerer Einrichtungen vor allem im eher ländlichen Bereich (Klie & Pfundstein 2010) (mit hier oftmals bestehenden Lücken im ambulanten und teilstationären Bereich) erklären lässt. Zum anderen lassen sie sich u.a. aufgrund breiter gefächerter Netzwerkkonstellationen (u.a. Beteiligungen, Subunternehmen) und der besseren Möglichkeiten, Besitz und Betrieb zu trennen, auch noch profitabler (und für die Nachfrager dann häufig preisgünstiger als bei den frei-gemeinnützigen Konkurrenten; Rothgang et al. 2012) führen, wodurch ihr Konzentrationsprozess noch mehr gefördert wird (Schneiders 2010; Marx, Groß & Lutz

2009). In der Konsequenz gilt der stationäre Pflegesektor vielen als ein Markt, in dem „schnell hohe Rendite realisiert werden können“.⁵⁵ Andererseits aber wurde (und wird) oftmals am Bedarf vorbei geplant und gebaut, gab und gibt es insbesondere im ländlichen Raum stationäre Überkapazitäten (Klie & Pfundstein 2010); u.a. weil fachlich fundierte Bedarfsbestätigungen fehlen,⁵⁶ mit der oftmaligen Folge, dass später dann die Kommunen in vielen Fällen für die Sozialhilfefolgekosten aufkommen müssen (Klie & Pfundstein 2010).

- Auch weil es eine eindeutige Infrastrukturverantwortung mit Planungsverpflichtung und daraus resultierender Bedarfssteuerung via Investitionskostenförderung im PflegeVG nicht (mehr) gibt (Klie 2013) und die dazu geeigneten Instrumente im Planungs- und Ordnungsrecht (jetzt) fehlen, gibt es keine aktive, die lokale Infrastruktur gestaltende Rolle für die Kommunen (BUKO QS 2004; Klie & Pfundstein 2010); ihre Bedeutung hier gilt de facto als marginalisiert (Klie 2013). In der Konsequenz ist die örtliche Versorgungslandschaft vielerorts mehr durch die „latente Dominanz von Investorenentscheidungen“ (Klie & Pfundstein 2010: 97) als durch Abstimmung(sbereitschaft) der Leistungserbringer untereinander und darauf hinwirkende kommunale Infrastrukturbemühungen gekennzeichnet. Freiwillige Kooperationsformen, wie z.B. die Pflegekonferenzen in NRW, haben sich als wenig effizient erwiesen (Naegele & Schmitz 2008). Gleiches gilt auf der Individualebene für die hier ansetzenden Pflegestützpunkte wegen ihrer fehlenden Verknüpfung zum SGB IX und ihrer Beschränkung auf die Pflege (KDA 2010b). Infolgedessen ist die Frage virulent, welche Rolle künftig den Kommunen sowohl im Kontext des Träger- wie des privaten Wohlfahrtsmixes (s.u.) zukommen soll und welche Voraussetzungen i. S. von effizienten Steuerungsinstrumenten dafür be-

55 Siehe Die Süddeutsche vom 13.8.2013: „Markt statt Ethik“. Quelle: <http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/korruption-in-der-pflegemarkt-statt-ethik-1.1745653>, abgerufen am 8. Januar 2014.

56 Bzw. – wenn (einmal) vorhanden wie in NRW in den 1990er Jahren mit dem Modell der indikatorengestützten Bedarfsplanung (Frerichs & Naegele 1995) – einer (vorschnell als Verbot interpretierten) EU-Rechtsprechung weichen mussten.

stehen (müssen) (Naegele 2010). Die Revitalisierung ihrer Rolle in der örtlichen Pflegepolitik gilt vielen als mehr als überfällig (s.u. Punkt 3.2.2).

Die zweite von der PflegeVG intendierte Variante des Hilfe-Mixes bezieht sich auf private Pflegearrangements, d. h. um eine fallbezogene Vernetzung professioneller mit familiärer und ehrenamtlicher Pflege. Zwar sind derartige Arrangements mittlerweile akzeptiert – und von immer mehr älteren Menschen auch als für sich selbst wahrscheinlich antizipiert (Generali Zukunftsfonds & Institut für Demoskopie Allensbach 2013), in der Praxis aber noch zu wenig verbreitet; zumindest im Bereich der „hands-on-Pflege“ findet man nur ganz selten ehrenamtliche Helferinnen und Helfer. Der Prozess der Rollenfindung – wo findet ehrenamtliche Hilfe in den neuen gemischten Pflegearrangements ihren Platz? – scheint noch nicht abgeschlossen, weniger in der Theorie (Klie 2012), dagegen aber in der Praxis. Immer noch sind Nachbarinnen und Nachbarn, Freundinnen und Freunde etc. nur eine ganz kleine Minderheit unter den Hauptpflegepersonen. Allerdings haben lange Zeit auch gesetzliche und finanzielle Anreize dafür gefehlt. Ob die mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz 2002 erstmals eingeführten und mit den Folge-Novellen weiter ausgebauten Förderbestimmungen für bürgerschaftliches Engagement in der Pflege (siehe Anlagen 1 bis 3) zu einer effektiven und vor allem auch nachhaltigen „Förderung einer Kultur des Helfens“ (Klie 2013: 320) beitragen (können), muss sich erst noch beweisen.

2.2.11 Qualitätssicherung – auch kein wirkliches „Erfolgsmodell“!

Schon bei Einführung gab es Kritik an der zu geringen Verrechtlichung (und insbesondere auch Institutionalisierung) der Qualitätssicherung im PflegeVG. Dies hat wesentlich auch mit der Vor-

läuferregelung zu tun, denn für die Sozialhilfe als zuvor zuständigem Träger war die Qualität in der Pflege de facto ein Fremdwort – sowohl im Gesetzestext wie in der von ihr wesentlich mitfinanzierten Pflegepraxis. Entsprechend startete die PflegeVG ohne erkennbare Vorbilder, was zwangsläufig dazu führen musste, dass die wenigen gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung hier weit hinter denen in der GKV zurückblieben. Z. B. kennt die PflegeVG kein, die GKV wohl aber schon seit langem ein Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Bieback 2004; Igl 2006, 2008a, 2008b).

Die Pflegequalitätssicherungslandschaft galt schon immer (und gilt auch heute noch) als unübersichtlich. Der Blick auf entsprechende Zuständigkeiten Qualitätsniveaus, Qualitätsstandards, Initiativen, Ideen Zuständigkeiten (z. B. Heimaufsicht, MDK, aus der Industrie importierte Instrumente, Gütesiegel und Zertifizierungen, Pflegenoten, Transparenzberichte, Pflegeheim Rating Reports, Pflege-TÜV usw.) zeigt, dass die Pflege weit davon entfernt ist, Einheitlichkeit und Überschaubarkeit darüber herzustellen, was Qualität in der Pflege ist, wie man sie nachweisen, dem Nutzer verständlich machen, den Pflegebedürftigen zusichern kann und wer eigentlich zuständig sein soll (Ollenschläger 2007; Kühnert 2009). Stellt sich die Qualitätssicherung mit Blick auf relevante Dimensionen der Struktur- und Prozessqualität noch vergleichsweise einfach dar, so gilt dies schon nicht mehr für die aus sozialpolitischer Sicht eigentlich entscheidende Ergebnisqualität.⁵⁷ Von daher verwundert es nicht, dass – auch im internationalen Vergleich – die Beurteilung der Pflegequalität hierzulande – insbesondere in deutschen Heimen – durch die Bevölkerung bemerkenswert ungünstig ausfällt (Institut für Demoskopie Allensbach 2009; Heintze 2012).

Zwar gilt die Qualitätssicherung in der Pflege heute stärker verrechtlicht als noch vor 20 Jahren, nicht zuletzt dank entsprechender Projekt-

⁵⁷ Allerdings existiert seit kurzem ein fachwissenschaftlich anerkanntes Instrumentarium zu ihrer Beurteilung (IPW & ISG 2011), dessen Umsetzung aber zu wünschen übrig lässt.

förderungen, Unterstützung aus dem Kreis namhafter Experten (z. B. Bundeskonferenz für Qualitätswesen in der Pflege; BUKO QS (2004); Kühnert 2009) sowie aber erst ziemlich spät erfolgter gesetzlicher Anstöße – so insbesondere durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz und seiner „Qualitätsoffensive“ (siehe Anlage 2).

- Nunmehr ist der Abschluss von Qualitäts- und Leistungsvereinbarungen im Rahmen der Pflegegesetzverhandlungen vorgeschrieben. Es sind Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege zu vereinbaren, von denen allerdings bis 2012 noch keine in die Praxis gelangt ist (Klie 2013). Die Leistungsanbieter sind zur internen Qualitätssicherung im Rahmen eines eigenen Qualitätsmanagements verpflichtet, Pflegeeinrichtungen und Dienste werden jetzt häufiger externen Qualitätsprüfungen unterzogen, deren Prüfberichte zu veröffentlichen sind (bei gleichzeitiger Pflicht zur Vorlage eines allgemeinen Pflege-Qualitätsberichtes durch den MDK). Schließlich dürfen die Pflegekassen nur noch Verträge mit solchen Einrichtungen schließen, in denen die Pflege von einer ausgebildeten leitenden Pflegefachkraft geleitet wird, für die es zudem eine obligatorische Pflichtweiterbildung gibt. Dennoch konstatiert die DGGG noch 2011: 9, dass ein „Kulturwandel in der stationären Versorgung“ noch nicht stattgefunden habe.

Es sind immer noch die Kostenträger (Pflegekassen), die hauptsächlich für die Qualitätssicherung in der Pflege Verantwortung tragen und mit den Anbietern darüber im Detail verhandeln. Dabei handelt es sich um ein schon von Beginn an vielfach kritisierendes, zumal auch im Vergleich zu anderen Sektoren des Gesundheitswesens unübliches Vorgehen (Bieback 2004; Ollenschläger 2007), das unmittelbar die Frage nach (eingebauten) Interessenkonflikten (Kostenträger zugleich „Qualitätshüter“?) aufwirft. Zugleich werden damit auch die Grenzen advokatorischer Interessenvertretung der Versicherten aufgezeigt, denn in den Vertragsverhandlungen sind Verbände der Betroffenen oder Verbraucherverbände nicht beteiligt (Strünck 2000). Insofern kann mit Blick auf die immer noch „notleidende“ (Klie 2013) Qualitätssicherung in der Pflege wohl kaum von einem „Erfolgsmodell“ gesprochen werden. Dies gilt auch wegen der unzureichenden Qualitätssicherung bei den selbst beschafften Pflegehilfen (Geldleistungen) in der häuslichen Pflege (s. o.), für die der Medizinische Dienst im Rahmen seiner Begutachtung (Erst- und Wiederholungsgutachten) zuständig ist. Nicht umsonst wird sie von vielen Experten als „zahnloser Tiger“ eingestuft.

3. Nach der Reform ist vor der Reform – Was man der Pflegeversicherung zum 20. Geburtstag wünschen kann

3.1 Der Druck auf die Gesetzgeber steigt

U.a. angestoßen durch das gescheiterte Vorhaben, in der vergangenen Legislaturperiode den (noch in der Regierungserklärung angekündigten) Durchbruch hin zu einer wirklichen Neuordnung des Pflegedürftigkeitsbegriffes zu schaffen (s.o.) und die sich daran festmachende breite Enttäuschung über die „mageren“ Inhalte des Pflege-neuausrichtungsgesetzes (siehe Anlage 3)⁵⁸ lässt sich in der Sozialpolitik-Fraktion aktuell so etwas wie eine Großoffensive für eine grundlegende Strukturreform der Pflegeversicherung erkennen, was ganz sicher auch schon ein Vorbote des nahenden 20. Geburtstages ist. Hinzu kommen die Nachwirkungen der 2009 vorgelegten Inklusionsziele der UN-Behindertenkonvention. Pflege ist heute zu einer „gesamtgesellschaftlichen Aufgabe“ (SPD Bundestagsfraktion 2012) avanciert. Exemplarisch sei auf mehrere voneinander unabhängige Initiativen verwiesen:

- So fordert z. B. der Deutsche Verein, das Pflegesystem „den gesellschaftlichen Strukturen anzupassen“ (Deutscher Verein 2013). AWO und ver.di fordern „deutlich verbesserte Bedingungen für die Pflege älterer Menschen in Deutschland“ (AWO & ver.di 2012). Der VdK (2013) meint im Oktober 2013 vorgelegten Zehn-Punkte-Plan: „Eine wirklich große Reform ist notwendig.“ Ein unter Federführung der Friedrich-Ebert-Stiftung und des KDA ebenfalls im Spätsommer 2013 von namhaften Expertinnen und Experten vorgelegtes „umsetzungs-

fähiges Gesamtkonzept für Teilhabe, Betreuung und Pflege“ (FES & KDA 2013), das ein breites gesellschaftliches Spektrum repräsentiert, spricht sich für „einen nationalen Aktionsplan“ aus. Eine Art von Führungsrolle hat sich dabei das Kuratorium Deutsche Altershilfe zugewiesen, dessen Vorsitzender Jürgen Gohde sich dazu wie folgt geäußert hat:

„Wir müssen heute anfangen. ... Wenn wir nichts tun, werden wir auf ganz erhebliche Versorgungslücken zugehen, die die gesellschaftliche Unsicherheit verstärken werden – mindestens für die nächsten 40 Jahre“ (Gohde 2013: 35).

Was muss eine Strukturreform bringen, die für sich auch wirklich den Namen und die Pflegeversicherung zum 20. Geburtstag „verdient“ hat?

3.2 Reformbedarfe aus der Sicht zentraler Sozialpolitik-Akteure

3.2.1 Pflege muss zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe werden!

Sichtet man vor diesem Hintergrund die bereits oben genannten und weitere vorliegende Memoranden, fachpolitischen Stellungnahmen, Eckpunktepapiere und Empfehlungen relevanter (sozial-)politischer Organisationen, Fachverbände, Einzelpersonen und dgl., dann fällt wegen seines umfassenden Ansatzes insbesondere das von einer Expertengruppe für die Friedrich-Ebert-Stif-

⁵⁸ Dieses ist u. a. als „Mini Reform“ (Rothgang 2012), als „Reförmchen“ (Paquet 2011) oder vom Deutschen Verein als „Flickenteppich“ (2012) oder an anderer Stelle als „kleiner Schritt“ (2013) bezeichnet bzw. umschrieben worden.

tung und KDA erarbeitete Positionspapier (KDA & FES 2013: 3) auf, das sich – unter Bezugnahme auf den in der UN-Behindertenkonvention von 2009 garantierten Anspruch (s.o.) –

„an einem inklusionsorientierten Leitbild orientiert, auf die Erhaltung von Selbständigkeit und Gesundheit Älterer abhebt sowie einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zum Ziel hat.“

Ausgangspunkt ist der für alternde Gesellschaften bzw. für „Gesellschaften des langen Lebens“ charakteristische Anstieg von (Alters)Pflegebedürftigkeit, bei gleichzeitig weiterem Rückgang familialer Ressourcen aufgrund veränderter Familienstrukturen und wachsender Frauenerwerbstätigkeit. Damit knüpft es an die von allen Expertinnen und Experten in der Vergangenheit übereinstimmend erwartete starke Bedarfszunahme im professionellen Pflegesektor (s.o.).⁵⁹ Vor diesem Hintergrund wird u. a. für eine dringende Ausweitung im Pflegefachpersonal plädiert. In der Präambel werden dazu die folgenden drei Kernpunkte für ein umfassendes Gesamtkonzept für Teilhabe, Betreuung und Pflege benannt (KDA & FES 2013: 3):

- Leistungsfähige, vernetzte, inklusionsorientierte Versorgungslandschaften mit einem an den Ressourcen orientierten Hilfe-Mix von professionellen und zivilgesellschaftlichen Akteuren;
- Stärkung der Steuerungsfähigkeit und die Rückgewinnung der Gestaltungsfähigkeit der Kommunen;
- zukunftsfähige personalwirtschaftliche Modelle.

Als grundlegende Voraussetzung wird ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff – entsprechend dem bereits seit 2007 vorliegenden neuen Konzept von Pflegebedürftigkeit sowie für ein darauf beruhendes neues Begutachtungsverfahren (NBA) zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit angemahnt (s.o.). Zugleich verlassen die Empfehlungen den engen Bereich der Sozialversicherungspolitik – „Pflegepolitik ist mehr als Pflegeversicherungspolitik“ (KDA & FES 2013: 6) – und

setzen sich für eine verbindliche Vernetzung und Kooperation handelnder Akteure in den Kommunen als „primärer Ort der Pflege“ ein.

- Vorgestellt wird ein Modell, das „eine verbindliche Kooperation zwischen Pflegekassen und Kommunen ebenso vorsieht wie eine Stärkung kommunaler Handlungskompetenz“ – gleichsam als Kernvoraussetzung dafür. Den strukturellen Veränderungen in der häuslichen Pflege soll durch eine „bessere Organisation der Beratung, der Neubewertung der Sorgearbeit sowie durch den Ausbau professioneller haushaltsnaher Dienstleistungen“ entsprochen werden: „Ziel ist es, die Vereinbarkeit von Sorgearbeit von Männern und Frauen mit der Berufstätigkeit zu verbessern, um zukünftige soziale Notlagen der Pflegenden zu vermeiden.“ Dazu erforderlich sind u. a. „wirksame Strategien zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Pflegesektor, um Personal zu gewinnen und zu halten“; des Weiteren „eine einheitliche Pflegeausbildung, durchlässige Qualifikationen, eine bessere Personalausstattung und nicht zuletzt eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte“ (FES & KDA 2013: 4).

3.2.2 Schwerpunkte einer umfassenden Reform der Pflege

Damit befindet sich das FES-KDA-Positionspapier in wichtigen Punkten im Einklang mit solchen Forderungen, die bereits in verschiedenen „Vorgängerpapieren“ zu finden sind und die sich wie folgt systematisieren und deren Kernforderungen in den nachstehend aufgeführten Vorschlägen zusammenfassen lassen (zusammengestellt nach AWO & ver.di 2011; BMFSFJ 2010; Deutscher Verein 2013; DGB-Bundesvorstand 2011; DGGG 2011; Hoberg, Klie & Köster; Lang 2007; Rothgang 2012; SPD-Bundestagsfraktion 2012; VdK 2013). Die Papiere selbst unterscheiden sich im Einzelnen durchaus bei den Instrumenten und

⁵⁹ Dazu argumentiert die DGGG (2011: 2) wie folgt: „Alle Versorgungskonzepte müssen sich daran messen lassen, inwieweit es ihnen gelingt, die häusliche Lebens- und Pflegesituation der Betroffenen zu stabilisieren und deren lebenslang gewachsene Kontinuität so weit wie möglich zu erhalten. Grundlagen bilden die Lebenswelt und das Alltagsmanagement der älteren Menschen, die es zu erfragen, erfassen und aufzugreifen gilt.“

Umsetzungsvorschlägen, im Kern plädieren sie aber allesamt für eine umfassende Strukturreform der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe Pflege.⁶⁰

3.2.2.1 Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Verbesserung der Situation Demenzkranker durch Einbezug in das SGB XI und Leistungsausweitung

Alle Papiere berufen sich unisono auf den bereits 2007 der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt vorgelegten Vorschlag der 31-köpfigen Expertinnen- und Expertenkommission (BMG 2009a, 2009b). Dazu der VdK in seinem Zehn-Punkte-Papier vom Oktober (2013: 1):

„Die uneingeschränkte Gleichbehandlung von körperlicher, geistiger und seelischer Hilfebedürftigkeit bei den Leistungen der Pflegeversicherung ist das Gebot der Stunde. Nach Jahren der Reformverschleppung entscheidet sich hier die weitere Akzeptanz unseres Sozialstaates und der sozialen Demokratie.“

Da die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitskonzeptes die Schnittstellen zwischen Pflege und Behindertenrecht nachhaltig verändern dürfte, plädieren die Papiere zumeist auch für eine grundlegende Reform der und Abstimmung mit der Eingliederungshilfe (z.B. Deutscher Verein 2013; SPD-Bundestagsfraktion 2013).

3.2.2.2 Regelmäßige Leistungsdynamisierung

Ausgehend von einer permanenten Leistungsentwertung, in deren Gefolge die Selbstfinanzierungsquote von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen wächst – ebenso wie auch ihre Sozialhilfeabhängigkeit – wird dafür plädiert, den u. a. aufgrund der zu geringen Leistungsdynamisierung stetig weiter steigenden Wertverlust der Pflegeleistungen durch eine „regelgebundene Dynamisierung“ (Rothgang 2012) zu stoppen, „auch wenn dies Mehrkosten verursacht“ (FES & KDA 2013: 15). Die Durchsetzung der Regeldynamisie-

rung gilt aber vielen angesichts des Primats der Kostendeckung als höchst unwahrscheinlich. Eine Allianz dafür müsste – so anspruchsvoll dies auch ist – zumindest versuchen, auch die Sozialhilfeträger in Ländern und Gemeinden mit ins Boot zu holen. Da von der unzureichenden Dynamisierung auch erheblicher Druck auf die Arbeitsbedingungen in der professionellen Pflege ausgeht, muss eine breitere Front unter Einbezug der Gewerkschaften und der Berufsverbände angestrebt werden. Aufgrund der geringen Organisationskraft der informell wie professionell Pflegenden stellt sich allerdings die Frage nach wirkungsvoller externer Unterstützung durch zivilgesellschaftliche Akteure.

3.2.2.3 Wirksame Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

Ein zentraler Anknüpfungspunkt für strukturelle Pflegereformen liegt in der – auch auf EU-Ebene – wachsenden Erwerbstätigkeit insbesondere von Frauen in den pflegerelevanten Altersgruppen und in der darin begründeten weiteren Schwächung familialer Helferpotenziale (Reichert, Perek-Bialas & Hamblin 2014). Wirksame Vereinbarkeitshilfen und -regelungen gelten als die Voraussetzungen für die Stabilität informeller Pflege (übernahmebereitschaft). Am schnellsten dürfte ein Anspruch auf kurzfristige Freistellung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in Pflegeverantwortung analog zu den Freistellungsregelungen bei Pflege eines erkrankten Kindes helfen. Dieser sollte allerdings an Lohnersatzleistungen gekoppelt sein, da er ansonsten wirkungslos bliebe. Mittelfristig geht es um die Weiterentwicklung des Pflegezeitgesetzes von 2008 hin zu einem Rechtsanspruch (so z.B. DGB 2011, Deutscher Verein 2013). Künftig muss Pflege denselben Stellenwert wie Kindererziehung bekommen (DGB 2011). Besondere Freistellungsregelungen werden auch für die Sterbebegleitung angemahnt.

⁶⁰ Die im Folgenden wiedergegebenen und kommentierten Forderungen sind dabei nicht auf „Vollständigkeit“ hin geschrieben, sondern auf Schwerpunktsetzung, und spiegeln dabei weitgehend die eigenen Positionen des Autors wider. Dies erklärt auch die Auswahl der einbezogenen Positionspapiere und dgl.

- Wenn Pflegebedürftigkeit eine gesellschaftliche Herausforderung ist, dann sind auch die Tarifparteien, die Betriebe und ihre Organisationen adressiert. Betriebsbezogene wie (bei Klein- und Mittelbetrieben) betriebsübergreifende Angebote sollten dabei – internationalen Vorbildern folgend – eingebunden sein in kommunale Lösungen. Im Idealfall geht es also um „joint ventures“ von Betrieben und kommunaler Sozialpolitik (Eurofound 2011: Reichert, Perek-Bialas & Hamblin 2014).

3.2.2.4 Stärkung und Entlastung pflegender Angehöriger

Auch wenn die Grenzen der „Angehörigenorientierung“ im PflegeVG zunehmend deutlich werden (vor allem bei der stark wachsenden Zahl von zu Hause versorgten demenziell Erkrankten): Ohne Angehörige wird es auch künftig nicht gehen. Es gilt daher, nicht nur ihre individuelle Pflegebereitschaft zu erhalten und zu stärken, sondern sie auch strategisch in neue Pflegearrangements einzubinden. Dabei sollte das immer noch die häusliche Pflege dominierende Geldleistungsprinzip (endlich) einer kritischen Überprüfung unterzogen werden.

Die zur Stärkung häuslicher Pflege geeigneten professionellen Instrumente sind auszubauen und zu qualifizieren. Dazu zählen u.a. umfassende und qualifizierte Beratungsstrukturen (z.B. AWO & ver.di 2011; Hoberg, Klie & Künzel 2013), Ausbau und Qualifizierung der Pflegestützpunkte (s.u.), psychosoziale Begleitung, differenziertere und flexiblere Unterstützungs- und Entlastungsangebote, z.B. Ausbau der häuslichen Tages- (Deutscher Verein 2013), der Kurzzeit- und Verhinderungspflege, andere Mischformen zwischen ambulanter und stationärer Pflege (s.u.) sowie insgesamt mehr Unterstützung durch zivilbürgerschaftliches Engagement. Letzteres benötigt Verlässlichkeit, eine solide Finanzierungsbasis und professionelle Absicherung, lässt sich nicht allein im Vertrauen auf die Eigendynamik zwei-

fellos vorhandener zivilbürgerschaftlicher Potenziale herbeireden. Auch neue Altersbilder allein helfen da nicht weiter (BMFSFJ 2010). Schon um insbesondere mehr IT-gestützte häusliche Pflege zu ermöglichen, ist der bestehende PflegeVG-Leistungskatalog entsprechend auszuweiten, sind insgesamt neue Finanzierungsoptionen und darauf aufbauende neue Geschäftsmodelle erforderlich (Henke & Troppens 2010; Heinze, Naegel & Schneiders 2011). Viele der für die Umsetzung genannten Forderungen gehören dabei in den primären Zuständigkeitsbereich der Kommunen (s.u.).

Vor allem aber dürfen Angehörigenpflege nicht zur alterstypischen Armutsfalle und potenzielle Rentenanwartschaften nicht geschmälert werden (Deutscher Verein 2013). Z.B. fordert der Deutsche Gewerkschaftsbund, sich bei der Suche nach Lösungen an den Kindererziehungszeiten im Rentenrecht zu orientieren. Auch sieht er wegen der gesellschaftspolitischen Bedeutung nicht (mehr) die Pflegeversicherung, sondern den Steuerzahler in der Pflicht (DGB 2011).

3.2.2.5 Leistungen unabhängig von der Leistungsform

Zur Vermeidung von Fehlanreizen plädiert z.B. der Deutsche Verein (2013) für die Aufhebung der Trennung der beiden Hauptleistungsformen ambulant und stationär. Des Weiteren setzt er sich für den Beibehalt der systemgerechten Verankerung der medizinischen Behandlungspflege innerhalb der GKV (ebenso Hoberg, Klie & Künzel 2013) ein, um den hohen bürokratischen Abgrenzungsaufwand zu beheben und um falsche Anreize abzubauen.

3.2.2.6 Träger- und Leistungsdifferenzierung zwischen CURE und CARE?

In diesem Zusammenhang zieht unter den vorliegenden Papieren eine historisch sehr viel ältere wie auch im Kern sehr viel weitergehende Option

von Hoberg, Klie & Künzel (2013) die Aufmerksamkeit auf sich.⁶¹ Um Abgrenzungs- und Schnittstellenprobleme zu vermeiden, plädieren die Autoren für eine generelle Neuordnung pflegerischer Handlungsformen im Sozialleistungsrecht. Danach sollen CURE-Leistungen (also medizinische, pflegerische und therapeutische Maßnahmen) der GKV, CARE-Leistungen (dazu zählen alle Formen der Sorge und Versorgung, die für den Lebensalltag erforderlich sind wie unterstützende Alltagsgestaltung, hauswirtschaftliche Basisversorgung und Förderung der sozialen Teilhabe), der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe bzw. einem eigenen Bundesleistungsgesetz zugeordnet werden. Abgesehen davon, ob dieser hoch voraussetzungsvolle Vorschlag überhaupt in die aktuelle politische Landschaft passt und in dieser auch umsetzungsfähig ist, ist zu fragen, ob dadurch nicht ganz neue Schnittstellenprobleme geschaffen werden.

3.2.2.7 Durchlässigkeit der Versorgungsformen und integrierte Versorgungsmodelle

Integrierte Versorgungsmodelle gelten als das „A & O“ in der gesundheitlichen Versorgung insbesondere multimorbider und/oder pflegebedürftiger Menschen. Experten sehen darin frictionslose wie fachlich angemessene Reaktionen auf multiple Versorgungsbedarfe jenseits sektorieller Zuständigkeitsregelungen sowie die Lösung bestehender Schnittstellenprobleme zwischen Leistungsanbietern, unterschiedlichen Pflegeorten, unterschiedlich zuständiger Professionen und insgesamt zwischen Medizin, Rehabilitation, Pflege und sozialer Arbeit. Angesprochen ist nicht allein die PflegeVG, sondern die gesundheitliche Versorgung insgesamt (Naegele 2012).

3.2.2.8 Fallmanagement und Pflegestützpunkte

Nahezu alle Papiere sind sich darin einig, dass in einer alternden Gesellschaft die pflegerische Versorgung zu einer wohnquartiersnahen gemeinsamen und abgestimmten Pflichtleistung von Sozialversicherungs- und Sozialleistungsträgern werden muss. Dazu brauchen vor allem die Pflegestützpunkte einen dementsprechend erweiterten Auftrag, der über die enge Zuordnung zur Pflege hinausgeht und stärker auf die Vernetzung mit den übrigen kommunalen Diensten abhebt, d.h. in eine quartiersbezogene Struktur einzubinden ist. Zu ihren Pflichtaufgaben müssen neben der Beratung und dem Case- und Caremanagement Prävention und Gesundheitsförderung sowie Wohnberatung und Wohnraumanpassung (unter Einbezug von ICT-Lösungen) zählen. Notwendig dafür sind eine verbindliche, Unabhängigkeit und Neutralität sichernde Trägerschaft, eine nachhaltige Finanzierung und eine kontinuierlich tätige bedarfsgerechte Professionalisierung (Lang 2007; Schaeffer & Kuhlmeier 2009; VdK 2013).⁶² Hierfür sind bundesweit einheitliche Standards erforderlich (SPD 2012).

3.2.2.9 Personenbezogene Budgets

Hierfür setzten sich z.B. der Deutsche Verein (2013), die DGGG (2011) und das Positionspapier von Hoberg, Klie & Künzel (2013) ein. Ziel ist, den Empfängerinnen und Empfängern die Führung eines eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Lebens zu ermöglichen und gleichzeitig ihre Kundenrolle weiter zu stärken. Es soll das Sachleistungsprinzip ersetzen („Sachleistungsbudgets“). Dieses aus dem Behindertenrecht stammende Konzept ist bislang nur modellhaft

61 In Anlehnung an frühe Diskussionen um die sachgerechte Zuordnung von gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsbedarfen (s.o.), der auch im 6. Altenbericht wieder aufscheint (BMFSFJ 2010). Ziele sind die Überwindung der Segmentierung von Leistungen und Zuständigkeiten, die Herstellung klarer Abgrenzungen, abgestimmte und schlüssige Steuerungen des gesamten Leistungserbringungsrechtes, die Herstellung klarer Verantwortlichkeiten für die Infrastrukturausstattung und eine klare Zuordnung der Kompetenzen. Als tragender Grundgedanke für ihren Vorschlag für eine Strukturreform gilt die Differenzierung der Pflege in Pflegeleistungen, hauswirtschaftlichen Leistungen und sozialen Betreuungsleistungen und diese in einen CURE- und einen CARE-Bereich zu unterteilen (Hoberg, Klie & Künzel 2013): „Während CURE-Leistungen die medizinisch-pflegerischen Aufgaben und die fachlich steuernden Aspekte betreffen, sind CARE-Leistungen konsequent auf die Ressourcen und den Bedarf an Hilfen zur Alltagsbewältigung von Pflegebedürftigen und ihrer Haushalte ausgerichtet“ (S. 7).

62 Hoberg, Klie und Künzel (2013) schlagen in diesem Zusammenhang vor, die Aufgaben der Pflegestützpunkte in einer neu zu schaffenden „Service-Stelle Pflege und Teilhabe“ zu integrieren.

erprobt. Andererseits ergeben sich erhebliche Kontrollprobleme: Welche Instanz überprüft bis in den privaten Raum hinein die sachgerechte Verwendung, und wer verhindert, dass nicht das Kriterium „möglichst billig“ zum primären Nachfragekriterium wird (Bäcker, Naegele & al. 2011, Bd. II)?

„Die allgemeine Frage ist, ob und wenn ja welche Leistungsberechtigten in der Lage sind, ihren Bedarf zu bestimmen und die zur Bedarfsdeckung erforderlichen Leistungen so zu definieren, dass sie als informierte und kritische Verbraucher am Markt auftreten und die Qualität der Leistungen und die Seriosität der Anbieter erkennen können. Dies fällt schwer, da sich soziale Dienste aufgrund ihres Charakters als Erfahrungs- und Vertrauensgüter nicht vorab bewerten lassen. Zu berücksichtigen ist auch, dass die Möglichkeit zu einem marktrationalen Verhalten bereits dann eingeschränkt ist, wenn der Bedarf dringend oder gar eine Notlage besteht“ (Bäcker, Naegele & al. 2011, Bd. II: 567).

Ob der Verweis auf eine „hinreichende Qualitätssicherung, ein intelligentes Qualitätsmanagement und die Bereitstellung eines hinreichenden Beratungsangebotes“ (Deutscher Verein 2013: 7) ausreicht, um mögliche Wirkungsdefizite zu vermeiden, muss angesichts der bisherigen Erfahrungen mit der Qualitätssicherung bei den selbst beschafften Hilfsmitteln, also bei den reinen Pflegegeldzahlungen, zumindest bezweifelt werden.

3.2.2.10 Quartiers- und Sozialraumentwicklung in der pflegerischen Versorgungsstruktur

Damit ist ein Ziel angesprochen, dem von vornherein uneingeschränkte Zustimmung aller hier behandelten Papiere sicher sein konnte. Allerdings ist die Rechnung ohne den Wirt gemacht, die PflegeVG nicht der richtige Adressat dafür. Leitbilder wie „Inklusion“ und „barrierefreies Lebensumfeld“ im sozialen Nahraum, „Quartiers- und Gemeinwesenorientierung“ (Deutscher Verein 2013: 10) lassen sich nicht gesetzlich regeln. Vielmehr bedürfen sie einer kommunalpolitischen

Initialzündung, Förderung und Absicherung. Die Pflegekassen mit ihrem Sicherstellungsauftrag haben nicht die Aufgabe, auf eine quartiersbezogene Versorgung – unter aktiver Einbeziehung eines Hilfe-Mixes – hinzuwirken. Damit ist erneut die lange Zeit vernachlässigte aktive Rolle der Kommunen in der Pflegepolitik und -praxis adressiert.

3.2.2.11 Revitalisierung der kommunalen Verantwortung (nicht nur) in der Pflege

Die Kommunen haben nach der Einführung der Pflegeversicherung einen Prozess der (teilweise erzwungenen) „Entpflichtung und Selbstentpflichtung“ (FES & KDA 2013: 11) eingeleitet, der sie heute strukturell daran hindert, vor Ort neue und innovative Wege in der pflegerischen Versorgungspraxis einzuleiten und mitzugehen. Eine pflegepolitische Revitalisierung der Kommunen ist allein schon wegen der erwähnten infrastrukturellen mismatches auf den örtlichen Pflegemärkten geboten (s.o.). Allerdings sind ihre Mittel begrenzt. Allenfalls können sie auf weiche Planungsinstrumente setzen. Derartige „Governance-Strategien, welche im Idealfall die Partizipation und Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger einbeziehen (Klie & Pfundstein 2010), können sich aber nur dann entwickeln, wenn sie auch kommunalpolitisch gewollt sind. Pflegefreundliche Sozialraumgestaltung und Quartiersentwicklung zu befördern, lokale Versorgungsstrukturen, lokal vernetzte Hilfe- und Helfermixe zu organisieren, neue lokale Bündnisse (z.B. im Wohnbereich mit unterschiedlichen Anbietern) (Heinze, Naegele & Schneiders 2011) zu schmieden, die Ressource bürgerschaftliches Engagement zu aktivieren und eine „neue Kultur des Helfens“ (Klie 2013) zu implementieren, die Leuchtturmfunktion ihrer (immer weniger werdenden) eigenen Dienste und Einrichtungen wahrzunehmen: All dies setzt nicht nur politisches Umdenken, sondern auch mehr fachliche Kompetenzen und nicht zuletzt ökonomische Ressourcen voraus. Zu Recht verlangt Art. 28 II GG von den Kommunen die Federführung,

wenn es um die Koordinierung der örtlichen Akteure (Kostenträger, Leistungserbringer, Zivilgesellschaft) geht (Naegele 2010).⁶³

All dies geschieht nicht im Selbstlauf. Neben entsprechenden fachlichen Kompetenzen werden zunächst geeignete Steuerungsinstrumente benötigt, die bislang weitgehend fehlen (Ausnahme: Pflegekonferenzen nach dem Vorbild NRW) (BUKO 2004). Vor allem aber sind qualitative Ressourcen inkl. Personal gefragt (Deutscher Verein 2010). Benötigt wird auch eine hinreichende Finanzausstattung. Die PflegeVG in diesem Zusammenhang primär oder gar allein zu adressieren, wäre zu kurz gegriffen. Eine nachhaltige finanzielle Ausstattung ist nur im Rahmen eines geänderten Bund-Länder-Ausgleichs zu erwarten (FES & KDA 2013). Damit wird die Revitalisierungsforderung Teil eines übergeordneten Auftrags zur Neupositionierung der kommunalen Selbst- und Letztverantwortung im demografischen Wandel (Bogumil, Gerber & Schickentanz 2012).

3.2.2.12 Weiterentwicklung der Pflegequalität und Institutionalisierung der Qualitätssicherung

Auch wenn sich hier insbesondere seit der Qualitäts-Offensive im Pflegeweiterentwicklungsgesetz (siehe Anlage 2) erfreulicherweise einiges bewegt, gilt es weiterhin, die Implementierungsdefizite abzubauen. So sind die Pflegeeinrichtungen bei der betriebsweiten Einführung von Expertenstandards zu unterstützen, müssen evidenzbasierte Qualitätsindikatoren auf Grundlage der Expertenstandards entwickelt und umgesetzt werden, sind externe Kosten-/Wirksamkeitsanalysen zu allen Expertenstandards durchzuführen (Schiemann & Moers 2011). Aus pflegepolitischer Sicht muss insbesondere die fehlende Institutionalisierung der Pflegequalitätssicherung als hoch unbefriedigend bleiben. Wann endlich gibt es ein in der GKV schon seit langem vorhandenes, öffentlich finanziertes Institut für Qualitätssicherung in der Pflege (Igl 2008b)?

3.2.2.13 Bekämpfung des Fachkräftemangels in der Pflege

Der angesichts vorliegender Vorausberechnungen definitiv zu erwartende „Pflegepersonalnotstand“ hat eine quantitative und qualitative Seite. Benötigt werden mehr und besser/anders qualifizierte Pflegekräfte. Dabei stehen die politisch Verantwortlichen ebenso wie die Träger vor einem doppelten Problem: Woher nehmen und wie und wo qualifizieren? Andererseits ist die Frage selbst im Grundsatz fast schon zu spät gestellt. Mindestens ebenso wichtig ist, wie es gelingt, das vorhandene ausgebildete Pflegepersonal zu halten. Es geht um die künftige Gestaltung der zunehmend als problematisch empfundenen Arbeitsbedingungen einschließlich der Vergütung in der Pflege. Angesichts des fortschreitenden Prozesses des Alterns des Belegschaften und einer bald zunehmenden Verrentungswelle speziell in der Pflege, sind zudem alters- und altersgerechte Human-Ressource-Konzepte notwendig (Naegele 2008).

„Neben betrieblichen Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung und Maßnahmen der regionalen Arbeitsmarktpolitik müssen angesichts der absehbaren Konkurrenz um Arbeitskräfte in einem enger werdenden Fachkräftemarkt auch übergeordnete Rahmenbedingungen und alle Möglichkeiten der Gewinnung von Ressourcen sowie eine Bildungsoffensive in den Blick genommen werden“ (FES & KDA 2013: 19).

Dazu zählen die FES-KDA Expertinnen und Experten insbesondere die Reform der Ausbildung, eine Ausbildungsoffensive, Care-orientierte Ausbildungsgänge, Intensivierung der Umschulungsbemühungen sowie die Erschließung von Ressourcen auf internationalen Arbeitsmärkten, also die hoch voraussetzungsvolle und hier nur benannte und nicht weiter diskutierte Migration (FES & KDA 2013: 20f.). Andererseits fehlt es an

63 In diesem Zusammenhang sei auf das von der FES-KDA (2013) Expertenkommission entwickelte kommunal gesteuerte Kooperationsmodell zwischen den Sozialleistungsträgern verwiesen, u.a. mit den Elementen Information, Beratung, Care- und Casemanagement, Pflegestützpunkte, gemeinsames Festlegen leistungsbegründender Sachverhalte, neues Begutachtungsassessment (NBA), individuelle Versorgungsplanung, Koordination des Assessments, der Hilfeplanung bis hin zur Leistungsgewährung.

wissenschaftlich abgesicherten Bedarfsprognosen: Für welche Tätigkeiten in der Pflege werden künftig welche Qualifikationen und in welcher Größenordnung benötigt?⁶⁴

3.2.2.14 Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, Präventions- und Rehabilitationsoffensive

Hier geht es um die Weiterentwicklung von Rechtsansprüchen und die Überwindung hemmender Faktoren. Plädiert wird für eine wirkliche Umsetzung des Rechtsanspruchs auf geriatrische Rehabilitation durch intelligentere Anreize an der Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung. Auf präventive Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit muss ein Rechtsanspruch bestehen (FES & KDA 2013). Maßnahmen zur Früherkennung und eine frühzeitig einsetzende Beratung sind auszuweiten. Insgesamt besteht erheblicher Bedarf an ursachen- und therapiebezogener, öffentlich verantworteter Forschung. Z. B. fordert der VdK eine „Präventions- und Rehabilitationsoffensive“, wozu auch gehört, präventive Hausbesuche als Pflichtleistungskatalog von GKV und PflegeVG aufzunehmen (VdK 2013).

3.2.2.15 Differenziertere Bedarfslagen beachten

Das PflegeVG hat anfangs nicht auf besondere Lebens- und Bedarfslagen fokussiert. Erst mit den verschiedenen Reformnovellen 2002 und später (siehe Anlagen 1 bis 3) sind Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in ihr Blickfeld gelangt. Für andere, ebenfalls schon vor mehr als zehn Jahren von der Enquete-Kommission Demografischer Wandel (Deutscher Bundestag 2002) oder 2005 von der Landes-Pflege-Enquete NRW (Landtag NRW 2005) explizit benannte Zielgruppen wie ältere Migranten, alt gewordene Behinderte (Bücker 2011) oder alleinlebende (hochaltrige) Menschen trifft dies aber (immer noch nicht) zu. Dazu kommentiert z. B. die DGGG (2011: 1):

„Einer Diversität von Lebenslagen und Anforderungen muss eine zunehmende Diversität sowohl von Unterstützungsangeboten und Pflegearrangements als auch von Qualifikations- und Kompetenzprofilen der in der Betreuung tätigen Mitarbeiter folgen.“

Besonders die Pflege älterer Migranten dürfte bald ein zentrales pflegerisches Versorgungsproblem vor Ort werden, zumal auch die im PflegeVG verankerte Residenzpflicht viele zum Hierbleiben im Pflegefall zwingen dürfte. Zwar gibt es mit der Idee der kultursensiblen Pflege geeignete Konzepte, es fehlen jedoch noch vielerorts die entsprechenden infrastrukturellen Voraussetzungen (z. B. Brzoska & Razum 2011). Auch mit Blick auf sozialräumliche Konzepte ist noch viel zu tun. Was Ergebnisqualität in der kultursensiblen Pflege sein könnte, ist im Grundsatz noch ungeklärt. Ethnisch-spezialisierte Pflegeangebote kann man hierzulande mit der Lupe suchen, allerdings ist auch noch keine nennenswerte Nachfrage zu konstatieren. Dennoch arbeiten erfreulicherweise bereits heute viele junge, hier ausgebildete Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in den ambulanten Pflegediensten und Heimen. In Anbetracht zu erwartender intensivierter Abwerbemühungen der Herkunftsländer zur Abdeckung des dort wachsenden Pflegebedarfs (z. B. für die Türkei Tufan 2013) ist aber Vorsicht geboten.

3.2.2.16 Stärkung der Finanzierungsbasis der PflegeVG (hierzu mit ganz verschiedenen Vorschlägen, die bis zur Bürgerversicherung reichen)

Einig ist sich die „Sozialpolitik-Fraktion“ darin, dass die Förderung einer privaten Pflegeversicherung – in deutlicher Abgrenzung zum „Pflege-Bahr“ und entsprechender Pläne – eine Basis für eine langfristige und nachhaltige Finanzierung des Systems und des absehbar weiteren Bedarfs nicht bieten kann (z. B. Deutscher Verein 2013).

Wie diese im System sicherzustellen ist, ist Gegenstand unterschiedlicher Vorschläge. Dass

⁶⁴ Siehe hierzu die umfassende Analyse des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie vom Juli 2012 zum Thema „Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft“ mit einer Vielzahl von Detailforderungen (BMWi 2012).

die Pflege mehr Geld braucht, ist unumstritten; wie viel, lässt sich schwer sagen, es kommt auf die Ernsthaftigkeit der Reformbemühungen an. Ein deutlicher Anstieg der Beitragssätze gilt als unausweichlich. Kapitalgedeckte Zwischenlösungen leiden unter dem Grundrisiko jeglicher kapitalgedeckter Sozialpolitikfinanzierung (Bäcker, Naegele et al. 2011), nämlich in die Stabilität und Seriosität der Finanzmärkte zu vertrauen. Private Versicherungslösungen sind kurzfristig, setzen zudem auf infrastrukturell häufig wirkungslose Geldleistungen und haben überdies sozial selektive Verteilungs- und Umverteilungseffekte.

Vorliegende Vorschläge reichen von einer stärkeren Arbeitgeberbelastung über moderate Beitragssatzerhebungen, eine (ggf. kalendarisch) differenziertere Beitragsgestaltung bis hin zur Beteiligung des Steuerzahlers. Am weitesten dazu sind erwartungsgemäß die Vorschläge in Richtung auf Ausweitung des Kreises der Beitragszahler und hin zur Öffnung zu einer Bürgerversicherung von VdK, DGB (2011) und SPD (2012).⁶⁵ Damit ist auch die über den Vorschlag eines Finanzausgleiches hinausgehende Aufhebung der Trennung zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung adressiert. Dazu der VdK (ähnlich auch DGB 2011; AWO & ver.di 2011):

„Die private und die gesetzliche Pflegeversicherung mit gleichen Zugangsvoraussetzungen und Leistungsstrukturen, aber unterschiedlichen Pflegerisiken, müssen zusammengeführt und ein tatsächlich gleicher Pflegeversicherungsbeitrag für alle muss realisiert werden. Die Bemessungsgrundlagen für die Pflegeversicherungsbeiträge müssen verbreitert und alle Einkünfte zur Finanzierung des allgemeinen Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit herangezogen werden“ (S. 3).

3.2.2.17 SGB XI und SGB V wieder zusammenführen?

Zu Recht lehnen die in der FES & KDA (2013) Kommission mitwirkenden Expertinnen und Experten ab, SGB XI und SGB V wieder zusammenzuführen. Als zu folgenschwer werden die Risiken eingestuft, die eine Zusammenlegung unter den jetzigen, gegenüber 1994/5 weit vorangeschrittenen Bedingungen zur Folge hätte – und zwar für beide Sicherungszweige gleichermaßen (s.o.). Nach 20 Jahren Bewährungsprobe wäre dies ein gefährliches Signal für die gesamte Sozialpolitiklandschaft in Deutschland.

⁶⁵ Mit den drei Kernelementen: Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in einem integrierten System, Verbeitragung aller Einkommensraten und Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Höhe der Grenze in der GRV (Rothgang 2012).

4. Ausblick – Nach der Reform ist vor der Reform

Stand: 9.1.2014

Die Pflegeversicherung wird 20 Jahre alt. Ob sie ein „Erfolgsmodell“ geworden ist? Man könnte meinen „ja“, wenn man z.B. nur das im Ausland bestehende Interesse am deutschen Modell zugrunde legt. Es ist in der Bevölkerung akzeptiert, die Bereitschaft in der Bevölkerung, mehr in die Pflege auch finanziell zu investieren, ist hoch und ist weiter gestiegen. Dies wird auch notwendig sein, um den inzwischen nach 20 Jahren angestauten Reformbedarf halbwegs abzudecken.

Die PflegeVG war von Anfang an kein Gesetz „aus einem Guss“. Es mussten zu viele Interessen berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund kann sich das Gesetz dennoch sehen lassen. Allerdings hat die vorangestellte Analyse auch vielfältigen strukturellen Reformbedarf erkennen lassen, der nicht im Rahmen von „kleinen“ Lösungen realisierbar ist. Es geht um eine Strukture-

form im sprichwörtlich wahrsten Sinne des Wortes. Probleme, Fehlsteuerungen und Wirkungsdefizite sind genannt, mögliche Lösungswege dazu ebenfalls.

Es ist aber nicht allein die PflegeVG, die adressiert ist, wenn es um eine Verbesserung und Anpassung der Pflege an veränderte Rahmenbedingungen und Bevölkerungsstrukturen geht. Es ist neben der Gesundheits-, der Arbeitsmarkt- und der Bildungspolitik vor allem die Kommunalpolitik, die gefordert ist. Ihre pflegepolitische Revitalisierung ist zwingend geboten. Insgesamt aber ist es die Gesellschaft, die bereit sein muss, mehr Geld in die gesamtgesellschaftliche Aufgabe Pflege zu investieren. Die neue Bundesregierung hat es in der Hand, den 20. Geburtstag der Pflegeversicherung gebührend zu feiern. Man darf auf ihr Geburtstagsgeschenk gespannt sein.

5. Nachtrag – Pflege im Entwurf des Koalitionsvertrages 2013⁶⁶

Während der Schlussarbeiten an dieser Expertise wurde der Entwurf eines Koalitionsvertrages 2013 „Deutschlands Zukunft gestalten“ publiziert (Anlage 4). Er enthält für die Pflege eine Vielzahl von Ankündigungen, die auf eine grundlegende Reform zielen und in Teilen im Kern den Vorschlägen in der vorliegenden Analyse entsprechen. Dazu zählt vor allem, „Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ zu begreifen. Aus der Vielzahl der vorgetragenen Einzelvorschläge, die z. T. sehr konkret, z. T. mit Prüfungsvorbehalt bzw. als (unverbindliche?) Ankündigungen, versehen sind, gehören – mit Blick auf die hier vorgetragenen Reformfordernisse – u. a.

- die Neuordnung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf der Grundlage der vorliegenden Entwürfe (aber mit Vorbehaltsklauseln);
- die Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz;
- die Förderung der Pflege im Sozialraum;
- mehr Flexibilität bei der Kurzzeit-, Verhinderungs-, Tages- und Nachtpflege;
- Ausbau ambulant betreuter Wohnformen;
- die Verbesserung der „Betreuungskapazitäten“ in der stationären Pflege;
- die Ausweitung des PflegeVG-Leistungskatalogs für die Sicherstellung des Alltags in der eigenen häuslichen Umgebung inkl. Haushaltsmodernisierungen (auch für technische Unterstützungssysteme);
- der Ausbau der Hospize;
- Verbesserungen bei der Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege im Bereich des Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetzes;
- ein Prüfauftrag zur Verbesserung der Anrechnungszeiten in der GRV;
- die Entsendung von stimmberechtigten Vertretern der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe in den Entscheidungsgremien des MDK;
- die „Überprüfung“ der Schnittstellen zwischen SGB XI und SGB V im Hinblick auf die Grundsätze ambulant und stationär und Prävention vor Rehabilitation und Pflege;
- die Überprüfung der Finanzierungsverantwortung bei der geriatrischen Rehabilitation;
- Aufwertung der Pflegeberufe (allerdings wohl nur im Rahmen von Imagekampagnen);
- die Ankündigung eines Pflegeberufsgesetzes mit einer einheitlichen Grundausbildung und darauf aufbauender Spezialisierung;
- die Kostenfreiheit der Ausbildung;
- Verbesserungen bei der Pflegequalitätssicherung (u. a. wissenschaftlich abgesicherte Standards);
- Weiterentwicklung der Pflege-Transparenzvereinbarung;
- die Überprüfung der Stärkung der Rolle der Kommunen durch eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe – insbesondere mit Blick auf die Steuerungs- und Planungskompetenz einerseits und Beratungsleistungen andererseits;
- Anhebung des Beitragssatzes spätestens zum 1.1.2015 um 0,3 Prozentpunkte;
- damit zu finanzieren u. a. Aufbau eines Pflegevorsorgefonds;
- bis zum Ende der Legislaturperiode und mit Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine weitere Anhebung des Beitragssatzes um 0,2 Prozentpunkte auf dann 0,5 Prozentpunkte.

66 Quelle: Koalitionsvertrag 2013. Deutschlands Zukunft gestalten, in: Vorwärts. Sonderausgabe November/Dezember 2013: 45-46.

Es ist hier nicht der Ort, diesen Entwurf gründlich zu kommentieren; zumal auch kein Einblick in eventuelle Nebenabreden besteht. Die hiermit vorliegende Expertise bietet aber in Anlage 4 die Gelegenheit zur Selbstprüfung, dort sind die entsprechenden Passagen im Wortlaut nachzulesen. Insgesamt gilt: Es scheint Bewegung in die Pflege zu kommen. Zumindest gegenüber dem Pflege-neuausrichtungsgesetz (siehe Anlage 3) zeichnen sich die jetzigen Vorschläge durch einen deutlicher ausgeprägten strukturellen Reformwillen aus. Viele der wirklichen „Knackpunkte“, die in dieser Expertise angesprochen wurden, sind adressiert. Wichtige grundlegende Orientierungen sind erkennbar, u.a. die Neuordnung des Pflegebedürftigkeitskonzeptes, die Bekämpfung der Schnittstellenproblematik, die Stärkung der

Rehabilitation, der Wille zur nachhaltigen Stärkung der häuslichen Pflege und der Pflegeübernahmebereitschaft, endlich (!) die sozialpolitische Anerkennung der Vereinbarkeitsproblematik, die Ausweitung der Leistungen bei Demenz, die Anerkennung des Pflegepersonalproblems, die substanzielle Stärkung der Rolle der Kommunen, die (allerdings zu niedrig angesetzte) Stärkung der Finanzkraft der PflegeVG. Vordergründig sieht es also nach einem – wenn auch nicht üppigen – „Geburtstagsgeschenk“ aus. Es bleibt abzuwarten, was dann auch davon umgesetzt wird. Und dabei besteht dann immer noch die Gelegenheit, sich „einzumischen“. Und ganz sicher trifft auch der folgende Satz auf die neuen Pläne zu: „Nach der Reform ist vor der Reform.“

Literaturverzeichnis

- Auth, Diana 2013: Ökonomisierung der Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit, WSI-Mitteilungen, 6, S. 412-422.
- AWO & ver.di 2011: Memorandum – Perspektiven für die Pflege älterer Menschen in Deutschland. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 6, S. 464-470.
- Bäcker, Gerhard; Bispinck, Reinhard; Hofemann, Klaus; Naegele, Gerhard 1980: Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Eine problemorientierte Einführung, Köln: Bund Verlag.
- Bäcker, Gerhard; Naegele, Gerhard; Bispinck, Reinhard; Hofemann, Klaus; Neubauer, Jennifer 2011: Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. 5. Auflage, Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bäcker, Gerhard; Naegele, Gerhard 2011: Pflegebedürftigkeit aus sozialpolitischer Sicht, in: Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. 2. Auflage, Weinheim: Juventa, S. 199-228.
- Batholomeyczik, Sabine 2013: Voller Widersprüche – Eine Bilanz zur Entwicklung der Pflege in Deutschland, Dr. med. Mabuse Mai/Juni 2013, S. 46-49.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) 2012: Themenreport Pflege, Gütersloh, Eigenverlag.
- Bieback, Karl-Jürgen 2004: Qualitätssicherung in der Pflege im Sozialrecht, Heidelberg: C.F. Müller Verlag.
- Blinkert, Baldur; Klie, Thomas 2000: Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Sozialer Fortschritt, 10, S. 237-245.
- Blinkert, Baldur 2007: Pflegearrangements – Vorschläge zur Erklärung und Beschreibung sowie ausgewählte Ergebnisse empirischer Untersuchungen, in: Igl, Gerhard; Naegele, Gerhard; Hamdorf, Silke (Hrsg.): (a.a.O.), S. 193-210.
- BMAS (Bundesminister für Arbeit und Soziales) (Hrsg.) 2010: Übersicht über das Sozialrecht, Ausgabe 2010 und 2011, 7. Auflage, Nürnberg.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010: Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Altersbilder in der Gesellschaft, Berlin.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) 2004: Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission, Berlin 2003.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) 2009a: Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin 26. Januar 2009.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) 2009b: Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin 20. Mai 2009.
- BMWi – Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (Hrsg.) 2012: Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft, Berlin 2012.
- Bogumil, Jörg; Gerber, Sascha; Schickentanz, Maren 2012: Handlungsmöglichkeiten kommunaler Demografiepolitik, in: Hüther, Michael; Naegele, Gerhard (Hrsg.): (a.a.O.), S. 259-282.
- Brzoska, Patrick; Razum, Oliver 2011: Migration und Pflege, in: Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (Hrsg.): (a.a.O.), S. 429-448.
- Büker, Christa 2011: Pflege von Menschen mit Behinderungen, in: Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (Hrsg.): (a.a.O.), S. 385-404.

- BUKO QS – Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im gesundheits- und Pflegewesen (Hrsg.) 2004: 10 Jahre Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V., Heidelberg; C.F. Müller Verlag.
- DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (Hrsg.) 2006: „Prüfsteine für eine nachhaltige Reform der Pflegesicherung“, Vervielfältigung.
- DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (Hrsg.) 2011: Positionspapier Teilhabe und Pflege alter Menschen – Professionalität im Wandel, Positionspapier der Sektion IV – Soziale Gerontologie und Altenarbeit, Vervielfältigung.
- Deutscher Bundestag 2002: Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Drucksache 14/8800, 14. Wahlperiode, Berlin.
- DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, Sektion IV (Hrsg.) 2011: Teilhabe und Pflege alter Menschen und Professionalität im Wandel – Essentials zum Positionspapier, Berlin, Vervielfältigung.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 1984: Sozialversicherungsrechtliche Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit, Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV), 8, 64, S. 277-284.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2006: Erste Überlegungen für ein Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und älterer Menschen und ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vom 3.5.2006, Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV), 6, S. 306-309.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2010: Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahen Infrastruktur vom 8. Dezember 2010, in: derselbe (Hrsg.): Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, Berlin, S. 7-49.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2012: Stellungnahme des Deutschen Vereins zu den Eckpunkten zur Umsetzung des Koalitionsvertrages in der Pflegereform, Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV), 2, S. 49-50.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2013: Pflegesystem den gesellschaftlichen Strukturen anpassen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung der Pflege, Berlin, Vervielfältigung.
- DGB-Bundesvorstand 2011: Anforderungen des DGB an die Reform der Pflegeversicherung. Soziale Sicherheit, 3, S. 103-109.
- Dräther, Hendrik; Holl-Manoharan, Nauka 2009: Modellrechnungen zum zukünftigen Finanzierungsbedarf der sozialen Pflegeversicherung, in: Dräther, Hendrik; Jacobs, Klaus; Rothgang, Heinz (Hrsg.): (a.a.O.), S. 15-40.
- Dräther, Hendrik; Jacobs, Klaus; Rothgang, Heinz (Hrsg.) 2009: Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform, WiDO Wissenschaftliches Institut der AOK, KomPart, Berlin.
- Enste, Dominik; Pimpertz, Jochen 2008: Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt in Deutschland bis 2050, IW-Trends – Vierteljahreszeitschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung, 35 (4), S. 103-116.
- Eurofound (Hrsg.) 2011: Company Initiatives for Workers with Care Responsibilities for Disabled Children or Adults, Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Frerichs, Frerich; Naegle, Gerhard 1995: Indikatoren gestützte Bedarfsplanung in der kommunalen Altenpolitik und Altenarbeit in Nordrhein-Westfalen, Der Landkreis, 6, S. 262-263.
- FES und KDA – Friedrich-Ebert-Stiftung und Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) 2013: Gute Pflege vor Ort. Das Recht auf ein eigenständiges Leben im Alter, WISO Diskurs, August 2013, Bonn.
- Generali Zukunftsfonds; Institut für Demoskopie Allensbach 2013: Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren, Frankfurt/M., Fischer.

- Gohde, Jürgen 2013: Die Zeit des Zögerns ist vorbei. Interview. *Change*. Das Magazin der Bertelsmann Stiftung, 3, S. 32-35.
- Hackmann, Tobias; Moog, Stefan 2010: Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage. *Zeitschrift für Sozialreform (ZSR)*, 56, 1, S. 113-1327.
- Hämel, Kirsten; Ewers, Michael; Schaeffer, Doris 2013: Versorgungsgestaltung angesichts regionaler Unterschiede, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 4, S. 323-327.
- Heinze, Rolf G.; Naegele, Gerhard; Schneiders, Katrin 2011: Wirtschaftliche Potenziale des Alters. *Grundriss Gerontologie*, 11, Stuttgart: Kohlhammer Urban Taschenbücher.
- Bäcker, Gerhard; Heinze, Rolf, G. 2013: *Soziale Gerontologie in gesellschaftlicher Verantwortung*, Wiesbaden: SpringerVS.
- Heintze, Cornelia 2012: Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland, Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.), WISO Diskurs, Juli 2012, Bonn.
- Henke, Klaus-Dieter; Troppens, Sabine 2010: Zur Finanzierung assistierender Technologien, in: Fachinger, Uwe; Henke, Klaus-Dieter Hrsg.: *Der private Haushalt als Gesundheitsstandort. Theoretische und empirische Analysen*, Baden-Baden: Nomos-Verlag, S. 135-146.
- Hoberg, Rolf; Klie, Thomas; Künzel, Gerd 2013: Zusammen mit Arbeitsgruppe Strukturreform PFLEGE und TEILHABE: Eckpunkte Strukturreform Pflege und Teilhabe. Gefördert von der Robert Bosch Stiftung. Eckpunktepapier. Kurzfassung. Hrsg. AGP Sozialforschung, Freiburg, Vervielfältigung.
- Holst, Maike 2009: Zur Preisbildung in der stationären Pflege, in: Dräther, Hendrik; Jacobs, Klaus; Rothgang, Heinz (Hrsg.): (a.a.O.), S. 201-236.
- Hüther, Michael; Naegele, Gerhard (Hrsg.) 2012: *Demografiepolitik. Herausforderungen und Handlungsfelder*, Wiesbaden: SpringerVS.
- IGES – Institut für Gesundheits- und Sozialforschung; Igl, Gerhard; Wasem, Jürgen 2001: *Potenziale und Grenzen der Integration von Gesetzlicher Krankenversicherung (SGB V und Sozialer Pflegeversicherung (PflegeVG), Expertise im Auftrag der Enquete-Kommission Demografischer Wandel*, Vervielfältigung, Berlin.
- Igl, Gerhard 1994: Entstehungsgeschichte der sozialen Pflegeversicherung. *Vierteljahrszeitschrift für Sozialrecht*, 49, S. 261-264.
- Igl, Gerhard 1999: Die Pflegeversicherung hat die Welt der Pflege verändert – Skizzen zu einigen Grundfragen der Umsetzung der Pflegeversicherung, in: Naegele, Gerhard; Schütz, Rainer-Maria (Hrsg.): *Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Gedenkschrift für Margret Dieck*, Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 317-332.
- Igl, Gerhard 2006: Die soziale Pflegeversicherung im Verhältnis zur GKV und ihre Nahtstellen im Funktionsdreieck von Prävention, Krankenbehandlung und Rehabilitation. *Ineges Symposium: Nahtstellen – Schnittstellen, Koordination und Kooperation in der Gesundheitsversorgung*, 25./26.9.2006, Frankfurt/M., vervielfältigtes Manuskript.
- Igl, Gerhard 2008a: Die Entstehung der sozialen Pflegeversicherung und ihre Konsequenzen, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesarchiv (Hrsg.): *Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945*, Band 6: Bundesrepublik Deutschland 11: Bundesrepublik Deutschland 1989-1994. Sozialpolitik im Zeichen der Vereinigung, Bandherausgeber: Prof. Dr. A. Ritter. Baden-Baden: NOMOS, S. 694-717.
- Igl, Gerhard 2008b: Fachliche Standards und Expertenstandards für die Pflege im System der Qualitätsentwicklung nach § 113a und § 113b SGB XI. *Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen*, München: Carl Heymanns Verlag, S. 38-55.
- Igl, Gerhard; Welti, Felix 2007: *Sozialrecht. Ein Studienbuch*, 8. Auflage, Neuwied: Werner-Verlag.

- Igl, Gerhard; Naegele, Gerhard 2008: Strukturelle Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 42, S. 2.
- Igl, Gerhard; Naegele, Gerhard; Hamdorf, Silke (Hrsg.) 2007: Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und Pflegepersonen, Münster: LIT.
- Informationsdienst Soziale Sicherheit (Hrsg.) 2013: SoSiplus: Gelungener medialer Coup der PKV zu den Koalitionsverhandlungen: Pflege-Bahr floppt – und wird trotzdem als erfolgreiches Angebot hochgejubelt, Bund-Verlag, Köln: S. 1.
- Institut für Demoskopie Allensbach (Hrsg.) 2009: Pflege in Deutschland. Ansichten der Bevölkerung über Pflegequalität und Pflegesituation. Allensbach am Bodensee 2009, Eigenbericht.
- IPW – Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld; ISG – Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH 2011: Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe, Bielefeld/Köln, vervielfältigter Forschungsbericht.
- KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe 1974: Gutachten „über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen“, Köln, KDA-Eigenverlag.
- KDA 2010a: www.kda.de/tl_files/kda/PDF-Dateien/Pflegeversicherung.pdf.
- KDA 2010b: Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung, Bearbeitung: Michell-Auli, Peter; Strunck-Richter, Gerlinde; Tebest, Ralf, Köln, KDA-Eigenverlag.
- Klie, Thomas 2012: Zivilgesellschaft und Aktivierung, in: Hüther, Michael; Naegele, Gerhard (Hrsg.) (a.a.O.): S. 344-364.
- Klie, Thomas 2013: Pflege und soziale Sicherung, in: Bäcker, Gerhards; Heinze, Rolf (Hrsg.): (a.a.O.), S. 315-324.
- Klie, Thomas; Pfundstein, Thomas 2010: Kommunale Pflegeplanung zwischen Wettbewerbsneutralität und Bedarfsorientierung. Am Beispiel der Pflegestrukturplanung des Landes Rheinland-Pfalz, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2, S. 91-97.
- Kühnert, Sabine 2009: Stand und Sicherung der Qualität der Pflege, in: Dräther, Hendrik; Jacobs, Klaus; Rothgang, Heinz (Hrsg.) (a.a.O.), S. 125-154.
- Künemund, Harald; Vogel, Claudia 2006: Öffentliche und private Transfers und Unterstützungsleistungen im Alter – „crowding out“ oder „crowding in“?, Zeitschrift für Familienforschung, 3, S. 269-289.
- Landtag NRW (Hrsg.) 2005: Situation und Zukunft der Pflege in NRW, Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen, Eigenverlag des Landtags NRW, Düsseldorf: Landtags-Drucksache.
- Lang, Armin 2007: Pflegestützpunkte: Eine neue Form der wohnortnahen Beratung und Versorgung. Vorschläge zur Umsetzung und Finanzierung des integrierten Konzeptes, Soziale Sicherheit, 10, S. 330-337.
- Löher, Michael; Hagen, Beate Maria 2011: „Wohin steuert die Pflege“? Hauptausschusssitzung des Deutschen Vereins am 28. November 2011 und parlamentarischer Abend am 27. September 2011 in Berlin, Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 11, S. 477-482.
- Marx, Lothar; Groß, Uwe; Michel, Lutz H. 2009: Konzeptionelle Erfolgsfaktoren für Seniorenimmobilien, in: Brunner, Marlies (Hrsg.): Kapitalanlage mit Immobilien. Produkte – Märkte – Strategien, Wiesbaden, Gabler-Verlag, S. 327-345.
- Naegele, Gerhard 1984: Zum aktuellen Diskussionsstand der Kostenneuordnung bei Pflegebedürftigkeit – Lösungsalternativen, Hintergründe, Tendenzen, Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 10, S. 322-339.

- Naegele, Gerhard 1985: Voran mit der familiären Pflege, ein Weg zurück! Neuere Praxiskonzepte in der Altenpflege, WSI-Mitteilungen, 7, S. 394-403.
- Naegele, Gerhard 2008: Demographischer Wandel und Arbeitswelt – unter besonderer Berücksichtigung der (Alten)Pflegeberufe, Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit.
- Naegele, Gerhard 2009: Perspektiven einer fachlich angemessenen, bedarfs- und bedürfnisgerechten gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 42, 6, S. 432-440.
- Naegele, Gerhard 2010: Kommunale Altenpolitik angesichts des sozio-demografischen Wandels neu denken! Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 61, 3, 2010, S. 173-178.
- Naegele, Gerhard 2011: Selbstbestimmt leben und wohnen im Alter. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 62, 5, S. 339-350.
- Naegele, Gerhard 2012: Gesundheitliche Versorgung in einer alternden Gesellschaft, in: Hüther, Michael; Naegele, Gerhard (Hrsg.): Demografepolitik. Herausforderungen und Handlungsfelder, Wiesbaden: Springer VS, S. 245-258.
- Naegele, Gerhard; Reichert, Monika (Hrsg.) 1998: Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege in nationaler und internationaler Perspektive, 2 Bände, Dortmunder Beiträge zur angewandten Gerontologie, Hannover, Vincentz.
- Naegele, Gerhard; Reichert, Monika 2009: Das Pflegerisiko im Alter – Die Situation Pflegebedürftiger, in: DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund), FNA (Forschungsnetzwerk Alterssicherung) (Hrsg.): Die Lebenslage Älterer: Empirische Befunde und zukünftige Gestaltungsmöglichkeiten, Berlin: DRV-Schriften Band 85: S. 97-108.
- Naegele, Gerhard; Schmitz, Klaus 2010: Evaluierung des Landespflegegesetzes NRW (LPG), Forschungsbericht der TU Dortmund.
- Nakielski, Hans 2013: Pflegeversicherung: Die eigenartige Pflegestufe 0, Soziale Sicherheit, 1, S. 4.
- Ollenschläger, Günter 2007: Institutionalisierung der Qualitätsentwicklung in der Pflege, Gutachten für die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V., Köln, Vervielfältigung.
- Oschmiansky, Heidi 2010: Wandel der Erwerbsformen in einem Frauenarbeitsmarkt. Das Beispiel „Altenpflege“, Zeitschrift für Sozialreform (ZSR), 56, 1, S. 31-57.
- Pabst, Stefan 1997: Finanz- statt Sozialpolitik. Konflikte bei der Implementation der Pflegeversicherung. ZeS-Arbeitspapier 8/97, Bremen: Zentrum für Sozialpolitik.
- Paquet, Robert 2011: Bundesregierung verabschiedet Skizzen eines Reförmchens – Riesiger Handlungsdruck bleibt, Soziale Sicherheit, 11, S. 384-390.
- Reichert, Monika; Perek-Bialas, Jolanta; Hamblin, Kate (Hrsg.) 2014: Carers@work: Konflikt oder Chance? Vier europäische Länder im Vergleich, SpringerVS, in Druck.
- Regus, Michael; Trenck-Hinterberger, Peter 1984: Armutspolitik und Krankheit im Alter. Deprofessionalisierung und Reprivatisierung der Pflegehilfe, in: Leibfried, Stephan; Tennstedt, Florian (Hrsg.): Politik der Armut, Frankfurt/M: edition surkamp, S. 336-356.
- Rothgang, Heinz 1997: Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse, Frankfurt/M. und New York: Campus.
- Rothgang, Heinz 2008: Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ (Pflegeteilerweiterungsgesetz, BT – Drucksache 16/7439, BT-Ausschussache 16(14)0327/72neu).
- Rothgang, Heinz 2012: Nach der Mini-Pflegereform; Wesentliche Probleme bleiben ungelöst. Soziale Sicherheit, 7, S. 245-254.
- Rothgang, Heinz; Borchert, Lutz; Müller, Rolf; Unger, Rainer 2008: GEK-Pflegereport 2008. Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. GEK. Gmündener Ersatzkasse (Hrsg.), Schwäbisch-Gmünd: Asgard-Verlag.

- Rothgang, Heinz; Kulik, David; Müller, Rolf; Unger, Rainer 2009: GEK-Pflegereport 2009. GEK edition. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 73, Schwäbisch Gmünd.
- Rothgang, Heinz; Iwansky, Stephanie; Müller, Rolf; Sauer, Sebastian; Unger, Rainer 2011: Barmer GEK Pflegereport 2011. Barmer & GEK Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 11, Schwäbisch Gmünd.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer; Weiß, Christian; Wolter, Annika 2012: Barmer-GEK Pflegereport 2012, Schwerpunktthema Kosten bei Pflegebedürftigkeit, Schwäbisch-Gmünd.
- Rückert, Willi 1999: Von Mensch zu Mensch. Hilfe und Pflege im Alter, in: Niederfranke, Anette; Naegele, Gerhard; Frahm, Eckart (Hrsg.): Funkkolleg Altern 2, Lebenslagen und Lebenswelten, soziale Sicherung und Altenpolitik, Opladen/Wiesbaden 1999: Westdeutscher Verlag, S. 399-433.
- RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg. 2011): Faktenbuch Pflege – Die Bedeutung privater Anbieter im Pflegemarkt, Forschungsbericht im Auftrag des Arbeitgeberverbandes Pflege, Essen: RWI-Eigenverlag.
- Schaeffer, Doris; Büscher, Andreas; Ewers, Michael 2008: Ambulante pflegerische Versorgung älterer Menschen, in: Kuhlmeier, Adelheid; Schaeffer, Doris (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit, Bern: Huber, S. 352-369.
- Schaeffer, Doris; Kuhlmeier, Adelheid 2009: Pflegestützpunkte – Impuls zur Weiterentwicklung der Pflege, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 41, S. 81-85.
- Schaeffer, Doris & Wingefeld, Klaus (Hrsg.): (a.a.O.): Handbuch Pflegewissenschaft (Neuausgabe). Weinheim und München 2011: Juventa Verlag.
- Schiemann, Doris; Moers, Martin 2011: Qualitätsentwicklung und -standards in der Pflege, in: Schaeffer, Doris; Wingefeld, Klaus (Hrsg.): (a.a.O.), S. 617-642.
- Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner (Hrsg.) 2005: Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München: TNS Infratest Eigenverlag.
- Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner (Hrsg.) 2006: Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote, Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner (Hrsg.) 2009: Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige. Beispiele für „Good Practice“, Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneiders, Katrin 2010: Vom Altenheim zum Seniorenservice. Institutioneller Wandel und Akteurskonstellationen im sozialen Dienstleistungssektor, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Socialdata 1980: Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, 80, Stuttgart: Kohlhammer.
- SPD-Bundestagsfraktion 2012: Für eine umfassende Pflegereform: Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe stärken. Orientierungspapier der SPD-Bundestagsfraktion zur Reform der Pflegeversicherung, Berlin: Vervielfältigung.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2011: Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden: Eigenverlag.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2013: Ergebnisse der Sozialhilfestatistik 2001, Wirtschaft und Statistik, 3, S. 199-211.
- Steffen, Margret 2011: „Grauer Pflegemarkt“ und Beschäftigung ausländischer Pflegehilfskräfte, 2011. Ver.di-Broschüre-Grauer-Arbeitsmarkt-2011.
- Strünck, Christoph 2000: Pflegeversicherung – Barmherzigkeit mit beschränkter Haftung. Institutioneller Wandel, Machtbeziehungen und organisierte Anpassungsprozesse, Opladen: Leske + Budrich.

- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Stuttgart: Kohlhammer.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten, Berlin.
- Tufan, Ismail 2013: Gerontologie in der Türkei, in: Bäcker, Gerhard; Heinze, Rolf G. (Hrsg.): (a.a.O.), S. 357-368.
- VdK – Sozialverband VdK Deutschland 2013: 10-Punkte-Plan für eine konsequente und umfassende Pflegereform!, Berlin, 29. Oktober 2013, Vervielfältigung.
- Walter, Ulla; Naegele, Gerhard; unter Mitarbeit von Patfelt, Christiane; Tezcan-Güntekin, Hürrem; Kupp, Kristina; Giesecking, Anja 2013: Geriatriekonzept für Baden-Württemberg – Aktuelle Situation und Anforderungen an die ambulante Versorgung an eine Zukunftsweisende Weiterentwicklung. MHH und FfG Forschungsbericht, Hannover und Dortmund, Eigenverlag.
- Welti, Felix 2010: Das Spannungsfeld von Pflege und Behinderung, Sozialer Fortschritt, 2: S. 39-45.
- Windhoff-Herietier, Adrienne 1987: Policy-Analyse. Eine Einführung, Frankfurt/M. und New York: Campus.
- Wingenfeld, Klaus; Büscher, Andreas; Gansweid, Barbara 2008: Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1: Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments. Überarbeitete, korrigierte Fassung, Bielefeld/Münster.
- Winkel, Rolf 2012: Wirrwarr bei sozialer Absicherung für pflegende Angehörige. Unterschiedliche Regelungen für unterschiedliche Gruppen in unterschiedlichen Versicherungszweigen, Soziale Sicherheit, 5, S. 165-172.

Anlage 1: Schwerpunkte des Pflegeleistungsergänzungsgesetz (2002)

Hauptbezugspunkt: Mehr Hilfen für demenziell erkrankte Pflegebedürftige

- Einführung eines (ggf. zusätzlichen) Betreuungsbetrages für (bereits) Leistungsbezieher in Höhe von 460 Euro/Jahr für häuslich Pflegebedürftige mit erheblichem Betreuungsbedarf;
- der Betreuungsbetrag ist zweckgebunden (z. B. für Tages-, Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Beaufsichtigungsleistungen von Sozialstationen, aber auch zur Finanzierung sog. niederschwelliger Angebote (z. B. durch ehrenamtliche Helfer);
- Verbesserung und Ausweitung des Beratungsangebotes für demenziell erkrankte Pflegebedürftige und ihre Angehörigen;
- Förderung neuer Versorgungskonzepte/Modellprogramme;
- Zuschüsse an ambulante Hospizdienste durch Krankenkassen bei Vorlage bestimmter Voraussetzungen.

Anlage 2: Schwerpunkte des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes (2008)

Hauptbezugspunkte: Leistungsausweitungen und Dynamisierung, Pflegeberatung (Fallmanagement) und Wohnortorientierung der Beratung durch Pflegestützpunkte

- Anhebung des Beitragssatzes zur Finanzierung der u.g. Reformen um 0,25 Prozentpunkte auf 1,95 Prozent;
- schrittweise Anhebung der ambulanten Sachleistungen, des Pflegegeldes sowie der stationären Leistungen (Leistungsdynamisierung);
- Ausweitung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Anhebung des Betreuungsbetrages auf 1.200/2.400 Euro/Jahr);
- Verbesserungen der Kurzzeitpflege – jetzt auch für Kinder offen;
- schrittweise Anhebungen der Leistungen für Tages- und Nachtpflege etwa um das 1,5-Fache;
- höhere Fördermittel für niederschwellige Angebote sowie für ehrenamtliche und Selbsthilfestrukturen;
- verkürzte Begutachtungsfristen und schnellere Inanspruchnahme von Leistungen;
- Beitragszahlungen zur GRV auch bei Urlaub der Pflegeperson;
- Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen (Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten möglich, Heim- und Belegärzte künftig möglich);
- Verbesserungen beim Entlassungsmanagement der Krankenhäuser in die Heime/Rehabilitation;
- Verbesserung der Demenzbetreuung in den Pflegeheimen durch besondere Angebote (jetzt Anspruch der Heime auf Betreuungspersonal für Bewohner mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf);
- Einführung von Pflegestützpunkten mit den Pflichtaufgaben: Beratung, Fallmanagement, Erstellung eines individuellen Versorgungsplanes;
- „Poolen“ von Leistungen in neuen Wohnformen;
- Verträge jetzt mit Einzelpflegekräften möglich;
- Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte (für die Dauer von bis zu sechs Monaten in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten) bei fortlaufender Sozialversicherung, aber ohne Lohnfortzahlung;
- Einführung eines Anspruchs auf kurzzeitige Freistellung bis zu zehn Arbeitstagen (bei fortlaufender Sozialversicherung, aber ohne Lohnfortzahlung);
- finanzielle Anreize durch Bonuszahlungen für Heime und dgl. zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation;
- strengere Vorgaben für Qualitätsprüfungen im ambulanten und stationären Bereich (ab 2011 einmal jährliche Regelprüfung in den Heimen) („Qualitäts-Offensive“);
- Erarbeitung von Expertenstandards angeregt und gefördert;
- Unterstützung des bürgerschaftlichen Engagements in der Pflege durch die Krankenkassen auch in der ambulanten Pflege;
- Vergütung von Pflegekräften künftig nur noch nach ortsüblichen Vergütungen möglich.

Anlage 3: Schwerpunkte des Pflegeeneuausrichtungsgesetzes (2013)

Hauptbezugspunkte: Leistungsausweitung, mehr Wahlfreiheiten, Stärkung neuer Wohnformen, Aufbau einer staatlich geförderten privaten Pflegevorsorge, mehr Transparenz und Service der Pflegekassen

- Anhebung des Beitragssatzes zur Finanzierung der u.g. Reformen um 0,10 Prozentpunkte auf 2,05 Prozent bzw. für Kinderlose ab 23 Jahre auf 2,3 Prozent;
- Leistungsverbesserungen für Demenzkranke (im „Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff“) durch Anhebung der Betreuungsbeträge (gestaffelt nach Pflegestufen) und gezielte Betreuungsleistungen durch ambulante Dienste;
- Einführung von Geld- und/oder Sachleistungen für die sog. „Pflegestufe 0“ (bis zu 120 bzw. 225 Euro/Monat);
- Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme – Sachleistungen jetzt sowohl als verrichtungsbezogene Leistungskomplexe als auch in Form von Zeitvolumen (Zeitkontingente);
- zusätzliche, SGB XI-finanzierte Betreuungskräfte in der Tages- und Nachtpflege;
- unter bestimmten Bedingungen Erhöhung der rentenversicherungsrechtlichen Absicherung für private Pflegepersonen;
- Leistungsausweitung für Selbsthilfegruppen in der Pflegeversicherung;
- zusätzliche Förderung von Wohnformen inkl. befristetem Investitionsprogramm zwischen der ambulanten und stationären Betreuung;
- Kumulation der finanziellen Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes, wenn mehrere Pflegebedürftige zusammenwohnen;
- Stärkung der Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gegenüber Pflegekassen und Medizinischem Dienst durch Servicegrundsätze „Verhaltenscodex“ und automatische Auskunft, ob Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist;
- Ausweitung der allgemeinen Informationspflicht, Beratung durch Pflegekassen künftig innerhalb von zwei Wochen möglich; andernfalls Beratungsgutscheine für die Inanspruchnahme der erforderlichen Beratung durch einen anderen qualifizierten Dienstleister;
- verkürzte Entscheidungsfristen nach Begutachtung und darauf bezogene Sanktionen;
- Verbesserung der medizinischen Versorgung in den Pflegeheimen durch Anreize für mehr Vereinbarungen zwischen Heimen und Ärzten bzw. Zahnärzten;
- Förderung der privaten Pflege-Vorsorge („Pflege-Bahr“) durch staatliche Zulage von 60 Euro im Jahr beim Abschluss einer privaten Pflege-Zusatzversicherung ermöglichen.

Anlage 4: Stichwort „Pflege“ im Koalitionsvertrag 2013

Pflege

Pflege muss für alle Menschen, die auf sie angewiesen sind, bezahlbar bleiben.

Wir wollen die Pflegebedürftigkeit besser anerkennen, um die Situation der Pflegebedürftigen, von Angehörigen und Menschen, die in der Pflege arbeiten, zu verbessern. Dazu wollen wir den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auf der Grundlage der Empfehlungen des Expertenbeirates in dieser Legislaturperiode so schnell wie möglich einführen. Insbesondere Menschen mit Demenzerkrankungen sollen damit bessere und passgenauere Leistungen erhalten. Diejenigen, die heute Leistungen erhalten, werden durch die Einführung nicht schlechter gestellt. Für die Akzeptanz eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist entscheidend, dass keine neuen Ungerechtigkeiten entstehen. Außerdem ist zu vermeiden, dass zu Lasten der Versichertengemeinschaft Kosten anderer Träger auf die Pflegeversicherung verlagert werden.

Wir wollen die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einhergehende Begutachtungssystematik auf ihre Umsetzbarkeit und Praktikabilität hin erproben und wissenschaftlich auswerten. Auf dieser Grundlage werden anschließend auch die leistungsrechtlichen Bestimmungen in dieser Legislaturperiode umgesetzt.

Die „Allianz für Menschen mit Demenz“ soll Betroffene unterstützen und das Verständnis und die Sensibilität für Demenzerkrankungen fördern.

Dafür sollen bereits vorhandene Initiativen auf lokaler Ebene zusammengeführt, gebündelt und gemeinsam weiterentwickelt werden.

Pflege im Sozialraum braucht qualifizierte Dienste und Einrichtungen. Die Pflegearbeit der Angehörigen und Familien, engagierter Bürger und von Ehrenamtlichen soll durch qualifizierte Dienste und Einrichtungen professionell beglei-

tet und ergänzt werden. Zur Stärkung der ambulanten Pflege werden wir die Leistungen im ambulanten und stationären Bereich weiter einander angleichen.

Bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden wir zügig vor allem die schon bestehenden Betreuungsleistungen weiter ausbauen und auf alle Pflegebedürftigen ausdehnen.

Bei einem Schlüssel von einer Betreuungskraft auf 20 Pflegebedürftige werden so zum Beispiel in stationären Einrichtungen insgesamt bis zu 45.000 Betreuungskräfte tätig sein. Weiterhin werden wir die Leistungen der Pflegeversicherung wie die Kurzzeit und Verhinderungspflege, die Tages- und Nachtpflege sowie die unterschiedlichen Betreuungsformen auch durch die Einführung von Budgets besser und flexibler aufeinander abstimmen.

Im Sinne einer sozialräumlichen Pflege werden wir die Zuschüsse für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen oder die Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohnformen ausbauen.

Wir wollen, dass ältere und pflegebedürftige Menschen ihren Alltag in der eigenen Wohnung weitgehend selbstbestimmt bewältigen können. Die Entwicklung von Angeboten altersgerechter Begleitung und technischer Unterstützungssysteme wollen wir daher weiter fördern und sie in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufnehmen.

Zu einer humanen Gesellschaft gehört das Sterben in Würde. Wir wollen die Hospize weiter unterstützen und die Versorgung mit Palliativmedizin ausbauen.

Wer einen anderen Menschen pflegt, braucht dafür Zeit und muss die Pflege mit dem Beruf vereinbaren können. Wir werden die Möglichkeiten des Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetzes unter einem Dach mit Rechtsanspruch zusammen-

führen und weiterentwickeln, um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf besser zu unterstützen.

Die zehntägige Auszeit für Angehörige, die kurzfristig Zeit für die Organisation einer neuen Pflegesituation benötigen, werden wir aufbauend auf der geltenden gesetzlichen Regelung mit einer Lohnersatzleistung analog Kinderkrankengeld koppeln.

Die Hilfen zur Weiterführung des Haushalts wollen wir weiter ausbauen. Wir werden prüfen, ob die Anrechnung von Pflegezeiten in der Rentenversicherung verbessert werden kann.

In den Entscheidungsgremien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen sollen künftig Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe stimmberechtigt vertreten sein.

Wir prüfen die Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI im Hinblick auf die konsequente Umsetzung der Grundsätze ambulant vor stationär und Prävention vor Rehabilitation vor Pflege. Wir werden die Finanzierungsverantwortung dort verorten, wo der Nutzen entsteht, um Verschiebepunkte zu beseitigen. Deshalb werden wir auch prüfen, ob die Pflegeversicherung sich an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation beteiligen soll.

Gute Pflege setzt qualifiziertes und motiviertes Personal voraus. Wir setzen uns im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten für Personalmindeststandards im Pflegebereich ein und wollen die Pflegeberufe aufwerten. Dokumentationspflichten und Bürokratie müssen auf das Nötigste begrenzt werden.

Der Wechsel zwischen den Berufen in der Pflege muss erleichtert werden. Wir wollen die Pflegeausbildung reformieren, indem wir mit einem Pflegeberufegesetz ein einheitliches Berufsbild mit einer gemeinsamen Grundausbildung und einer darauf aufbauenden Spezialisierung für die Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege etablieren. Wir wollen die Ausbildungsangebote an staatlichen Berufsfachschulen stärken und die Ausbildung gerecht, einheitlich und gemeinsam finanzieren.

Ziel sollte ein transparentes und durchlässiges Aus- und Weiterbildungssystem sein. Wir prüfen ein verbindliches Verfahren zur Refinan-

zierung der Ausbildungskosten, um die Kostenbeteiligung aller Einrichtungsträger zu gewährleisten. Der dualen Ausbildung mit Ausbildungsbetrieb und Schule wird zukünftig eine zentrale Bedeutung zukommen.

Die Ausbildung muss für jeden Auszubildenden kostenfrei sein. Die Finanzbeteiligung der Länder an den Ausbildungskosten der Schulen muss auch weiterhin gewährleistet sein. Eine verbindliche und langfristige Regelung zur vollständigen Finanzierung der Ausbildungskosten bei Umschulungsmaßnahmen durch den Bund und die Länder sollte getroffen werden.

Wir wollen die Selbsthilfearbeit, die Angebote der Pflegekassen, Pflegestützpunkte und andere vorhandene Unterstützungsfaktoren und Angebote der Pflegekassen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen besser bündeln und vernetzen. Wir setzen uns für eine Weiterentwicklung des Pflegetelefons zu einem Notruftelefon „Pflege für Angehörige“ ein.

Um die Transparenz und Nutzerorientierung im Pflegebereich zu verbessern, müssen Qualitätssicherungsverfahren wissenschaftlichen Standards genügen und kontinuierlich – auch im Hinblick auf eine Entbürokratisierung und ein sektorenübergreifendes Vorgehen – weiterentwickelt und verbindlicher gestaltet werden.

Die Pflege-Transparenzvereinbarung soll mit dem Ziel weiterentwickelt werden, die Qualitätsunterschiede der Einrichtungen für die Verbraucher in Zukunft deutlicher zu machen. Wir werden hier die Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltungspartner straffen und Blockademöglichkeiten reduzieren.

Wir werden das Verfahren der Veröffentlichung der Ergebnisse der durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. vorgenommenen Qualitätsprüfungen verbessern.

Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb haben die Kommunen und die Länder nach dem Pflegeversicherungsgesetz schon jetzt einen wichtigen Beitrag zu leisten. Wir werden in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit klären, wie die Rolle der Kommunen bei der Pfl-

ge noch weiter gestärkt und ausgebaut werden kann. Insbesondere soll geklärt werden, wie die Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur gestärkt werden kann. Im Zusammenwirken mit städteplanerischen Instrumenten sollen Sozialräume so entwickelt werden, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können.

Außerdem sollen Kommunen stärker in die Strukturen der Pflege verantwortlich eingebunden werden. Hierfür kommen auf Grund ihres hohen sozialräumlichen Bezuges aufsuchende und begleitende Pflegeberatung insbesondere in Pflegestützpunkten, Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtlich Engagierte, die laufende Beratung der Empfänger von Pflegegeld sowie die Beteiligung bei der Leistungsgewährung für Infrastruktur fördernde Maßnahmen in Betracht.

Der paritätische Beitragssatz zur Pflegeversicherung wird spätestens zum 1. Januar 2015 um 0,3 Prozentpunkte erhöht. Aus dieser Erhöhung stehen die Einnahmen von 0,2 Prozentpunkten zur Finanzierung der vereinbarten kurzfristigen Leistungsverbesserungen, insbesondere für eine bessere Betreuung der Pflegebedürftigen, sowie der für 2015 gesetzlich vorgesehenen Dynamisierung der Leistungen zur Verfügung. Die Einnahmen aus der weiteren Erhöhung um 0,1 Prozentpunkte werden zum Aufbau eines Pflegevorsorgefonds verwendet, der künftige Beitragssteigerungen abmildern soll. Dieser Fonds wird von der Bundesbank verwaltet.

In einem zweiten Schritt wird mit der Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs der Beitrag um weitere 0,2 Prozentpunkte und damit insgesamt um 0,5 Prozentpunkte in dieser Legislaturperiode angehoben.

Der Autor

Professor Dr. Gerhard Naegele

Direktor des Instituts für Gerontologie der TU Dortmund



Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Wirtschaftspolitik

Das Neue Magische Viereck nachhaltiger Wirtschaftspolitik – Maßnahmen zur Steigerung des gesamgesellschaftlichen Wohlstands in der neuen Legislaturperiode

WISO Diskurs

Außenwirtschaft

Europäische Wettbewerbsdesorientierung

WISO direkt

Nachhaltige Strukturpolitik

Die Zukunft der Wirtschaftsförderung: Zum Re-Design von Gründungsförderung

WISO direkt

Steuerpolitik

Die Steuerpolitik der letzten Dekaden unterminiert die Soziale Marktwirtschaft – Warum wir eine gerechtere Steuerpolitik brauchen

WISO direkt

Steuerpolitik

Steuer- und Transferpolitik auf dem Weg in die Sackgasse – eine Analyse der Umverteilungswirkung

WISO Diskurs

Arbeitskreis Mittelstand

Innovative Ansätze in der Beratung von Migrantinnen und Migranten mit Gründungsambitionen – Potenziale aus der akademischen Gründungslehre nutzen

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

Energiearmut als Querschnitts-Herausforderung – Impulse für eine politische Strategie

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

Verbraucherperspektiven bei der EEG-Reform

WISO direkt

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

Reformoptionen für die Verkehrsinfrastrukturfinanzierung und Verkehrspolitik in Deutschland – Straße, Schiene und ÖPNV

WISO Diskurs

Arbeitskreis Stadtentwicklung, Bau und Wohnen

Das Programm Soziale Stadt – Kluge Städtebauförderung für die Zukunft der Städte

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Gute Pflege vor Ort

Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Pflege zwischen Familie, Markt und Staat –

Wie Pflegearbeit in Zukunft organisiert werden kann

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

Inklusion: In der dualen Berufsausbildung kann sie gelingen

WISO direkt

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

Humanisierung der Arbeit braucht Forschung

WISO direkt

Arbeitskreis Dienstleistungen

Gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen – gestalten und finanzieren

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

Ziele und Handlungsfelder einer kohärenten

Migrationspolitik

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

Betriebliche Diskriminierung – Warum und wie

werden migrantische Bewerberinnen und Bewerber um Ausbildungs- und Arbeitsplätze benachteiligt?

WISO direkt

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

www.fes.de/wiso

