

FRIEDRICH  
EBERT  
STIFTUNG



# 老年人护理与护理保险

中国、德国和日本的模式及案例

## Altenpflege und Pflegeversicherung

Modelle und Beispiele aus China,  
Deutschland und Japan

主编：蓝淑慧 鲁道夫·特劳普-梅茨 丁 纯

Hrsg.: Susanne Langsdorf, Rudolf Traub-Merz und Chun Ding



上海社会科学院出版社  
Shanghai Academy of Social Sciences Press

FRIEDRICH  
EBERT  
STIFTUNG



# 老年人护理与护理保险

中国、德国和日本的模式及案例

## Altenpflege und Pflegeversicherung

Modelle und Beispiele aus China,  
Deutschland und Japan

主编：蓝淑慧 鲁道夫·特劳普-梅茨 丁 纯

Hrsg.: Susanne Langsdorf, Rudolf Traub-Merz und Chun Ding



上海社会科学院出版社  
Shanghai Academy of Social Sciences Press

# CONTENTS | 目 录

前言	001
----	-----

老龄化、老年人护理与护理保险

..... 蓝淑慧 (Susanne Langsdorf)

鲁道夫·特劳普-梅茨 (Rudolf Traub-Merz) 001

## 第一部分 中国的老年人护理

上海老年人护理的现状、经验与挑战 ..... 高菊兰 013

中国的老年人护理与护理保险制度的建设 ..... 丁 纯 017

加快养老事业的发展步伐,造福老人、造福社会 ..... 陈 方 026

## 第二部分 德国的护理保险

德国护理保险的基础 ..... 米歇尔·施密特 (Michael Schmidt) 035



德国护理保险的实践: 老人中心“勒沃库森市”	
..... 维尔弗里德·拉内 (Wilfried Lahne)	056
护理保险的挑战与发展趋势 .....	君特·默克尔 (Günther Merkel) 070

### 第三部分 日本与欧盟各国的护理保险

日本的护理保险.....	本泽美代子 (Miyoko Motozawa) 085
欧盟成员国护理需要风险的社会保障	
..... 米歇尔·施密特 (Michael Schmidt)	103
作者简介.....	114

# *Gliederung*

**Vorwort** 115

*Susanne Langsdorf und Rudolf Traub-Merz*

**Alterung, Altenpflege und Pflegeversicherung** 117

## **Teil I – Altenpflege in China**

*Julan Gao*

**Altenpflege in Shanghai – Leistungen, Erfahrungen und Herausforderungen** 133

*Chun Ding*

**Altenpflege und Aufbau einer Pflegeversicherung in China** 140

*Fang Chen*

**Streben nach der Entwicklung des  
Altenversorgungswesens zum Wohle der alten  
Menschen und der Gesellschaft** 152

## **Teil II – Pflegeversicherung in Deutschland**

*Michael Schmidt*

**Grundlagen der Pflegeversicherung in Deutschland** 165

*Wilfried Lahne*

**Pflegeversicherung in Deutschland in der Praxis: Das  
Seniorenzentrum „Stadt Leverkusen“** 190

*Günther Merkel*

**Herausforderungen und Trends in der Pflegeversicherung** 206



## Teil III – Pflegeversicherung in Japan und der EU

*Miyoko Motozawa*

**Pflegeversicherung in Japan**

225

*Michael Schmidt*

**Die soziale Absicherung des Risikos der  
Pflegebedürftigkeit in den Mitgliedstaaten  
der Europäischen Union**

246

**Über die Autoren**

260

## FOREWORD 前言

老龄化过程以及由此带来的社会变化在世界上许多地区，首先在东亚与欧洲发展快速。首要的是各国不至于因老而穷。技术进步、工作条件的改善以及更健康的生活方式使得能够把高龄与有成效的工作结合起来。

但是，人口结构的变化仍然使各国面临巨大挑战，他们必须重新规制劳动力市场，调整养老与医疗保险，并扩大整个护理领域。

复旦大学欧洲问题研究中心以及德国弗里德里希·艾伯特基金会上海协调项目办公室在他们多年合作的框架里始终关注社会福利国家体制的发展问题。2009年4月，他们举办了一场研讨会，会上介绍了两种主要的护理保险体系，即德国与日本的护理保险体系，并结合各种护理形式的融资问题对它们进行了评析。

研讨会期间的讨论表明，中国在扩建其老年人护理方面也



面临着巨大挑战,且必须回答这样一个问题,即必要的财政资金应如何来筹集,以及应如何分摊到整个社会。中国至今还没有法定护理保险,但是,已经有相关考虑,在中国,虽然首先在某些地区,引入专门的护理保险。

鉴于大家对这个议题的兴趣日增,复旦大学欧洲问题研究中心以及德国弗里德里希·艾伯特基金会决定,出版一本双语的论文集,把研讨会的报告(部分做了修改)提供给大家共享。

复旦大学欧洲问题研究中心与德国弗里德里希·艾伯特基金会对所有参与本论文集的作者表示感谢。

郑春荣博士承担了所有的翻译工作,在此,编者对他表示谢意。

2010年5月,上海

鲁道夫·特劳普-梅茨博士

丁纯教授、博士

德国弗里德里希·艾伯特基金会

复旦大学欧洲问题研究中心

上海协调项目办公室主任

常务副主任

# 老龄化、老年人护理与护理保险

蓝淑慧

鲁道夫·特劳普-梅茨

Susanne Langsdorf

Rudolf Traub-Merz

## 1

在工业化国家中，人的寿命越来越长，这并不是什么新闻。健康地长寿，是一个在今天对于越来越多的人来说已经实现的梦想，而在过去，这个梦想几乎只是少数拥有特权的人的专利。

几乎不会有人否认，这是一个积极的发展趋势。但是，人们若是考察一下国际上的讨论，对于人口预期寿命不断增长就似乎显得高兴得太早。在众多发展趋势中，经常描绘的是一幅悲观的景象，诸如人们谈论社会福利体制的崩溃、老年人得不到好的照料以及在资金上、时间上和感情上负担过重的年轻人。各类保险必须保护其投保人免于承受“长寿所带来的风险”，德国前联邦总统罗曼·赫尔佐克就曾预防性地提醒人们注意“领取养老金人员的民主”问题，这后面可能隐含着这样的意思，即领取养老金人员在其选举行为上会转变成一名谋求私利最大化者，而否认他们必须为在职人员社会所应承担的责任。

毫无疑问，人口结构的变化是当今许多国家面临的诸多最根本的结构问题中的一个。这一发展状况是由三个参数决定的：出生率、死亡率和移民数。这些因素的表现形式的变化既影响人口规模，也影响其年龄构成。“人口结构问题”是很容易描述的：预期寿命上升，而出生率停滞在低水平，由此，老年人越来越多而年轻人越来越少。从业人口在下



降,随之创造社会财富的人口群体也减少了。这一人口结构变化的基本状况及其对不同生活领域的影响如今在许多社会和政治讨论中均处在首要位置,例如在讨论有关性别公正、家庭政策和移民政策、社会保险网络的建设与改组、劳动力市场的未来和经济政策的导向等未来问题时,而且,可以毫不费力地举出更多例子。

人口变化带来的挑战可以非常直观地通过数字来说明。根据联合国的测算,世界人口的平均年龄将从目前的29岁上升到2050年的38岁;届时世界人口中将有22%的人超过60岁(2009年为11%)。在工业化国家,2050年甚至将有33%的人口在60岁以上。

这类深刻的变革往往会引起恐惧,并马上会促使人们与过去进行比较。在这一背景下,某个政策建议也只是一种极力坚持过时模式的企图。保守的家庭政策政治家想要重新推动出生率,以便借助于多子女的家庭来应对人口的老化;同时,他们提醒妇女回归家庭,由此把为男性量身定做的单独养家模式理想化了。

但是,回归传统的角色分配之路不复存在,这些挑战必须通过创新政策来应对,而不是恐慌。这是因为在社会的老龄化和即将发生的、居民逐步减少的过程当中,也孕育着一个巨大的机遇:气候保护与资源保护将从人口减少中受益。

理性的一瞥表明:社会变得老龄化,这是因为社会变得富裕了,能够承受人口的老龄化;这是因为社会拥有更好的医学照料,营养更好,而且身体负担下降了。虚弱不再必然与年老相伴而生。随着预期寿命的提高,人的健康年份也增加了。在护理院中,住户的平均年龄大幅上升,在数年前还是住户中主要群体的60岁至70岁人群,如今往往可以为自己健康状况良好而感到高兴。

但是,仍然无可争议的是:随着年龄的上升成为护理病例的风险也增加了。医学领域的进一步改进、关于健康风险的启蒙活动以及有健康

意识的日常生活能够阻止护理病例数的增长。但是，它们不能阻止正在老龄化的社会必须为护理付出更大的耗费。

在过去，在大多数国家，尤其是在那些带有农业特征的社会中，人的变老是被融入大家庭中去的。对于工业化的国家，我们可以在全世界确证，大家庭的重要性被排挤到后面去了，家庭经历了一个小型化过程，而且家庭成员分散居住、相隔甚远，许多老年人独自生活。虽然许多有护理需要的人继续在家里由家庭成员照料，但是，由于护理病例的严重程度或由于缺少愿意承担护理活动的家属而需要其他护理照料的人群数却在上升。

居家护理为国家和社会减少了任务和支出。在大多数情况下，有护理需要的家庭成员的居家照料由女性承担，她们通常在抚育子女期过后就直接承担父母或岳父母的护理活动。居家护理，有时借助门诊护理服务机构的帮助，往往涵盖了所有（大多较轻的）护理病例中的大部分。这有许多好处，不仅大多数老年人希望能待在其熟悉的环境里，由家属绕膝陪伴。而且，陪伴高龄的父母，对于护理人员而言也是一种集中的体验。但是，在许多情况下，从事护理活动的家属负担过重，除了身体和心理上的负担，从事护理活动的家属还面临着巨大的不利之处。他们退出了职业过程，马上就失去了职业联系，不能去挣得自己的养老金。从长期来看，只有当家庭护理人员的状况得到改善，居家护理才能得到稳固。在这方面，物质补偿以及专业上和心理上的支持，显得很重要。

若居家护理还不足够，就必须补充以私人护理服务机构或社会性的护理设施提供的护理。尤其是门诊护理服务机构提供的护理服务使得那些上了年纪的人——他们虽然在日常生活中需要帮助，但仍能单独料理许多活动——能尽可能久地待在他们熟悉的环境中。这从经济方面来看也是重要的，这是因为老年人从原有生活范围退出的每一步，均会带来护理费用的增长，例如从自我照料，可能经过居家护理，到借助



于门诊护理服务机构的护理，一直到受照料的居住以及全住院护理。

如今日益重要的一个病症是老年痴呆症。痴呆症随着年龄的上升而显著增加，与此相应，随着我们社会的老龄化，痴呆症患者群体——他们完全依赖他人帮助，并造成很高的护理支出——也在超比例增长。

## 2

在这一背景下变得明显的是，护理业面临着巨大的挑战。这在很大程度上涉及对受过良好培训的专业人才的需求。在许多工业化国家里，已经出现了护理人员供给上的高度且继续增长的不足，在某些地方人们已经在谈论护理的紧急状况。与其他国家例如与菲律宾签订的有关提供工作移民来担任护理人员的协定，可以是短期或中期的战略，来消除护理人员供应上的不足。但是在长期里，这类借用做法是不适合的，原因在于从中期来看，派出国也要面临人口老龄化的趋势，那时它们本国就需要这些护理人员。

倘若护理业增长了，就需要相应的资金。总体上正确的是，护理给付支出的提高能够由就业的不断增加（例如通过抬高退休年龄）或提高劳动生产率来承受。但是，重要的是，这种转移支付是如何加以组织的。对于各国而言好的建议是，在三种基本的融资模式中，不能把从当事人的收入或财产中融资作为护理给付首要的融资形式。虽然富人理应在护理病例情况下也投入私人财产，但是，穷人需要社会救助，不能在护理病例情况下被排斥在基本照料之外。

至于护理费用应由税收还是应通过社会保险（医疗保险或专门的护理保险）来抵偿，这个问题是可以探讨的。这里所提出的论据，是和一直在社会均衡过程或再分配过程中所援引的论据是一样的。税收融

资的体系更易于落实平等对待的原则,尤其能把那些在保险费融资模式中落到保护网的格栅下面、总归需要国家救助的人包容进来。反对税收融资模式的理由,往往是用于资金聚拢所付出的高昂的行政耗费以及对绩效难以监控。此外,国家的这部分预算也和政府的其他融资任务处在竞争之中。至于在有疑问情况下,护理业是否能够动员足够的支持,并在争夺有限资源的政治斗争中呈现贯彻力,对这个问题的回答是值得怀疑的。此外仍然不能忽视护理状况的社会心理学因素。获得护理的人员,倘若他不是通过自己缴纳保险费预先为护理服务的支出筹集了资金,那么,他很快会被列为申请者或请求者,护理病例则被视作为官方行为。

保险费融资的社会保险在经济发达国家成长为社会保障的最重要机制。它们在法律形式和管理方面相互区别,而且在保险给付、保险费数额以及覆盖率方面有着显著差别。其普遍的目的在于使以下这些人员拥有保险,他们否则没有保险,或是若私人投保得承受过高的费率。这些保险具有强制特征,这是因为它们被设计为再分配模式,或者想要避免按照人们的风险等级(例如病人对应于健康人)来进行筛选。而且,它们(至少部分)取消了保险费缴纳和给付获取之间的分割。

但是,保险费融资的社会保险模式的缺点在于,保险给付和保险费的缴纳挂钩,由此,未被包容进来的是那些由于其收入低而无力缴纳保险费的社会群体。此时,有所帮助的是一种混合融资形式;国家可以承担保险费的缴纳,或者为这个社会群体另设替代型保险机构。因此,为了承担护理费用,往往所有融资方式被组合利用:一部分护理费用由给付领取人从收入或财产中支付,另一部分由社会保险涵盖,而税收资金则作为补充,以便确保一种社会所希望的照料水平。

社会保险网络中的一个新分支是专门的护理保险,它们旨在覆盖护理需要性风险。它们是对医疗保险的补充,医疗保险未包括许多与护



理相关的任务与支出,由此给护理需要者和护理人员造成了巨大负担。德国在这方面扮演着先锋角色,采取了令人关注的立法行动,即在1995年1月1日颁布了《护理需要性风险社会保障法》。如今,卢森堡、荷兰、日本和韩国也都设立了护理保险。鉴于预计的人口发展状况,可能还会有更多的国家引入类似的模式。

### 3

本论文集源自一次由德国弗里德里希·艾伯特基金会上海协调项目办公室与复旦大学欧洲问题研究中心于2009年4月举办的有关“长期护理保险:实践、挑战与前景”的研讨会。举办该研讨会的目的在于,在中国也推动关于这个主题的对话,介绍各国不同的护理保险模式和护理模式,并就经验、成果和问题交流看法。出版本论文集的意图也是如此。

在研讨会上通过报告和讨论涉及的国家如德国、日本和中国,都在特别程度上受到人口老龄化过程的挑战。德国的出生率是世界上最低的之一,30年以来就一直在大约1.4<sup>①</sup>。据估计,为了父母一代的再生产,无论如何需要2.1的数值。与此相反,人口预期寿命大幅增长:德国女性的预期寿命目前为81岁,男性为75岁。1970年时,无论男性还是女性,预期寿命均要比现在低大约8岁。预期寿命延长的趋势还在延续,据估计,到2050年,预期寿命还将增长大约5岁。

此外,德国护理院的逗留期表明,人的变老日益与健康生活相伴相随。在20世纪70年代护理院平均逗留期还为大约10年,如今通过增

---

<sup>①</sup> 该数值在1990年前仅适用于联邦德国。但是,在两德统一后,在新联邦州出生率也到达了一个较低的水平。

强门诊护理以及总体上得到改善的健康状况,已经降至大约2年。正如维尔弗里德·拉内在本论文集的文章中结合老人中心“勒沃库森市”的发展,非常直观地描述的,在过去30年里,德国的老年人护理领域出现了很大的改善和许多变化。这个老人中心是德国护理保险的诞生地,至今仍是德国最现代化的护理设施之一。维尔弗里德·拉内在他的文章当中也解析了单个住户及其家庭以及乡镇的护理院费用,这能使读者对护理产生的财政负担的规模有一个全面的了解。

尽管更长时间的自我照料的能力有所提高,而且门诊护理得到了推动,但是德国将来仍然得照料明显更多的护理病例。联邦统计局估计,到2040年将增长58%,这主要可以归因于80岁以上年龄段老人的明显上升(到2040年预计将增长78%)。从这一年龄开始,成为护理病例的风险显著上升。与此相应,由维尔弗里德·拉内解析的费用,若推算到联邦层面,会令人头晕目眩。

米歇尔·施密特则介绍了德国护理保险具体的建设以及为护理保险融资采取的措施。作为联邦劳动与社会保障部的保险事务专家,他积极参与了德国护理保险的建设。他的文章可以和本泽美代子有关日本护理保险的文章相对照。

## 4

日本是世界上人口预期寿命最高的国家。如果说在20世纪50年代,日本在所有工业国家中人口的平均年龄还是最低的,那么,日本如今的工人与退休人员之比已经为3:1。是诸多因素的共同作用造成了世界上最低的出生率之一,其中尤其包括:固定的角色分配(它使得女性几乎没有可能性去要孩子并同时留在就业生活中)以及极其长的工作时间。在这些方面,德国与日本的状况是相类似的,但是两国不同的



社会经济和文化背景也促成了不同的护理保险模式。通过对两种模式的差异性与共同性的描述,突出对各自优劣的认识,或许能够帮助其他国家在建设自己的护理保险时正确设定优先性。

## 5

中国作为上海研讨会期间的第三个“讨论案例”有着特殊的“发展中问题”:中国是讨论中的唯一的一个发展中国家,在那里,老龄化过程已经开始,而对于大多数居民而言,社会保障体制尚未建立。

## 6

中国面临着巨大的挑战。工业国家在他们的人口步入老龄化阶段以前,先富裕了起来。他们通过一份“人口结构红利”建立了自己的社会保障体制,由于人口相对年轻,他们为自己的社会保险提供了启动资金。对中国而言,人口结构的发展在时间上非常紧凑:“未富先老”不仅指出了大幅的财政负担,而且,这里重新提出了这样一个问题,即护理保险应是一个在时间顺序上后补的保险支柱,还是必须很早就把护理保险融入一般的社会保险体系?丁纯在他的文章中也分析了这个问题。基于对中国现状的评析,他论证说,应逐步引入护理保险,以便实现尽可能大的配合精度,并避免代价昂贵的失误。

中国老龄化过程的主要原因,除了预期寿命延长的原因,还在于中国实施的独生子女政策。对于这个措施的成就有着不同的争论,但对于护理领域而言,无疑给家庭和政治建构带来了巨大挑战。

在中国,人们用以描述养老金融资问题的公式是非常贴切的:421,这是指一个孩子必须照料一对父母和两对祖父母。虽然并不会出现如

此严峻的状况,但是,融资问题可能并不会落后于德国和日本的情况。

上海的人口结构状况如今已经令人不安,60岁以上的人已经超过300万人,占总人口的22%,由此是全国平均水平的一倍。预期寿命上升到了81岁以上。虽然平均健康状况大幅改善,人们不仅更长寿,而且也更长时间地健康生活,但是,对老年人护理的需求大幅上升。

## 7

上海市民政局的高菊兰在她的文章中描述了护理照料的情况及其所带来的特别的挑战。对于上海而言,未来的护理状况可以用以下公式表示:9073。这背后隐含着这样一种模式,它的目标在于,让90%的老年人获得居家护理,让7%的老年人通过社区护理服务,另外的3%的老年人在住院设施中得到护理。至于90%的护理能否通过家庭护理人员来提供,这在很大程度上取决于家庭完整到何种程度,以及他们在护理其家庭成员时在何种程度上能够得到市政府有关机构的支持。

陈方介绍了中国尚在形成阶段的老年人护理业。陈方是上海的一家护理院的院长,不仅了解基层的情况,而且也清楚中国的整体情况。他的文章阐明了在中国,许多社会政策过程是同时发生的。陈方不仅强调了不断改进各个护理院中的护理和照料的目标,以便使老年人能有尊严地变老,而且也强调了大幅提高护理设施数量的必要性。为了能更好地应对这一严峻任务,陈方也援引了西方国家的设施和模式的经验。在此,他致力于在不忽视中国特殊国情的情况下,融入成功的典范。

上海在中国具有示范效应。没有一个中国的其他城市像上海这样早地进入了老龄化过程,这也突出了上海发展护理业的紧迫性。如果上海能够成功地为老龄化过程找到令人信服的答案,那么在全国范围的推广是不会有阻碍的。



但是,在上海目前还没有法定的护理保险,以便能够为老年人护理的、雄心勃勃的目标筹集费用。在这个相互关系里,本论文集集中君特·默克尔的文章可以为中国的决策者提供决策支持。这位纽伦堡社会法院的法官不仅深谙护理保险的法律,而且在其文章中也指出了在护理保险引入后出现的、此前未充分考虑到问题,这些问题后来必须通过法院判决来澄清。

有一句谚语云:“智者以人为鉴,愚者以己为鉴。”鉴于正在老龄化的社会所面临的巨大任务,值得我们去努力的是,继续就这一从未有过的过程的机遇与挑战进行对话。交流已经找到的解决方案的成果和问题,并相互学习,是朝着一个更公正的社会发展的巨大收益。本论文集也想为这一目标作出微薄的贡献。

第一部分

---

中国的老年人护理



# 上海老年人护理的现状、经验与挑战<sup>①</sup>

高菊兰

人口老龄化及其对社会发展的深远影响一直是许多国家和地区共同关注的重大问题,这尤其体现在上海。这是因为在中国,上海的人口老龄化过程最显著,早在1979年就率先于全国进入了人口迅速老龄化的阶段。2008年上海人口预期寿命已达到81.28岁。

上海人口老龄化呈现诸多特征。其中一个特征在于老龄人口比例高、老龄化不断加剧。截至2008年底,60岁及以上户籍老年人口总数已达300.57万,占户籍人口的21.6%,人口比重接近全国平均水平的2倍。从2005年到2008年,以每年平均10万老年人的速度增加,远远超过原先2至3万人的预期。据最新预测显示,上海的人口增长将进一步加速,并将在2025年至2030年间达到老龄化发展的高峰。预计到2030年前后,上海60岁以上老年人口将超过500万人,占户籍人口的40%左右。另一个特征是高龄化突出。目前80岁以上高龄老人达53.44万人,占60岁以上老年人总数的17.8%。其中,特别重要的是,纯老家庭、独居老人较多。纯老家庭户老年人86.38万人,单身独居老年人18.80万人。

人口老龄化、高龄化带来的一个直接影响是老年人护理需求的大量增加。预计到2010年,上海不能自理或部分不能自理老人将超过23

---

<sup>①</sup> 本文是对上海市民政局副局长高菊兰女士在研讨会开幕式上致辞的简略修订(编者注)。



万人。由于家庭结构日趋小型化,家庭护理功能日益弱化,越来越多的养老问题从家庭转向社会,社会化养老服务需求日益增强。

长期来,上海一直十分重视老年人长期照料工作,不断加快发展老年人长期照料服务,市政府把养老福利事业纳入全市社会经济发展的整体框架通盘考虑,把养老福利事业发展的一些重要指标列入全市国民经济和社会发展的指标体系,为此先后制定了养老福利事业“十五”和“十一五”发展规划,确立了发展老年人福利事业的指导思想、发展目标和基本任务。到2010年底,社会化养老服务覆盖人数将占届时全市老年人口的10%以上,其中全市养老床位发展到10万张,约占届时本市户籍老年人口的3.2%;社区居家养老服务人数扩大到25万人,约占届时本市户籍老年人口的7%。

为满足老年人快速增长的养老服务需求,“十一五”期间,上海将积极借鉴各国、各地区的有益经验,努力构建与社会经济发展相协调的老年人养老福利体系,积极打造以服务方式多样化、服务功能多层次、实施主体多元化的“上海养老服务模式”,逐步形成以社区居家养老服务为主、机构养老为辅的社会化养老格局,逐步形成多种类型、不同档次的养老服务形态,逐步形成以政府为主导,鼓励社会力量共同参与的发展机制。探索从制度层面保证社区居家养老服务体系化、制度化,着手建立服务补贴制度、服务标准和评估制度。大力推进社区居家养老服务从简单的家政服务,逐步扩展到生活照料、康复保健、紧急援助、精神慰藉为主要内容的服务。同时,上海还按照强化社区卫生的要求,在街镇普遍建立了社区卫生服务中心,为老年人开展集医疗、预防、保健、康复为一体的社区卫生服务。

目前,上海全市养老机构共有582家,其中政府办287家,社会办295家,床位数80 554张,占60岁及以上老年人口的2.8%。全市共有社区居家养老服务机构234个,服务人数17.7万人,其中享受养老服务

补贴的人数为 10.30 万人。全市共有老年人日间服务机构 229 家,老年活动室 5 547 家,其中标准化老年活动室 4 145 家。此外,还有老年医疗机构 71 所,老年家庭病床 41 300 张。

我们提供的这些服务,还只能满足老年人的基本生活照料需求,与日益严峻的人口老龄化、高龄化趋势相比,上海的老年人长期照料服务发展相对滞后。养老床位总量不足,特别是面向身体不能自理老年人和失智老年人的护理床位不足;社区居家养老服务还难以适应老年人多样化、个性化的需求。我们感到,老年人长期照料需要政府的扶持和推动,也是上海经济发展到一定阶段的必然要求。

目前,上海的人均GDP已经突破 1 万美元大关,达到中等发达国家的水平,而老龄化程度超过多数发达国家。虽然上海养老服务体系建设取得了长足的发展,解决了部分老年人的护理问题,但是我们采取的一些措施都是侧重于填补服务供给的空白,还不能全面解决老年人的护理需要。面对人口老龄化高峰期的到来,我们正面临两方面的不足:一方面,一部分老年人的可支配收入有限,自主购买居家养老服务的人数较少,老年人实际需求与有效需求还存在差距;另一方面,上海公共财力制度还处于构建期,老年人长期照料方面的财力保障能力仍显不足。目前政府对养老机构和居家养老服务项目均有补贴,但这只能覆盖有限的一小部分老年人群。2008 年享受居家养老服务补贴的有 10.30 万人,仅占老年人口的 3.4%。德国、日本等通过建立护理保险制度,让个人从年轻的时候就开始为年老后早做准备,让个人和社会共同承担更多的老年人护理费用支出,享受更好的生活照料服务,是解决老年人长期护理困境的制度化措施,在发达国家中已经得到了共识,也是一个必然的趋势。因此,引进护理保险制度为养老作财务安排,是发达国家近年来的政策方向。

从建立护理保险制度的成本看,目前,上海刚刚处于老龄化快速发



展阶段,社会负担比比较合理,可以更好地积累基金。建立护理保险制度可以为上海老龄化高峰期的到来早做制度性安排。德国、日本建立护理保险制度的经验已经引起了上海有关方面的重视,并开始着手研究。

我们想借这次会议的机会,更深入地了解德国、日本等国家护理保险和护理机构运作等方面的做法,为今后上海探索建立护理保险制度、提高养老护理机构管理服务水平提供有益的参考。

最后,再次感谢复旦大学欧洲问题研究中心和弗里德里希·艾伯特基金会为我们创造了一个就上海老年人长期护理进行沟通、交流的平台,为我们学习借鉴德国、日本护理保险等方面经验提供了一个良好的机会。

# 中国的老年人护理与护理保险制度的建设

丁 纯

## 1. 引言

中国经济自1978年以来的30多年间以年均9.85%的速度增长,由此,中国的经济规模迅速扩大:中国GDP占世界总量从1978年不到2%增长到2008年的6%,成为世界第三大经济体。同时,人均GDP从1978年经济改革之初的人均114美元增长到2008年的3 266.80美元。

财富效应和随着经济发展带来的社会嬗变,使民众尤其是已经占总人口约23%的中产阶级(陆学艺、李培林,2004年)对社会保障给付的需求空前上涨。2004年,获得社会保障的权利被正式写入宪法,使中国的社会保障制度的(重新)引入和完善有了(宪法)法律依据。目前,中国已经引入了养老、医疗、工伤、失业和生育保险,值得关注的尤其是农村社会保险制度的建立与城乡社会保障制度的对接,以及地区间社会保障待遇的转移支付的逐步实现。由此,一个适应中国当前经济和社会发展水平、体现初步社会团结和公正的社会保障制度正在成形中。但是,到目前为止,各个保险类别的覆盖率仍然很低,尤其是在农村地区。



## 2. 人口的迅速老龄化

中国一段时间以来经历了人口的迅速老龄化,人均预期寿命从1981年的68岁延长到2007年的73岁,此外,国家的计划生育政策导致了出生率的不断降低。依照国际公认的老龄社会标准(60岁以上和65岁以上人群占总人口的比例分别达10%和7%以上),中国在10年前就已经跨过了这个门槛。根据有关数据,1999—2000年间,中国60岁以上老年人口占总人口的比例为10.2%,65岁以上人口占总人口的6.96%。截至2009年,中国60岁以上老年人占总人口比例已经上升到12.5%(1.67亿人)<sup>①</sup>,由此,目前世界上每5个60岁以上老年人就有1人在中国。

中国人口老龄化的加速趋势明显。据预计,2050年中国60岁以上老年人将达4.38亿,占总人口的比例将达31.1%,这个年龄组的绝对人数由此也将超过整个欧洲的同一年龄组的人数。与此相类似,65岁以上老年人数量也迅速增长,将在2050年达到3.2亿人,比重高达22%<sup>②</sup>。中国的高龄老人,即80岁以上的老人,正以每年5.4%的速度增长。

中国今天的老龄化过程比早先已经老龄化社会中的人口结构发展的速度要快得多。至于65岁以上老年人口比例从7%增长到14%所花的时间,预计中国只需25年,而法国花费了115年、美国66年、日本30年(郭有德,2008年)。

中国在另一方面也与工业化社会的老龄化过程有所不同,“未富先老”特征特别明显。从各国进入老龄化时期的收入水平来看,引人注目的是,当今的发达国家均是“先富后老”。

<sup>①</sup> 回良玉在老年工作会议上的讲话,《经济日报》2010年1月29日。

<sup>②</sup> 魏津生:《及早谋划,让老年人口大国养老无忧》,《光明日报》2009年7月10日。

表1 若干发达国家和中国进入老龄社会时人均GDP比较

国 家	法 国	瑞 典	美 国	日 本	中 国
进入老龄 社会时间	1851— 1861	1890— 1900	1940— 1950	1970— 1980	1999
人均GDP (美元)	1 568— 1 862	2 086— 2 561	7 010— 9 561	9 714— 13 428	825

资料来源：法、瑞、美、日四国数据摘自网站www.historicalstatistics.org。

从表1中可以清晰地看到，法国（全球首个进入老龄社会的国家）、瑞典、美国和日本等国家在进入老龄社会时，其人均收入是当今中国的数倍之多。当时美国的人均GDP为大约7 000美元至9 500美元，而中国的这个数字刚刚达到825美元（1999年）。2008年中国人均收入只及美国的1/9，而老龄化程度却已经相当于美国2000年的水平<sup>①</sup>。

与此同时，随着社会的迅速老龄化与出生率的大幅下降，赡养比（指工作人群与退休者之间的比例）也增长了：在中国，它从1978年的20:1变成了当前的3:1。即现今每1名退休人员对应的工作人员仅为3名，相应地，养老负担也迅速加重了。

中国的老龄化在区域上也呈现出巨大差异。上海和北京等大都市和沿海地区人口老龄化尤为突出。2009年底，上海户籍人口中，60岁以上老年人已达315.7万人，占总人口比例高达22.5%。更为甚者，65岁以上老年人占15.8%，80岁以上老年人比例高达4%<sup>②</sup>。由此，上海人口老龄化水平比全国高一倍，已接近日本、瑞典等世界人口老龄化最高的国家水平。北京的老龄化进程与上海如出一辙，在全国范围仅排在上

① 《老年化威胁中国财富》，《洛杉矶时报》2009年7月6日。

② 《新闻午报》2010年3月26日。



海后面,列第二位。

### 3. 护理状况

老年人比年轻人更经常地需要护理。随着社会的老龄化,护理需求也增加了,相关社会必须提供更多的护理服务。护理服务需求的迅速增长往往并不同步带来护理服务的扩展,因此,供给与需求之间出现了一个巨大的漏洞。

这个漏洞从多个方面来看都是显著的。寿命的延长带来了疾病方式的转变,慢性疾病——它们经常由错误的行为方式推动——日益多地发生在老年人身上,例如非传染性疾病如心脑血管疾病、肠胃病以及腰椎间盘突出等劳损现象增加了。根据国家卫生服务调查结果,65岁及以上老年人的慢性病患病率为51.80%,为全人群的4倍多;这一年龄组的成员平均患有2至3种疾病,这些慢性病患者中的大多数没有能力自理生活。老年痴呆症作为一种疾病在高龄阶段特别经常地出现,65%以上的老年人中约有5%以上的人患有此病。

在这方面,值得一提的还有特殊人群,例如因工伤事故受伤者和残疾人。中国目前有残疾人6000多万,占总人口的5%,其中包括听力言语残疾2057万人,智力残障1182万人,肢体残疾877万人,视力残疾877万人,精神残疾225万人,多重及其他残疾782万人。其中有600万人是儿童。此外,大多数重病患者在住院期间和出院后需要护理。

目前我国需要护理的失能和半失能老人超过2000万人,其中,城市的失能和半失能老人达到14.6%,农村则在20%。北京居民生活状况调查证明了这一点:调查显示,老年人中日常生活不能够完全自理的占17.6%。这个问题随着年龄的不断上升而加剧。北京大学的一份研究

表明,80岁以上老人中生活依赖他人帮助的占1/3<sup>①</sup>。

2007年全国残疾人第二次抽样调查显示,中国残疾人数在过去20年内增加了2200多万,新增的人群中75%是60岁以上的老年人<sup>②</sup>。这一切激化了提供足够护理资源的问题,正是这种形式的护理需求,给家庭和社会带来了长远的经济负担。

从老年护理服务供给来考察,人们可以见证以下情况:一方面,“养儿防老”的思想在中国有着很久的传统,与此相应,老年人居家养老护理为主,他们在接受社会护理服务和住院护理上显得非常犹豫。另一方面,随着家庭的小型化和农村的日益城市化,家庭的护理能力严重弱化。中国家庭每户平均人数由1973年的4.81人,降到1982年的4.51人,1990年的3.97人,2003年的3.38人。在这一趋势的背后也隐含着代际结构的变化,这一变化可以用公式“421”(城市)和“422”(农村)表示,它们说明的是祖父母、父母与孩子之间的比例关系。由此父母一代承受着双重负担,他们不仅得赡养自己与子女,还得赡养老一代,这导致他们护理家里的老人往往力不从心。

另外一个趋势是城市空巢和独居老人家庭的增加,农村人口外出务工以及加速城市化更是增强了这一趋势。城市化率在1978年还为大约19%,如今它已经攀升到了46.6%。由于主要是农村大量工作年龄人群涌向城市,往往造成老人留在农村空巢而居。这一过程导致大约40%的农村老人身处空巢家庭<sup>③</sup>,无法获取护理照料。

与之相反,专业护理和养老机构收费不菲。据测算,护理院一个单人房间一年的平均开销约7.4万元。鉴于这一费用,并不令人有多少

① 中广网,2010-02-25-11:01。

② 社会保障法专家建议中国社会保险增设护理保险,中国网www.china.com.cn,2009年3月7日。

③ 新华社2010年3月3日电。



惊讶的是,有护理需求的老人中愿意选择住院护理的只有16%,而其中44%的人是因为他们家里无子女提供居家护理的缘故。

护理需求与护理人员和护理机构的供给之间严重失衡。资料显示,中国目前需要不同形式长期护理的老年人约有3 000至4 000万人,而目前养老护理机构拥有床位仅250万张左右<sup>①</sup>,这意味着,平均可供每1 000名需要护理的老人支配的床位数仅为15张,这个数字远低于发达国家的水平:在那里,平均每1 000名老人拥有70张床位。

另外,中国全国需要约990万名养老护理员<sup>②</sup>。目前,中国养老护理员人数不足百万,取得职业资格的仅有2万名,因此,供需数量和质量缺口均极其大。另据国家老龄科研部门的调研数据,有上门护理服务需求的老年人已占老年人口的16.2%,但实际利用上门护理服务的仅为1.1%。

护理人员数量少、护理工作任务重而待遇低,也对护理质量造成不利影响。据卫生部对全国400多家医院的调查,病房护士与床位比为0.417:1,95%以上住院病人的生活护理由其家属或者护工承担,“一人住院,全家受累”的现象成了通常情况。

#### 4. 护理费用的筹集

中国现行的医疗保险制度明确地将长期护理费用排除在外,结果造成投保医疗保险的护理需要者将医院当作护理场所,他们的长期住院费用导致医疗保险支出急剧上涨,这加重了政府对于医疗保险领域财政拨款的负担。

① 2009年,民政部社会福利和慈善事业促进司司长王振耀如是说。

② 数据由民政部网站链接文章公布。

在这一背景下,护理保险问题的重要性日益显现,成为一个公共讨论中备受关注的热门话题。而有关中国应尽早建立社会护理保险的提案,早在几年前就已被送上全国人大和政协“两会”。护理保险的建立,这在一些经济发展快、老龄人口多且社会转型大的大都市如上海、北京以及沿海地区显得尤为迫切,要求先行立法和实施护理保险的呼声日高。

中国养老和医疗保险制度的建设尽管取得了长足的进步,但该制度还没有覆盖全民,也未实现全国一体或城乡一体的统筹和给付,因此,现在推出法定社会护理保险时机还未成熟。此外,还要考虑的是,目前中国职工和雇主缴纳的各类社会保险分支的保险费累计占工资总额的比例已经超过40%,部分发达地区如上海等已接近50%。在此基础上新建一个法定护理保险分支并单独收取保险费,显然将不堪重负。

鉴于中国各地区间的巨大经济社会差异,完全有必要分阶段、分地区展开引入护理保险的相关制度准备。像上海、北京这样经济实力雄厚的超大城市和东部沿海地区,可以作为试点,先行展开制度设计。值得建议的是,先以商业护理保险为主,再逐步过渡到社会护理保险。其实,2005年国泰人寿已经在上海推出“康宁长期护理健康保险”。其后,2006年6月15日,国内第一家专业的健康保险公司——中国人民健康保险股份有限公司在全国范围内推出“全无忧长期护理个人健康保险”,这是国内首个全国性的、具有全面保障功能的长期护理保险产品。另外,还值得建议的是,护理保险的引入分地域地进行推动:护理保险应从东部沿海地区逐步向内陆和西部地区扩展,最后争取实现一个全国统一的体制。此外,居家和住院护理仍应相结合。

## 5. 总结

目前,中国的养老护理分属民政和卫生部门管辖,主要集中在公办



养老护理院等机构,民办仅为辅。而且,养老护理院集中在城市,乡镇养老床位数只占总数的 1/5。护理人员的供给无论在数量还是质量方面均存在巨大缺口,资金也缺乏可持续保证。

随着老龄化过程的加速,如何在财力和人力上解决护理需求的难题,已经变得刻不容缓,特别是因为东部沿海城市如上海等的老龄化水平已经达到世界发达国家的水平,在这些地区,引入护理保险的问题尤为迫切。但具体制度设计、实现路径又应如何?对此问题的回答受到各个国家的制度安排的限制,对此尚需展开充分的论证。将来的讨论无论如何应包含以下要点:

只有当普遍的养老和医疗保险建立后,才能引入法定护理保险。鉴于地区间的巨大经济社会差异,现在完全有必要分阶段、分地区地为将来引入护理保险做好相关制度准备。在经济实力雄厚的地区(如上海、北京和东部沿海地区)应先行试点。值得推荐的是,先以商业护理保险的推广为主,然后再逐步过渡到社会护理保险。另外,护理保险应分地域地分别引入:在东部沿海地区引入护理保险之后,逐步向内陆和西部地区扩展,最后争取实现一个全国统一的体制。

最后,中国完全可以汲取已经实施护理保险的国家的实践经验与教训,通过“边干边学”来建立符合中国国情的护理保险模式。尤其值得借鉴的是德国和日本的经验,这两个国家分别在 1995 年和 2000 年引入了社会护理保险。尤其两国有关护理保险的筹资方式、参保者范围(如德国护理保险遵从医疗保险原则)、被护理对象和护理等级的认定、护理保险与医疗保险的分工等,均值得中国从立法到具体实践层面进行研究和借鉴(丁纯、瞿黔超,2008 年)。另外,美国面向中产阶级、以商业护理保险为主、政府医疗资助计划为辅的护理体系,也可供中国借鉴或提供启发。

## 参考文献:

丁纯、瞿黔超:《德国护理保险体制综述》,《德国研究》2008年第3期。

郭有德:《城镇职工基本医疗保险的理论和实践》,社会科学文献出版社  
2008年版。

陆学艺、李培林:《中国社会发展报告》,辽宁人民出版社2004年版。

魏津生:《及早谋划,让老年人口大国养老无忧》,《光明日报》2009年7  
月10日。

# 加快养老事业的发展步伐， 造福老人、造福社会

陈 方

随着人口老龄化的进程加快，上海已提前进入老龄化社会，60岁以上老年人口已超过300万，占全市人口21.6%。各级政府对老年事业极为关注，上海市政府在“十一五”规划中提出了家庭自我照顾（占90%）、社区居家养老（占7%）、机构养老（占3%）相互衔接的“9073”的养老格局。机构养老已成为养老服务中一种不可取代的模式，机构服务也应顺应时代的发展。

上海市闵行区社会福利院是一所综合性的养老机构（以下简称“机构”）。全院占地21 062.25平方米，建筑面积2.1万平方米，养老床位600张，能接纳自理、介助、介护等类型的老人。目前全院全护理老人占60%，其中痴呆老人占20%。

“以人为本”是近年来被人们所赞赏和推崇的一种服务理念，是新世纪服务理念的一场革命。如何把这种理念真正演变为实实在在的行动和服务行为？本人在此作一些粗浅研究和分析，与大家一起讨论。

## 1. 提供医疗服务，免去老人的后顾之忧

机构提供的养老服务通常以生活照料为主，这在西方一些发达国家以及亚洲的日本、中国香港等地也是如此，老人一旦患病就得转

院治疗；然而，转院治疗就会产生时间耽搁、路途颠簸、环境改变（二次搬家）等不利因素，会给老人造成心理负担。为此，我院内设医疗机构，培养一支训练有素的医疗队伍，并与瑞金集团闵行医院建立业务联系，为老人提供医疗保健服务。医务人员均接受过医学高等院校系统的学历教育，有过硬的医疗业务技能，能熟练诊治老人的常见病、多发病，能妥善处置老年人的危急重症，努力将老年人的病痛降到最低限度（老人治疗用药全部纳入医保）。老人住在机构非常安心，有病可及时地接受治疗，不用担心时间耽搁、路途颠簸、环境改变等情况发生。同时，因为机构有提供医疗服务的能力，目前收住了100多位医院难以收入住院但仍需接受治疗的患有多种慢性疾病的老人，解决了这部分老人在家养老医疗缺位、护理质量得不到保证的难题。

## 2. 提供康复服务，提高老年人生命质量

康复服务境外一些机构起步较早，已取得了很多成功的经验，这些经验也已使我们受益。住在机构的老人生活自理能力都有不同程度的下降，尤其是有脑血管意外病史的老人，且随着年龄的增长还有健康质量下降的趋势。如何保护他们残存的生活自理能力，这不仅仅是目标，而且已经落实到实际工作之中。

我们学习境外一些机构的经验，结合自己的实情，大胆提出：“让躺着的老人坐起来，让坐着的老人站起来，让站着的老人走起来。”从树立老人的生活信念出发，努力保护和恢复老人残存的生活自理能力。我们根据每位老人的不同情况由康复师制订康复计划，每天有计划地实施康复训练。目前，已有100多名老人不同程度地恢复了自理功能，提高了老人的生命质量。



### 3. 提供精神照料服务,增加老人的安全感

老年人是当前社会中的弱势群体,而痴呆老人又是老年群体中的弱势人群,是弱中之弱,故他们更需要我们的关心和呵护。荷兰、日本等国潜心研究痴呆老人的照料方法,很多做法值得我们借鉴。痴呆老人的主要症状是记忆力下降,从医学病理分析属于脑软化、脑萎缩,且病情发展较快。对于老年痴呆病人护理远远重于治疗。护理得当可减缓其病情的进一步发展,有效地防止并发症。以前,我们对痴呆老人的护理觉得比较棘手,对痴呆老人的护理也主要侧重于生活照料,而缺乏亲情式照料,缺少与老人心灵上的沟通,无形中使老人与护理人员之间产生了距离。在硬件投入方面也有顾虑,怕设施遭损坏,使老人不能拥有较高水平的生活质量。

日本对痴呆老人的照料探索了一条新路,倡导“家庭式”服务模式。我们本着“以人为本”的服务理念,从老人生理、心理特点出发,提出与老人保持“零距离”服务的要求,工作人员的职责不是简单地照顾老人,而是组织、策划及督促老人共同料理自己“家庭”中的日常生活,尊重和保护他们的人格,保护和提高老人的自理能力,共同营造一个温馨的家庭氛围,消除了痴呆老人相互之间及与护理人员之间的距离,使老人觉得周围都是他们最亲、最可信赖的人。为能使老人有足够的活动空间,福利院建起“阳光走廊”,开辟了小花园,扩大了老人的活动区域。护理员每天陪着老人在“阳光走廊”里聊天散步,以消除老人的心理屏障,树立老人的生活信心,老人们有了一个自己活动的空间,一个属于自己的世界。这样的服务得到了境内外同行的赞赏。

## 4. 建立护理保险制度，为老人晚年生活提供保障

护理保险制度有良好的共济和调节功能，现在只有德国等一些西欧国家和日本实行介护保险制度。日本在2000年开始施行介护保险制度，是立法制定的一项强制性保险，要求每位40周岁以上的日本公民按时交纳介护保险费，困难人群也不例外（从政府发给的救济金中支付，政府则加大救济金的投入）。享受介护保险金则需通过评估机构的评估审核，对象必须是日常生活部分或完全不能自理者。这样，一些生活不能自理的老人不会因经济拮据而得不到相应的照顾，政府也不会因人口老龄化的进程加快而不堪重负。

由于长期以来我国实行高度集中的计划经济体制，政府力图靠组织力量解决人们遇到的社会生活各方面的问题。政府不但成为全部社会资源的占有者，也成为解决各种社会问题的责任人，政府成为全能政府，老百姓对政府也有了依赖。改革开放使我们发现了与世界历史进程的差距，改革开放需要解决许多历史上积累下来的和新产生的问题。我们认为根据目前我国的国情，全国各地应考虑建立与当地情况相适应的介护保险制度，并在运作中不断地加以完善，为老人晚年生活提供保障。

## 5. 完善养老服务体系，努力使养老服务全覆盖

我国的养老服务体系已初步形成，但有待于进一步的完善。荷兰、德国、日本等国的养老服务体系已较为成熟，他们根据老年人的不同需求，为老年人提供“分站式”服务。生活能基本自理的老人（健康老人），在社区享受老年服务中心提供的老年教育、文娱、健康咨询等项服



务；生活能部分自理的老人，轻者由社区老年服务中心提供“上门钟点服务”，重者由社区老年服务中心提供“日托服务”；生活完全不能自理老人，则安排入住就近的养老机构，由机构提供24小时的周到服务。

这样的养老服务体系有它的长处，首先有着不同需求的老年人都可及时享受到相应的服务，使养老服务全覆盖，其次养老资源可以得到合理利用，这些做法值得我们借鉴。2000年全国社会福利社会化工作会议明确提出：“努力建设居家为基础、社区为依托、福利机构为补充的老年人福利服务体系。”这不仅符合老年人的需求，也是符合我国目前国情的。要完善养老服务体系，根据荷兰、德国、日本等国的一些成功经验，社区是关键，是养老服务体系的一个工作平台。因此要整合并充分利用社区资源，在社区层面要整合民政福利服务资源与卫生保健服务资源及社区服务中心、居民委员会、社会其他组织的服务资源，以社区为中心为老年人提供及时周到的服务。政府要想好办法，制定政策，创造好有助于这一体系运作的良好环境。

## 6. 明确机构的服务定位，合理使用养老服务资源

由于我国人口老龄化是在经济发展尚不发达的情况下到来的，人民的生活还没有完全进入小康，还有贫困人群存在，故我们目前的老年福利工作需要“锦上添花”，但更需要“雪中送炭”。现在迫切需要得到政府和社会帮助的是一些生活完全不能自理且经济又较为拮据的老人，我们应对这些老人予以关注，尽最大可能地为这些老人提供帮助。

我国养老机构的软硬件服务与西欧及日本这些国家相比尚存在一定差距，但与居家养老比起来还占有许多优势：一是护理设施较为完备，二是服务人员较为专业。生活完全不能自理的老人在自己家中养老虽没有离开自己所熟悉的生活环境，但会碰到很多困难，老人的生活质

量难以得到保证。如这些老人要在自己家中享受到良好的护理照料，那必须投入很多，这对一些经济较为拮据的老人是不可能做到的。

## 7. 建立养老评估体系，使老人能及时、合理地享受养老服务

为了有效地用好有限的养老资源，应该建立养老评估体系。建立养老评估体系是完善养老服务体系中一项不可缺少的内容，这项工作荷兰、日本、中国香港早已起步，并积累了不少经验，而对我们来讲则是全新的，而且运作起来工作量很大。建立养老评估体系立足点在社区，需要我们对社区内所有提出需要提供帮助的老人进行梳理、综合评估。评估机构将根据老人的健康状况、自理能力等按照评估标准进行分类并跟踪评估，哪些老人可在家中享受上门服务、哪些老人可在社区养老机构中享受服务、哪些老人应在综合养老机构中享受服务。同样，这也为介护保险金的合理使用提供了依据，使那些迫切需要得到我们帮助的老人可以得到及时的帮助。

## 8. 加快养老服务的专业化步伐，推进养老事业发展

近几年，各级政府都加强了对养老福利事业的投入，市、区、街道（镇）养老机构的设施、设备都不同程度地得到了改善，养老服务也成为一种职业，然而我们的服务水平提高不快，尤其是我们的管理和护理人员队伍整体水平不高，社会地位也不高。但在荷兰、德国、日本等国从事养老福利事业的工作人员包括护理人员均有着较高的专业水准且很受人尊敬，他们以自己从事的工作为荣。从事养老服务工作人员须具备一定的资格，即必须接受过专业的系统教育和培训。



过去我们对养老服务人员的要求偏低,更不注重培养中、高级的管理人员和护理人员,导致我们的服务水平与日本等国家产生了距离。一般而言,一种成熟的职业都拥有系统的理论、权威、公众约束、道德准则和某种文化。职业以其独特性而被社会接受,以其专业性而受到大众的认同。应该肯定,在养老服务专业化水平方面,荷兰、德国、日本等国在发展程度上显然要高于我们,他们的这些理论是对已高度专业化的实践过程的概括和总结,在这些理论中,我们能学习和了解到许多有益的东西。尽管存在着历史、文化、制度、经济发展水平方面的不同,但这并不妨碍我们学习、借鉴他们的理论和经验,并不妨碍双方之间的交流和沟通,因为任何差别之中总是蕴涵着共性。

同时,我们要认真研究和总结我国养老服务的历史和经验,养老服务是一种既具有一定的普遍性、共同性,又具有较强特殊性、本土性的实践活动。我们既要学习、了解、研究荷兰、德国、日本等国已有的养老服务工作的理论,又不能简单地照搬,而是要将他们的理论与我们的具体情况相结合,以此为基础,概括和发展出既包含各国养老服务工作的一般共性,又能反映我国本土特色的中国养老服务工作的理论,以此来培训养老机构管理人员及其他服务人员,有效指导我们的养老服务工作。只有这样,才能将我们的养老服务纳入专业化轨道,才能提高我国养老服务的整体水平,才能真正推动我国老年福利事业的发展。

## 第二部分

---

# 德国的护理保险



# 德国护理保险的基础

米歇尔·施密特

Michael Schmidt

## 1. 德国引入法定护理保险的原因

### 1.1 归入德国社会保险体系

德国的社会保险包括五根保险分支：医疗保险、工伤事故保险、养老保险、失业保险与护理保险（见图1）。

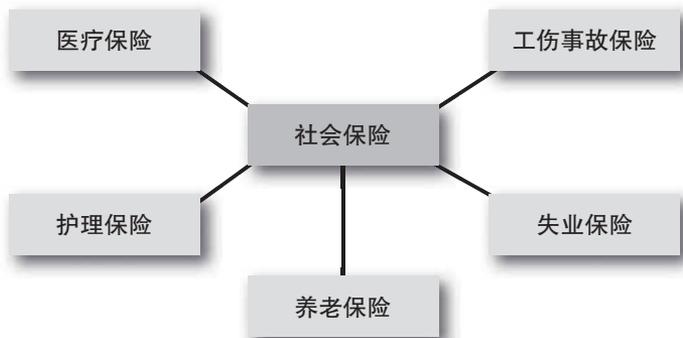


图1 社会保险分支概览

护理保险是德国社会保险中最年轻的分支：从1995年1月1日以来征收护理保险的保险费。从1995年4月1日起提供居家护理给付，住院护理的给付则是从1996年7月1日以来提供的。《护理保险结构性继续发展法》于2008年7月1日起生效。



## 1.2 护理需要者的状况

护理需要给当事人及其家属带来了巨大的身体、心理和财政负担。在1995年护理保险引入以前,尽管护理和疾病之间的界限经常在流动,在德国并不存在如在患病情况下的社会保险法上的保护。为此,与护理相关联的负担必须由护理需要者及其家人承担。这些负担往往如此巨大,以至于超出了个体的承受能力。

护理需要者在生活必要的日常料理上依赖于第三者的帮助。倘若他的家属提供这些帮助服务,会要求他们付出大量的个人投入以及资金方面的“牺牲”。往往由于时间上的付出,护理人员必须限制乃至放弃其工作,或者从未有过机会去从业。由此他们承受着自己的社会保障方面的损失,尤其是在养老保障方面。

未来的人口结构的发展是以预期寿命不断攀升为特征的。我这里并不想把老年与护理需要画等号,但恰恰是80岁以上年龄组的人更大程度地受到护理需要威胁的侵袭。

表1 护理需要者人数发展变化情况 (万)

年 份	护理需要者人数
1995	约165
2002	189
2010	213
2020	264
2030	309

说明:对于1995年:在法定护理保险引入时的基本状况估计数;2000年至2030年:根据吕鲁珀委员会的测算得出的发展变化情况。

老年和护理需要之间的相互关系不容否认。但是统计数据也表明,80岁以上的人中绝大多数是无护理需要的。这也指出了预防措施以及

促进护理科学的必要性。

在儿童年龄就有护理需要,这通常是在出生时遭受残疾的结果。对于小孩和学龄儿童,事故是出现护理需要通常的原因;青年人和中年人的护理需要,也往往是在道路交通中的交通事故带来的结果。

生活条件和家庭关系中的变化导致小型家庭以及单人家庭的进一步增长,这些社会发展状况使得居家护理变得更加困难。

## 2. 护理保险的基本原则

### 2.1 居家护理优先

这一基本原则符合护理保险的主要目标。一方面所有护理需要者中的绝大多数人是在家里得到护理,另一方面这一准则也是顺应了绝大多数护理需要者的愿望与需求,他们希望尽可能久地待在他们熟悉的环境里。这尤其应通过以下手段来实现:

(1) 在居家范围里提供高的给付水平,居家范围一般对于适度的护理和照料而言已经足够;

(2) 引入白天护理、夜间护理和短时护理的给付;

(3) 护理人员在养老保险和工伤事故保险中的社会保障;

(4) 提供护理的辅助设备以利护理。

而且,部分住院护理和短时护理的给付也优先于全住院护理给付。

### 2.2 预防和康复优先

预防(意即采取预先防备措施)和康复(意即重建健康)优先于护理给付的利用,这一点在法律中明确规定了。在具体个例情况下,存在着审核和实施适当的、必要的和可要求的预防、治疗和康复措施的义务。这一点既适用于在出现护理需要前的情况,但也适用于已经存在护



理需要的情况,以便克服、降低护理需要以及避免其恶化。

为了推迟护理需要出现的时间、降低或完全避免护理需要,主管的给付承担机构(主要是医疗保险机构和养老保险机构)被建议,利用可供支配的预防、治疗和康复措施。投保人原则上在其医疗保险机构那里有获取问诊医学康复给付的权利。但是,疗养则在很大程度上是医疗保险机构可以考量是否给付的内容。

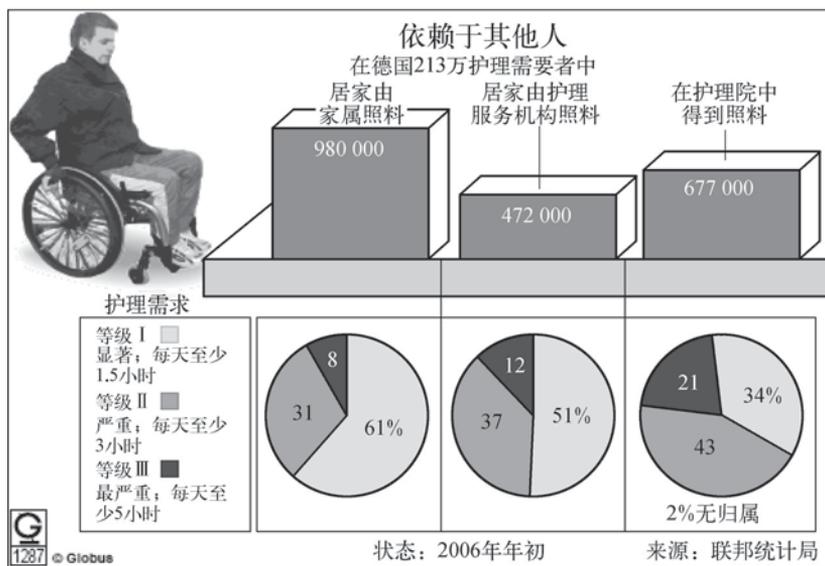


图2 护理保险中的状况——护理需要者

### 2.3 并非针对所有生活状况的“全包保险”

护理保险的给付受到其财政规模的限制,因此,个人对护理风险采取预防措施是必要的。

### 2.4 保护全体人口防止护理病例风险

绝大多数人口在护理保险中投保了:可以区分法定医疗保险投

保人投保的社会护理保险以及私人医疗保险投保人投保的私人护理保险。

## 2.5 在护理保险引入时: 对于已经是护理需要者, 立即提供保护而无先决条件

毫无先决条件, 这意味着无需存在特定的最低保险时间, 护理需要者在护理保险引入开始时, 就可以获取居家护理或住院护理的相应给付。

# 3. 护理保险的资金来源

## 3.1 保险费计算的依据

社会护理保险中的保险费原则上取决于投保人的、有缴纳保险费义务的收入的高低。属于有缴纳保险费义务的收入, 除了投保人从一份就业或工作中获得的毛收入以外, 还有(被削减的)工作报酬, 它是失业保险金、生活费和患者补助金的计算依据。私人护理义务保险的保险费数额不是与收入挂钩, 而是取决于加入保险时的年龄以及风险大小。

在社会护理保险的融资方面, 适用以下 5 项基本准则:

- (1) 融资依据法定医疗保险的基本原则;
- (2) 保险费计算限额: 有缴纳保险费义务的收入为每月 3 675 欧元以下(2009 年也是这个标准);
- (3) 保险费是由法律规定的, 它为有缴纳保险费义务收入的 1.95%; 对于没有孩子者的保险费附加费为 0.25%;
- (4) 社会护理保险的保险费通过现收现付程序筹集; 这就是说, 所需的资金由流动性收入抵偿;
- (5) 保险费原则上由雇员和雇主各承担一半(例外情况: 萨克森州)。



### 3.2 保险费的承担

保险费由雇员及其雇主各承担一半,倘若工作地是在一个取消了总是落在某一个工作日的假日的联邦州中。倘若在某一个联邦州中未为了护理保险的融资而取消一个假日,则由雇员单独承担全部的护理保险费。所有的联邦州(除了萨克森州)均把忏悔和祈祷日作为假日取消掉了。萨克森州的雇员则单独承担1%的护理保险费。只有额外的、0.7%的保险费费率由雇主和雇员各承担一半。

### 3.3 保险费费率

在法定医疗保险的保险费计算限额以下的、投保人有缴纳保险费义务的收入被作为缴费依据。在1995年1月1日护理保险法生效日起,施行的是1%的保险费率,在1996年7月1日开始提供住院护理给付起,施行1.7%的保险费率。由立法机构规定的、全德国保险费率的统一性通过跨各个保险机构的财政平衡来实现。

### 3.4 有缴纳保险费义务的收入

独立从业人员的保险费计算的标准,和法定医疗保险中一样,也是工作收入,根据所得税法的规定,它是从独立从业的工作中测得的利润。在这方面,把自愿投保的独立从业人员的每月最低保费设定为36.86欧元(2009年数值)。

对于领取失业保险金、失业救济金、晚期外移人员融入救助金、生活费以及老年过渡补助金的人员,联邦劳工局单独支付保险费。

对于领取用于生活费的其他社会给付的人员,主管的社会给付承担机构承担保险费。

领取养老金人员的保险费和养老保险一样,由其本人和养老保险承担机构各缴纳一半。

## 4. 护理保险的组织

### 4.1 护理保险机构

社会护理保险的承担机构是法定护理保险机构，它们是在法定医疗保险机构的屋檐下作为法律上独立的、自治公法法人设立起来的。它们利用医疗保险机构的人员来履行其任务。

### 4.2 给付提供机构

门诊（居家）护理的给付由门诊护理服务机构提供（全德国范围有10 600个门诊护理服务机构获许可）；住院护理的给付则在护理院中提供（全德国范围有9 200家）。

## 5. 投保的人群

### 5.1 法定医疗保险投保人的保险义务

适用的基本准则是：“护理保险遵循医疗保险。”这意味着，法定医疗保险中的所有强制保险成员、所有自愿保险成员以及所有家庭联保成员由此属于社会护理保险的成员，所有在私人医疗保险投保的人归入私人护理保险。

成为社会护理保险的成员，无需提出特别的申请。由此，在社会护理保险中自动出现了保险义务，且原则上针对所有的是法定医疗保险成员的人，例如工人、职员、学徒、养老金领取人员、服兵役和民勤者，这占总人口约90%。

谁若是在法定医疗保险中是自愿投保者，拥有3个月的期限行使其在社会护理保险和私人护理保险中进行选择的权利（持久性规



定)。社会护理保险中的免除投保从保险义务开始起生效，倘若从那一刻以来还未曾利用任何给付，就从提出给付申请的后一个日历月开始起生效。

## 5.2 家庭联保

在和法定医疗保险同样的条件下，一名护理保险成员的有权获取生活费的家属（配偶、子女）有获得免缴费的家庭联保的请求权。

## 5.3 私人护理保险中的保险义务

除了法定医疗保险的投保人人群的社会护理保险以外，还引入了私人护理强制保险。在这个私人护理强制保险中投保的，是那些在一家私人医疗保险的公司里投保疾病风险并拥有普遍的住院给付请求权的人。但保险义务的前提条件是疾病费用的全包保险；一个私人的补充医疗保险或旅行医疗保险或一种住院日补助金保险并不引发保险义务。

私人投保人有义务，为其家属（他们在相应保险义务情况下会是在社会护理保险中享有家庭联保）订立和维持一份保险合同，该合同在类别和规模方面应规定与社会护理保险的给付等值的给付。在私人护理保险中，不需要续保的权利，这是因为续保只有通过合同的解除才能结束。

私人企业的给付必须在类别和规模上是与社会护理保险的给付等值的。保险保护的等值性的先决条件是，个人无论在门诊还是住院护理时获得货币给付，其数额高低就和社会护理保险中为护理需要的各个等级所规定的那样。这就是说，在私人护理保险中，是用等值的货币给付来取代社会护理保险的实物给付。对于有权获取补助金的人而言，给付是按比例分配的。

为了在私人护理保险中为老年人的保险保护确保适当的、社会相

宜的条件和保险费,法律为所有的保险合同规定了以下内容:

- (1) 私人企业有义务订立合同;
- (2) 不排除投保人的前期疾病,无需附加费;
- (3) 已经有护理需要的人不允许被排除在外;
- (4) 不允许约定比社会护理保险中更长的给付候领时间;
- (5) 保险费不允许按照健康状况划分等级,也不允许按照性别加以区分;
- (6) 保险费的数额不允许超过社会护理保险的最高数额;对于拥有部分费用费率的、有权获取补贴的人,不得超过最高保险费的50%;
- (7) 投保人的未工作的子女无需缴费的联保,按和社会护理保险中一样的条件施行;
- (8) 对于配偶双方,不允许收取超过社会护理保险的最高保费150%的保险费,倘若配偶一方的总收入(毛)每月始终未超过低薪工作情况下的355欧元或400欧元。

## 6. 有权获得给付的人群

### 6.1 一般情况

护理需要划分为三个等级。对于护理等级的归属而言起决定作用的是,在具体情况下必要的帮助需求以及所需帮助的频率。护理需要的定义与等级划分是如此设置的,以至于它们对于其他法律也是能够被接纳的,除非各单行法的特殊性证明了有所不同的理由。

帮助在于提供资助款、部分或全部承担日常生活过程中的料理,或者在于以独立承担这些料理为目的的监视或指导。

对于心理、智力残障和脑损伤的人群而言,明确的是,不仅每日重复料理上的直接救助属于给付请求权,而且这些料理上的必要的指导和



监视也如此。

至于有护理需要的儿童,和健康儿童相比存在的额外救助需求对于各个护理等级的归属则是决定性的。

## 6.2 护理需要的概念与等级

### 6.2.1 原则性内容

护理保险意义里有护理需要的是那些由于身体、智力或心理疾病或残疾,为日常生活过程中重复的料理,在显著或更高程度上长期(预计至少6个月)需要救助。

据此,护理需要应与疾病和残疾相区分:不是每个病人或每个残疾人均是有护理需要的。但是,每个护理需要的人之所以处于这种状况,却是由于疾病或残疾造成的后果。

“疾病”、“残疾”和“通常的定期重复的料理”的概念是在法律中明确定义的。它们通过护理保险机构的准则被进一步细化。

### 6.2.2 疾病或残疾

属于其中的有:

(1) 器官丧失、瘫痪或支撑和运动器官上的其他功能性障碍,例如截肢、天生畸形、横断面瘫痪、痉挛性瘫痪、脊椎疾病等;

(2) 内脏或感官的功能障碍,例如呼吸器官、呼吸道、循环系统、血液系统、消化器官以及肾和尿路等的功能紊乱;属于其中的还有视力障碍、盲眼、重听以及如糖尿病、先天性黏液稠厚症等新陈代谢紊乱症;

(3) 中枢神经系统紊乱,如刺激、记忆或方向紊乱,以及内生的精神病、神经病或智障,例如阿尔茨海默氏病、痴呆病,对于儿童还有与年龄相宜的语言发展的问题。

日常生活的料理细分为四个部分:

(1) 身体护理部分:洗、冲、浴、牙齿护理、梳头、剃须、大小便;

(2) 进食部分: 与嘴巴相宜地烹制食物或进食;

(3) 移动性部分: 独立起立和上床, 穿衣脱衣, 走路, 站立, 走楼梯或离家以及重新找回家;

(4) 家政照料部分: 购物、烹调、清洁房屋、清洗碗碟、更换和清洗衣物, 或者取暖。不属于护理保险意义里的护理是洗发、剪手脚指甲, 散步陪伴或参加文化活动。

护理保险的给付应致力于涵盖护理需要者对基本护理和家政照料的需求。单纯的只是需要家政照料方面的帮助是不能得到护理保险的融资的。

基本护理包括必要的非医学上的、护理性的给付, 例如身体护理和卫生方面的帮助, 以及上床睡觉、躺下休息以及进食方面的帮助。家政照料包括那些服务于一般家政和生活操持的工作, 特别是指房屋保洁和衣物的供给。治疗性护理(例如注射、换绷带或开药方等)仍然是法定医疗保险的任务。

归入三个护理等级按照的是社会医学标准, 这就是说要考虑到护理需要者的住家和社会环境。并不能因为一名护理需要者白天待在屋子外, 就因此否认其帮助需求的存在。

除了帮助需求的频率, 还需要一个时间上的最低消耗, 这一消耗是一名家属、邻居或另一名不是作为护理专业人员培训过的护理人员出于所述帮助所需要的。

列入一个更高的护理等级和首次确定护理需求一样, 只有在以下情况下才可能: 当相应的护理需求持久地, 也就是说预计存在至少6个月。由此一方面“持久”的概念得以具体化; 但另一方面通过“预计”这一概念考虑到, 在6个月到期前就能对护理需要是否存在作出决定, 而且倘若可以预见, 帮助需要这一状态持续的时间将超过6个月。由此可以确保, 某个需要帮助的时间少于6个月, 也能从护理保险中得到给付, 如果



医学诊断使得很可能发生的事情是,余留下来的生活时段短于6个月。

只有在每日有帮助需要的时候,护理保险机构的帮助才能启动。若帮助的需求更少,必要的帮助费用必须由护理需要者自己承担,或者他可以在贫困情况下,申请领取社会救济金。

分级到相应的护理等级,这对于护理保险的所有给付均是决定性的,不管是涉及居家护理还是住院护理。

### 6.3 护理等级 I、II 和 III 的护理需要者

护理保险区分三种护理等级(也请参见图2):

#### 6.3.1 护理等级 I——显著护理需要

(1) 是以下人员,他们在进食、身体护理或行动方面,在其中一种或多种方面有至少两次料理,至少每日1次需要帮助;

(2) 此外,每周多次需要家政照料;

(3) 基本护理和家政照料方面的帮助需求必须每天至少1.5小时,其中基本护理需要45分钟以上。

#### 6.3.2 护理等级 II——严重护理需要

(1) 是以下人员,他们在进食、身体护理或行动方面,至少每日3次在不同时间段需要帮助;

(2) 此外,每周多次需要家政照料;

(3) 基本护理和家政照料方面的帮助需求必须每天至少3小时,其中基本护理需要至少2小时。

#### 6.3.3 护理等级 III——最严重护理需要

(1) 是以下人员,他们在进食、身体护理或行动方面,每日24小时需要帮助;

(2) 此外,每周多次需要家政照料;

(3) 基本护理和家政照料方面的帮助需求必须每天至少5小时,

其中基本护理需要至少4小时。

#### 6.4 有关极端个例的规定

护理保险机构可以在特殊的卧床不起的个例情况下,出于避免极端个例情况,把护理等级Ⅲ的护理需要者认可为极端个例,如果存在着极其高的护理需要,这种需要远远超出护理等级Ⅲ的通常程度。

#### 6.5 确证护理需要的程序

护理需要的各个等级的确证以及与此相关地对其他先决条件的审核,在社会护理保险中是护理保险机构的任务。一般在护理需要者提出申请情况下,有时在没有申请情况下也必须作为,如果它从第三方机构处获悉,护理需要面临出现或已经出现。法定医疗保险的“医学服务机构”然后就同时审查康复的可能性,但也审查提供护理辅助工具和技术帮助的可能性。此外,它编制一份个人的护理计划,该计划应表明具体的帮助需求,这个需求是基于医学方面的认识以及居家情况得出的。

初次检查以及在适当的时间间隔进行的重复检查,由医学服务机构在预先告知上门访问情况下,在护理需要者的居住区域里进行。

## 7. 护理保险的给付

护理保险的给付可以区分为以下给付:

- (1) 护理实物给付(服务);
- (2) 全住院护理;
- (3) 部分住院护理;
- (4) 自找护工情况下的护理金;
- (5) 货币给付与实物给付相组合;



- (6) 代班护理;
- (7) 短时护理;
- (8) 白天护理与夜间护理;
- (9) 用于护理人员社会保障的给付;
- (10) 针对家属和志愿护理人员的护理培训班;
- (11) 护理辅助工具和技术帮助;
- (12) 居住环境改进。

表2是护理保险的每月资金数额的概览。

表2 护理保险的给付

	居家护理		全住院护理
护理等级	护理服务机构的 实物给付	或 自己解决护理 时的护理金	
I	每月420欧元	每月215欧元	每月1 023欧元
II	每月980欧元	每月420欧元	每月1 279欧元
III	每月1 470欧元	每月675欧元	每月1 470欧元
	可以组合		
III+	每月1 918欧元		每月1 759欧元

- 用于护理辅助工具的支出(先由医疗保险机构承担)
- 消费用品的支出每月31欧元
- 住房调整一次性给付,最多2 557欧元
- 护理人员的社会保障

### 7.1 预先保险时间

作为护理保险的成员、家庭联保成员或续保者,适用他们的是2年的最低预先保险时间。而且,预先保险时间是在社会护理保险还是私人

护理保险中度过的,这并不重要。在此,在私人护理保险中度过的时间必须无中断地持续到社会护理保险中的保险义务开始的时候。

## 7.2 居家护理的给付

### 7.2.1 护理实物给付(服务)

那些在自己的家里或是在另一个他们被接收的家里接受护理,通过上门的护理帮助获得基本护理和家政照料。这一护理帮助由适当的护理人员提供,他们要么是由护理保险机构直接雇用的,要么是由一家与护理保险机构签订有照料合同的门诊护理机构(例如一个社会卫生站)雇用。基本护理和家政照料包含前述料理方面的帮助服务。

倘若存在着更高的护理需求,该需求的费用护理需要者无法自己承担,为此的支出由社会救济承担机构在《联邦社会救济金法》条件下补充承担。

### 7.2.2 自找护工情况下的护理金

护理需要者可以不用上门的护理帮助,而是申请一笔护理金,该款是每月预先支付的。护理则可以由家属、志愿护理人员或商业性的护理人员提供。但是,出于护理需要者的利益,仍然要求借助于护理金必须以适当方式确保必要的基本护理和家政照料。

如果护理需要者居住在一家老年公寓、养老院、残疾人公寓或一家类似的残疾人设施中并能自己做自己的家政,享受居家护理给付也是可能的。如果这样一个设施中的护理需要者需要护理给付,应使他能够借助于护理金来自己通过志愿的护理人员或通过专业帮助(护理实物给付)确保护理。但是,倘若在一家护理需要者所逗留的设施是一家护理院或一家带有全住院护理的类似设施,居家护理的请求权就被排除掉了。

领取一笔护理货币给付的护理需要者被要求,根据护理需要的



程度:

(1) 若等级 I 和 II, 至少每半年一次;

(2) 若等级 III, 至少每个季度一次利用由护理保险机构许可的护理机构(例如一家社会卫生站)的护理服务。护理需要者必须证明有护理专业人员提供过服务。

护理专业人员若是及时地感觉到护理人员在健康方面被苛求了, 可以通过提供咨询和帮助, 以及通过提示参加护理培训班、白天护理等, 致力于护理人员的负担的减轻。

### 7.2.3 货币给付和实物给付的组合(组合给付)

护理需要者若是未用尽他按照其护理需要的程度可拥有的居家护理帮助的规模, 那么他在这之外有权按比例获取部分护理金。具体比例根据相应的实物给付(服务)的最高额度与实际利用的额度之间的比例来计算而得。按照这个比例, 依申请并在提供相应证明情况下按比例支付护理金。

### 7.2.4 由代班护理专业人员提供居家护理

根据护理保险法, 护理人员是指那些非从业性地在一位护理需要者的居家环境里每周至少护理他 14 小时的人。这一规定考虑到了这样一个事实, 即护理要求护理人员在身体和心理上作出许多付出。但是, 许多护理人员自己已经上了年纪, 自己也有健康上的疾苦。倘若这名护理人员生病了, 或是去疗养休假, 恰恰是为了为继续护理行为积聚新的能量, 那么, 这不应导致护理需要者为此必须转到住院护理帮助去。同样的规定也适用于其他重要的原因, 例如护理人员的直系亲属的患病。在所有这些情况下, 护理需要者每个日历年有最多 4 周的时间有权在实物给付之外获得代班护理专业人员的护理帮助。若是护理金的领取人员, 则代班护理的给付取代护理金。

如果是由以下护理人员进行代班护理: 他们是与护理需要者最多

是第二级亲属或姻亲关系,或者与他生活在一个住家共同体中,就被推断为,替代护理不是从业性质进行的;在此,护理保险机构的支出不得超过按照各个护理等级叠加起来的护理金的数额。最多第二级亲属尤其是指护理需要者的子女、孙子女、父母、祖父母以及兄弟姐妹。但是,如果这些非从业性质的护理人员产生了必要的支出,例如收入损失或车费,那么护理保险机构可以额外承担这些费用。

护理代理的请求权的先决条件是,护理人员在其有事需代班前,已经对该护理需要者在其居家环境里护理了1年。但是,并不要求护理人员在以后每一次重新中断护理工作时还得在此前已经护理过12个月。

### 7.3 部分住院护理和短时护理

#### 7.3.1 白天护理和夜间护理

倘若居家护理不能充分得到保障,则提供白天或夜间护理设施中的给付,例如在危急情况下如护理需要性在短期内进一步恶化了,来减轻护理人员的负担。

其他可以获得白天护理或夜间护理的情况可以是:

- (1) 为了使护理人员能从事(部分时间制)工作;
- (2) 为了让护理人员得到必要的、部分的负担减轻;
- (3) 对护理需要者只是需要每天数小时但持久地看护。

获得白天护理或夜间护理的请求权,在时间上是没有限制的。

白天护理和夜间护理的给付数额是按照护理需要的程度累进的,在此,该数额与居家护理的护理实物给付的金额(从2010年1月1日起为440欧元、1 040欧元或1 510欧元;从2012年1月1日起为450欧元、1 100欧元或1 550欧元)相等。在居家护理情况下,在护理实物给付和护理金以外,白天护理和夜间护理框架里的给付也是可能的,倘若



适用于各个护理等级的最高额度未被用尽。这一按比例发放的护理金的数额是如组合给付情况那样测定。

由此，护理实物给付和部分住院给付是可以并行发放的，只要每个日历年接受的给付的价值总计未超过护理实物给付的相应最高数值。

按比例发放的护理金数额以总计接受的实物给付（白天护理和夜间护理或白天护理和夜间护理加上护理实物给付）与相应护理等级的护理实物给付的最高价值之间的比例为准。

针对极端个别情况的给付的提高，例如在护理实物给付或全住院护理情况下，依据法律，未在部分住院护理中作出规定。

通过设立和扩建白天护理和夜间护理的设施，提供一种替代全住院护理的可能性。与此相关，可以比在居家环境里更大规模地接受康复措施，例如通过人工治疗和生理治疗方面的措施的提供。

### 7.3.2 短时护理

倘若住院护理暂时不能、还没能或未能在必要规模里提供，且部分住院护理也不够，就有在一家全住院设施中获取护理的请求权，每个日历年最多4周。短时护理的目的在于减轻护理人员的负担，并避免护理需要者在护理人员短暂缺失情况下就必须长期过渡到全住院护理。护理需要者在这段时间内被接纳入一家全住院设施，并在那里得到护理。

可以要求获得短时护理的情况举例如下：

（1）在接受一次康复措施之后，护理人员还不能马上承担居家护理；

（2）护理人员较长时间地生病、休假或其他事由，且超出了护理人员代班护理的为期4周的时间限度；

（3）至今的护理人员完全缺失；

（4）护理需要性短期内显著恶化。

护理保险机构用于短时护理的支出包括基本护理、医学治疗护理以及社会照料。这一金额原则上对所有护理等级均相同。倘若该金额不足够,可以在符合相应条件情况下接受按照《联邦社会救济法》可以获得的给付。

#### 7.4 全住院护理的给付

尤其在以下情况下需要全住院护理:

- (1) 在护理人员缺失情况下;
- (2) 在护理人员面临或已经出现负担过重的状况;
- (3) 在护理需要者面临或已经被遗弃情况下;
- (4) 在护理需要者自我伤害或对他入伤害情况下;
- (5) 在缺乏居家护理所必需的空间条件情况下。

若进行全住院护理,则规定了以下给付:

- (1) 与护理相关的支出;
- (2) 医学治疗护理的支出;
- (3) 社会照料的支出。

护理保险的给付取决于护理费用的资金来源。

护理保险尤其不承担以下费用:

- (1) 食宿;
- (2) 投资费用(例如一家养老院的现代化改造措施)。

护理保险机构在住院护理情况下,承担由护理造成的支出。这作为过渡,依据固定的、按照护理等级累积起来的、用于基本护理、社会照料和医学治疗护理在具体情况下所需给付的金额。

在这里有关的是总包金额,即使在具体个例中由护理造成的支出低于这些总包金额,也将支付总包金额。这一金额的削减只有在以下情况进行:当护理需要者必须自己承担的比例,少于居住养老院总费用的



25%。由此是为了顾及这样一个基本原则,即每个住院护理需要者必须自己承担食宿费用。

### 7.5 针对家属和志愿护理人员的护理培训班以及护理咨询

由护理保险机构提供的或与自由慈善护理机构、国民高校、社区小组等合作组织的培训课程旨在使居家护理变得更容易,并在质量上得到改善。护理保险机构与那些实施这类课程的设施的承担机构就课程的实施及其内容订立框架协议。若是继续教育措施,则免费传授或深化独立实施护理的知识,这些知识是在居家环境里的护理活动时必需的。培训也可以在护理需要者的居家环境中进行(例如具体指导特定的护理活动或辅助工具的使用)。

从2009年1月1日起,作为护理保险的给付,引入了护理咨询。护理咨询师的任务其中包括:编制个人的照料计划,汇总个人的帮助和资助内容以及帮助照料计划的实施。

拥有请求权的是护理需要者、痴呆症患者(即使是属于护理等级0)以及那些在鉴定前存在着明显的帮助和咨询需求的申请者。

## 8. 小结

在实施了14年护理保险之后,尽管存在着众多挑战和问题(也请参见本论文集申君特·默克尔的文章),人们有理由说:德国的护理保险经受住了考验。如果没有引入护理保险的话,问题会更大而不是更小。这也是人们通过国际比较可以看到的。

当然,并不是和护理相关的所有困难已经得到或能够得到解决,但是,若是在德国不存在这样一个法律依据,护理保险的当前必需的继续发展会更加复杂。

如今, 不仅由于广为讨论的人口结构变化, 使得人们对社会气氛比20年前更敏感; 这也属于公民社会主要的讨论之一, 即人们如何来对待社会中最弱势的群体, 也就是有护理需要的人。但恰恰这个范围应该是衡量一个以人为本的社会的尺度, 这在全世界任何地方均是如此。

# 德国护理保险的实践： 老人中心“勒沃库森市”

维尔弗里德·拉内

Wilfried Lahne

## 1. 老人中心“勒沃库森市”——德国护理保险的诞生地

工人慈善组织(AWO)老人中心“勒沃库森市”于1972年作为德国的模范设施、按照最新的护理学和建筑学方案建造。它位于北莱茵—威斯特法伦州(北威州)的勒沃库森市(16万居民)。

北威州有1800万人口,有着混合的工业和乡村文化。核心工业位于所谓的鲁尔区,这个地区过去是以采煤和炼钢为特征的。

勒沃库森市数十年来受到了制药业巨头拜耳股份公司的影响。高昂的工业税收收入大致在20年前使得勒沃库森市成为德国最富有的城市之一,建造一所昂贵的养老和老人医院当时在财政上不成问题。

老人中心“勒沃库森市”的承担机构是工人慈善组织<sup>①</sup>。该组织是德国六大国家认可但又自由的慈善团体之一。著名的慈善团体还有红

---

<sup>①</sup> 工人慈善组织(AWO)是在第一次世界大战以后于1919年由德国社民党(SPD)建立的。工人慈善组织当时是工人的一个自助组织,由于它以社会民主主义为导向且具有民主的结构,因此在纳粹时期被禁止。在1945年以后,工人慈善组织作为政党政治上独立的、结构多元的社会福利组织得以重建。

十字会或者天主教会组织“博爱”。这些非政府组织（NGO）承担和管理着德国约50%的老年护理院。

建造老人中心是根据市议会的决议进行的。市政府在老人中心（1972年）建成后把经营管理权转交给了工人慈善组织，附带的义务是，在这所模范建筑的名称里要提及市政府的参资。另外，它要求，护理部分不应作为传统的护理院，而是作为一体化的老年病人院来运营。由此形成了当时在德国还是新的、与老年病学诊所的关联性。勒沃库森市市政府在1969年设立了老年病学诊所，作为市医院中的拥有152个床位的新科室。在老人中心的老年病人院如今是老年病学康复的组成部分，其任务在于，以同样的手段与可能性（重症护理、专业医生照料、生理与人工治疗）为那些从老年病学诊所中出院的病人继续进行长期康复。

由此，老人中心“勒沃库森市”是作为一体化的养老和老年病人院开始的。养老院当时有7个楼层作为居住区，老年病人院则有两个楼层。中心的容量开始时设定为164张床位，后来增加到195张床位。

老年病学诊所（急诊）和老人中心的老年病人院（康复）之间的合作，导致了诉诸法院的有关融资的争议。患者要求医疗保险机构不仅承担治疗的费用，而且承担在老年病人院中的安置费用。他们主要的论据是，例如对中风病人，在老年病学诊所中急诊后，在老年病人院中的长期治疗和照料绝对是同类的。医疗保险机构拒绝承担费用导致了在社会法院的一起标准诉讼，该诉讼在一审时获胜，但在上诉程序中由于有程序缺陷而失利了。由此，拥有财产的患者在老年病人院中也必须全部或部分地承担费用。其他人则和护理院中通常的情况一样，获得社会救济的补贴。

倘若由工人慈善组织以及勒沃库森市支持的患者的这一标准诉讼获得成功的话，那么就不需要设立一个专门的护理保险来为老年病人院的护理风险承担费用，这是因为护理需要将等同于住院治疗需要意义



里的一种疾病。

工人慈善组织并未提起上诉,而是启动了一个倡议,要求通过设立一个专门的护理保险来为老年护理费用引入新型的融资方式。其他的慈善团体也加入了这个倡议行动,而且乡镇的全国联合会也加入了。但是后来又过去了20年,直到德国联邦议院1994年就护理保险法作出决议。

在护理保险引入之后,护理需要者中社会救济金领取者人数从80%下降到20%。通过引入护理保险来减轻居民以及作为社会救济承担机构的乡镇的财政负担的目标在很大程度上得以实现了。

北威州利用这一财政上的减负,在2003年通过制定一部州护理法作出决议,到2018年以前对北威州的所有护理院进行现代化改造,并使得它们的80%的床位容量能以单间形式提供。AWO的老人中心“勒沃库森市”于是在2007年投资近1400万欧元,用于新建76个床位,并对养老与老年病人院余下的120张床位进行现代化改造,使得这家护理院重又成为德国最现代化的设施之一。

如今,单间数量多使得尤其是高度痴呆的住户能把许多个人物品,如坐具、小型柜子、墙饰和桌饰带过来,并由此能在熟悉的环境里更有方向感,以及能更好地适应生活。由此,经常在多床间出现的问题,如没有方向感的同室住户误把其他住户的私人物品据为己有,能够得以显著降低。单间的其他的好处在于:能够个人选择广播电视节目,并对房间进行通风或抽风。

## 2. 护理院的融资——护理保险、私人融资以及社会救济之间的费用分摊

在北威州,目前有2200家门诊护理服务机构、300家用于白天护

理、夜间护理和短时护理的部分住院设施以及 1 600 家、共计拥有 15.3 万张床位的老人护理院。这些护理院中有 70% 目前还未达到州护理法规定的现代化改造的条件。这些理想目标是否以及如何能在 2018 年之前得到资金支持，至今仍然是一个大问题。

在费用核算中，人们区分用于食宿、护理和投资的支出。从老人中心“勒沃库森市”目前的价目表（参见附件 2）中可以看出，住宿费针对所有护理等级做出了统一规定（每天 14.61 欧元）。这一点也适用于伙食费（每天 11.25 欧元，包括制作费用）。

明显的区别在于各个护理等级中的费用，由于各个护理等级的照料消耗有着非常大的差别。在护理等级 III 中的每天的消耗（78.96 欧元）差不多是护理等级 I（27.14 欧元）的近 3 倍。在最高的“极端个例”范畴里，消耗更是高达 88.26 欧元。

护理保险仅承担护理的费用，但不承担其他支出。而且其抵偿费低于每月实际产生的护理费用。例如，护理等级 III 中的护理支出大约为 2 400 欧元，但是护理保险仅承担其中的 1 470 欧元。在德国，对于护理风险，仅存在着部分保险，余下的差额必须由私人承担，或者对于较贫困人群由作为社会救济承担机构的乡镇支付。对于由于护理保险的引入而得到减负的乡镇而言，由于护理需要者人数不断攀升，重又面临高昂的融资需求。

另一个大的费用因素是用于投资费用的再融资的每月保险费，这在老人中心所有护理等级的单间目前为每日 23.36 欧元。在现代化改造前，该款项还为每日 9 欧元。从 2003 年开始，护理院的现代化改造和新建，由于法律的修订，必须由自由的资本市场（需付息、偿还）来筹集资金。因此，再融资，正如价目表所显示的，要由住户来承担。在测算住户自己必须承担什么、乡镇又作为救助补贴些什么时，考虑的不只是护理需要者的收入，还有其财产。1 万欧元以下



的现金资产仍然免被计入；而且，由护理需要者的配偶居住的自有房屋也无需出售掉。为了使护理保险不至于成为“遗产保护法”，社会救济在这种情况下仅发放一笔贷款，这笔贷款在出售自有房屋时要加以兑现。

倘若自己的资金不足以在扣除护理保险给付之后支付每月费用，则由乡镇政府通过护理住房补助金和社会救济金来进行共同融资。因此，现代化改造活动在未来数十年里也会在财政上承受显著负担。

但是，现代化改造行动必须仍然满足于社会政策目标，即要有利于护理院住户得到有尊严的护理。因此，令人感到高兴的是，住单间在德国拥有高度优先性，双人间事实上还只有夫妻或期望伙伴加以利用。

### 3. 住户在他们自己选举产生的咨询委员会中的共决与参与

老人中心“勒沃库森市”早在1972年就具有示范效应地引入了住户权利。它们后来被纳入了联邦护理院/养老院法以及护理院/养老院参与规章。护理院的住户选举一个自己的小型的院议会，该机构在护理院管理的决定性问题中可以共同决定或参与协作。例如，护理院的承担机构若是打算提高费率，必须向院咨询委员会听证。这就是说，费用的提高不能由于院承担机构对可能的利润的贪欲而随意进行，而是必须很好地说明理由。在业余时间的安排、大楼规章以及餐食提供等事宜上，这个由住户选举产生的咨询委员会甚至拥有共决权。在北威州，从2009年1月1日起，护理院参与协作规章在内容上部分加以严厉化了。令人瞩目的是，“护理院/养老院”这个词被“居住”这个词取代了，由

此,该法规也被称作“居住与参与法”。为此,住户应能积极参与居住的安排,并为此把专家型的、不在该设施中居住的人也纳入每2年举行一次的选举中。

#### 4. “门诊优先于住院”——而且自找护理人员的比例高

在拥有1 800万人口的北威州,在2007年有484 801个护理病例从护理保险中获得了给付。这相当于每1 000个居民中有27人。绝大多数护理需要者(68.3%)在家里得到照料,绝大多数是通过自找的护理人员(46.3%),有22%的人获取门诊护理服务,另有31.7%的人在养老院和老人护理院获取护理照料。

表1 勒沃库森地区2007年护理保险给付获取人员(地区比较)

地 区	给 付 获 取 人 员				
	每千居民	总 计	自找护理	门诊护理	住院护理
勒沃库森	29	4 707	55.5%	15.5%	29.1%
北威州县级市	27	203 589	45.1%	22.2%	32.7%
北威州的县	27	281 212	47.2%	21.9%	30.9%
北威州	27	484 801	46.3%	22.0%	31.7%

勒沃库森市虽然在住院和居家照料方面有着类似的分配,但是自找护理人员的比例(55.5%)要明显高于该州的平均水平。在这当中表明了对居民好的信息政策的影响。接受门诊和住院护理的人员的比例也相应较低,这导致社会救济的支出较少。

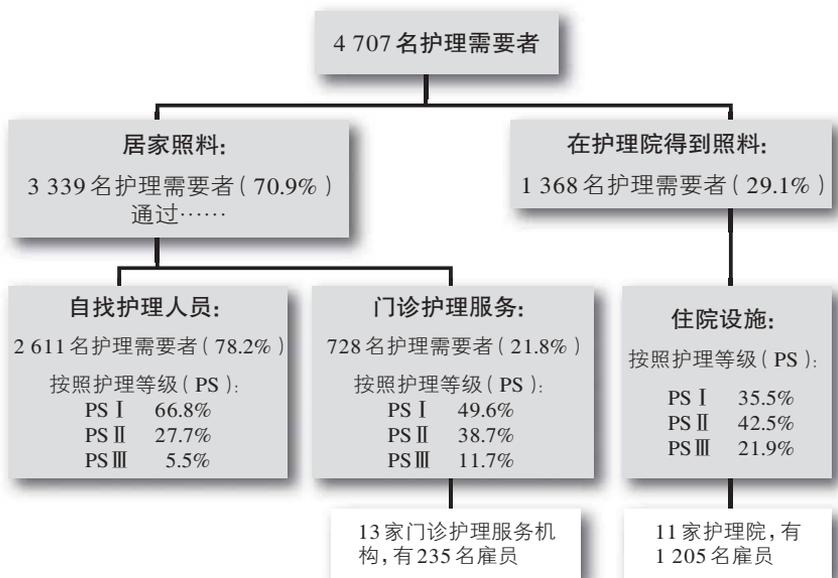


图1 2007年勒沃库森的护理情况

勒沃库森目前有 11 家护理院，共 1 368 名住户；其中有 65% 的人在护理等级 II 和 III。在护理院中工作的员工数为 1 205 名。

有 13 家门诊服务机构照料着 728 名护理需要者。在护理等级 III，护理院中的护理需要者的人数差不多有 100%。这也符合社会政策方面的规定，即在护理院护理应尽可能在高龄以及在最严重护理需要情况下进行（主导原则“门诊优先于住院”）。

## 5. 护理院中的年龄结构和逗留期限

表 2 说明了 AWO 老人中心中人口结构的发展变化情况。老人中心中的主要群体是 80 岁至 90 岁的人群，他们占有所有护理院住户的近一半。紧接其后的是 90 岁以上的住户，其比例在 26% 至 31% 之间波动。

在2007年,有4名住户年龄超过了100岁。在AWO老人中心中,年纪较轻的老人(小于70岁)比例很少,少于10%。

**表2 AWO老人中心“勒沃库森市”年龄结构变化情况  
(2004—2007年,护理院住户均为各年年底数)**

年龄组	2004	2005	2006	2007
90岁及以上	27.8%	31.1%	27.1%	26.4%
80岁到90岁以下	47.4%	47.4%	47.4%	47.2%
70岁到80岁以下	16.0%	14.4%	18.8%	18.8%
70岁以下	8.8%	7.1%	6.8%	7.6%

单身、严重痴呆以及年龄超过80岁,这些主要特征是搬入一家护理院居住的理由。在老人中心的女性当中,在2007统计年,约有70%的人是丧偶的,男性方面这个比例仅为大约40%,这是因为在自己的住房里,配偶还通常承担着护理工作。

社会政策目标“门诊优先于住院”对住户的组成产生影响。进入住院老人护理设施的年龄在过去几年提高了,逗留期限由此迅速下降。同时,有着高护理需求的住户的比例提高了。

1972年,即老人中心“勒沃库森市”开张的那一年,接纳住户的年龄平均为76岁,住户的年龄平均为80岁。平均逗留期超过10年。

在2007年,接纳入院年龄平均已经为82岁,住户平均年龄则为87岁。平均的逗留期限为2年以下的占55%,2年以上的仅占45%。如今明显降低的逗留期限在很大程度上均衡了对住院位置的不断增长的需求。

根据护理院类型不同,逗留期限也不同。有一些护理院的逗留期限仅为略多于1年。这并不意味着,这些护理院的护理质量差。诊所越来越对更短的逗留期感兴趣,这是因为这些诊所在融资方面,无论患者的逗留期限,还获得所谓的“每例总包价”,因此倾向于过快地把老年患



者转给护理院。然后这些护理院就必须承担临终陪伴(镇痛护理),虽然在许多情况下更人性的做法是,在生命明显即将结束前不再从一家诊所转到一家护理院或医院。

## 6. 护理院住户的财政状况

并不存在有关护理院住户的财政状况的详细的统计。但是,可以援引社会救济金领取者比例这一数据作为护理院安置的财政负担的粗线条指标。1975年,在老人中心“勒沃库森市”中,社会救济金领取者的比例为84%。自1996年护理保险引入以来,这一比例显著降低,降至大约为20%。如今这一变化趋势又逆转了。在2009年,社会救济金领取者的比例重又提高到近40%。

表3说明了2004年至2007年间的这一发展变化情况。在短短3年时间里,自缴费者人数从135名住户减少到116名住户,而依赖于社会救济的住户群体从54人增长到68人。这一趋势在护理等级IV特别明显,在那里造成了最大的护理费用。

表3 老人中心“勒沃库森市”的护理融资情况  
(护理院住户,按护理等级)

年份	自费人员					社会救济				
	护理等级 I	护理等级 II	护理等级 III	护理等级 IV	总计	护理等级 I	护理等级 II	护理等级 III	护理等级 IV	总计
2004	1	60	54	20	135	1	15	29	9	54
2005	3	59	45	25	132	1	18	25	10	54
2006	0	55	56	14	125	1	17	22	16	56
2007	0	43	55	18	116	1	20	25	22	68

这一趋势逆转的原因在于护理费用的增长。护理费率每年在调整，而护理保险中的给付并未以同等规模增长。此外，护理院住户还需额外承担现代化改造的投资费用。例如，用于投资的费率从270欧元上涨到730欧元。这一护理保险并不承担的额外负担要由越来越少的自费住户承担。由此，只能依靠社会救济金来承担费用的护理需要者的比例重又上升了。

## 7. 质量保证与公共监督

乡镇的护理院监督机构以及医疗保险机构的医学服务机构定期监督门诊服务机构和护理院，审核它们是否遵守法律规定。护理规划、相应的护理文档化、护理与医学照料、对待痴呆住户的做法、社会照料与日常生活的安排、居住与膳食状况、家政与卫生等，是医学服务机构在公布其“质量证书”时的最重要的审核标准，质量证书是出具给每家设施的，打分从优到差不等。用户在入住护理设施之前应该能够了解，他想进的一家护理院是不是一家好的护理院。因此，护理院均有自己的质量管理体系。

目前，人们对医学服务机构按照学校打分式的评价体系（在并不总是可以比较的标准上打分，然后在最后总评中计算平均分）是有争议的，要加以修正。

## 8. 护理人员

用于由食宿和护理等组成的收入的护理费率，有80%是花费在人员费用上。联邦立法机构在一份护理院人员条例中规定了护理人员的专业技能。据此，50%的护理人员必须接受过为期3年的作为老年人护



工或护士的培训。20%是男性专业人员,作为老年人或病人护工。其他员工则是护理辅助人员。

他们的报酬收入取决于根据其担任的职务和经历而被列入的工资级别。例如,在2008年,一名没有孩子的、未结婚的护理专业人员的毛收入为2 500欧元,扣除税款和保险费后的净收入为1 550欧元。

### 8.1 人员配备与人员比

人员比是依据护理人员与由他们照料的、一定数量的住户之间的比例得出的。1975年,当时在护理院中严重需要护理者人数较少,因而老人中心“勒沃库森市”中的职位比为1:3.7。随着人口结构以及护理结构老化的加剧,护理院中达到最严重护理需要的人的比例为65%,因此,在2007年需要的人员比为1:2.7。

在一些护理院中,越来越难以使专业人员比例达到50%,这是因为大量专业人员在工作5至10年之后,退出了这个职业。原因在于他们组建了一个家庭或想要从事一份轻松一点的工作。

### 8.2 人员短缺

护理职业的培训失去了吸引力,这是因为培训的目的由于费用限制而服务要求不断提高,越来越不再能在日常实践中得到实现。

住户、家属和员工对人员短缺的抱怨,已经让人听腻了。在专业培训中,人们学会了所谓的全面护理,例如住户照料也需要用于护理人员与住户沟通的时间。但是,在所谓的功能性护理过程中,由于要承担各种任务,所以,这种沟通时间并不存在。与护理无直接关系的活动如今占至少30%,绝大部分是被书写任务占据了,其中包括毫无争议所必需的护理规划与护理文档化。在老人中心“勒沃库森市”最初运行的几年里,护理人员在其住户的康复方面还取得了巨大成果,而且还能让住户

出院回家，如今，护理服务领域的员工几乎没有可以相比较的成果。这其中的原因也在于，医院过早地把病人转到护理院，这些护理院因而必须更多地承担收容所和止痛护理工作。

## 9. 总结：至今工作的经验和结论

在德国护理院中，在过去数十年里，尽管护理任务日益沉重，但是，医生和专业护理照料得到了明显改善。正如前述，需有更多人员的要求对于行政经理以及护理服务领导层而言将始终伴随。

护理保险的引入，尽管为改善人员配置带来了额外费用，但是给受护理人员带来了财政负担的减轻。因此，许多人不再依赖于社会救济，由此在辛劳一生后不再只是“零用钱领取者”：该零用钱在2009年为每月约95欧元，护理院不承担的、个人需求的所有事宜要从该资金中抵偿。

当前的护理保险中的部分保险模式必须继续发展为一种全包保险模式，以便乡镇也能更大幅度地从社会救济给付中减负。其中最理想的将会是，1972年已经典范式实施的程序，即医疗保险机构或附属在其那里的护理保险对于护理部分的费用不只是承担其中的一部分，而是承担其全部。

这是国民经济上的和政治上的要求。但是，与此同时，雇员也必须愿意在其从事职业工作期间为出现护理需要情况下的老年保障缴纳更高的保险费。但是，从现实来看，目前还看不到这一趋势，或者说还是不可能的。但是，作为目标不应放弃，特别是因为若是新引入护理保险时更加容易实施。事实上，德国在引入护理保险时，保险费率不应定在1.7%，而是应该定在2%以上。此外，尽早在法定护理保险中建立的储备资金在经济危机时期里是给付延续性的一个额外保障。



附件:

1. 老人中心“勒沃库森市”的鸟瞰图



2. 老人中心“勒沃库森市”价目表

		护理等级 0		护理等级 I		护理等级 II		护理等级 III	
		双间	单间	双间	单间	双间	单间	双间	单间
食宿	欧元/天	25.86	25.86	25.86	25.86	25.86	25.86	25.86	25.86
护理费	欧元/天	27.14	27.14	42.22	42.22	60.27	60.27	78.96	78.96
投资费用	欧元/天	18.81	23.36	18.81	23.36	18.81	23.36	18.81	23.36
总计	欧元/天	71.81	76.36	86.89	91.44	104.94	109.49	123.63	128.18
30.42 天	欧元/月	2 184.46	2 322.87	2 643.19	2 781.60	3 192.27	3 330.69	3 760.82	3 899.24
护理保险机构 承担	欧元/月			1 023.00	1 023.00	1 279.00	1 279.00	1 432.00	1 432.00
住房补助金, 最 多承担	欧元/月			572.20	710.61	572.20	710.61	572.20	710.61
在 100%住房补 助金情况下的住 户承担比例	欧元/月	2 184.46	2 322.87	1 047.99	1 047.99	1 341.07	1 341.07	1 718.62	1 718.62
在无住房补助 金情况下的住 户承担比例	欧元/月	2 184.46	2 322.87	1 620.19	1 758.60	1 913.27	2 051.69	2 290.82	2 429.24

# 护理保险的挑战与发展趋势

君特·默克尔  
Günther Merkel

## 1. 德国护理保险当前面临的挑战

德国如今已经有了实施护理保险 14 年的经验。护理保险是随着 1994 年 5 月 26 日的《护理需要风险的社会保障法》（《护理保险法》）（《联邦法律公报》I 第 1014 页）引入的，该法于 1995 年 1 月 1 日起生效。护理保险的设立开辟了新领地；在国际上没有对护理需要的风险提供社会保障的具体范例。

护理保险法的实际运用与实施表明是没有问题的。通过护理保险机构在组织方面挂靠医疗保险机构，可以确保顺利的启动。社会政策上的理性思考是这样的：先从 1995 年 1 月 1 日起收取保险费，然后从 1995 年 4 月 1 日起先提供居家护理、后从 1996 年 7 月 1 日起提供住院护理（也就是安顿在护理院中）。

和在任何一个新的社会给付法一样，要为实际运作澄清的重要法律问题有请求权条件的法律诠释、可被考虑的帮助需求等。对护理保险的主要与实际相关的法律问题的最高司法解释在近 10 年后已经完成了。这并不是相当长的时间，这是因为对护理保险机构的决定的法院审核要由独立的社会法院作出，而且到联邦社会法院的最高法院澄清需要经过 3 个审级。同时仍然可以注意到的是，法院判决抵抗住了想要对护

理保险法的请求权条件加以扩展解释的企图。相反,联邦社会法院的判决经常偏向于采取一种限制性的法律解释。

### 1.1 护理保险生效以来的法律发展

从一开始就有人对护理保险法的方案提出了批评:该方案使智障人士、痴呆患者和残疾儿童处于不利地位。这是因为护理需要的法定概念主要考虑由于运动技能性身体功能的障碍,也就是说通过躯体疾病引发的救助服务,但是未考虑智障人士特殊的指导和看护需求。但联邦宪法法院在其2003年5月22日的裁决中(BVerfG, 1 BvR 452/99)并未纳入这个批评;相反,对有躯体疾病或残疾的人以及有着由痴呆造成的功能障碍的人、有着智力障碍或心理疾病的人,被认为是不平等的对待,联邦宪法法院认为这是“有实质上合理的理由的”。联邦社会法院在其1998年11月26日的裁决中(B 3 P 13/97 R)表示,这种不平等对待“还未达到这样一种程度,以至于必须认为立法考量超出的幅度已经造成违宪”。得到联邦宪法法院证实的(虽然是被说明了理由的)不平等对待迫使立法机构去作为;这是因为一种恰恰还符合宪法的法律状况,对于有着智障、心理疾病或痴呆症的人而言,在政治上不再长期有道理。

作为对这类批评的反应,立法机构为了改善有着救助需求的人的状况,采取了多个步骤:

从2002年1月1日起,有着明显受限的日常生活能力的护理需要者可以获取额外的、用于居家护理的照料给付。在评估日常生活能力是否受限的时候,将借助于在法律中规定的目录表进行审核,例如审核,是否存在对危险物品的不恰当地处置、侵犯性的或与情境不相宜的行为、日夜节奏紊乱或者没有能力独立地规划和结构化每天的过程。

从2006年9月1日起重新修订鉴定指令。新版一方面把联邦社会法院有关护理保险的裁决纳入了指令,另一方面使儿童易于利用给付,



这是因为对于儿童,可以估计家政料理的救助需求。

2008年7月1日起生效的《护理继续发展法》,它首次提高了给付,并计划改善咨询结构和质量保证。针对有着显著受限的日常生活能力但尚未达到列入护理等级 I 的人,规定了一笔照料费,作为货币给付。

## 1.2 对当前法律状况的批评

所有这些措施还不能令人满意地解决把痴呆病人纳入的问题。带有由痴呆造成的能力紊乱的人往往有救助和照料需求,且这种需求超出了一般的救助需求。由于痴呆症患者在身体上往往相对较好,他们至今经常漏到护理保险的格栅以下。但是,从痴呆患者家属的角度来看,难以接受的是,他们所付出的时间(尤其是用于看护他们,以防他们自我伤害或伤害他人)在护理保险中被赋予的权重较少。

但是,还有对有健康障碍和残疾的儿童护理需求的测定,在许多家长以及相关的家属眼里,是不能令人满意的,这是因为由于普遍的看护或为了保护儿童而付出的特殊时间负担一般未能得到考虑。

## 1.3 当前讨论的状态

因此,在不久的将来,德国护理保险的主要内容上的挑战将是,以公正和对于居民能够接受的方式为所有拥有高救助与照料需求的人“量身裁剪”护理保险的给付。

目前,在政治上,人们认为解决方案在于对护理需要这一概念的重新定义。对此,2009年1月26日提交的“审核护理需要性概念咨询委员会的报告”做出了详细的建议。

此外,联邦卫生部长在2008年10月15日请求该委员会提供一份补充报告。其中,该咨询委员会应对引入一个新的护理需要性概念情况下所必需的措施及其对护理保险会造成的费用后果和费用影响作出表态。

2009年5月20日完成的“咨询委员会有关护理需要性概念审核的实施报告”于2009年5月25日向公众公开。

## 2. 人口结构方面的挑战

根据欧盟统计局 (Eurostat) 的数据, 在欧盟 27 个成员国中, 从 2015 年起死亡人数将超过出生人数; 到 2030 年, 将会有和现在相比约一倍多的人达到 80 岁以上 (含 80 岁)。

### 2.1 护理需要者群体的人数

专家们预计, 德国的护理需要者人数, 正如表 1 所显示的, 在进一步发展。到 2030 年, 根据表中预测, 护理需要者人数将提高 50%。预计痴呆患者的投保人数将会有更大增长: 在德国如今约有 110 万名痴呆症患者。到 2030 年, 这个数字预计将提高到 170 万, 增幅将达到 50% 以上。

表 1 护理需要者人数发展趋势

年 份	护理需要者人数
2007	203 万
2010	213 万
2020	264 万
2030	309 万

来源: 联邦卫生部, 护理保险的数据与事实 (2007/2009)。

### 2.2 护理需要性风险

随着年龄的上升, 护理需要性风险也在增加。根据由联邦卫生部 2009 年年初公布的数字, 这个风险依次为:



- 60 周岁以前大约 0.7%；
- 60 至 80 周岁之间大约 4.2%；
- 80 周岁以后大约 28.4%。

同时，到 2030 年，德国的人口数将从今天的 8 200 万缩减到大约 7 800 万。将来必须由一个越来越小的群体来承担社会给付体系的资金来源。与此同时，那些愿意且有能力从事护理活动的家属数量也将减少。

因此，德国面临着双重的人口结构上的问题：将来，护理需要者人数越来越多，而缴纳保险费的人，也就是说为护理保险融资的人却越来越少。与此同时，随着人口的减少而同样减少的护理人员数，却要去照顾不断增长的护理需要者群体。

### 3. 发展趋势以及解决方案的思考

为了找到务实的解决方案，重要的是，首先要说明护理保险积极的方面。对于那些正在为本国或本地区的规定寻找自己的解决方案的国家或地区而言，总结一下德国护理保险至今取得的积极成果，一定是令他们特别感兴趣的。护理保险在德国享有很高的接受度，没有人会想去废除它。通过德国的护理保险，取得了以下值得一提的社会政策成果和社会效应。

#### 3.1 护理保险作为社会政策的调控手段

在像德国这样的工业化国家（那里家庭联合体日益解体、朝着无孩的伙伴关系发展或者家庭只有一个子女），特别是社会政策方面的积极效应引人注目。

德国护理保险的方案始终只是部分保障护理需要性风险。立法机

构受这样一种考量主导,即只有一个相对狭隘的版本才是财政经济上能够承受的,这既包括法律规定或者说“涵盖”的给付方面,又包括有权获取给付的人员方面。但是,立法机构仍然成功地凭借护理保险的给付体系以及“居家护理优先于住院护理”的基本原则来实施一种社会政策上可以积极评价的调控。

绝大多数人希望——这在全世界均是这样——即使在需要护理情况下,待在自己的住房里或至今的住家范围里。其中的原因一方面在于与家属以及一个熟悉的环境的感情上的联结,另一方面在于经济方面的原因。

对于一个普通的养老金领取者而言,鉴于护理院中的费用结构,他一般几乎没有能力依靠其唯一的日常收入即养老金以及护理保险的给付比例,来完全承担德国的护理院位置的费用。这导致了德国众多的护理需要者依赖于额外的国家给付(社会救济给付),倘若需要被接纳入一家护理院的话。

在护理保险生效后,成功地把依赖于社会救济给付的人的比例下降到大约20%;由于护理院中发生的费用变化,这个比例在过去几年又显著上升了。

### 3.2 护理设施的发展

在许多情况下,只有当居家范围的照料不再可能,才能被安置在护理院中,这仍然要归功于护理保险的调控效应。这是因为德国护理保险借助于支付护理金以及为门诊护理服务承担部分费用的可能性,设立了一种激励体制,尽可能久地让需要护理的家庭成员待在住家范围,或者甚至于重新纳入家庭范围。

这些激励也应避免过早地进入住院照料,并由此避免社会救济中较高昂的费用。但是,重要的是对这一调控效应的经济维度进行更加仔细的学术研究。



尽管存在着这些针对住家照料的激励手段,但是,住院的护理设施数从1999年的8 859家上涨到了2007年年底的11 029家,也就是说增长了几乎25%。相反,门诊护理设施数却仅有微小增长,即从1999年的10 820家增加到了2007年的11 529家,也就是说增长了大约6.5% (参见表2)。

表2 护理设施与给付

年 份	门诊护理设施	住院护理设施	按照给付类别细分*		
			全住院的长期护理	短时护理	部分住院护理
2007	11 529	11 029	9 919	1 557	1 984
2003	10 619	9 743	8 775	1 603	1 720
1999	10 820	8 859	8 073	1 621	

来源: 联邦统计局。

\* 提供多种护理服务内容的护理院在这里被多重考虑。

在护理设施中的从业人员数从1999年的624 772名,增长到了2007年的809 707名(参见表3)。

表3 护理设施中的从业人员

年 份	总 计	门诊护理设施	住院护理设施
2007	809 707	236 162	573 545
2003	711 754	200 897	510 857
1999	624 722	183 782	440 940

来源: 联邦统计局。

同时,有养老保险义务的从事护理的家属的人数从1999年的57.4万人下降到了2006年的44万人(2007年的数字还没有)。

表4 护理人员变化情况: 从事护理的家属

年 份	从事护理的家属
2006	大约 440 000
2003	大约 492 000
1999	大约 574 000

来源: 联邦卫生部, 数字与事实 (2007/2009)。

鉴于多元的工业社会中, 稳定的家庭结构越来越少且妇女就业率不断增加, 因此, 家属中从事护理的人群的大幅减少, 这不足为奇。

在此, 需要考虑的是, 通过进一步扩大居家范围的给付, 能否进一步有目的地增强对居家护理的激励, 当然这是指在确保按规定的和高质量护理的情况下。随着《护理继续发展法》的通过, 2008年7月1日以来首次对货币给付以及利用门诊护理服务时的给付的水平进行了提高, 而住院范围里护理等级 I 和 II 的给付未发生变化, 只对护理等级 III 和极端个例情况下的给付进行了提高。从中可以明显地看出立法机构的调控意图; 值得拭目以待的是, 2008年7月1日以来引入的额外资金上的激励手段能否取得预期中的调控效应。

### 3.3 从事护理的家属的养老保险

从1995年4月1日起, 作为家属或邻居在特定规模里 (目前每周至少14小时) 在居家范围提供护理给付的护理人员, 在德国养老保险体制中义务保险了。为他们, 由护理保险机构向养老保险承担机构支付保险费, 以至于一份不取报酬的护理活动能够获得领取养老金的请求权。实践表明, 这一规定是一种人人共知、有吸引力的增强居家护理的激励手段; 在社会法院程序中也一再涉及护理人员的养老保险义务是否存在及其规模如何的问题。



凭借着在法定养老保险中的义务保险,增强了护理需要者的近亲或近邻暂时完全放弃或缩减自己的职业工作来从事护理的意愿,而不至于在将来在自己的养老金数额方面承受极度的损失。这类激励措施在将来有必要进一步拓展。此外,鉴于护理等级 I 的给付在每日的消耗为至少 90 分钟(即每周 10.5 小时)的情况下就已经能给予,需要讨论的是,是否应把适用于护理人员的每周 14 小时消耗的规定向下调整、靠拢。总体上有效的是:护理人员的职业工作和护理活动越是能更好地衔接,就能越长久地确保护理需要者在住家范围里得到照料。

这里要做的是扩建与居住地相邻的给付,以支持护理需要者和护理人员。

### 3.4 从业人员的护理时间

一个在这个相互关系里新的调控手段是所谓的护理时间,它于 2008 年 7 月 1 日起生效,是由 2008 年 5 月 28 日的《护理时间法》(BGBl. I S. 896)设立的。《护理时间法》赋予从业人员最多 10 个工作日请假,以便为一名有护理需要的近亲在一个紧急出现的护理状况中组织与需求相适宜的护理,或确保这段时间里的护理照料。此外,还有最长达 6 个月护理时间的请求权,在这段时间里,从业人员对于其雇主有权获得完全的或部分的脱产,倘若他们在居家环境里护理一名有护理需要的近亲。在这种情况下,工作岗位仍然得到了保留,通过补贴来支付医疗保险和护理保险的保险费经由护理保险机构得到了保障,而且在护理时间期间,还存在着在失业保险中的保险保护。至于报酬的继续给付,只有当其他法律规定中规定了这样一个义务或一份协议要求这样,雇主才有此义务。

但是,在这个相互关系里不能缄默的是,随着这些有利于住家护理的调控元素扩建,只有有着极其高护理需求的有护理需要的人才能进入住院护理范围。目前,护理院在其人员结构和费用结构上并未充分配置好。立

法机构通过2008年7月1日起施行的《护理继续发展法》明显改善了有着很高护理需求的护理需要者的护理保险给付,对这一情况给予了考虑。

### 3.5 融资方面

在护理保险的融资方面,立法机构有充分理由选择社会保险法的解决方案以及组织结构上挂靠医疗保险。它对所有其他讨论中的融资模式加以了拒绝:

一种纯税收融资的模式;

一种私人、保险合同式的保障;

或者由各种不同融资模式组成的混合融资形式或混合形式。

但是,尤其是在经济变革时代或危机时期,仍然应该和必须始终重新审核、选择某一特定融资模式的理由。由于在组织结构上紧靠法定医疗保险,有关德国医疗保险体系的改革思考也在护理保险中产生了影响。这就是说,谁若是在法定医疗保险中讨论体制变革,也必须考虑到护理保险。

融资的依据主要是员工的收入,其中一个法律规定的比例(2008年7月1日起:1.95%,对于没有子女的投保人为2.2%)作为保险费流入护理保险机构。保险费按比例分别由雇主和雇员承担。而且养老金领取人员和在医疗保险中自愿投保人员也支付保险费。社会保险法上的现收现付程序确保在经济危机当中也能有相对稳定的收入。

在护理保险中产生的额外的资金需求可以在现行体制中通过保险费率的提高(这自然是政治上人们所不希望看到的)来抵偿。当前在德国有关一个新的护理需要性概念的讨论不能让人们对以下情况熟视无睹:由于当前的金融危机以及预计失业人数将上升,这将导致社会保险的所有分支包括护理保险中的保险费收入的减少。

因此,有关均衡融资的讨论应毫无保留地展开,而且不应从一开始就把扩大保费计算依据以及税法融资元素或其他混合融资元素等问题



排斥在外。

融资问题始终提出的是这样一个问题：护理中的支出可否避免？

### 3.6 护理需要的避免

完全避免所面临的护理需要性或者能推后护理需要的开始时间，任何这样一种情况均将给当事人带来更高的生活质量，并避免护理的费用。预防措施、工伤预防以及避免护理需要性必须具有优先地位，同样，在面临护理需要时，康复具有优先性。社会法院面对的大量的人，他们的救助需求是作为工伤事故的后果产生的或基于可以归因于一种不健康的生活变化的健康障碍。在这方面，解释和研究活动是很大的一块任务领域，可以有助于通过预防措施和工伤预防来避免护理需要性原因。同样重要的仍然是，理解痴呆产生的过程，并在必要情况下开发出治愈的可能性。

### 3.7 质量保证

一个特别积极的、也通过护理保险在很大程度上共同引发的方面就是门诊护理中的质量保证，尤其是住院护理中的质量保证。

护理保险的给付只允许支付给经协议许可的设施。因此，住院的护理设施必须在质和量的配置上满足护理保险法的严格规定，并接受持久的质量检查。因此，住院照料的质量自从护理保险引入以来不断得到了改善。到2010年，每个设施必须至少接受一次检查，而从2011年起则每个设施必须每年且原则上不事先通报地接受检查。

同样的在居家范围也适用于门诊护理服务机构。也必须引领它们在一个经过培训的护理专业人员持久负责的情况下保障人员质量，并在其护理工作方面对其进行监督。

在德国，日益对护理和护理需要的所有问题进行学术研究，以至于现在不仅众多高校有护理学研究所，而且还制定了全国范围的质量标准

(专家标准),并加以了更新。这些专家标准必须相应考虑到最新的科学与技术发展状况。德国凭借其全国范围的质量标准,为全世界所有对护理保险感兴趣的人建立了很高的透明度,但同时也把国际标准一同考虑和纳入进来。

一个批评点仍然是这样一种状况,即从住院范围的护理需要者的视角来看,文档化义务过于耗时和官僚化,而且总体上护理工作能用于关心和交谈的时间太少。并不存在什么专利解决方案:充分的文档化单是从法律原因看就是不可缺少的;但是仍然值得寻求和利用一切有意义的简化可能性。此外,还存在着大量依靠志愿者(例如上门访问服务或朗读服务)来更好地满足护理需要者渴望更多沟通和关心的需求的方案。

### 3.8 经济方面

护理保险的财政规模达到大约180亿欧元(2008年),因此是德国的一个不可低估的经济因素。给付的扩展以及额外的财政需求在近来导致了“护理”服务业工作岗位的增加(参见表3);这一发展趋势还将延续。由此,护理业的消费能力总体上在上升。

社会保险体系(由此也包括护理保险)在危机时期总体上起到稳定的作用。当然,一种纯资本积累式的护理保险在当前的金融危机时期如何应对,或这样一种融资形式的护理保险还能留下点什么,只能是猜测而已。

### 3.9 国际问题

#### 3.9.1 欧洲法维度

在一个有着27个成员国的欧盟,对护理保险仅采取一种纯民族国家式的考察方式显然是不行的。任何一次法律修订也必须审查其在欧洲法上的影响,例如在欧盟内的国外利用给付或给以出口的问题。虽然



德国的立法机构未规定从德国护理保险向欧盟内国外的投保人支付货币给付,但是,按照欧洲法院的判决,在德国护理保险的投保人把他居住地搬到欧盟另一个成员国的情况下,也必须提供给他货币给付。目前,在欧洲法院还有一个诉讼未终结(C-208/07),在这个诉讼案件中要澄清的是利用住院范围给付的问题。

此外,还必须总是考虑到,在某些欧盟成员国中规定的给付却未规定在其他成员国,对这些欧盟国家则产生了某种“统一的压力”。

### 3.9.2 国际讨论和影响

在德国,人们热切关注着有关护理保险的国际范围的思考。日本在2000年引入了护理保险,它在某些基本特征上参照了德国的护理保险,但是在诸如融资模式、请求权权利人以及6级给付体系等方面有别于德国的护理保险。而且在日本,目前也在就计划中的扩大护理保险给付这一议题在进行讨论,各方意见并不相同。

## 4. 有关一种新的团结性的讨论

在全球金融危机的时期里讨论护理保险的引入或扩大问题,是一个冒险的事情。但是,若没有解决问题的点子来应对日益增长的挑战,也不行。在德国,和所有发达工业国家一样,社会政策和福利政策有关社会福利体制的构建和扩大的讨论没有停止过。

改善和改变在其独立生活能力方面受到损害的、有护理需求的人的生活状况,对于许多政治上重要的群体而言是一个明确表示的目标。他们使得政界和法院来面对,也有理由始终用伦理和道德因素。他们在询问和要求一种“新的团结性”。

这是因为在护理保险的讨论中,最终也涉及这样一个问题:有人的尊严地对待其护理需要者,这对于一个以人为本的社会的建构究竟有多重要?

## 第三部分

---

# 日本与欧盟各国的 护理保险



# 日本的护理保险

本泽美代子

Miyoko Motozawa

## 1. 护理保险的引入与修订<sup>①</sup>

在不久的将来,日本老年人的数量将迅猛增长(见图1),这是因为第二次世界大战后出生的“婴儿潮”不久就将达到65周岁。与之相反,出生率从80年代以来持续下降<sup>②</sup>。这一活力从中期和长期来看导致了

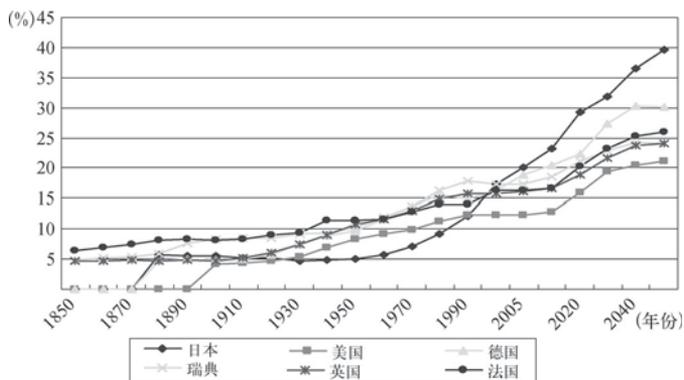


图1 65岁以上老年人占总人口的比例

数据来源: MGAW, Weißbuch 2008, S. 13。

① 在日本引入护理保险前的老年人护理的详细介绍请参见Motozawa (1995: S. 169ff)。也请参见Matsumoto (1996: S. 599ff)。

② 关于应对出生率下降的措施的详细介绍参见Motozawa (2008: S. 386ff)。



总人口的下降,与此同时,65岁以上人口占总人口的比例大幅增长。

在这个背景下,用于居家护理的基础设施必须与私营企业协调,迅速加以扩建。出于这个目的,护理保险在德国护理保险的影响下作为社会保险的第五根支柱引入了。《护理保险法》(PVG)于1997年12月17日颁布,并于2000年4月1日生效<sup>①</sup>。根据这部法律,护理保险的融资必须每3年按照给付的需求进行调整。这样的一部法律必须每5年复核一次,以便改进护理保险。在这类规定的框架里,保险费已经提高了两次(分别在2003年和2006年),有关付酬和质量保证等方面的给付得到了改善。2009年4月1日,作为至今为止的第三次调整,又加入了若干新的额外给付内容,以便改善痴呆症患者的护理,并实现足够数量的受过培训的护理人员。此外于2005年6月29日颁布了护理保险修订法。该法于2006年4月1日生效<sup>②</sup>。

## 2. 法律的目标以及保险承担机构

《护理保险法》的目标在于,维护身体或/和智力上需要护理者的人的尊严,并根据他们的能力,使他们能够独立生活(《护理保险法》第2条)。出于这个目的,必须保障卫生事业与社会福利机构的必要的给付以及医疗服务(第1条)。此外,护理保险的给付必须有助于预防,或降低护理需要性,或至少避免护理需要性的进一步增强;由护理需要者自行选择护理设施。

乡镇作为护理保险的保险承担机构(第3条第1款)。国家负责对

① 有关引入的护理保险的更详细内容参见Motozawa (2003: S. 79ff)。

② 这项改革的重点是:引入预防给付;减少住院给付,以促进门诊给付;在地区领域引入新的给付;用因特网公布有关护理设施的信息;增强对城市和乡镇的监督,以提供适当的给付以及对护理需要者的法律保护;扩大保险费分级。

护理设施的促进,以及其他对良好与通畅实施护理保险所需的必要措施(第5条第1款)。区县的任务则在于,为乡镇提供必要的给付与支持(第5条第2款)。另外,投保人有义务采取自负责任的行为(第4条),而法定医疗保险机构则有义务进行合作(第6条)。

### 3. 护理保险的人群

#### 3.1 有保险义务的人员

有保险义务的人可以分为两类(第9条):属于第一类的是65岁或以上的、居住地在日本的某一个乡镇的人,不论他的国籍、性别、年收入等情况。第二类包括法定医疗保险的投保人及其有权获得赡养的、年龄在40岁至64岁之间的配偶。在2008年,第一类投保人的人数总计为大约2760万<sup>①</sup>,而2000年时才近2270万人。第二类的投保人人数则保持在近4300万人。

#### 3.2 有权获得给付的人员(《护理保险法》第7条)

救助需要者和护理需要者能够获得护理保险的给付。《护理保险法》意义里的护理需要者是指那些由于身体或心理障碍,针对日常生活中的基本料理(例如洗浴、大便、饮食)长期、预计在根据厚生劳动省的规章规定的期限里(原则上6个月)完全或部分需要护理的人。有救助需要的是那些由于身体或心理障碍针对日常生活中的上述基本料理长期完全或部分需要救助,但不属于上述意义里的护理需要者的人。

把投保人归入上述两类群体,对于给付也很重要。第一类群体的投保人无需等待时间,就能在救助和护理需要情况下获得给付,而第

---

① 参见MGAW-HP (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigzo/m08/0804>)。



二类群体的投保人只有在由于患有内阁规章中所述老年疾病（例如老年痴呆症、帕金森症）而有救助和护理需要的情况下，才能要求获得给付。根据厚生劳动省的报告，2008年，第一类群体的救助和护理需要者人数为450多万人，而在2000年时，这个数字仅为220万<sup>①</sup>。倘若救助和护理需要不是由于年老造成的，第二类群体中的救助和护理需要者就不能从护理保险中获得给付，而是根据《帮助残疾人独立生活法》<sup>②</sup>获取一笔残疾人救济金。但是，只要他们达到65周岁，无需进一步原因分析，他们就可以成为第一类群体中的投保人，并获取其给付。

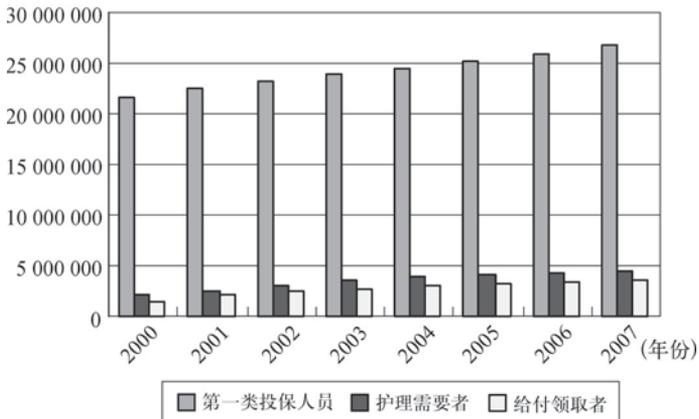


图2 65岁以上的投保人、护理需要者和给付领取者的人数

数据来源：MGAW, Weißbuch 2008, S. 229。

① 第二类群体中的救助和护理需要者的人数在2008年仅大约为15万人（2000年大约为10万）；参见MGAW, Weißbuch 2008, S. 229和MGAW-HP (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigzo/m08/0804>)。

② 该法于2005年10月31日颁布，2006年4月1日起生效。

### 3.3 救助和护理需要的确定(《护理保险法》第27条、32条)

为了获得保险给付,一名投保人必须向主管的乡镇提出一份确定其救助和护理需要的申请,申请人必须把他的投保人证明附在填写好的表格上,他可以把这份申请交给一个经许可的病例管理机构或一个经许可的护理院承担机构<sup>①</sup>。乡镇原则上必须在申请提出后的30日内作出决定,申请人是否有救助或护理需要,以及他应被归入哪个护理等级。

乡镇对于救助和护理需要的确定,通过一个两级的鉴定来进行。首先,乡镇的一名职员上门拜访每一位申请人,以便审查申请人的身体和精神状况及其居住环境。在过去,乡镇可以委托一家经许可的负责病例管理的机构实施,但从2005年改革以来,它必须自己完成这个任务。审核员填写厚生劳动省编制的表格,并在他认为必要的情况下,例如在痴呆症情况下,在表格中作出特别说明。问卷的数据然后由厚生劳动省的一个特别的软件进行分析<sup>②</sup>。其结果就是第一个鉴定步骤。

在收到申请后,乡镇必须向投保人的主管医生询问了解其疾病状况,或身体或精神障碍的种类和原因。大多数主管医生是矫形外科医生或内科医生,很少是神经科医生。主管医生在一份表格里把鉴定报告交给乡镇。下一步则是召开专业会议,以确定救助和护理需要。乡镇把第一份鉴定以及主管医生的鉴定报告连同可能有的特别的说明寄给专业会议的每一名成员。专业会议的成员包括专业医生、护理院院长、护士和其他专家。专业会议的成员根据厚生劳动省的规章审查第一份鉴定报告,并在他们认为必要的时候,进行更改。这个专业会议的评估是第二次鉴定,鉴定后转交给乡镇。

在第二次鉴定之后,乡镇确认申请人是不是等级 I - II 中有救助需

---

① 在2005年改革时,这些符合厚生劳动省规定的先决条件的机构由此受到限制,原因是多个机构提交不必要的申请,以便通过护理给付获得更多盈利。

② 问卷和软件在实践中受到批评,必须由厚生劳动省多次改进。



要的<sup>①</sup>，或者在等级 I - IV 中有护理需要的。乡镇必须以书面形式把这一决定告知申请人，并把记载了相应救助等级或护理等级的投保人证明寄还给申请人。乡镇关于救助和护理需要的决定追溯到申请提出之日起生效<sup>②</sup>。即使对于申请人被确证没有救助或护理需要，乡镇也必须以书面形式向他说明理由。申请人可以在区县的投诉站就其状态的确定进行投诉（第 183 及以后条）。在实践中，绝大多数申请人不去向投诉站投诉，而是向乡镇提出一份要求变更确证的申请（第 29 条）或一份新的要求定级的申请。根据厚生劳动省的报告（状态：2008 年 4 月 30 日）被列入救助等级 I 的人的数字为 55.2 万，救助等级 II 为 62.9 万。列入护理等级 I 的有 76.9 万人，护理等级 II 为 80.6 万人，护理等级 III 为 7.11 万人，护理等级 IV 为 57.9 万人，护理等级 V 为 50 万人<sup>③</sup>。

## 4. 护理保险的给付

护理需要者获得居家给付和住院给付，救助需要者相反只获取居家给付（见图 3）。未规定直接的货币给付和给予志愿护理人员的给付<sup>④</sup>。2007 年 4 月有 260 万人获得了居家给付，80 万人获得了住院给付。这两种给付类别的总支出几乎是相同的（见图 4）。

① 在 2005 年改革时，救助需要被划分为两个等级，属于其中的不仅有至今的救助需要者，而是还有护理等级 I。那些在 2006 年 4 月 1 日前被列为有救助需要的人，先被列入临时的护理等级中。

② 在所有的情况里，对救助和护理需要的确证，只在厚生劳动省的规章规定的期限里（原则上 6 至 12 个月）有效（第 28 条和第 33 条）。这个有效期限的具体日期在把投保人证明寄回给救助和护理需要者之前登记人。在这个期限到期前两个月，可以提出重新定级的申请。

③ 参见 MGAW-HP (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigzo/m08/0804>)。

④ 雇员的伴侣未承担抚育孩子或老年人护理等家庭负担的话，也能在未缴纳保险费情况下获得自己的基本养老金。参见 Motozawa (1988: S. 85ff)。

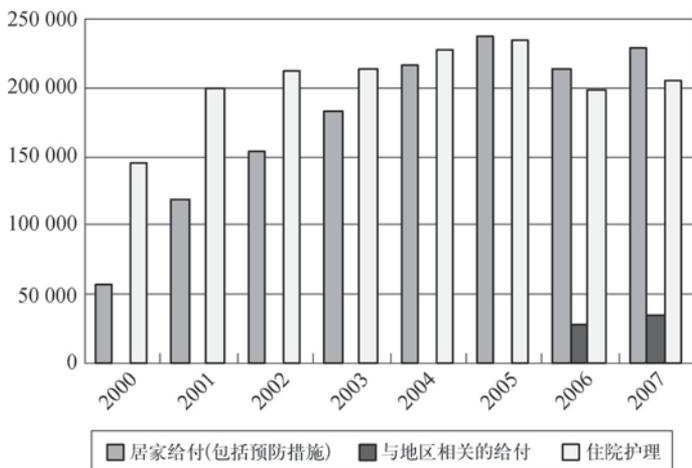


图3 居家给付与住院给付(分别为4月份,单位:百万日元)  
数据来源: MGAW, Weißbuch 2008, S. 229。

#### 4.1 居家给付(《护理保险法》第40条、第52条)

居家给付涉及护理计划和居家护理给付的支出以及用于购买辅助设备以及用于住房改造的补贴。居家护理给付包含门诊护理以及家政照料、门诊洗浴照料、门诊病人护理、门诊康复、医生和牙医照料、日间护理和日间康复、短时护理和康复、在所谓的群体家园(Group-Homes)<sup>①</sup>里对痴呆患者的照料、特定设施(老人公寓、照料性住房)中居民的照料以及辅助设备的出借。从2005年改革以来,在等级I和II中的救助需要者(他们和至今的救助需要者划分的等级不同)可以获取预防给付<sup>②</sup>。

① “群体家园”先是属于居家给付,但是从2005年以来,它是以下提及的地区相关服务的一种给付。

② 被作为这些给付罗列的有,例如肌肉系统增强的体操、对适当摄取食物和液体的咨询以及旨在促进沟通的各种文化项目。



救助和护理需要者可以要求抵偿居家给付的费用,但只在按照厚生劳动省规章规定的有限数额以下(《护理保险法》第43条、第55条)。居家护理给付的最高界限(不包括短时护理和康复)取决于地方上的条件。费率分为7个等级。据此适用的是:

救助等级 I	每月 4 970 单位
救助等级 II	每月 10 400 单位
护理等级 I	每月 16 580 单位
护理等级 II	每月 19 480 单位
护理等级 III	每月 26 750 单位
护理等级 IV	每月 30 600 单位
护理等级 V	每月 35 830 单位

为了获得货币款项,必须把相关计算单位乘以当前一个单位 10 日元至 10.72 日元的币值。

除了用于护理计划的支出,救助和护理需要者必须为居家给付承担 10% 的自担比例,而护理保险抵偿 90% 的给付费用。救助和护理需要者与一家经许可的护理设施签订一份协议,向乡镇申报,后者把这些信息登载入投保人证明中。如果未在投保人证明中登载,投保人必须在每次提供给付时预先垫款,然后才能在主管的乡镇申请费用的偿还<sup>①</sup>。

厚生劳动省想要通过护理计划实现的目标是,使得居家护理给付考虑到救助和护理需要者的愿望并专业性地加以选择,此外还应节约行政支出。护理计划由一名病例经理编制。根据内阁规章,每个受过主要职业中的培训并在所述给付领域至少工作 5 年且通过录取考试的人,可

<sup>①</sup> 许多救助和护理需要者以前不知道这一点,这是因为他们在过去,在他们向乡镇提交了一份申请之后,是按照行政决定获得给付。因此,在 2000 年 3 月出现了混乱。大多数乡镇必须承担高昂的费用,以便尽快以书面形式或电话形式通知救助和护理需要者,如果他们从 2000 年 4 月 1 日起想要获取护理保险的居家给付的话,那么他们就必须申报。

以在区县接受培训,成为一名病例经理。病例经理的主要职业是各不相同的,例如护士、社会工作者、医生、理疗师或脊柱按摩师者。病例经理不是一种独立的职业,而是在一个经许可的设施那里的雇员型工作。厚生劳动省规定,只有那些证明拥有最低数量病例经理的病例管理设施,才能被许可。

## 4.2 住院给付(《护理保险法》第7条第20款和第48条)

住院给付包括护理计划、食宿、照料、病人护理和治疗。护理需要者只能在护理保险的设施中获得这些给付。病例经理(他是一家住院设施的职员)制订用于确定给付的护理计划。这个程序在这个方面与居家给付时的程序没有什么区别。

护理保险区分三种设施。首先是老年人福利的护理设施,属于其中的有老年人护理院,它们按照《老年人福利法》借助于国家补贴由社会福利机构建造和经营,以便来照料护理需要者<sup>①</sup>。其次是老年人卫生事业的护理设施。属于老年人卫生事业的是那些设施,它们借助于国家补贴由医学团体或法人建造和经营,以便向从医院出院的病人提供康复措施,并由此使他们的日常生活成为可能<sup>②</sup>。因此,人们在那里只能短暂地、原则上逗留短于6个月。

最后是由于护理和治疗的医学设施。属于其中的有专门针对老年

---

① 它们的先决条件是,它们是按照《老年人福利法》第20条第5款的一家老年人护理院,它们拥有按照厚生劳动省规章所要求的病例经理数和其他雇员,而且它们预计能够按照由厚生劳动省相规定的有关配置和运营的指令正确运营这些护理设施(《护理保险法》第86条、第88条)。

② 它们的先决条件是,它们的承担机构是一个医学团体、一个针对社会福利的法人或一个乡镇,它们拥有按照厚生劳动省规章所要求的医生数、护士数和病例经理数以及其他雇员,它们按照厚生劳动省规章所要求的配置,例如治疗室、接诊室、理疗室、共用室,而且它们预计能够按照由厚生劳动省相规定的有关配置和运营的指令正确运营这些护理设施(《护理保险法》第94条、第97条)。



人的医院、医院中带有护理床位的科室以及类似的、作为医疗保险的设施加以建造和经营的设施，目的在于对无法治愈的生病的老年人进行长期医疗<sup>①</sup>。根据厚生劳动省的数据，2007年第一类设施有5 898家，第二类有3 461家，第三类有2 961家。2000年时，相应的数据还分别为4 085、2 160和2 898<sup>②</sup>。

有严重护理需要的人的比例在所有三类设施中均逐渐上升了（见图4）。平均的护理等级（状态：2007年10月1日）在第一类设施中是3.80，在第二类是3.25，第三类是4.30<sup>③</sup>。

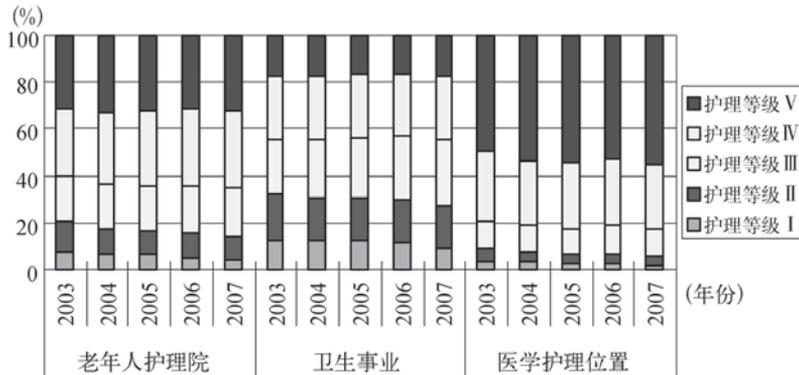


图4 住院设施的护理等级

数据来源：MGAW-HP (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigzo/m08/0804>)图6。

给付数额高低取决于设施的类别、房间结构以及各自的护理等级。

① 它们的先决条件是，拥有护理床位的医院的承担机构提出申请，它们拥有护理床位数，它们拥有按照厚生劳动省规章所要求的病例经理数和其他雇员，而且它们预计能够按照由厚生劳动省规定的有关配置和运营的指令正确运营这些护理设施（《护理保险法》第107条、第110条）。

② 参见MGAW-HP (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo>)和MGAW (2008: S. 231)。

③ 参见MGAW, Bericht über die stationäre Pflege 2007, in MGAW-HP。

在第一类设施中的住院给付的基本金额为每天577至929单位,在第二类设施中为每天702至993单位,在第三类设施中为每天671至1325单位。护理需要者必须自己承担住院给付的10%的自负比例,另自己承担总包的住宿费用。在2005年改革时决定,第三类的设施到2010年前必须改建或拆除,这是因为它们作为护理设施是不适宜的,而且它们连同其医疗服务造成了最高昂的费用。至今仍未达成共识的是,从第三类设施中搬出来的严重护理需要者可以在哪里得到正确护理。

### 4.3 与地区相关的给付

在2005年改革时,引入5种新的服务内容,它们是小型设施在小地方提供的。属于其中的有三种居家给付和两种住院给付。共同安置痴呆症患者(“群体家园”)已经在2005年改革实施前就已经归入居家护理。属于居家给付的有门诊夜间护理、痴呆患者日间护理以及各种其他居家护理给付(例如门诊护理、日间护理与短时护理)。属于住院给付内容的有痴呆症患者的共同安置与照料、小型老年人护理住宅以及小型老年人护理院。厚生劳动省通过这一改革想要实现的是,老年人能够留在他们的居住区域,但同时借助于较微小的投资耗费而提供更多的护理给付。

这个主意原则上是好的,但是绝大多数设施过小,以至于无法在财政上成功运作。它们通常只能作为护理保险的其他设施的分部存在下去,由此它们可以灵活运用其人员并能够节约人事成本。但是,它们仍然需要市政府和乡镇政府额外的资金支持,这是因为厚生劳动省支付的给付报酬相对较低。

## 5. 给付的提供

如前所述,居家给付与住院给付不是由乡镇自己提供的,而是由



给付的承担机构。最重要的给付提供者是护理设施。作为居家给付的提供机构，必须满足多个条件：它们必须是一个法人；它们掌握的知识与技术以及雇员数按照厚生劳动省的规章必须是足够的；它们必须按照厚生劳动省关于配置和组织的指令能够保证护理预计能正常运营（《护理保险法》第70条、第79条）。三类住院设施必须满足针对每一类设施的建筑、人员和经营方面的先决条件。倘若履行给付的先决条件不再得到满足，区县政府可以收回许可（《护理保险法》第77条、84条、92条、104条和114条）。在居家给付和住院给付方面，区县政府依申请审查每一家设施，是否满足了在每一种给付方面获得许可的先决条件。在与地区相关的服务方面，市政府和乡镇政府可以自己进行这一审查。

给付提供者没有获得报酬的直接请求权，而是可以作为有权获得给付者的代理人获得所有费用中的90%（《护理保险法》第41条第6款、第46条第5款、第48条第5款、第53条第4款以及第58条第4款）。这一给给付提供者的付款，在法律上被视为给予有权获得给付者的付款（《护理保险法》第41条第7款、第46条第6款、第48条第6款、第53条第4款、第58条第4款）。在护理保险引入后，用于居家给付的设施数量显著上升（见图5）。在2000年4月至2007年4月期间，门诊护理的设施数从11 475家上升到27 602家；在同一期限内，日间护理的设施数从7 133家上升到21 615家；而病例管理设施的数量从20 995家上升到32 462家<sup>①</sup>。虽然住院给付的设施数也在逐渐上升，但是这一上升取决于乡镇、区县和国家的护理框架计划（《护理保险法》第116条、第117条和第118条），这是因为它们往往是依靠补贴建造的。

<sup>①</sup> MGAW (2008, S. 231).

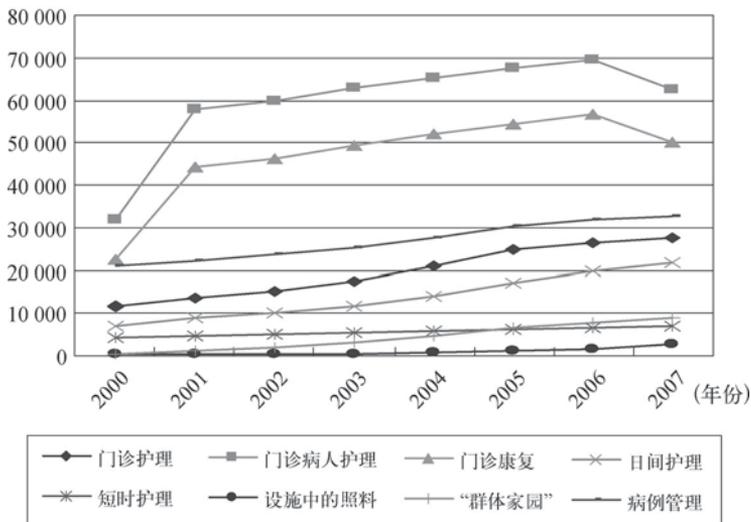


图5 居家给付的提供者 (状态: 每年4月30日)

数据来源: MGAW, Weißbuch 2008, S. 231。

## 6. 护理保险的融资

### 6.1 融资结构

乡镇必须以12.5%的比例参与给付费用。另12.5%落到区县头上,而国家承担25% (《护理保险法》第121条、123条和124条)。但是国家补贴中只有20%直接用于给付的支出,另5%支付到银箱中,借助于这笔钱来为调整筹集资金 (《护理保险法》第122条)。剩下的50%的给付费用由投保人通过保险费筹集,在此,仍然必须区分两类投保义务人。第一类投保人 (即65岁及以上人员) 目前承担19%的给付费用,而第二类人 (40岁至64岁之间的法定医疗保险成员) 则承担31%。在护理保险刚引入时,两类人员的承担比例还分别



为17%和33%<sup>①</sup>。

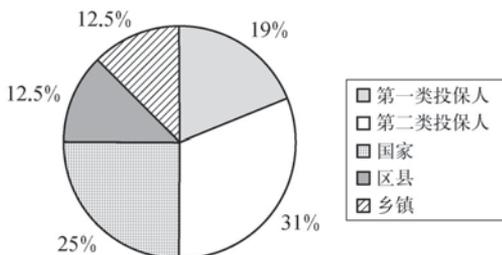


图6 护理保险的融资结构

数据来源：MGAW, Weißbuch 2008, S.224。

通过把所有给付费用的一半由税收承担,可以使保险费数额保持在低水平。但是,各种不同来源的融资也导致了护理保险的收入与支出非常不清晰。此外,它把税收体系的特殊性带入了护理保险的融资方式之中。《护理保险法》规定保险费每3年调整一次(《护理保险法》第129条第3款)。

## 6.2 第一类保险群体(65岁及以上人员)的保险费

第一类保险群体的保险费不是按照一个固定的保险费率计算的,而是分为6级(从2006年4月1日起)<sup>②</sup>。乡镇先确定第4级的数额,该数额通过下一会计年度的预计支出并依据一个换算规则(标准数额)(《护理保险法》第129条)测定。住院给付的预计支出

① 在第二次世界大战后不久出生的那代人在不久将陆续达到65周岁,所以人们估计,第二类投保人的人群必须在将来扩展到20岁以上的人(参见Ministry of Health, Labour and Welfare, 2001: S. 340)。

② 在2005年改革时,第2级(属于这个级别的有许多领取微少养老金的穷人)根据投保人自己的养老金的年数额分为两组。从此之后,保险费相应被分为6级。

越高,则标准数额也就越高。相应地,这个数额在各个乡镇均是有差别的。目前该数额平均为大约4 500日元,而它开始引入时大约为2 800日元。属于这第4级的是那些在上一会计年度无需缴纳居民税的投保人。

其他等级是按照与标准数额的比例加以确定的。第1和第2级为50%,它适用于救济领取者,他们为此获得一笔额外的社会救济金。第3级的保险费为标准数额的75%,它适用于在过去一年无需缴纳居民税的投保人。谁若是缴纳居民税的,则按缴税数额高低,被归入第5级或第6级,保险费则为标准数额的125%或150%。

### 6.3 第二类保险群体(40岁至64岁年龄组人员)的保险费

第二类保险群体的保险费是按照他们月薪比例计算的。倘若是投保了医疗保险的雇员,由他本人承担一半保险费,另一半由雇主承担。有权被赡养的配偶仍然免除保险费的缴纳,只要他们的年收入少于130万日元。其他的就业群体,尤其是农民和独立从业人员,他们是国民医疗保险的成员,向主管的乡镇缴纳一半保险费,另一半由国家承担。救济领取人员及其家庭成员不缴纳保险费,原因是他们未在医疗保险和护理保险中投保。他们获得等值的给付,而无需缴纳保险费。

## 7. 2005年的改革以及遗留下来的问题

如前所述,随着2005年的改革,引入了新的类别“救助需要者Ⅱ”、预防给付以及与地区相关的服务,而且保险费等级从5级扩展到了6级。此外,住院给付的融资结构被改变了(见图7)。

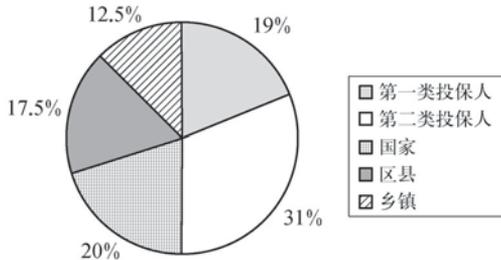


图7 2006年4月1日起住院给付的融资结构

数据来源：MGAW, Weißbuch 2008, S.232。

随着预防给付的引入,在每个乡镇也建立了所谓的“地区全救助中心”<sup>①</sup>。提供预防给付的条件是,预防给付必须是基于新建的地区全救助中心的病例经理的护理计划<sup>②</sup>。厚生劳动省想要通过建立地区全救助中心,把私人供应者置于地方行政机构的监督之下,但同时降低护理保

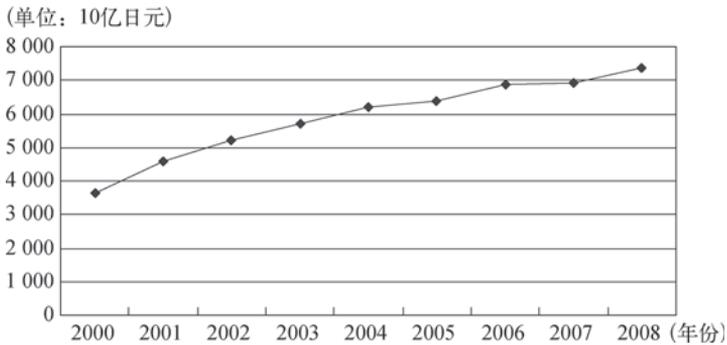


图8 2000年至2008年所有给付的总额

数据来源：MGAW, Weißbuch 2008, S. 231。

① 地区全救助中心有许多重要的任务,例如在困难病例情况里向病例经理提供咨询、向痴呆患者及其家属提供咨询以及促进社区中的网络与志愿人员。由于要承担这些专业任务,受过培训的人员(例如保健人员、病人护士、病例经理和社会工作者)的数量提高了,由此,城市和乡镇的融资负担也增加了。

② 根据厚生劳动省的规定,每2万至3万居民就必须建立一家地区全救助中心。

险的给付费用,并改善护理质量。由此,厚生劳动省对私有化所带来的巨大不利做出了反应。由于私有化,虽然提供居家给付的设施数如愿大幅增加,但是,同样增加的是没有道理的获取报酬的请求权,以及护理设施侵犯老年人权利的案例。

通过2005年的改革,厚生劳动省想要改善护理保险的财政状况。但是,护理给付的总支出仍然继续攀升(见图8),原因在于救助和护理需要者人数还在进一步上升。在不久的将来需要一次彻底的改革,这是因为日本的护理保险从一开始就设置得过于“慷慨”,因此,大幅的财政问题是不可避免的。

## 参考文献:

Matsumoto, Katsuaki: Zur Einführung der Pflegeversicherung in Japan. In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS), 1996

Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt (MGAW)

-MGAW-HP; URL: <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigzo/m08/0804>

-MGAW: Weißbuch 2008. Tokyo, 2008

-MGAW-HP; URL: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo>

-MGAW-HP: Bericht über die stationäre Pflege 2007

Ministry of Health, Labour and Welfare: Annual Report on Health and Welfare 1999–2000. Tokyo, 2001

Motozawa, Miyoko: Kommunale Sozialpolitik in der japanischen alternden Gesellschaft. In: Pitschas, Rainer (Hrsg): Dezentralisierung im Vergleich - Kommunale Selbstverwaltung in Deutschland und Südostasien am Beginn des 21. Jahrhunderts (Schriftenreihe der



Hochschule Speyer Bd. 194), Berlin, 2008

Motozawa, Miyoko: Probleme der japanischen Pflegeversicherung.

In: Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht (ZIAS), 1(2003)

Motozawa, Miyoko: Familiäre und sonstige Pflege der alten Menschen im japanischen Sozialrecht. In: Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch (ZfSH/SGB), 1995

Motozawa, Miyoko: Die Rentenversicherung in Japan. In: Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht (ZIAS), 1(1988)

# 欧盟成员国护理需要风险的社会保障

米歇尔·施密特

Michael Schmidt

## 1. 护理需要作为社会风险：德国和欧洲的情况

欧洲国家在诸多方面面临可相互比较的问题：由于人口结构的变化（它在所有发达工业国家的特征是人口老龄化），它们面临着支持老一代人的家属的任务，其中包括护理需要和照料需要方面。原因是：遗留下来的、传统的救助，特别是家庭的或邻里的救助，越来越不再能以目前的规模加以提供。由于人口结构变化造成的、对老人特有的救助的需求也受到了社会变迁的影响，这种社会变迁反映在生活方式的多元化，也体现在妇女在婚姻、家庭、就业生活和社会中地位的变化以及一个人家庭的增加上。

## 2. 欧盟成员国护理需要的社会保障

### 2.1 概况

欧盟委员会有关社会保障的信息系统（MISSOC）提供了关于社会保护的各个领域的融资、组织、基本原则、给付等方面的情况，包括服务于确保护理病例风险的给付体系。这个体系建立在欧盟委员会、参与国的官方代表（负责社会保障各个领域的部委和/或机构的代表）网络以及一个由欧盟委员会任命的秘书处。由此，这个体系是基于各个比较国



的官方信息。其中，MISSOC每年一次公布比照用的表格，它们说明了各国社会保障核心领域的法律规定。

居家护理以及提供非正式的护理一直还是长期护理的最普遍的形式。从欧洲比较来看，德国属于很早就在护理领域应对新挑战并对此作出反应的国家。以下的概要介绍表明，在欧洲，除德国以外，只有在相对较少的国家（卢森堡、奥地利和比利时的佛兰德区）存在一个针对护理的、独立的社会给付体系。

## 2.2 比利时

对于护理病例，在比利时，不存在普遍的、独立的、覆盖全国的保障体制——只有在佛兰德区存在着一种护理保险体系，是通过佛兰德议会1999年3月30日通过的法令引入的，而是存在着在医疗保险、伤残保险以及最低保障框架里的某些个别给付以及地方（政府）的额外给付。这里针对的是与需求挂钩的救助，救助对象是不能独自料理日常生活任务的人。据此，列入这些规定的适用范围的是医疗与伤残保险的给付领取者以及在比利时居住的、21岁以上的残疾人。这类给付的资金由各个相应的给付体系筹集。

## 2.3 保加利亚

对于护理，不存在专门的保障体制。长期护理由社会保险（针对从业能力下降90%以上且有经常性护理需求的退休人员）或社会救济法覆盖，包含实物给付和货币给付。给付的提供依据救济原则，通过国家与地方财政以及通过给付领取者的缴费筹资。

## 2.4 丹麦

护理给付在由地方（政府）承担的社会服务的框架里提供。有权

获得给付的是那些由于健康损害而不能进行必要的日常生活料理的人（如身体护理、干家务等）。所有居民均被包括在内。社会服务是由税收融资的。

## 2.5 爱沙尼亚

那些不能为自己及其家人承担足够生活费而必须被融入的人，在必要时，可以获得多种税收承担费用的给付。原则上所有居民有获得给付的权利。

## 2.6 芬兰

护理是由地方（政府）承担的卫生和社会服务的一部分。有权获得给付的是那些长期和定期（至少每周一次）需要照料和护理的人。所有的居民均有权获得给付。这类服务由税收融资。

## 2.7 法国

护理给付由伤残保险和工伤保险以及普遍的社会救济体系提供。有权获得给付的是那些在日常主要的料理上依赖于第三者帮助的人。领取伤残、老年和工伤养老金的人可以获得一笔护理补助金。此外，在特定条件下，有权获得给付的还有20岁以下的儿童与青少年以及在法国生活的老年人，还有16周岁以上的残疾人。

## 2.8 希腊

护理给付在伤残保险和养老保险的框架里以及作为最低保障由社会救济提供。有权获取给付的人在特定条件下是那些没有从业能力的人，还有那些持久地需要第三者进行照料、护理或支持的人，以及老年人。对此的资金来源于在各自的、一般通过保险费融资的给付体系框架



里,在最低保障情况下则通过税收融资。

## 2.9 英国

在英国不存在独立的保障体制,而是针对所有拥有无限制居留权的居民的、与保险费无关的国家融资。有权获取护理补贴的人员是:65岁以上由于身体或心理障碍依赖于个人护理的人。残疾必须在申请提出前至少6个月就已经存在。

给予65岁以下残疾人的生活费补贴:给予由于工伤或职业病而100%丧失工作能力的人长期护理金。残疾必须在申请提出前至少3个月就已经存在。

给予最严重残疾人士的补贴:给予收入低于一定数额(每周少于约112欧元;每周至少需要35小时的照料)的护理人员的补贴。

## 2.10 爱尔兰

从税收资金中融资的一般是居家护理的、与需求无关的给付、一笔护理金,以及给予护理人员的补贴。有权获取给付的是老年人、残疾儿童,以及在一定范围内必须为了从事护理而放弃所从事的工作的护理人员。

## 2.11 意大利

护理给付在社会保险体系和社会救济的框架里提供。在伤残保险框架里有权获取给付的人员是那些领取无从业能力养老金且依赖于第三者帮助的人员。未就业的残疾人有权获取一个最低保障。在地区层面,年老的人必要时可获得居家护理,作为实物给付。

## 2.12 拉脱维亚

护理在由税收融资的且由国家和地方(政府)承担的社会服务框架

里提供, 给付对象包括由于年老、健康问题或残疾而不再能照料自己乃至其家人的人员。

### 2.13 立陶宛

根据《社会服务与卫生事业设施法》, 那些例如由于年老、健康问题或残疾需要第三方提供护理的人员, 最多每天8小时门诊服务或在日间设施里接受护理。在需要情况下, 长期护理也在住院设施里提供。

### 2.14 卢森堡

卢森堡以德国为榜样, 也引入了护理保险。有护理需要的是那些由于身体、智力或精神疾病/障碍定期需要第三者帮助的人。护理保险的投保人范围以医疗保险为准, 所有从业人员都是医疗保险的投保人。

卢森堡体制与德国体制的相近性已经体现在护理保险体制的四项基本原则之上: ① 康复措施优先于护理需要情况下的给付(要说明的是, 负责康复的是医疗保险), 并设立一个咨询和评估机构, 由它提供相应建议(尤其是针对在过去非常欠发达的老年康复); ② 居家护理优先于住院护理(在此, 出于这个目的, 非正式的护理人员, 也就是说家属的地位得到了增强); ③ 实物给付优先于货币给付; ④ 通过在护理保险与护理的基础设施之间建立一种紧密的联系(协调与合作)来保障护理的连贯性。

### 2.15 马耳他

所有60岁以上残疾且经常性需要他人帮助的居民, 可以在一般的社会给付体系的框架里获得与需求挂钩的给付。

### 2.16 荷兰

护理由“特殊医疗费用保险”(AWEZ)涵盖。有权获得给付的人



员为长期住院的人员以及老年人和身残或智障人士。该保险作为全民保险,惠及所有居民。

在荷兰,质量保证与质量检查似乎比其他国家发展得更好。各种相互区分的质量指标赋予质量保证以一种很强的、以患者为主的导向,这尤其体现在所谓的“个人预算”上(这种手段如今也在德国引入了)。在“个人预算”的框架里,提供给权利人一笔特定数额的款项,他们可以用这笔款项“购买”服务,并同时也能注意所购买的服务的质量。

荷兰在质量保证领域的先锋角色,例如也包括适合于比较性考察的标准:① 拟定质量要求,② 规定其约束力,③ 在护理实践中实施,④ 监督其遵守情况,以及⑤ 在其未得到遵守情况下进行处罚——可能尤其可归因于,长期护理40多年来在《特殊医疗费用一般法》(AWBZ)中拥有法律规定,该规定随着时间的推移不断地被修订和细化。由于这项有关特殊疾病费用的规定是作为全民保险设置的,所以,所有的荷兰居民以及在荷兰有缴纳税收和社会保险费义务的外国人被列入这个社会保障体系的适用范围。由此,荷兰是欧洲第一个把护理认可为社会风险并列入社会保险的国家。此外,通过护理保险与医疗保险的结合,要确保的是,护理保险和医疗保险之间不存在界分问题。(护理)保险由医疗保险机构和私人保险来实施。其机构与给付提供商订立协议。在开始只是提供实物给付(服务),而从20世纪90年代中期开始也存在着不选择服务,而选择一笔护理金的可能性。这一解决方案一方面向个人提供了自由选择自己所需服务的可能性,但也是以节约费用为目的的。在此,有权获取给付者可以在正式的和非正式的服务供应商之间选择。

护理保险的实施由获得许可的医疗保险公司负责,它们把这项任务委托给了地方的业务处,这些业务处如今本身是以私法形式组织起来的。独立的指标服务机构扮演着一个重要角色,这些机构负责各个指标的确认,并也负责提出请求权者的给付规模的确定。

护理保险的资金来源于投保人缴纳的保险费,直到一个收入最高限额,以及来源于国家补贴和给付接受者的额外付款。给付内容还包括家庭中的扶持、人员照料、支持性陪同、激励型陪同、治疗以及在一家设施中的住宿,在这方面,适用的是“门诊(居家)优先于住院”的原则。

### 2.17 奥地利

护理风险的社会保障对于特定社会保险给付的接受者是在《联邦护理金法》中调整的,对于其他有护理需求的人是在各州的护理金法中调整的。这些税收融资的体系通过实物给付,涵盖了门诊、部分住院和住院服务。在有持久的每月50多小时的护理需求情况下,护理金至少支付6个月以上。这些规定适用于所有的居民。

尽管社会保险在社会保障的整个体制中具有类似主导地位,在奥地利,与德国不同,护理病例保障只是高度间接地且部分地与社会保险结合在一起。作为唯一的、全国范围统一的给付,所有有护理需求的人可以按照1993年生效的《联邦护理金法》要求获得护理金,这些有护理需求的人是指那些从法定养老保险中领取养老金、从工伤事故保险中领取全额养老金或者从针对公务员的特别退休金体系领取类似的、所谓的基本给付的人。

护理金然后由负责从这些体系中领取的给付的承担机构支付,这些机构为此从联邦预算中获得一笔财政上的补偿。由此,护理金是以税收融资的,并不取决于社会保险义务。那些无权获取这类基本给付的有护理需求的人,例如那些还在从业或从未或不再从业的人(例如与生俱来就是残疾的人),可以按照奥地利的某一个联邦州的州护理金法要求获取一笔护理金。发放这类货币给付的条件及其数额以及按照护理需求程度的分级等,基本等同于联邦护理金的规定,这是因为这些联邦州在与联邦订立的一份国家协议,即所谓的“护理协议”中承诺,颁布带



有和《联邦护理金法》的基本原则和目标相同的基本原则和目标。

在这份护理协议中，这些联邦州也承诺保障并同时扩建护理的实物给付的供给。实物给付的提供在联邦州以及地方层面上进行，由此在最大限度上是和护理金给付的发放分开的。

与这些货币的给付之间的“接缝处”存在于住院护理，在这方面，在特定条件下根据法律，规定了护理金请求权的某些部分过渡到了实物给付的承担机构身上。

护理的实物给付发放的法律依据主要可以在（部分彼此非常有区别的）各个联邦州的社会救济法和残疾人救济法中找到。它们（大多在把乡镇纳入进来情况下）基于宪法法权限分配，是护理服务的主要负责的承担机构。同样主要依据联邦州法律的是有关护理院标准以及护理院监督的规定。相反，由联邦法律调整的是被并入消费者保护法的、护理院协议的民法最低水准。病人护理是联邦事务并且主要在卫生法和病人护理法中调整，而负责老年人和残疾人照料的职业法方面框架条件颁布的又重新是各个联邦州。

鉴于货币给付与实物给付之间的划分，不存在关于护理需要的一般定义。主要是与《联邦护理金法》第4条中的请求权先决条件挂钩的；根据第一款，如果一个护理需求，这就是说由于残疾而产生的持续的照料和救助需求，预计至少存在6个月，就存在获取护理金的请求权。

划分为7个给付等级的、获取护理金的法律请求权主要遵循要由第三者承担的生活料理的时间消耗。在此，至于这些生活料理是由一名家属（也就是说一名非正式的给付提供者），或一名专业的护理人员提供，以及在哪里进行，是在家庭环境中或是在一家护理设施里等，这些均不重要。

如果要由第三方提供的必要的生活料理的总时间消耗超过每月50小时，则存在着获取护理金的法律请求权。更高的护理等级则分别是以

相应更高的护理时间需求为先决条件的。

以这种方式测定的护理金被援用来计算利用护理实物给付的费用缴费。被加以考量的还有有护理需要者的收入以及他的可被利用的财产,以及与他在家庭中共同生活的人的收入,或者有义务提供生活费给付的家属的收入;在这里,护理的实物给付的社会救济法上的基础明显表明了。说明这一点的还有这样一个事实,即对于这种所谓的实物给付一般不存在法律请求权。

住院护理给付的最主要的给付法方面的先决条件存在于各个联邦州的社会救济法中。社会救济法把安置在机构中,规定为进行白天照料的一种可能性,倘若寻求帮助者由于其身体或智力/心理状况,或由于其家庭和其他状况,没有能力独立生活,或者,倘若他需要特殊的护理。在这方面,作为住院机构,只有那些符合特别的最低水准的设施才会被考虑。

针对护理人员,在各个联邦州,提供了用于护理费用和咨询服务的内容。护理人员在社会保险法方面的保障,具体是指在养老保险中续保的可能性,是联邦的事务:谁若是放弃了或中断了一份工作,以便护理一名近亲,有权利要求联邦政府承担续保需缴保险费的大约一半。只要受护理人员至少被列为护理等级Ⅲ,本规定就适用。这类续保的保险费也会导致框架期限的延长,在该框架期限内,为拥有领取失业保险金的请求权必须证明参保的时间。但是,医疗保险保护或工伤事故保险保护只有当护理是在一个社会保险法工作关系框架里进行的情况下才存在。

## 2.18 波兰

护理给付在医疗保险、养老保险、残疾保险以及遗属保险框架里提供,以及在社会救济框架里提供给那些定期依赖他人救助的人。必要



时,严重残疾者在受保护的场合获得救助。

### 2.19 葡萄牙

在社会保险体制框架里提供与保险费挂钩的货币给付,在税收融资的最低保证框架里提供与保险费无关的货币给付。医疗保险体制以及所谓的“社会行动”提供实物给付。有权获得给付的人为那些日常生活料理依赖第三者救助的人。

### 2.20 罗马尼亚

不存在独立的保障体制。在长期护理需要情况下的给付由保险体制(例如残疾、工伤、职业病、养老保险等)涵盖。

### 2.21 瑞典

护理在由乡镇提供的社会服务的框架里提供。有权获得给付的人是那些需要照料与护理的人。所有的居民都被涵盖在内。

### 2.22 斯洛伐克

护理给付在医疗保险、养老保险、残疾保险以及遗属保险框架里提供,部分的在特别规定框架里提供,也通过普遍的社会救济加以提供。提供给付的先决条件是,请求权提出者在存在功能障碍至少为50%情况下依赖于第三者的护理。这些规定适用于所有居民。

### 2.23 斯洛文尼亚

护理给付在养老、残疾和医疗保险框架里作为家庭给付提供,以及在社会救济框架里提供给那些依赖定期救助的人。这些规定适用于所有从业人员以及养老金领取人员、社会救济领取人员、失业人员、无另

外保险的居民,以及必要时适用那些依赖于上述人员的人员。

### 2.24 西班牙

社会保障的以保险费融资的体系以及税收融资的最低保障通常也提供护理给付。有权获取护理给付的人,在社会保险框架里是那些持续没有从业能力的、依赖于他人救助的雇员。18岁到65岁之间患病或残疾(残疾程度为75%)而依赖于第三者救助的人可以要求获取最低保障的给付。那里引入了一种税收融资的护理体制;其实施目前正在进行中。

### 2.25 捷克

存在着一系列税收融资的给付,发放对象是那些在没有他人帮助下无法完成日常生活任务(例如穿衣、身体护理、购物等)的人。有权获得给付的人员是身残或智障的老年人、儿童或成年人。

### 2.26 匈牙利

社会保险体制和社会救济体制规定了护理给付,针对那些严重视听残疾或智障的且依赖于第三者帮助的人。税收融资的给付被作为护理救济金发放给65岁以上且由于身残或智障依赖于护理的人。残疾人员可获取生活费补贴,一直到65周岁。长期护理金则发放给那些由于工伤事故或职业病而导致完全丧失从业能力的人。天生残疾的人有权获取特别的补贴。那些收入未超过特定数额的护理人员有权获得专门发放给护理人员的护理金。

### 2.27 塞浦路斯

依据法律规定,护理是通过福利服务、福利院、精神照料和社会救济来提供的,针对的是社会贫困且在塞浦路斯居住的人。

## 作者简介

● 陈方 (Chen Fang)

上海市闵行区社会福利院院长

● 丁纯教授 (Ding Chun)

复旦大学欧洲问题研究中心常务副主任

● 高菊兰 (Gao Julian)

上海市民政局副局长

● 维尔弗里德·拉内 (Wilfried Lahne)

退休人员,原工人慈善组织(AWO)老人中心“勒沃库森市”经理

● 蓝淑慧 (Susanne Langsdorf)

柏林自由大学学生

● 君特·默克尔 (Günther Merkel)

纽伦堡社会法院社会法官

● 本泽美代子教授 (Miyoko Motozawa)

筑波大学人文与社会科学研究研究生院

● 米歇尔·施密特 (Michael Schmidt)

联邦德国劳动与社会保障部社会法体系协调处

● 鲁道夫·特劳普-梅茨博士 (Rudolf Traub-Merz)

德国弗里德里希·艾伯特基金会上海协调项目办公室主任



## *Vorwort*

Alterungsprozesse und damit einhergehende soziale Änderungen gewinnen in vielen Weltregionen, allen voran Ostasien und Europa, an Dynamik. Wichtig ist zunächst, dass Gesellschaften nicht ärmer werden, weil sie älter werden. Technologischer Fortschritt, bessere Arbeitsbedingungen und gesündere Lebensweisen machen es möglich, hohes Lebensalter und produktive Arbeit zusammenzuführen.

Dennoch stellen die demografischen Entwicklungen Gesellschaften vor große Herausforderungen. Sie müssen Arbeitsmärkte neu ordnen, Renten- und Krankenversicherungen anpassen und auch den gesamten Pflegebereich ausbauen.

Das Zentrum für Europa-Studien der Fudan Universität und das Büro für Internationale Kooperation der Friedrich-Ebert-Stiftung in Shanghai haben sich im Rahmen ihrer langjährigen Kooperation immer wieder Problemen der Sozialstaatsentwicklung zugewandt. Im April 2009 führten sie einen Workshop durch, auf dem zwei bedeutende Pflegeversicherungssysteme, das deutsche und das japanische, vorgestellt und hinsichtlich ihrer Finanzierung der verschiedenen Pflegeformen bewertet wurden.

Die Diskussion im Rahmen des Workshops zeigte, dass auch China vor großen Herausforderungen beim Ausbau seiner Altenpflege steht und die Frage zu beantworten hat, wie die notwendigen Finanzmittel aufgebracht und auf die Gesellschaft umgelegt werden sollen. Eine gesetzliche Pflegeversicherung gibt es bisher nicht, doch werden Überlegungen angestellt, auch in China – und sei es zunächst nur regional – eine spezielle Pflegeversicherung einzuführen.



Aufgrund des zunehmenden Interesses an der Thematik entschlossen sich das Zentrum für Europa-Studien der Fudan Universität und die Friedrich-Ebert-Stiftung, die Beiträge des Workshops (teilweise in überarbeiteter Form) der Öffentlichkeit zugänglich zu machen und in einem – hier nun vorliegenden – zweisprachigen Band zu publizieren.

Die Fudan Universität und die Friedrich-Ebert-Stiftung bedanken sich bei allen Autoren für ihre Bereitschaft, an dieser Veröffentlichung mitzuwirken.

Dr. Chunrong Zheng hat alle Übersetzungsarbeiten geleistet. Ihm sei hier der besondere Dank der Herausgeber ausgesprochen.

Shanghai, Mai 2010

Dr. Rudolf Traub-Merz

Leiter

Büro für Internationale Zusammenarbeit  
Friedrich-Ebert-Stiftung, Shanghai

Prof. Dr. Chun Ding

Leiter

Zentrum für Europa-Studien  
Fudan Universität

# *Alterung, Altenpflege und Pflegeversicherung*

*Susanne Langsdorf und Rudolf Traub-Merz*

Es ist keine Neuigkeit, dass die Menschen in den Industrieländern immer älter werden. Ein langes Leben bei guter Gesundheit ist ein Traum, der heute für eine wachsende Anzahl der Bevölkerung in Erfüllung geht, wohingegen er früher fast ausschließlich einer privilegierten Minderheit vorbehalten war.

Kaum jemand wird bestreiten, dass dies eine positive Tendenz ist. Betrachtet man jedoch die internationale Debatte, scheint die Freude über die steigende Lebenserwartung verfrüht. In zahlreichen Szenarien wird ein düsteres Bild gezeichnet: Von zusammenbrechenden Sozialsystemen ist die Rede, von schlecht versorgten Alten und von finanziell, zeitlich und emotional überforderten Jungen. Versicherungen müssen sich gegen das „Langlebigerkeitsrisiko“ ihrer Versicherten schützen; und schon der ehemalige Bundespräsident Roman Herzog warnte vor einer „Rentnerdemokratie“ – wohl implizierend, dass sich Rentner in ihrem Wahlverhalten in Eigennutzenmaximierer verwandeln und Verantwortung für die berufstätige Gesellschaft leugnen.

Zweifellos ist der demografische Wandel eines der tiefgreifendsten strukturellen Probleme in vielen Gesellschaften der heutigen Zeit. Drei Parameter bestimmen diese Entwicklung: die Geburtenrate, die Sterberate und die Migration. Veränderungen in den Ausprägungen dieser Faktoren beeinflussen sowohl die Bevölkerungsgröße, als auch den Altersaufbau. Das „Demografieproblem“ ist einfach zu beschreiben: die Lebenserwartung steigt, während die Geburtenrate



auf niedrigem Niveau verbleibt. Dadurch stehen immer mehr Ältere immer weniger jungen Menschen gegenüber. Die Erwerbsbevölkerung nimmt ab und mit ihr die Gruppe derjenigen, die den wirtschaftlichen Reichtum produziert. Diese Grunddramaturgie des demografischen Wandels und seine Auswirkungen auf die unterschiedlichsten Lebensbereiche stehen heute bei vielen gesellschaftlichen und politischen Debatten an vorderster Stelle. Dies gilt bei der Diskussion von Zukunftsfragen nicht nur mit Blick auf die Geschlechtergerechtigkeit, die Familien- und Zuwanderungspolitik sowie den Auf- und Umbau des sozialen Sicherungsnetzes, sondern auch bezüglich der Zukunft der Arbeitsmärkte und der Ausrichtung der Wirtschaftspolitik. Die Liste ließe sich problemlos fortführen.

Die Herausforderungen, die der Bevölkerungswandel mit sich bringt, lassen sich anhand von Zahlen anschaulich verdeutlichen. Laut Berechnungen der Vereinten Nationen wird sich das Durchschnittsalter der Weltbevölkerung, das derzeit bei 29 Jahren liegt, bis 2050 auf 38 Jahre erhöhen. 22% der Weltbevölkerung werden zu diesem Zeitpunkt über 60 Jahre alt sein (2009: 11%); in den Industrieländern werden 2050 sogar 33% der Bevölkerung über 60 Jahre alt sein.

Umbrüche solch einschneidender Art rufen oft Ängste hervor und schnell werden Vergleiche mit der Vergangenheit angestellt. Vor diesem Hintergrund ist so manch politischer Vorschlag nur ein Versuch, krampfhaft an überholten Modellen festzuhalten. Konservative Familienpolitiker wollen die Geburtenrate wieder ankurbeln, um mit kinderreichen Familien der Vergreisung entgegen zu wirken. Frauen wird der Rückzug ins Häusliche angemahnt und das auf den Mann zugeschnittene Alleinernährermodell idealisiert.

Doch eine Rückkehr zur traditionellen Rollenverteilungen wird es nicht geben; den Herausforderungen muss mit innovativer Politik statt mit Panik begegnet werden. Denn in der Alterung der Gesellschaft

und der anstehenden Verkleinerung der Bevölkerung liegt auch eine große Chance: Klima- und Ressourcenschutz werden von einer geringeren Bevölkerungsanzahl profitieren.

Ein nüchterner Blick zeigt: Gesellschaften altern, weil sie reicher werden und sich dies leisten können; weil sie über eine bessere medizinische Versorgung verfügen, sich besser ernähren und die körperlichen Belastungen zurückgehen. Hohes Alter geht nicht mehr notwendigerweise mit Gebrechlichkeit einher. Mit dem Anstieg der Lebenserwartung nehmen auch die gesunden Jahre eines Menschen zu. In Pflegeheimen steigt das Durchschnittsalter der Bewohner stark an, die Alterssegmente der 60 bis 70-Jährigen, die vor Jahren noch das Bewohnerbild prägten, erfreuen sich heute oft guter Gesundheit.

Dennoch bleibt unbestritten, dass mit dem Alter auch das Risiko steigt, ein Pflegefall zu werden. Weitere Verbesserungen in der Medizin, Aufklärung über Gesundheitsrisiken und ein gesundheitsbewusster Alltag können den Anstieg an Pflegefällen bremsen. Sie können aber nicht verhindern, dass alternde Gesellschaften auch einen vergrößerten Aufwand für Pflege betreiben müssen.

Früher war in den meisten Gesellschaften, vor allem in solchen mit bäuerlicher Prägung, das Altwerden der Menschen in die Großfamilie integriert. Für industrialisierte Gesellschaften stellen wir weltweit fest, dass die Bedeutung von Großfamilien zurückgedrängt wird. Familien sind einem Verkleinerungsprozess unterworfen und Familienmitglieder über große Entfernungen verstreut. Viele alte Menschen leben allein. Eine große Anzahl Pflegebedürftiger wird zwar weiterhin zu Hause von Familienmitgliedern versorgt; die Gruppe derjenigen Menschen, die aufgrund der Schwere des Pflegefalles oder des Fehlens von pflegebereiten Familienangehörigen anderer Pflegeversorgung bedürfen, steigt jedoch zunehmend.

Häusliche Pflege entlastet Staat und Gesellschaft von Aufgaben



und Ausgaben. In den meisten Fällen wird die Versorgung pflegebedürftiger Familienmitglieder zu Hause von Frauen übernommen, die häufig im Anschluss an die Kindererziehung die Pflege für Eltern oder Schwiegereltern tragen. Die Pflege zu Hause, teilweise unter Zuhilfenahme ambulanter Pflegedienste, deckt oft den Großteil aller – meist leichter – Pflegefälle ab. Dies hat viele Vorteile: Die meisten Menschen wünschen sich im Alter in ihrer gewohnten Umgebung bleiben zu können und von Familienangehörigen umgeben zu sein. Zudem kann es auch für die Pflegenden eine intensive Erfahrung sein, die Eltern im hohen Alter zu begleiten. In vielen Fällen sind die pflegenden Angehörigen jedoch überfordert. Neben der physischen und psychischen Anstrengung sind die pflegenden Familienangehörigen mit großen Nachteilen konfrontiert: Sie sind aus dem Erwerbsprozess ausgeschieden, verlieren schnell den beruflichen Anschluss und können keine eigene Rente erwirtschaften. Die häusliche Pflege lässt sich auf Dauer nur stabilisieren, wenn die Situation der familiären Pflegekräfte verbessert wird; materieller Ausgleich sowie professionelle und psychologische Unterstützung gewinnen hier an Bedeutung.

Reicht häusliche Pflege nicht aus, muss Pflege durch private Dienste oder gesellschaftliche Pflegeeinrichtungen hinzukommen. Insbesondere ambulante Pflegedienste ermöglichen es älteren Personen, die zwar im Alltag Hilfe benötigen, aber noch viele Tätigkeiten allein verrichten können, möglichst lange in ihrer vertrauten Umgebung zu bleiben. Dies ist auch in finanzieller Hinsicht bedeutsam, da die Kosten für die Pflege mit jedem Schritt steigen, den der alte Mensch aus seinem bisherigen Leben austritt: von der Selbstversorgung, eventuell über die häusliche Pflege, zur Pflege mit Hilfe von ambulanten Pflegediensten, hin zu betreutem Wohnen und vollstationärer Pflege.

Ein Krankheitsbild, das zunehmend an Bedeutung gewinnt, ist die Altersdemenz. Demenzielle Erkrankungen nehmen mit dem Alter signifikant zu. Dementsprechend wächst im Zuge der Alterung unserer Gesellschaften die Gruppe der Demenzerkrankten überproportional an, die gänzlich von Hilfe abhängig sind und einen hohen Pflegeaufwand verursachen.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass auf den Pflegesektor enorme Herausforderungen zukommen. Dies betrifft in starkem Maße die Nachfrage nach ausgebildeten Fachkräften. In vielen Industrieländern existiert bereits ein hohes und weiter wachsendes Angebotsdefizit bei Pflegekräften und mancherorts wird bereits von einem Pflegenotstand gesprochen. Bilaterale Abkommen mit anderen Ländern, z.B. den Philippinen, über die Bereitstellung von Arbeitsmigranten als Pflegekräfte können kurz- oder mittelfristige Strategien sein, das Angebotsdefizit zu beheben. Langfristig taugen solche Ausleihaktionen jedoch nicht, da mittelfristig auch Entsendeländer vom Trend der Alterung erfasst werden und ihre Pflegekräfte zu Hause benötigen werden.

Soll der Pflegesektor wachsen, bedarf es entsprechender Finanzierung. Generell ist es richtig, dass erhöhte Ausgaben für Pflegeleistungen aus zunehmender Beschäftigung (z.B. späterer Eintritt in das Rentenalter) oder höherer Produktivität bezahlt werden können. Bedeutsam ist aber, wie die Transfers organisiert werden. Gesellschaften sind gut beraten, von den drei grundsätzlichen Modellen die Finanzierung aus dem Einkommen oder Vermögen der Betroffenen nicht zur primären Finanzierungsform von Pflegeleistungen zu machen. Zwar sollen Reiche auch mit Privatvermögen im Pflegefall einspringen; Arme bedürfen jedoch der gesellschaftlichen Hilfe und sollten im Pflegefall nicht von einer Grundversorgung ausgegrenzt werden.



Über die Frage, ob Pflegekosten vorzugsweise aus Steuern oder durch Sozialversicherungen (Krankenversicherung oder spezialisierte Pflegeversicherung) beglichen werden sollen, lässt sich streiten. Die Argumente sind die gleichen, die stets bei sozialen Ausgleichs- oder Umverteilungsprozessen angeführt werden. Steuerfinanzierte Systeme können leichter den Grundsatz der Gleichbehandlung durchsetzen sowie vor allem diejenigen einbeziehen, die bei beitragsfinanzierten Modellen durch das Raster fallen und ohnehin der staatlichen Hilfe bedürfen. Gegen steuerfinanzierte Modelle sprechen der oft hohe Verwaltungsaufwand für die Mittelallokation und die Schwierigkeiten der Leistungskontrolle. Staatliche Teilbudgets stehen zudem in Konkurrenz mit anderen hoheitlichen Finanzierungsaufgaben. Ob der Pflegesektor im Zweifelsfall genügend Unterstützung mobilisieren kann und im politischen Wettbewerb um knappe Ressourcen durchsetzungsfähig ist, darf mit Skepsis gesehen werden. Nicht unbeachtet bleiben darf darüber hinaus die Sozialpsychologie der Pflegesituation. Pflegeempfänger, die nicht durch eigene Beiträge die Ausgaben für Pflegedienste vorfinanziert haben, werden schnell als Antrags- und Bittsteller klassifiziert und der Pflegefall als Amtshandlung wahrgenommen.

Beitragsfinanzierte Sozialversicherungen sind in den wirtschaftlich entwickelten Ländern zur wichtigsten Institution der sozialen Sicherung herangereift. Sie unterscheiden sich in ihrer Rechtsform sowie Verwaltung und weichen deutlich in den Versicherungsleistungen, den Beitragshöhen und in der Deckung voneinander ab. Ihr genereller Zweck ist es, Personen eine Versicherung zu ermöglichen, die sie sonst nicht hätten oder sich bei privater Vorsorge nur zu sehr hohen Tarifen leisten könnten. Sie haben Pflichtcharakter, weil sie als Umverteilung konzipiert sind oder eine Auslese nach Personen in Risikoklassen (z.B. Kranke vs. Gesunde) vermeiden wollen. Außerdem heben sie

die Trennung von Beitragszahlung und Leistungserhalt – zumindest teilweise – auf.

Ein Nachteil der beitragsfinanzierten Sozialversicherung ist jedoch, dass ihre Leistungen an Beitragszahlungen gebunden sind. Unerfasst bleiben somit soziale Gruppen, die die Beiträge aufgrund geringer Einkommen nicht aufbringen können. Hier hilft eine Mischfinanzierung; der Staat kann die Beitragszahlungen übernehmen oder für diese Sozialgruppe separate Ersatzkassen einrichten. Für die Übernahme von Pflegekosten werden deswegen meist alle Finanzierungsweisen kombiniert in Anspruch genommen: Einen Teil der Pflegekosten bezahlt der Leistungsempfänger aus Einkommen oder Vermögen, ein weiterer Teil wird über die Sozialversicherung abgedeckt und Steuermittel dienen der Ergänzung, um ein gesellschaftlich gewolltes Versorgungsniveau zu sichern.

Ein neuer Zweig im sozialen Versicherungsnetz sind spezielle Pflegeversicherungen, die das Risiko der Pflegebedürftigkeit abdecken sollen. Sie sind Ergänzungen zu den Krankenversicherungen, die viele der mit der Pflege verbundenen Aufgaben und Ausgaben nicht erfassen. Deutschland nimmt hier eine Vorreiterrolle ein und hat mit einem bemerkenswerten Stück Gesetzgebung am 1. Januar 1995 das „Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit“ erlassen. Heute verfügen auch Luxemburg, die Niederlande, Japan und Korea über Pflegeversicherungen. Vor dem Hintergrund der erwarteten Bevölkerungsentwicklungen werden voraussichtlich weitere Länder ähnliche Modelle einführen.

Der vorliegende Band geht aus einem Workshop zum Thema „Pflegeversicherung: Erfahrungen und Herausforderungen“ hervor, zu dem die Friedrich-Ebert-Stiftung Shanghai in Kooperation mit dem „Zentrum für Europa-Studien“ der Fudan Universität Shanghai im April 2009 eingeladen hat. Ziel des Workshops war es, auch in China



einen Dialog über die Thematik in Gang zu bringen, die verschiedenen Pflegeversicherungs- und Pflegemodelle der Länder vorzustellen sowie sich über Erfahrungen, Erfolge und Probleme auszutauschen. Ähnlich ist auch das Ansinnen dieses Bandes zu verstehen.

Die am Workshop durch Vorträge und in der Diskussion vertretenen Länder – Deutschland, Japan und China – sind in besonderem Maße durch Alterungsprozesse gefordert. Deutschland hat eine der niedrigsten Geburtenraten der Welt, bereits seit 30 Jahren liegt sie bei rund 1,4.<sup>1</sup> Zur Reproduktion der Elterngeneration wird gemeinhin ein Wert von 2,1 angenommen. Demgegenüber steht eine stark gestiegene Lebenserwartung: Für Frauen in Deutschland liegt diese derzeit bei 81, für Männer bei 75 Jahren. 1970 waren es für beide Geschlechter noch rund acht Jahre weniger. Dieser Trend setzt sich fort; bis 2050 wird ein weiterer Anstieg der Lebenserwartung um rund fünf Jahre angenommen.

Die Verweildauer in Pflegeheimen in Deutschland verdeutlicht zudem, dass Altern zunehmend mit guter Gesundheit einhergeht. Betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Pflegeheimen in den Siebzigern noch rund zehn Jahre, so ist sie heute durch die Stärkung der ambulanten Pflege und den generell verbesserten Gesundheitszustand auf rund zwei Jahre herabgesunken. Die enormen Verbesserungen und den Wandel in der deutschen Altenpflege in den letzten 30 Jahren veranschaulicht *Wilfried Lahne* in diesem Band exemplarisch anhand der Entwicklung des Seniorenheims „Stadt Leverkusen“. Dieses gilt als die Geburtsstätte der deutschen Pflegeversicherung und zählt bis heute zu den modernsten Pflegeeinrichtungen in Deutschland.

---

1 Der Wert gilt bis 1990 nur für Westdeutschland. Nach der Wiedervereinigung hat sich die Geburtenrate jedoch auch in den neuen Bundesländern auf einem niedrigeren Niveau eingependelt.

Mittels einer Aufschlüsselung der Pflegeheimkosten für die einzelnen Bewohner, deren Familien sowie für die Kommunen gibt Wilfried Lahne überdies umfassende Einblicke in das Ausmaß der mit Pflege einhergehenden finanziellen Belastungen.

Trotz der Fähigkeit zur längeren Selbstversorgung und der Forcierung der ambulanten Pflege wird Deutschland zukünftig deutlich mehr Pflegefälle zu versorgen haben. Schätzungen des statistischen Bundesamtes gehen von einer Zunahme um 58% bis 2040 aus. Dies lässt sich hauptsächlich auf das deutliche Anwachsen des Alterssegments 80+ zurückführen; bis 2040 wird eine Zunahme von 78% erwartet. Ab diesem Alter steigt jedoch auch die Gefahr ein Pflegefall zu werden deutlich an. Die bei Wilfried Lahne aufgeschlüsselten Kosten nehmen dementsprechend auf Bundesebene hochgerechnet schwindelerregende Dimensionen an.

Den Aufbau sowie die Finanzierungsmaßnahmen der Pflegeversicherung in Deutschland stellt *Michael Schmidt* dar. Als Versicherungsexperte im Bundesministerium für Arbeit und Soziales gestaltete er aktiv die Entwicklung der Pflegeversicherung mit. Sein Beitrag bietet sich zum Vergleich mit dem Beitrag von *Miyoko Motozawa* an, die die japanische Pflegeversicherung darstellt.

Japan ist das Land mit der weltweit höchsten Lebenserwartung. Verfügte Japan in den fünfziger Jahren noch über die jüngste Bevölkerung aller Industrieländer, so weist es heute ein Arbeiter-Rentner Verhältnis von drei zu eins auf. Ein Zusammenspiel von Faktoren führte zu einer der niedrigsten Geburtenraten der Welt. Dazu zählen vor allem die feste Rollenverteilung, die es Frauen kaum ermöglicht, Kinder zu haben und gleichzeitig im Erwerbsleben zu stehen, sowie extrem lange Arbeitszeiten. In dieser Hinsicht ähnelt sich die Situation in Deutschland und Japan; die unterschiedlichen sozio-ökonomischen und kulturellen Hintergründe in beiden Ländern



haben jedoch zu verschiedenen Pflegeversicherungsmodellen geführt. Beide Einrichtungen in ihren Unterschieden und Gemeinsamkeiten nachzuzeichnen, schärft den Blick auf die jeweiligen Vor- und Nachteile. Dies könnte für andere Länder hilfreich sein, um die Prioritäten beim Aufbau eigener Pflegeversicherungen richtig zu setzen.

Ein „Entwicklungsproblem“ besonderer Art hat China, der dritte „Diskussionsfall“ während des Shanghaier Workshops: Es ist das einzige Entwicklungsland, in dem bereits der Alterungsprozess eingesetzt hat, wobei die sozialen Sicherungssysteme für einen Großteil der Bevölkerung noch nicht errichtet sind.

Auf China kommen enorme Herausforderungen zu. Industrieländer wurden reich bevor ihre Bevölkerungen in die Alterungsphase eintraten. Sie bauten ihre sozialen Sicherungssysteme mit einer „demografischen Dividende“ auf und bewältigten die Anschubfinanzierung für ihre Sozialversicherung mit einer relativ jungen Bevölkerung. Für China laufen die demografischen Prozesse in zeitlicher Straffung ab: „Getting old before getting rich“ ist nicht nur ein Hinweis auf starke finanzielle Belastungen. Hier stellt sich auch die Frage neu, ob die Pflegeversicherung eine zeitlich nachlaufende Versicherungssäule sein soll oder schon sehr früh in das allgemeine soziale Versicherungssystem integriert werden muss. *Chun Ding* geht in seinem Beitrag auch darauf ein. Aus der Bewertung der chinesischen Situation heraus argumentiert er für eine schrittweise Einführung der Pflegeversicherung, um eine möglichst große Passgenauigkeit zu erreichen und kostspielige Fehler zu vermeiden.

Die Hauptursache für den Alterungsprozess in China ist neben der längeren Lebenserwartung die staatliche „Ein-Kind-Politik“. Der Erfolg der Maßnahme wird kontrovers diskutiert, für den Bereich Pflege ergeben sich daraus jedoch zweifelsohne große Herausforderungen

für die Familien und die Politik.

Die Formel, mit der in China die Problematik der Rentenfinanzierung oft dargestellt wird, ist griffig: „4-2-1“, dies bedeutet, dass sich ein Kind um ein Elternpaar und zwei Großelternpaare kümmern muss. Ganz so dramatisch wird es zwar nicht kommen; die Finanzierungsprobleme dürften denen in Deutschland und Japan dennoch nicht nachstehen.

Die demografische Situation in Shanghai ist heute schon beunruhigend. Die Zahl der über 60-Jährigen liegt bereits bei über drei Millionen, ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung beträgt 22% und liegt damit doppelt so hoch wie im Landesdurchschnitt. Die Lebenserwartung ist auf über 81 Jahre angestiegen. Auch wenn sich der durchschnittliche Gesundheitszustand stark verbessert hat und die Menschen nicht nur länger leben, sondern auch länger gesund bleiben, steigt die Nachfrage nach Altenpflege enorm an.

*Julan Gao* von der Shanghaier Stadtverwaltung beschreibt in ihrem Beitrag die Versorgungslage sowie deren besondere Herausforderungen. Für Shanghai lässt sich die künftige Pflegesituation in eine Formel gießen: „90-7-3“. Dahinter verbirgt sich ein Modell, das darauf abzielt, 90% der Altenpflege in der Familie zu belassen, 7% durch so genannte „Nachbarschaftspflegedienste“ zu decken und 3% der alten Menschen in stationären Einrichtungen zu versorgen. Ob ein 90%iger Anteil durch familiäre Pflegekräfte erbracht werden kann, hängt weitgehend davon ab, wie intakt die Familien bleiben und wie stark sie bei der Pflege ihrer Angehörigen von der städtischen Verwaltung unterstützt werden.

Der Sektor der Altenpflege, der in China erst in der Entstehungsphase ist, wird durch *Fang Chen* illustriert. Er ist als Leiter eines Pflegeheims in Shanghai nicht nur mit der Basis vertraut, sondern weiß auch um die chinesische Gesamtsituation auf diesem Gebiet. Sein Beitrag verdeutlicht die Gleichzeitigkeit vieler gesellschaftspolitischer Prozesse



in China. Fang Chen betont nicht nur das Ziel, die Pflege und Betreuung in den Heimen stetig zu verbessern, um alten Menschen ein Altern in Würde zu ermöglichen, sondern auch die Notwendigkeit, die Quantität der Pflegeeinrichtungen stark zu erhöhen. Um diese schwierige Aufgabe besser zu bewältigen, zieht Fang Chen auch die Erfahrungen westlicher Einrichtungen und Modelle zu Rate. Dabei ist er bemüht, gelungene Vorbilder zu integrieren, ohne die Einzigartigkeit des chinesischen Falls außer Acht zu lassen.

Shanghai besitzt innerhalb Chinas Vorbildcharakter. In keiner anderen Stadt Chinas hat der Alterungsprozess so früh eingesetzt wie hier, was der Dringlichkeit der Entwicklung des Pflegesektors Nachdruck verleiht. Gelingt es der Stadt überzeugende Antworten auf den Alterungsprozess zu finden, so stünde der landesweiten Nachahmung nichts im Wege.

Allerdings mangelt es momentan noch an einer gesetzlichen Pflegeversicherung, um die ambitionierten Ziele in der Altenpflege finanzieren zu können. In diesem Zusammenhang kann der Beitrag von Günter Merkel in diesem Band für chinesische Entscheider als Unterstützung dienen. Der Richter des Sozialgerichts Nürnberg kennt nicht nur das der Pflegeversicherung zugrunde liegende Gesetz in aller Tiefe, sondern zeigt in seinen Ausführungen auch die Probleme auf, die nach Einführung der Versicherung in Deutschland aufgrund unzureichender Berücksichtigung durch Gerichte geklärt werden mussten.

Ein chinesisches Sprichwort besagt: „Der Dumme lernt aus seinen Fehlern, der Kluge aus den Fehlern der Anderen“. Angesichts der großen Aufgaben die auf alternde Gesellschaften zukommen, wäre es erstrebenswert, dass der Dialog über Chancen und Herausforderungen dieses nie dagewesenen Prozesses weitergeführt wird. Die Erfolge und Probleme bereits gefundener Lösungsmöglichkeiten auszutauschen

und voneinander zu lernen, kann einen großen Gewinn für die Weiterentwicklung hin zu einer gerechteren Gesellschaft darstellen. Zu diesem Ziel möchte der vorliegende Band einen kleinen Beitrag leisten.



Teil I

---

# Altenpflege in China



# *Altenpflege in Shanghai – Leistungen, Erfahrungen und Herausforderungen<sup>1</sup>*

*Julan Gao*

Die Alterung der Bevölkerung und ihre tiefgreifenden Auswirkungen auf die gesellschaftliche Entwicklung stellen für viele Länder und Regionen eine große Herausforderung dar. Dies gilt für Shanghai im besonderen Maße, weil hier der Alterungsprozess in China am stärksten ausgeprägt ist und Shanghai bereits 1979 als erste Stadt in China in eine Phase der schnellen Alterung eingetreten ist. Im Jahre 2008 lag die durchschnittliche Lebenserwartung in Shanghai bei 81,28 Jahren.

Die Alterung in Shanghai ist durch mehrere Merkmale gekennzeichnet. Dazu zählen ein bereits hoher Anteil an alten Menschen und eine weiter zunehmende Alterung. Ende 2008 waren drei Mio. Menschen gemeldet, die 60 Jahre oder älter waren. Dies entsprach 21,6% der registrierten Einwohner. Der Anteil lag fast doppelt so hoch wie im Landesdurchschnitt. Von 2005 bis 2008 stieg die Zahl der alten Menschen im Jahresdurchschnitt um 100.000 und lag damit deutlich über den früheren Prognosen von Zuwächsen im Bereich von 20.000 bis 30.000. Laut einer neueren Schätzung soll sich das Bevölkerungswachstum für Shanghai weiter beschleunigen und dann zwischen 2025 und 2030 den Höhepunkt erreichen. Um 2030 dürften in Shanghai mehr als fünf Mio. Menschen über 60 Jahren leben, dies

---

<sup>1</sup> Der Text ist die leicht überarbeitete Rede von Frau Julan Gao, der Vize-Präsidentin des Büros für Zivile Angelegenheiten der Stadt Shanghai, zur Eröffnung des Workshops (Anmerkung der Herausgeber).



entspreche etwa 40% der heute gemeldeten Einwohner. Als weiteres Merkmal kommt der erhebliche Zuwachs an Hochbetagten hinzu. Zur Zeit beträgt die Zahl der Menschen über 80 Jahren 534.400 oder 17,8% der über 60-jährigen Einwohner. Von besonderer Wichtigkeit ist dabei die relativ hohe Zahl der Familien, die ausschließlich aus alten Menschen bestehen sowie die Zahl der alleinlebenden alten Menschen. Zur ersten Kategorie zählen zur Zeit 863.800 Menschen und zur zweiten 188.000 Menschen.

Eine unmittelbare Folge der Überalterung bzw. der Alterung ist die enorme Zunahme der Pflegefälle. Bis 2010 wird es voraussichtlich mehr als 230.000 alte Menschen geben, die ihre täglichen Verrichtungen ganz oder teilweise nicht mehr selbständig erledigen können. Angesichts des Trends zu kleineren Familien wird auch die Pflegefähigkeit durch Familienangehörige abnehmen. Immer mehr Aufgaben der Altenpflege gehen von Familien auf die Gesellschaft über und damit steigt der Bedarf an Pflegedienstleistungen, die von der Gesellschaft bereitgestellt werden müssen.

Seit langem legt Shanghai großen Wert auf den langfristigen Aufbau der Altenpflege und hat diese auch ständig weiterentwickelt. Die Stadtregierung hat die Sozialversorgung für alte Menschen in die umfassende Rahmenplanung für die sozio-ökonomische Entwicklung Shanghais aufgenommen und wichtige Indikatoren in das Planungssystem der volkswirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung der Stadt integriert. In diesem Zusammenhang wurde auch der 10. und 11. Fünfjahresplan für das Sozialwesen der alten Menschen beschlossen und damit wurden die Leitidee, das Entwicklungsziel und die Grundaufgaben festgelegt. Voraussichtlich werden bis 2010 die städtischen Altenpflegedienstleistungen mehr als 10% der Senioren in Shanghai erfassen. Es wird 100.000 Altenpflegebetten geben; dies entspricht dann 3,2% der in

Shanghai gemeldeten alten Menschen; für 250.000 Menschen wird ein ambulanter Pflegedienst in der häuslichen Nachbarschaft bereitstehen; damit werden wiederum 7% der in Shanghai registrierten alten Menschen versorgt.

Um der rasch wachsenden Nachfrage nach Pflegeleistungen zu entsprechen, wird die Stadt Shanghai während des 11. Fünfjahresplans die positiven Erfahrungen anderer Länder und Regionen heranziehen und versuchen, ein auf die sozio-ökonomische Entwicklung abgestimmtes Altenpflegesystem aufzubauen. Dabei wird ein Shanghaier Pflegemodell entwickelt, das durch vielfältige Leistungsangebote und eine plurale Trägerschaft geprägt sein wird. Das Ziel besteht darin, allmählich eine städtische Altenpflegelandschaft aufzubauen, in der die ambulante Altenpflege in der Nachbarschaft dominiert und die stationäre Altenpflege in städtischen Einrichtungen eine Ergänzungsaufgabe übernimmt. Nach und nach sollen sich verschiedenartige und mehrklassige Dienstleistungsformen der Altenpflege entwickeln und ein Angebot aufbauen, bei dem die Stadtregierung die dominante Rolle spielt und alle gesellschaftlichen Kräfte zur Mitwirkung ermutigt werden sollen. Es soll dabei erforscht werden, wie die ambulante Versorgung in der häuslichen Nachbarschaft systematisiert und institutionalisiert werden kann. Zusätzlich müssen verschiedene Dienstleistungssubventionen, Dienstleistungskriterien und ein Bewertungssystem errichtet werden. Die ambulante Pflege in der Nachbarschaft muss vorangetrieben werden, indem die Pflegeangebote über die Hilfe bei einfachen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten hinaus hin auf die Betreuung im Alltagsleben, Rehabilitation und Gesundheitspflege, Nothilfe und seelische Unterstützung ausgeweitet werden. Zugleich wird in Shanghai den Anforderungen an zusätzliche Pflegeleistungen in häuslicher Nachbarschaft entsprochen. In den Straßenblöcken und Gemeinden



werden nachbarschaftliche Gesundheitsdienstleistungszentren aufgebaut, damit die alten Menschen ein Angebot erhalten, in dem medizinische Behandlung, Prävention, Gesundheitspflege und Rehabilitation integriert sind.

Zur Zeit gibt es in der Stadt Shanghai insgesamt 582 Altenpflegeeinrichtungen, davon 287 in der Trägerschaft der Regierung und 295 in der Trägerschaft von gesellschaftlichen Akteuren. Die gesamte Bettenzahl von 80.554 entspricht 2,8% der Zahl der Einwohner, die 60 Jahre oder älter sind. In der ganzen Stadt gibt es überdies 234 ambulante Pflegeeinrichtungen in Nachbarschaften, in denen 177.000 Personen versorgt werden. Von diesen Pflegebedürftigen erhalten 103.000 Personen Zuschüsse zur Finanzierung der Pflegeleistungen. In Shanghai gibt es darüber hinaus noch 229 Tagesstätten für alte Menschen und 5547 Freizeiträume, darunter 4145 Räume mit einer Standardausstattung für einen Freizeitraum. Schließlich sind noch 71 ärztliche Behandlungseinrichtungen für alte Menschen und 41.300 Krankbetten, die bei den Pflegebedürftigen zu Hause aufgestellt sind, vorhanden.

Die Dienstleistungen, die wir anbieten, können bisher nur die grundlegenden Pflegebedürfnisse erfüllen. Zieht man die sich beschleunigende Bevölkerungsalterung in Betracht, sind die langfristigen Pflegeangebote in Shanghai unterentwickelt. Die Defizite liegen z.B. in der Gesamtzahl der Pflegebetten, vor allem sind Pflegebetten für alte Menschen, die ihre Verrichtungen nicht mehr selbständig tätigen können oder geistig behindert sind, sehr knapp. Auch die ambulante Pflege in der häuslichen Nachbarschaft genügt den Bedürfnissen nach unterschiedlichen und individuell zugeschnittenen Pflegediensten noch nicht. Wir sind der Meinung, dass die langfristige Altenpflege von den Regierungen unterstützt und angekurbelt werden sollte. Dies stellt eine notwendige Aufgabe

dar, nachdem die Wirtschaftsentwicklung in Shanghai ein gewisses Niveau erreicht hat.

Zur Zeit beträgt das Bruttosozialprodukt pro Kopf in Shanghai bereits mehr als 10.000 US Dollar und erreicht damit das Niveau der „Middle-Income-Countries“. Aber die Alterung der Bevölkerung hier übertrifft bereits den Alterungsprozess vieler entwickelter Länder. Man hat beim Aufbau der Altenpflege beträchtliche Fortschritte gemacht. Die von uns ergriffenen Maßnahmen zielten jedoch in der Regel darauf, Lücken im Dienstleistungsangebot zu schließen und können daher den Pflegebedürfnissen der alten Menschen noch nicht allseitig gerecht werden. Angesichts des noch vor uns liegenden Höhepunkts in der Bevölkerungsalterung sind Mängel auf beiden Seiten festzustellen: Einerseits sind die verfügbaren Einkommen vieler alter Menschen sehr beschränkt und die Gruppe derjenigen, die sich ambulante Pflegedienste leisten können, ist zahlenmäßig klein. Die wirkliche Nachfrage nach Pflegeleistungen und die bezahlbare Nachfrage klaffen auseinander. Andererseits befindet sich das öffentliche Finanzsystem in Shanghai noch in einer Gestaltungsphase, d.h. die Finanzierbarkeit für langfristige Pflegeleistungen stellt ein Problem dar. Bisher hat die Regierung die Altenpflegeeinrichtungen und die ambulanten Pflegedienste subventioniert, jedoch decken die Subventionen nur einen Bruchteil des Bedarfs ab. Im Jahre 2008 erhielten 103.000 Menschen Subvention für ambulante Pflegeleistungen; dies entsprach lediglich 3,4% der alten Menschen.

Länder wie Deutschland und Japan haben ein Pflegeversicherungssystem aufgebaut, in dem jeder schon in jungen Lebensjahren Versicherungsbeiträge für Pflegeleistungen zahlt und das Individuum und die Gesellschaft gemeinsam die zunehmenden Pflegekosten tragen. Dadurch können die alten Menschen eine bessere



Pflegebetreuung erhalten. Dies sind vorhandene Instrumente zur Lösung des Dilemmas der Finanzierung der langfristigen Altenpflege. Hierfür wurde in den entwickelten Ländern ein Konsens erzielt. Dies stellt auch eine zwingende Entwicklungstendenz dar. Daher orientiert sich die Politik in den entwickelten Ländern in der letzten Zeit dahin, mit der Einführung von Pflegeversicherungen die Sicherheit für die Finanzierung der Altenpflege zu schaffen.

Betrachtet man die Kosten für die Einführung einer Pflegeversicherung, muss man berücksichtigen, dass sich Shanghai gerade in der Anfangsphase der raschen Bevölkerungsalterung befindet. Der gesellschaftliche Belastungsquotient ist noch vergleichsweise niedrig und daher können die Fondsmittel für eine Versicherung besser akkumuliert werden. Die Einführung einer Pflegeversicherung könnte frühzeitig eine institutionelle Vorsorge für den bevorstehenden Höhepunkt der Bevölkerungsalterung in Shanghai darstellen. Die Erfahrungen, die man in Deutschland und Japan mit der Pflegeversicherung gemacht hat, genießen bereits Aufmerksamkeit in verschiedenen Regierungsbehörden in Shanghai und die Durchführbarkeit einer Pflegeversicherung wird bereits erörtert.

Wir wollen diesen Workshop als Chance nutzen, einen vertieften Einblick in die Pflegeversicherung in Deutschland und Japan zu gewinnen und die konkrete Funktionsweise der Pflegeeinrichtungen zu verstehen. Dies kann dem Versuch der Einführung einer Pflegeversicherung und der Verbesserung des Management- und Dienstleistungsniveaus der Altenpflegeeinrichtungen in Shanghai zugute kommen.

Zum Schluss möchte ich mich nochmals bei dem Zentrum für Europa-Studien der Fudan Universität und der Friedrich-Ebert-Stiftung dafür bedanken, dass sie uns eine Plattform zur Kommunikation in

dieser Frage geboten haben.

Der Meinungs-austausch bietet uns die Gelegenheit, von den Erfahrungen mit der Pflegeversicherung in Deutschland und Japan zu lernen und über diese zu diskutieren.

# *Altenpflege und Aufbau einer Pflegeversicherung in China*

Chun Ding

## **1. Vorbemerkungen**

Die chinesische Wirtschaft erlebte in den über 30 Jahren seit 1978 eine rasante Entwicklung mit einem durchschnittlichen Wirtschaftswachstum von 9,85%. Damit nahm das Wirtschaftsvolumen Chinas enorm zu: Das gesamte Bruttoinlandsprodukt (BIP) Chinas stieg von knapp 2% des Weltvolumens im Jahre 1978 auf 6% im Jahre 2008. China hat inzwischen die weltweit zweitgrößte Volkswirtschaft. Das BIP je Einwohner lag zu Beginn der wirtschaftlichen Reformen 1978 bei 114 US Dollar, bis 2008 war es auf 3266,80 US Dollar geklettert.

Die Vermögensbildung und der mit der Wirtschaftsentwicklung einhergehende gesellschaftliche Wandel haben die Nachfrage nach sozialen Sicherungsleistungen stark anwachsen lassen. Dies betrifft vor allem den Mittelstand, dem rd. 23% der gesamten Bevölkerung zuzurechnen sind (Lu, Xueyi/Li, Peilin, 2004). Im Jahr 2004 wurde der Anspruch auf soziale Sicherung in der Verfassung verankert und die (verfassungs-) rechtliche Voraussetzung für die (Wieder-) Einführung und Vervollständigung des Systems der sozialen Sicherung in China geschaffen. China hat inzwischen eine Rentenversicherung, Krankenversicherung, Unfallversicherung, Arbeitslosenversicherung und Mutterschaftsversicherung eingeführt. Bemerkenswert sind vor allem der Aufbau einer sozialen Versicherung für die ländlichen Gebiete und dessen Verzahnung mit dem städtischen System sowie die allmähliche Realisierung sozialer Transferzahlungen zwischen

den Regionen. Damit befindet sich ein soziales Sicherungsnetz im Aufbau, das dem aktuellen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklungsniveau Chinas entspricht und auf einer ersten Stufe gesellschaftliche Solidarität und Gerechtigkeit verkörpert. Allerdings ist der Deckungsgrad für die einzelnen Versicherungsarten noch sehr niedrig, insbesondere auf dem Land.

## **2. Rasche Alterung der Bevölkerung**

China erlebt seit einiger Zeit eine rasche Alterung seiner Bevölkerung. Die durchschnittliche Lebenserwartung ist von 68 Jahren (1981) auf 73 Jahre (2007) gestiegen. Die staatliche Familienplanungspolitik hat zudem für eine sinkende Geburtenrate gesorgt. Zieht man die international anerkannte Klassifizierung für eine „alternde Gesellschaft“ heran (Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung mindestens 10% bzw. der über 65-Jährigen mindestens 7%), befand sich China bereits vor einem Jahrzehnt an der Schwelle. Daten zufolge lag 1999/2000 der Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung bei 10,2% und der über 65-Jährigen bei 6,96%. Bis 2009 stieg der Anteil der über 60-Jährigen auf 12,5% (167 Mio.).<sup>1</sup> Damit lebt weltweit bereits jeder fünfte Mensch über 60 Jahre in China.

Der Trend zur weiteren Alterung ist beträchtlich. Schätzungen zufolge wird die Gruppe der über 60-Jährigen im Jahr 2050 438 Mio. Menschen umfassen und einen Bevölkerungsanteil von 31,1% einnehmen. Die absolute Zahl dieser Altersgruppe übertrifft dann auch die Größe der gleichen Alterskohorte für Gesamteuropa. Ähnlich schnellst die Zahl der über 65-Jährigen hoch: Sie dürfte 2050 320 Mio. erreichen. Dies entspricht einem Anteil von 22% der

---

<sup>1</sup> Rede von Liangyu Hui auf der Sitzung für das Altenwesen. Vgl.: *The Economic Daily*, 29. 01. 2010.



Gesamtbevölkerung (Wei, Jinsheng, 2009). Die Zahl der Hochbetagten, d.h. der über 80-Jährigen, nimmt in China jährlich um 5,4% zu.

Der Alterungsprozess in China läuft heute deutlich schneller ab als vergleichbare demografische Entwicklungen in Gesellschaften, die schon früher gealtert sind. Voraussichtlich wird China für den Anstieg des Anteils der über 65-Jährigen von 7% auf 14% lediglich 25 Jahre benötigen, während Frankreich dafür 115 Jahre, die USA 66 Jahre und Japan noch 30 Jahre benötigt haben (Guo, Youde, 2008, S. 87).

China weicht auch in einer zweiten Hinsicht von Alterungsprozessen in industrialisierten Gesellschaften ab. Das Phänomen „Getting old before getting rich“ ist besonders ausgeprägt. Vergleicht man das Einkommensniveau der jeweiligen Länder zu dem Zeitpunkt miteinander, als sie an der Schwelle zur Alterung standen, fällt auf, dass die heute entwickelten Gesellschaften erst alterten, als sie bereits wohlhabend waren.

**Tabelle 1: BIP je Einwohner in ausgewählten Ländern und China zum Zeitpunkt des Eintritts in die alternde Gesellschaft**

	Frankreich	Schweden	USA	Japan	China
Eintritt in die alternde Gesellschaft	1851–61	1890–1900	1940–50	1970–80	1999
BIP je Einwohner (US \$)	1568–1862	2086–2561	7010–9561	9714–13428	825

Quelle: Die Daten über Frankreich, Schweden, die USA und Japan sind der Webseite [www.historicalstatistics.org](http://www.historicalstatistics.org) entnommen.

Aus Tabelle 1 geht hervor, dass das Bruttoinlandsprodukt (BIP) je Einwohner beim Eintritt in die alternde Gesellschaft in Ländern wie Frankreich – weltweit das erste Land mit einer alternden Gesellschaft – Schweden, USA und Japan um ein Vielfaches höher lag, als das heute in China der Fall ist. Lag das BIP je Einwohner in den

USA seinerzeit bei 7000–9500 US Dollar, lag es hierzulande gerade mal bei 825 US Dollar (1999). Im Jahre 2008 war das Pro-Kopf-Einkommen in China weiterhin erst bei einem Neuntel des BIP je Einwohner in den USA angekommen, während der Alterungsgrad in China bereits dem Niveau der USA im Jahr 2000 entsprach.<sup>2</sup>

Mit der raschen Alterung der Gesellschaft und dem starken Rückgang der Geburtenrate steigt auch der „Lastquotient“, der das Verhältnis der Zahl der Rentner zur Zahl der Erwerbspersonen ausdrückt, stark an. Er hat sich in China von 1:20 im Jahre 1978 auf aktuell 1:3 verschoben. Damit kommen auf einen Ruheständler nur noch drei Erwerbspersonen. Entsprechend schnell die Abgabenlast nach oben.

Bei der Alterung in China herrschen beträchtliche regionale Unterschiede. Die Alterung ist in Metropolen wie Shanghai und Beijing sowie den Küstengebieten besonders ausgeprägt. Ende 2009 gab es in der Stadt Shanghai unter der registrierten Bevölkerung bereits 3,16 Mio. über 60-Jährige mit einem Anteil von 22,5% an der Gesamteinwohnerzahl. Mehr noch: Der Anteil der über 65-Jährigen lag bei 15,8% und der über 80-Jährigen bei 4%.<sup>3</sup> Der Alterungsgrad in Shanghai liegt damit doppelt so hoch wie im Landesdurchschnitt und nähert sich bereits dem Niveau der Länder mit den höchsten Alterungsgraden wie Japan und Schweden an. Ähnlich verläuft der Alterungsprozess in Beijing, das im Landesvergleich hinter Shanghai an zweiter Stelle liegt.

### **3. Zur Pflegesituation**

Ältere Menschen bedürfen häufiger der Pflege als Jüngere. Mit der

---

2 Vgl.: Die Alterung bedroht den Reichtum Chinas, *Los Angeles Times (USA)*, 06. 07. 2009

3 Vgl.: *Noon News*, 26. 03. 2010, S. A 25



Alterung der Gesellschaft steigt der Pflegebedarf und die betroffenen Gesellschaften müssen mehr Pflegedienstleistungen bereitstellen. Die rasche Zunahme der Nachfrage nach Pflegediensten geht meist nicht mit einer gleichen Erweiterung der Pflegeleistungen einher und zwischen Angebot und Nachfrage klafft eine große Lücke auf.

Diese Lücke macht sich in mehrerer Hinsicht bemerkbar: Mit der längeren Lebensdauer geht ein Wandel der Krankheitsbilder einher. Chronische Krankheiten, die oft durch falsche Verhaltensweisen begünstigt werden, treten bei alten Menschen verstärkt auf. So nehmen nicht-infektiöse Krankheiten wie Herz-, Hirn-, oder Kreislauf-Erkrankungen, Darm- und Magenbeschwerden sowie Abnutzungserscheinungen, zu. Umfrageergebnissen des staatlichen Gesundheitsdienstes zufolge liegt die Quote für chronische Erkrankungen bei den über 65-Jährigen bei 51,8% oder vier mal höher als bei der Gesamtbevölkerung. Die Angehörigen dieser Altersgruppe leiden im Durchschnitt gleichzeitig an zwei bis drei Erkrankungen. Ein großer Anteil dieser chronisch Kranken ist nicht in der Lage, auf sich allein gestellt zu leben. Des Weiteren tritt Demenz als Erkrankung im hohen Alter besonders häufig auf. Hieran leiden etwa 5% der über 65-Jährigen.

Erwähnenswert sind hier auch weitere Personengruppen, wie beispielsweise durch Betriebsunfälle Verletzte und Behinderte. Zur Zeit gibt es in China mehr als 60 Mio. Behinderte; dies entspricht 5% der Gesamtbevölkerung. Zusätzlich besteht Pflegebedarf bei einer großen Anzahl an Schwerekranken während und nach ihrem Krankenhausaufenthalt.

Aktuell gibt es in China über 20 Mio. alte Menschen, die ganz oder teilweise der Pflegehilfe bedürfen. Bezogen auf die Altersgruppe liegt der Anteil der Pflegebedürftigen in den Städten bei 14,6% und auf dem Lande bei 20%. Untersuchungen zur Wohnsituation in Beijing

bestätigen dies. Demnach können 17,6% der alten Menschen ihren Lebensalltag nicht mehr allein meistern. Dieses Problem verschärft sich mit zunehmendem Alter. Eine Studie der Universität Beijing ergab, dass ein Drittel der über 80-Jährigen auf die Hilfe von Anderen angewiesen ist.<sup>4</sup>

Die zweite nationale Stichprobe zur Situation der Behinderten im Jahre 2007 ermittelte, dass die Behindertenzahl in China in den letzten 20 Jahren um mehr als 22 Mio. gestiegen ist und 75% dieses Anstiegs auf über 60-Jährige entfällt. Damit verschärft sich das Problem, ausreichend Pflegekapazitäten bereitzustellen. Gerade mit dieser Form der Pflegebedürftigkeit kommen auf die Haushalte und die Gesellschaft weitreichende finanzielle Belastungen zu.

Betrachtet man das Angebot von Altenpflegedienstleistungen in China, kann man feststellen: Auf der einen Seite hat die Vorstellung, „mit Kindern für das Altern vorsorgen“, hierzulande eine lange Tradition. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die häusliche Altenpflege. Alte Menschen zögern sehr, gesellschaftliche Pflegedienstleistungen und stationäre Pflege in Anspruch zu nehmen. Auf der anderen Seite nimmt die Pflegefähigkeit der Familie wegen der Verkleinerung der Familien und der zunehmenden Urbanisierung stark ab. Die durchschnittliche Haushaltsgröße sank von 4,81 (1973) über 3,97 (1990) auf 3,38 (2003) Personen. Hinter diesem Trend verbirgt sich auch ein Umbruch im Generationenaufbau, der in den Formeln 4-2-1 (für die Städte) und 4-2-2 (für die ländlichen Gebiete) schematisch charakterisiert ist. Diese Formeln bezeichnen das Verhältnis zwischen Großeltern, Eltern und Kindern. Die Elterngeneration steht unter der Doppelbelastung, nicht nur den Unterhalt für sich und die Kinder zu verdienen, sondern auch die ältere

---

4 Vgl.: URL: <http://www.catv.net/>; 25.02.2010



Generation zu versorgen. Dadurch sind sie bei der Pflege der alten Menschen in der Familie oftmals überfordert.

Ein weiterer Trend ist die Zunahme von Ein-Personen-Haushalten, in denen Senioren allein leben. Dieser Trend wird zusätzlich durch die Landflucht und die beschleunigte Verstädterung verstärkt. Lag der Urbanisierungsgrad 1978 noch bei ca. 19%, beläuft er sich heute bereits auf 46,6%. Da vor allem Personen im erwerbsfähigen Alter in die Städte strömen, bleiben auf dem Lande oftmals die Alten zurück. Dieser Prozess führt dazu, dass etwa 40% der alten Menschen auf dem Land allein leben<sup>5</sup> und dort keine Pflegedienstleistungen erhalten.

Des Weiteren sind die Kosten für die fachliche Pflege und die Versorgung in Altenheimen sehr hoch. Schätzungen zufolge kostet ein Einzelzimmer in Pflegeheimen im Jahr im Durchschnitt 74.000 RMB. Angesichts dieser Kosten ist es wenig überraschend, dass nur 16% der Pflegebedürftigen eine stationäre Pflege gewählt haben. In dieser Gruppe haben 44% die stationäre Versorgung gewählt, weil sie die Möglichkeit der häuslichen Pflege durch ihre Kinder nicht besitzen.

Zwischen der Nachfrage nach Pflege und dem Angebot an Pflegepersonal und Pflegeeinrichtungen gibt es eine große Lücke. Daten zufolge benötigen in China etwa 30 bis 40 Mio. Menschen langfristige Pflege verschiedener Formen, die Zahl der vorhandenen Betten in den Altenpflegeeinrichtungen liegt aber bei nur etwa 2,5 Mio.;<sup>6</sup> d.h., 1000 alten pflegebedürftigen Menschen stehen im Durchschnitt 15 Betten zur Verfügung. Diese Zahl ist weitaus niedriger als in den entwickelten Ländern: Dort sind für die gleiche Bezugsgröße

---

5 Vgl.: Xinhua Presseagentur, Meldung vom 03.03.2010

6 Nach Zhenyao Wang, Dezernent für Soziales und Förderung des Wohlfahrtswesens, Ministerium für Zivilverwaltung, 2009

im Durchschnitt 70 Betten vorhanden.

Zudem werden landesweit etwa 9,9 Mio. Pflegekräfte benötigt.<sup>7</sup> Zur Zeit gibt es in China aber nur knapp 1 Mio. Pflegekräfte, mit einer beruflichen Ausbildung sogar nur 20.000. Daher ist das quantitative und qualitative Angebotsdefizit enorm. Den Umfragedaten der nationalen Forschungsinstitute für Gerontologie zufolge zeigen etwa 16,2% der alten Menschen Bedarf an ambulanten Pflegedienstleistungen, aber nur 1,1% nutzen diese tatsächlich.

Die unzureichende Zahl an Pflegekräften, die Schwere der Pflegearbeit und die schlechte Bezahlung der Pflegekräfte beeinträchtigen auch die Qualität der Pflege. Die Hilfe bei den alltäglichen Verrichtungen wird bei mehr als 95% der stationären Kranken von ihren Familienangehörigen oder Pflegehilfskräften übernommen. Das Phänomen „ein Familienmitglied im Krankenhaus, alle Familienmitglieder belastet“ darf als Regelfall gelten.

#### **4. Finanzierung der Pflegekosten**

Das geltende Krankenversicherungssystem Chinas hat ausdrücklich die Finanzierung der langfristigen Pflegekosten ausgeschlossen. Dies führte dazu, dass krankenversicherte Pflegebedürftige die Krankenhäuser als Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen. Ihre langfristigen Krankenhausaufenthalte bewirken einen drastischen Anstieg der Ausgaben der Krankenversicherungen. Aus diesem Grund mussten die Zuwendungen der Regierung für den Bereich Krankenversicherung erhöht werden.

Vor diesem Hintergrund kommt der Frage nach einer Pflegeversicherung zunehmend Bedeutung zu und ist in der

---

<sup>7</sup> Die Daten stammen aus einem von der Webseite des Ministeriums für Zivilverwaltung verlinkten Artikel.



öffentlichen Diskussion zum Brennpunkt-Thema geworden. Dem Nationalen Volkskongress und der Nationalen Politischen Konsultativkonferenz lagen bereits vor einigen Jahren Anträge vor, möglichst früh eine soziale Pflegeversicherung in China einzuführen. Die Notwendigkeit einer Pflegeversicherung scheint in einigen Metropolen mit starker Wirtschaftsentwicklung, einer großen Anzahl alter Menschen sowie enormem gesellschaftlichem Wandel, wie Shanghai und Beijing sowie in den Küstenregionen, noch größer. Dort wird die Forderung, die Pflegeversicherung gesetzlich zu verankern und umzusetzen, zunehmend lauter.

Obwohl man in China beim Aufbau der Renten- und Krankenversicherung beträchtliche Fortschritte gemacht hat, deckt das System nicht alle Bürger ab. Ein landesweit gültiges bzw. Stadt und Land integrierendes System bezüglich der Finanzierung und Leistung steht noch aus. Daher ist die Zeit, eine gesetzliche Pflegeversicherung einzuführen, noch nicht gekommen. Zu berücksichtigen ist zudem, dass der gesamte Beitragssatz (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil) der verschiedenen Zweige der sozialen Versicherung in China bereits 40% der gesamten Lohnsumme übertrifft; in manchen entwickelten Regionen wie Shanghai nähert sich dieser Beitragssatz bereits 50% an. Auf dieser Basis die Pflegeversicherung als einen zusätzlichen gesetzlichen Versicherungszweig überall einzuführen und dafür separat Beiträge zu erheben, wäre eine untragbare Überlastung.

Angesichts der enormen sozialen und wirtschaftlichen Unterschiede zwischen den verschiedenen Regionen Chinas ist es notwendig, nach Stufen und Regionen getrennt institutionelle Vorbereitungen für die Einführung der Pflegeversicherung zu treffen. In den wirtschaftsstarken Metropolen sollte als Pilotprojekt mit dem institutionellen Design angefangen werden. Empfehlenswert ist dabei, zuerst auf die private Pflegeversicherung zu fokussieren

und erst später schrittweise zur sozialen Pflegeversicherung überzugehen. In der Tat hat die „Cathay Life Insurance Company Ltd.“ bereits im Jahre 2005 in Shanghai die „Kangning Gesundheitsversicherung für langfristige Pflege“ eingeführt. Danach hatte die „PICC Health Insurance Company Limited“, die erste professionelle Gesundheitsversicherungsgesellschaft in China, landesweit die „Quan-Wu-You individuelle Gesundheitsversicherung für langzeitige Pflege“ eingeführt. Dies ist die erste nationale Versicherung für langzeitige Pflege, die einen umfassenden Schutz bietet.

Empfehlenswert wäre zudem, die Einführung der Pflegeversicherung differenziert nach Regionen voranzutreiben: Nach der Einführung in den östlichen Küstenregionen sollte sie schrittweise in das Binnenland und die westlichen Regionen ausgeweitet und schließlich ein landesweit einheitliches System angestrebt werden. Die Kombination von häuslicher Pflege und stationärer Pflege sollte erhalten bleiben.

## **5. Zusammenfassung**

Die Altenpflege in China steht zur Zeit unter der Zuständigkeit der Zivilverwaltungs- und Gesundheitsbehörden. Dominant sind die öffentlich betriebenen Altenpflegeheime, die Privaten dienen lediglich als Ergänzung. Die Heime konzentrieren sich in den Städten; die Bettenzahl der Altenpflege in Gemeinden und Dörfern macht nur ein Fünftel der Gesamtzahl aus. Es besteht ein großes Defizit beim Angebot von Pflegekräften, sowohl quantitativ als auch qualitativ. Auch die Finanzierung stellt eine große Herausforderung dar.

Mit der Beschleunigung des Alterungsprozesses ist die Lösung der Frage, wie der Pflegebedarf finanziell und personell bewältigt werden kann, dringender denn je, zumal die Alterung der Gesellschaft



in den Küstenregionen wie z.B. in Shanghai mit der Alterung in den entwickelten Ländern vergleichbar ist. Dort stellt sich die Frage nach der Einführung einer Pflegeversicherung besonders dringend. Aber wie sollen Systemdesign und Realisierung aussehen? Die Antwort darauf ist durch das institutionelle Arrangement des jeweiligen Landes bedingt. Darüber muss noch intensiv geforscht und diskutiert werden. Die folgenden Punkte sollten in allen künftigen Diskussionen Eingang finden:

Eine gesetzliche Pflegeversicherung sollte erst eingeführt werden, wenn eine allgemeine Renten- und Krankenversicherung aufgebaut ist. Angesichts der großen sozialen und wirtschaftlichen Unterschiede zwischen den Regionen scheint es geboten, getrennt nach Stufen und Regionen bereits jetzt institutionelle Vorbereitungen für eine spätere Einführung der Pflegeversicherung zu treffen. In den wirtschaftsstarke Gebieten sollte ein Pilotprojekt begonnen werden. Empfehlenswert wäre es, zunächst auf die Verbreitung einer privaten Pflegeversicherung zu fokussieren und erst später schrittweise zur sozialen Pflegeversicherung überzugehen. Auch sollte die Einführung der Pflegeversicherung nach Regionen differenziert vorangetrieben werden.

Schließlich kann China von der Praxis der Länder, in denen Pflegeversicherungen bereits eingeführt wurden, profitieren und durch „Learning by Doing“ ein Pflegeversicherungsmodell, das den chinesischen Gegebenheiten entspricht, aufbauen. Vor allem sind die Erfahrungen von Deutschland und Japan heranzuziehen, wo in den Jahren 1995 bzw. 2000 die soziale Pflegeversicherung eingeführt wurde. Dies gilt sowohl für die gesetzgeberische als auch praktische Ebene und sollte besonders die Finanzierungsweise, den Versichertenkreis, die Festlegung der pflegebedürftigen Personengruppen und Pflegestufen sowie die Arbeitsteilung zwischen

Krankenversicherung und Pflegeversicherung berücksichtigen (Ding, Chun/Qu, Qianchao, 2008). Auch das an der Mittelschicht orientierte System in den USA, das hauptsächlich auf der privaten Pflegeversicherung basiert und durch einen medizinischen Unterstützungsplan der Regierung ergänzt wird, könnte China als Beispiel und Inspiration dienen.

### **Literaturliste**

- Ding, Chun/Qu, Qianchao: Das deutsche Pflegeversicherungssystem: Ein Überblick. In: *Deutschland-Studien*, Nr. 3, 2008
- Guo, Youde: Theorie und Praxis der Kranken-Grundversicherung in Städten und Gemeinden. Social Sciences Academic Press, 2008
- Lu, Xueyi/Li, Peilin: China Social Development Report. Liaoning People's Publishing House, 2004
- Wei, Jinsheng: „Früh planen, damit die Altersversorgung und Altenpflege kein Problem werden“. In: *Guangming Daily*, 10.07.2009

# *Streben nach der Entwicklung des Altenversorgungswesens zum Wohle der alten Menschen und der Gesellschaft*

Fang Chen

Mit dem beschleunigten demografischen Wandel hat sich in Shanghai, früher als in anderen Städten, eine schnell alternde Gesellschaft entwickelt. Die Zahl der Menschen über 60 Jahre übersteigt bereits 3 Mio., dies entspricht 21,6% der gesamten Einwohnerschaft in Shanghai. Die Regierungen der verschiedenen Verwaltungsebenen schenken dem Altenversorgungswesen große Aufmerksamkeit. Im 11. Fünfjahresplan der Stadtregierung Shanghai wurde das so genannte „90-7-3“-Modell der Altenversorgung aufgestellt, welches vorsieht, dass 90% der alten Menschen von den Familienangehörigen selbst versorgt werden sollen, während 7% eine ambulante Pflege in der Nachbarschaft und 3% eine stationäre Pflege in Einrichtungen erhalten sollen. Die Altenversorgung in öffentlichen Einrichtungen ist zu einem unersetzlichen Bestandteil der Altenversorgung geworden, daher sollen die Dienstleistungen in den öffentlichen Einrichtungen auch mit dieser Bevölkerungsentwicklung Schritt halten.

Das Sozialheim des Minhang-Bezirks der Stadt Shanghai ist eine Altenversorgungseinrichtung mit umfassendem Dienstleistungsangebot. Es hat eine Grundfläche von 21.062,25 m<sup>2</sup> und eine überbaute Fläche von 21.000 m<sup>2</sup>. Es hat 600 Betten und kann selbstverrichtungsfähige und hilfs- und pflegebedürftige Personen aufnehmen. Zur Zeit sind 60% der Heimbewohner vollstationär zu pflegen, davon sind 20% Demenzkranke.

Das Leitbild „Menschen in den Mittelpunkt stellen“ ist zur Maxime der Dienstleistungen geworden und stellt eine Revolution im Dienstleistungssektor im neuen Jahrhundert dar. Wie kann man dieses Leitbild tatsächlich in Aktionen und Maßnahmen umsetzen? Ich habe eine erste Analyse darüber gemacht und stelle meine Gedanken hier vor.

## **1. Medizinische Behandlung anbieten**

In der von öffentlichen Einrichtungen angebotenen Altenversorgung dominiert in der Regel die Hilfe in den alltäglichen Verrichtungen. Dies ist in den entwickelten westlichen Ländern und auch in Japan und Hongkong (China) der Fall. Sobald die alten Menschen krank werden, werden sie ins Krankenhaus verlegt. Jedoch ist die Verlegung mit verschiedenen negativen Faktoren wie zeitlicher Verzögerung, Transportschwierigkeiten und Änderungen des Umfelds verbunden und verursacht bei den alten Menschen seelische Belastungen. Daher hat unser Heim (in Minhang) Einrichtungen für medizinische Behandlungen errichtet und ein qualifiziertes Ärzteteam, um medizinische Behandlungen und Gesundheitspflege anzubieten. Unser Pflegeheim hat Geschäftskontakte mit der Minhang-Klinik der Ruijin Krankenhaus-Gruppe hergestellt. Alle Ärzte haben ein Medizinstudium absolviert und weisen sehr gute medizinische Kenntnisse für Behandlungen auf. Sie können die üblichen und häufig auftretenden Krankheiten sowie die akuten schweren Krankheiten der alten Menschen angemessen behandeln. Die Kosten für die medizinische Behandlung und die Medikamente werden von der Krankenversicherung übernommen. Die Bewohner fühlen sich in unserem Heim sicher. Sie wissen, dass sie bei Krankheiten rechtzeitig medizinische Behandlung bekommen werden. Wir haben zur Zeit mehr als 100 chronisch Kranke aufgenommen, die in den normalen Krankenhäusern nicht unterkommen können, die



aber weiterhin medizinische Behandlung benötigen. Dadurch wird das Problem dieser Gruppe, die zu Hause keine medizinische Behandlung und ausreichende Pflegeleistungen bekommen, gelöst.

## **2. Reha-Maßnahmen anbieten, um die Lebensqualität der alten Menschen zu erhöhen**

Im Ausland hat man in Einrichtungen sehr früh angefangen Reha-Maßnahmen anzubieten und reichlich positive Erfahrungen in diesem Feld gesammelt, die für uns aufschlussreich sind. Die Fähigkeiten der Pflegeheimbewohner, selbständig Tätigkeiten zu verrichten, nimmt üblicherweise mit dem Laufe der Zeit ab. Dies betrifft vor allem diejenigen, die einen Schlaganfall erlitten haben. Dieser Fähigkeitsverlust nimmt mit fortschreitendem Alter zu. Es ist daher nicht nur unser Ziel, ihre vorhandenen Fähigkeiten zur selbständigen Verrichtung von diversen Tätigkeiten zu schützen und zu erhalten, sondern dies auch in die praktische Arbeit umzusetzen.

Wir haben die ausländischen Erfahrungen herangezogen und uns in Verbindung mit unseren Gegebenheiten mutig zum Ziel gesetzt: „Den alten Menschen, die das Bett hüten, das Sitzen zu ermöglichen, den alten Menschen, die nur sitzen können, das Stehen zu ermöglichen und schließlich den alten Menschen, die nur stehen können, das Gehen zu ermöglichen.“ Wir gehen vom Aufbau des Lebensmuts der alten Menschen aus und strengen uns an, die vorhandenen Fähigkeiten zur selbständigen Verrichtung zu schützen oder sie wieder herzustellen. Je nach Situation des Patienten wird vom Reha-Arzt ein Reha-Plan ausgearbeitet und jeden Tag werden Reha-Maßnahmen durchgeführt. Bisher haben wir bereits erreicht, dass bei mehr als 100 Personen in unterschiedlichem Maße ihre Fähigkeiten zur selbständigen Verrichtung wiederhergestellt worden sind. Dadurch wird die Lebensqualität deutlich verbessert.

### **3. Seelische Betreuung anbieten, um das Sicherheitsgefühl der alten Menschen zu erhöhen**

Alte Menschen sind eine soziale Schwachgruppe in der Gesellschaft. Die Demenzkranken sind wiederum die Schwächeren in dieser Gruppe. Daher brauchen sie eher unsere Aufmerksamkeit und Betreuung. Man ist in den Niederlanden und in Japan auf die Betreuung für Demenzkranke intensiv eingegangen. Diese Vorgehensweisen sind für uns vorbildlich. Das Hauptsymptom der Demenzkranken ist die Schwächung des Gedächtnisses. Nach medizinisch-pathologischer Analyse geht dies meist auf Hirnatrophie (Verlust von Hirnsubstanz) zurück. Der Krankheitszustand verschlechtert sich rasch. Für die Demenzkranken ist die Pflege viel wichtiger als die medizinische Behandlung. Angemessene Pflege kann die Verschlechterung des Krankheitszustands verlangsamen und Komplikationen effektiv verhindern. Früher hielten wir die Pflege der Demenzkranken für sehr heikel und die Pflege beschränkte sich vor allem auf die Versorgung und Hilfe im alltäglichen Leben. Es fehlte an emotionaler Versorgung und an seelischer Kommunikation. Dies führte unmerklich zur Distanzierung der alten Menschen von den Pflegekräften. Bei Investitionen in Hardwares hatte man auch Bedenken, dass die Demenzkranken die Anlagen beschädigen könnten. Aus diesen Gründen verfügten sie über kein höheres Lebensniveau.

In Japan hat man bei der Versorgung von Demenzkranken einen neuen Weg entwickelt, ein so genanntes „familiäres“ Dienstleistungsmodell. Wir haben inzwischen das Leitbild für unsere Dienstleistungen aufgestellt, die Menschen in den Mittelpunkt zu stellen. Das heißt, wir gehen von den physiologischen und psychologischen Merkmalen der alten Menschen aus und streben bei unseren Dienstleistungen eine Null-Distanz zu den Heimbewohnern an.



Die Aufgabe der Mitarbeiter unseres Heims besteht nicht nur in der bloßen Versorgung, sondern auch in der Organisation und Planung sowie der Förderung der Heimbewohner, die Aufgaben des täglichen Lebens in ihren eigenen „Familien“ zu meistern. Wir respektieren und schützen ihre Persönlichkeit und erhalten bzw. verbessern die Fähigkeiten zur selbständigen Verrichtung einfacher Tätigkeiten. Wir haben eine warme familiäre Atmosphäre geschaffen und die Distanz unter den Demenzzkranken und zwischen ihnen und den Pflegekräften überwunden. Um ihnen einen größeren Bewegungsraum zu ermöglichen, wurde zudem im Heim ein „Sonnenschein-Flur“ und ein kleiner Garten errichtet. Die Pflegekräfte begleiten jeden Tag die Heimbewohner bei ihren Spaziergängen im „Sonnenschein-Flur“, dadurch werden die seelischen Hindernisse abgebaut und ihr Lebensmut wird wiederhergestellt. Die alten Menschen bekommen einen eigenen Bewegungsraum. Diese Dienstleistungen unseres Heims werden von den in- und ausländischen Kollegen einstimmig anerkannt.

#### **4. Ein Pflegeversicherungssystem einführen**

Das Pflegeversicherungssystem hat die Funktion der gegenseitigen Hilfe und eine Steuerungsfunktion. Bisher wurde in einigen wenigen westeuropäischen Ländern, wie Deutschland oder auch in Japan, eine Pflegeversicherung eingeführt. In Japan gilt dies seit 2000. Dieser gesetzlich festgelegte Pflichtversicherungszweig sieht vor, dass jeder Bürger in Japan über 40 Jahren einen Beitrag in die Pflegeversicherung zahlen muss; die Versicherung deckt auch die sozial Schwächeren ab. Ihre Beitragszahlung erfolgt aus der Sozialhilfe durch die Regierung. Die Regierung hat dementsprechend den Betrag der Sozialhilfe erhöht. Wenn man Leistungen von der Pflegeversicherung erhalten will, muss man die Bewertung und die

Überprüfung der Bewertungsstelle bestehen. Leistungsempfänger können nur Personen sein, die für ihre Verrichtungen teilweise oder ganz einer Hilfe bedürfen. Dadurch soll verhindert werden, dass einige alte Menschen, die für ihre Verrichtungen einer Hilfe bedürfen, wegen finanzieller Not unversorgt bleiben und auch die Regierung wird durch die beschleunigte Alterung nicht mehr überlastet.

In China wird seit langem die zentralistische Planwirtschaft praktiziert. Im Gegensatz zur kleinbäuerlichen Wirtschaft, in der die Alten durch die Familien oder Verwandtschaftsgruppen versorgt werden, versucht die Regierung nun durch die öffentlichen Einrichtungen die Lebensprobleme der Bevölkerung zu lösen. Die Regierung wurde damit nicht nur zum Eigentümer sämtlicher gesellschaftlicher Ressourcen, sondern auch zur Verantwortlichen für die Lösung aller gesellschaftlichen Aufgaben. Die Regierung wurde Universalregierung und die Bürger sind immer mehr auf die Regierung angewiesen. Die Reform und Öffnung Chinas ermöglichten es uns, unsere Rückstände im Vergleich mit der Entwicklung in der Welt festzustellen. Zugleich gehen Reform und Öffnung mit vielen in der Geschichte angehäuften und neu entstandenen Problemen einher. Angesichts der aktuellen Gegebenheiten Chinas sind wir der Meinung, dass die verschiedenen Regionen erwägen sollten, ein ortsgemäßes Pflegeversicherungssystem zur Sicherstellung des Lebensabends der alten Menschen aufzubauen, welches nach und nach weiterentwickelt werden sollte.

## **5. Das Altenversorgungssystem vervollständigen und das System flächendeckend gestalten**

Die Anfänge eines Altenversorgungssystems sind in China bereits vorhanden, müssen aber noch vervollständigt werden. In den Niederlanden, in Deutschland und Japan besteht jeweils ein



etabliertes Altenversorgungssystem, in dem man nach den unterschiedlichen Bedürfnissen der alten Menschen angemessene Dienstleistungen anbietet: Diejenigen, die ihre Verrichtungen im Großen und Ganzen selbständig erledigen können, also die Gesunden, erhalten vom Altenversorgungszentrum in den Nachbarschaften die benötigten Dienstleistungen wie Altenbildung, Unterhaltung und Gesundheitsberatung. Die, die ihre Verrichtungen (nur noch) teilweise selbständig erledigen können, bekommen in leichten Fällen stundenweise Betreuung zu Hause von den Altenversorgungszentren in der Nachbarschaft oder in schweren Fällen von dort eine Tagesbetreuung. Die, die ihre Verrichtungen überhaupt nicht mehr selbständig erledigen können, werden in den Altenheimen in ihrer häuslichen Nähe vollstationär gepflegt.

Dieses flächendeckende System hat den Vorteil, dass die alten Menschen mit ihren unterschiedlichsten Bedürfnissen rechtzeitig angemessene Betreuung bekommen und die Ressourcen der Altenversorgung rationell genutzt werden. Diese Handlungsweise ist vorbildlich für uns. Auf einer nationalen Arbeitssitzung zur „Vergesellschaftung der Wohlfahrt“ im Jahr 2000 wurde das Ziel klar formuliert: „Man bemüht sich, ein Altenversorgungssystem aufzubauen, mit der häuslichen Betreuung als Basis, der Nachbarschaft als Stütze und den sozialen Einrichtungen als Ergänzung.“ Dieses Ziel entspricht nicht nur den Bedürfnissen der alten Menschen, sondern auch den aktuellen Gegebenheiten Chinas. Nach den positiven Erfahrungen in den Niederlanden, in Deutschland und Japan ist die Nachbarschaft der Schlüsselpunkt und eine wichtige Arbeitsplattform im Altenversorgungssystem. Daher sollten wir die Ressourcen der Nachbarschaft integrieren und nutzen. Auf der Nachbarschaftsebene sollten wir die Dienstleistungsressourcen des Zivilverwaltungsamts, des Gesundheitsamts, des nachbarschaftlichen Versorgungszentrums, des

Einwohnerkomitees und anderer gesellschaftlicher Organisationen integrieren und mit der Nachbarschaft als Mittelpunkt den alten Menschen rechtzeitig Betreuung anbieten. Die Regierung soll gute Handlungsweisen entwickeln, entsprechende Gesetze erlassen und ein für das Funktionieren eines solchen Systems gutes Umfeld schaffen.

## **6. Die Aufgaben der Versorgungseinrichtungen klarstellen und die Ressourcen für die Altenversorgung rationell verwenden**

Die Alterung der Bevölkerung geschieht in China in einer Zeit, in der die Wirtschaft noch unterentwickelt und selbst bescheidener Wohlstand noch nicht überall erreicht ist. Es gibt nach wie vor Personengruppen, die unter Armut leiden. Daher ist es der Schwerpunkt unserer Sozialarbeit, alten Menschen in der Not zu helfen. Die Personengruppen, die dringend der Hilfe der Regierung und der Gesellschaft bedürfen, sind diejenigen, die ihre Verrichtungen überhaupt nicht selbständig erledigen können und sich zudem noch in relativ schlechter finanzieller Lage befinden. Wir müssen uns insbesondere um diese Menschen kümmern und ihnen Hilfe leisten.

Im Vergleich zu den westeuropäischen Ländern oder Japan sind Hard- und Software der Altenheime in China relativ rückständig, aber im Vergleich zur häuslichen Versorgung sind die Ausstattungen in den Heimen überlegen. Die Vorteile in unseren Einrichtungen sind u.a.: Die Pflegeanlagen sind besser und die Pflegekräfte sind professioneller. Wenn die Personen, die ihre Verrichtungen nicht selbständig erledigen können, zu Hause blieben, würden sie zwar nicht von ihrem vertrauten Lebensumfeld getrennt, aber sie wären mit vielen Problemen konfrontiert und ihre Lebensqualität schwer zu garantieren. Damit sie zu Hause gute Pflegeleistungen bekommen können, müsste viel Geld investiert werden, was alten Menschen in finanzieller Not nicht



möglich ist.

## **7. Ein Bewertungssystem für die Altenversorgung aufbauen**

Damit die knappen Ressourcen für die Altenversorgung effektiv genutzt werden können, soll ein Bewertungssystem für die Pflegebedürftigkeit aufgebaut werden. Man hat in den Niederlanden, Hongkong und Japan sehr früh mit dieser Arbeit angefangen und viele Erfahrungen gesammelt. Diese Arbeit ist für uns neu. Eine solche Evaluation einzuführen ist sehr arbeitsintensiv. Nach unserer Vorstellung sollte dieses Bewertungssystem auf der Nachbarschaftsebene aufgebaut werden. Man muss alle hilfs- und pflegebedürftigen alten Menschen in den Nachbarschaften nach ihrer Hilfs- und Pflegebedürftigkeit einteilen. Eine Bewertungsstelle sollte sie nach Bewertungskriterien wie Gesundheitszustand, Fähigkeit zur selbständigen Erledigung von Verrichtungen usw. einteilen und regelmäßig bewerten: Welche können zu Hause bleiben und brauchen nur dort Betreuung? Welche sollen im Altenversorgungszentrum der Nachbarschaft versorgt werden und welche sollen in den Altenheimen gepflegt werden? Durch die Bewertung wird eine Grundlage für vernünftige Mittelverwendung der Pflegeversicherung geschaffen. Die alten Menschen, die dringend Hilfe benötigen, bekommen sie dann auch rechtzeitig.

## **8. Die Professionalisierung der Altenversorgung beschleunigen, das Altenversorgungswesen vorantreiben**

In den letzten Jahren hat die Regierung auf verschiedenen Ebenen Investitionen in das Sozialwesen für alte Menschen verstärkt. Damit wurden die Anlagen der Alten- und Pflegeheime der Stadt, des Bezirks, der Straßenblöcke und der Gemeinden in unterschiedlichem Maße verbessert. Die Altenversorgung bzw. der Altenservice ist

auch ein Berufszweig geworden, allerdings noch auf niedrigem Niveau, vor allem ist das Ausbildungsniveau der Management- und Pflegekräfte und ihre gesellschaftliche Stellung noch nicht hoch. In den Niederlanden, in Deutschland oder Japan sind die Mitarbeiter, die in der Altenversorgung tätig sind, fachlich meist gut qualifiziert. Sie erhalten Anerkennung von der Gesellschaft und fühlen sich wohl bei der Arbeit. In diesen Ländern müssen diejenigen, die in der Altenversorgung tätig sein wollen, eine fachliche Ausbildung und Qualifikation vorweisen bzw. erwerben.

Bisher hat man in China wenig fachliche Anforderungen an Pflegekräfte gestellt und wenig auf die Ausbildung von mittleren und gehobenen Management- und Pflegekräften geachtet, so dass unser Dienstleistungsniveau im Vergleich zu dem in den westlichen Ländern hinterherhinkt. In der Regel besitzt ein etablierter Beruf eine systematische Berufsbildung, Autorität, gesellschaftliches Ansehen, moralische Richtlinien und eine gewisse Berufskultur. Jeder Beruf wird wegen seiner Einzigartigkeit von der Gesellschaft akzeptiert und wegen seiner Professionalität anerkannt. Es ist nicht zu leugnen, dass das Professionalisierungsniveau der Altenversorgung in den Niederlanden, in Deutschland und Japan viel höher ist als bei uns. Diese Länder haben aus der hoch professionalisierten Praxis Theorien entwickelt, von denen wir viele nützliche Dinge lernen bzw. erfahren können. Die Unterschiede in Geschichte, Kultur, politischem System und Wirtschaftsentwicklungsniveau hindern uns nicht daran, von den Theorien und der Praxis dieser Länder zu lernen und uns mit diesen Ländern auszutauschen. Denn jedem Unterschied wohnt eine gewisse Gemeinsamkeit inne.

Zugleich sollen wir die Geschichte und Erfahrungen unserer eigenen Dienstleistungspraxis für die alten Menschen genau betrachten. Die Altenversorgung ist eine praktische Aktivität, die



sowohl Gemeinsamkeiten, als auch gewisse Besonderheiten und Ortsgebundenheiten kennt. Wir sollen einerseits die Erfahrungen und Theorien von Ländern wie den Niederlanden, Deutschland und Japan analysieren und von ihnen lernen, andererseits können wir sie nicht einfach übernehmen. Wir müssen sie mit unseren konkreten Gegebenheiten verbinden und auf dieser Basis Theorien für unsere Altenversorgungsarbeit entwickeln, die sowohl die allgemeinen Merkmale der Altenversorgung in allen Ländern abdecken, als auch die chinesischen Besonderheiten berücksichtigen. Mit diesen Theorien sollen dann unsere Managementkräfte und andere Dienstkräfte ausgebildet und unsere Betreuungsarbeit für die alten Menschen angeleitet werden. Nur so können wir die Altenversorgung professionalisieren und ihr Niveau erhöhen; nur so kann das Altenversorgungswesen in China vorangetrieben werden.

Teil II

---

# Pflegeversicherung in Deutschland



# *Grundlagen der Pflegeversicherung in Deutschland*

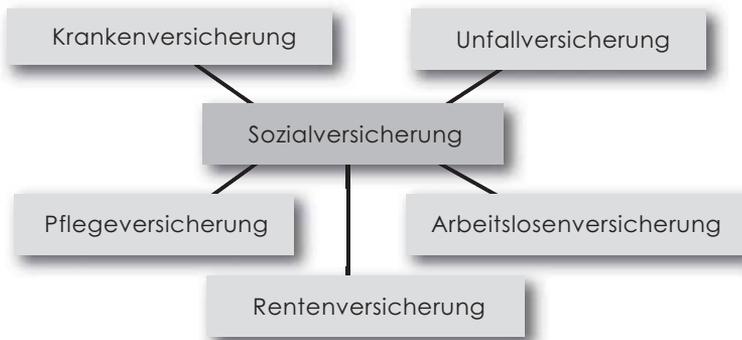
Michael Schmidt

## **1. Gründe für die Einführung einer gesetzlichen Pflegeversicherung in Deutschland**

### *1.1 Einordnung in das deutsche Sozialversicherungssystem*

Die Sozialversicherung in Deutschland umfasst fünf Versicherungszweige: die Krankenversicherung, die Unfallversicherung, die Rentenversicherung, die Arbeitslosenversicherung und die Pflegeversicherung.

Schaubild 1: Überblick über die Zweige der Sozialversicherung



Die Pflegeversicherung ist das jüngste Kind der deutschen Sozialversicherung: Beiträge zu ihr werden seit dem 01.01.1995 erhoben. Leistungen für die häusliche Pflege werden seit dem 01.04.1995, Leistungen für die stationäre Pflege seit dem 01.07.1996 gewährt. Das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ist am 01.07.2008 in Kraft getreten.



## 1.2 Situation der Pflegebedürftigen

Pflegebedürftigkeit führt für die Betroffenen und ihre Angehörigen zu großen physischen, psychischen und finanziellen Belastungen. Einen sozialversicherungsrechtlichen Schutz wie bei Krankheit gab es bis zur Einführung der Pflegeversicherung 1995 trotz der oftmals fließenden Grenzen zwischen Pflege und Krankheit nicht. Die mit der Pflege verbundenen Belastungen mussten vielmehr der Pflegebedürftige und seine Familie tragen. Sie waren oft so groß, dass sie die individuelle Leistungsfähigkeit überforderten.

Der Pflegebedürftige ist bei lebensnotwendigen Verrichtungen des Alltags auf fremde Hilfe angewiesen. Wenn seine Angehörigen diese Hilfsleistungen erbringen, verlangt dies von ihnen erheblichen persönlichen Einsatz und auch finanzielle Opfer. Häufig müssen die Pflegepersonen wegen des zeitlichen Aufwands ihre Erwerbstätigkeit einschränken oder aufgeben bzw. haben nie die Chance, berufstätig zu werden. Damit erleiden sie Einbußen bei ihrer eigenen sozialen Absicherung, insbesondere in Sachen Alterssicherung.

Die künftige demographische Entwicklung ist durch steigende Lebenserwartung gekennzeichnet. Ohne Alter und Pflegebedürftigkeit gleichsetzen zu wollen, ist gerade die Altersgruppe der über 80-Jährigen in

**Tabelle 1: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen**

Jahr	Zahl der Pflegebedürftigen
1995	ca. 1,65 Mio.
2002	1,89 Mio.
2010	2,13 Mio.
2020	2,64 Mio.
2030	3,09 Mio.

Anmerkungen: Zu 1995: Ausgangslage bei der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung; *geschätzt*; 2010 bis 2030: Entwicklung nach Berechnungen der Rürup-Kommission.

erhöhtem Maße vom Risiko der Pflegebedürftigkeit betroffen.

Der Zusammenhang zwischen Alter und Pflegebedürftigkeit kann nicht gelegnet werden. Die Statistiken sagen aber auch aus, dass die überwältigende Mehrheit der über 80-Jährigen nicht pflegebedürftig ist. Ein deutlicher Hinweis im Übrigen für die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen und für die Förderung der Pflegewissenschaften.

Pflegebedürftigkeit im Kindesalter ist häufig die Folge von bei der Geburt erlittener Behinderungen. Bei Klein- und Schulkindern sind Unfälle häufige Ursache der Pflegebedürftigkeit. Auch im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter ist Pflegebedürftigkeit oft die Folge von Unfällen, vor allem im Straßenverkehr.

Veränderungen in den Lebensbedingungen und familiären Beziehungen führen zu einer weiteren Zunahme der Kleinfamilien und Einpersonenhaushalte. Diese gesellschaftlichen Entwicklungen erschweren die häusliche Pflege.

## **2. Grundsätze der Pflegeversicherung**

### *2.1 Vorrang der häuslichen Pflege*

Dieser Grundsatz entspricht einem wesentlichen Ziel der Pflegeversicherung. Zum einen wird die überwiegende Mehrzahl aller Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt. Zum anderen geht dieser Grundsatz auch auf die Wünsche und Bedürfnisse der weit überwiegenden Zahl pflegebedürftiger Menschen ein, die solange wie möglich in der vertrauten Umgebung bleiben wollen. Dies soll insbesondere erreicht werden durch

- ein hohes Leistungsniveau im häuslichen Bereich, das im Regelfall für eine angemessene Pflege und Betreuung ausreicht;
- die Einführung von Leistungen bei Tages- bzw. Nacht- und Kurzzeitpflege;



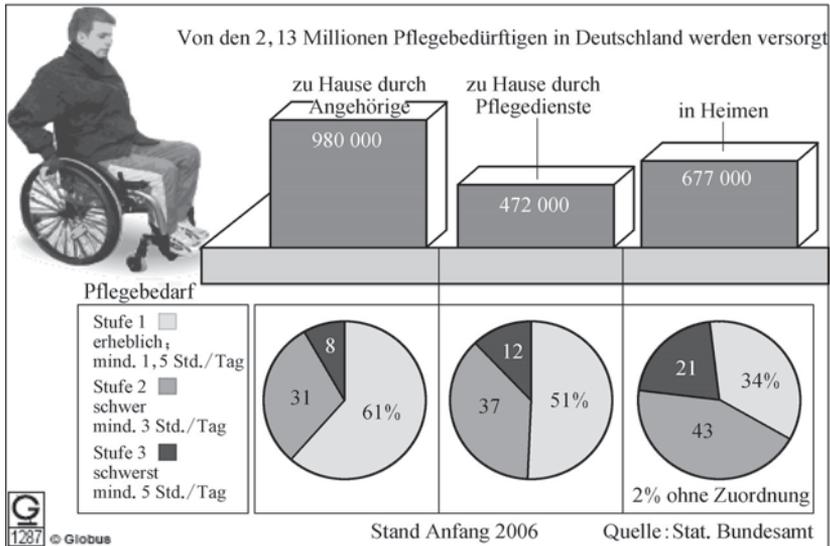
- die soziale Sicherung der Pflegepersonen in der Renten- und Unfallversicherung;
- die Bereitstellung von Pflegehilfsmitteln zur Erleichterung der Pflege.

Auch die Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.

## 2.2 Vorrang von Prävention und Rehabilitation

Der Vorrang von Prävention (also von Vorsorge) und Rehabilitation (also von Wiederherstellung der Gesundheit) vor der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen wurde gesetzlich ausdrücklich geregelt. Es besteht in jedem Einzelfall die Verpflichtung zur Prüfung und Durchführung der geeigneten, notwendigen und zumutbaren Maßnahmen der Prävention, der Krankenbehandlung und Rehabilitation. Dies gilt vor Eintritt der

Schaubild 2: Pflegebedarf



Pflegebedürftigkeit, aber auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit, um diese zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.

Um den Zeitpunkt der Pflegebedürftigkeit hinauszuschieben, Pflegebedürftigkeit zu mindern oder ganz zu vermeiden, sind die zuständigen Leistungsträger (hauptsächlich Krankenkassen und Rentenversicherungsträger) gehalten, die zur Verfügung stehenden Maßnahmen der Prävention, der Krankenbehandlung und der Rehabilitation zu nutzen. Der Versicherte hat grundsätzlich bei seiner Krankenkasse einen Anspruch auf Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation. Bei den Kuren allerdings handelt es sich weiterhin um eine Ermessensleistung der Krankenkasse.

### ***2.3 Keine „Vollversicherung“ für alle Lebenslagen***

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind von ihrem finanziellen Umfang begrenzt. Daher bleiben private Vorkehrungen gegen das Pflegefallrisiko nötig.

### ***2.4 Schutz der Gesamtbevölkerung gegen Pflegefallrisiko***

In der Pflegeversicherung ist der überwiegende Teil der Bevölkerung versichert: man unterscheidet die soziale Pflegeversicherung, in der die gesetzlich Krankenversicherten versichert sind und die private Pflegeversicherung, in der die privat Krankenversicherten pflichtversichert sind.

### ***2.5 Bei Einführung der Pflegeversicherung: sofortiger Schutz ohne Vorbedingungen für die bereits Pflegebedürftigen***

Voraussetzungslos, d.h. ohne Vorliegen bestimmter Mindestversicherungszeiten, bekamen die Pflegebedürftigen bei Beginn der Einführung der Pflegeversicherung die entsprechenden Leistungen bei häuslicher bzw. stationärer Pflege.



### 3. Finanzierung der Pflegeversicherung

#### 3.1 Grundlagen der Beitragsberechnung

Die Beiträge in der sozialen Pflegeversicherung richten sich grundsätzlich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Zu den beitragspflichtigen Einnahmen gehören neben dem Bruttoeinkommen der Versicherten aus einer Beschäftigung oder Tätigkeit unter anderem das (gekürzte) Arbeitsentgelt, welches Bemessungsgrundlage für das Arbeitslosengeld, das Unterhaltsgeld und das Krankengeld war. Der Beitrag bei der privaten Pflegepflichtversicherung orientiert sich nicht am Einkommen, sondern am Eintrittsalter und am Risiko.

Bei der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung kommen fünf Grundregeln zur Anwendung:

- Die Finanzierung folgt den Grundsätzen der gesetzlichen Krankenversicherung;
- die Beitragsbemessungsgrenze: Beitragspflichtige Einnahmen bis 3675 Euro monatlich (im Jahr 2009);
- der Beitragssatz ist gesetzlich geregelt. Er beträgt 1,95% des beitragspflichtigen Einkommens. Beitragszuschlag für Kinderlose: 0,25%;
- die soziale Pflegeversicherung wird durch Beiträge im Umlageverfahren finanziert; d.h. die benötigten Mittel werden durch die laufenden Einnahmen gedeckt;
- die Beiträge werden grundsätzlich je zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen (Ausnahme: Sachsen).

#### 3.2 Übernahme der Beiträge

Die Beiträge werden von den Beschäftigten und ihren Arbeitgebern je zur Hälfte aufgebracht, wenn der Beschäftigungsort in einem Bundesland liegt, das einen Feiertag abgeschafft hat, der stets auf einen Werktag fällt. Soweit in einem Bundesland kein Feiertag zur Finanzierung der

Pflegeversicherung abgeschafft worden ist, tragen die Arbeitnehmer den gesamten Beitrag zur Pflegeversicherung in voller Höhe allein. Alle Bundesländer – mit Ausnahme des Bundeslandes Sachsen – haben den Buß- und Betttag als Feiertag aufgehoben. Die Beschäftigten in Sachsen tragen die Beiträge zur Pflegeversicherung in Höhe von einem Prozent allein. Lediglich der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,7 Prozent wird von Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte getragen.

### ***3.3 Beitragssätze***

Die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten werden bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen. Bei Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes ab 01.01.1995 galt ein Beitragssatz von einem Prozent, seit Einsetzen der Leistungen der stationären Pflege ab dem 01.07.1996 gilt ein Beitragssatz von 1,7 Prozent. Die Bundeseinheitlichkeit des Beitragssatzes, der durch den Gesetzgeber festgelegt wurde, wird über einen kassenübergreifenden Finanzausgleich erreicht.

### ***3.4 Beitragspflichtige Einnahmen***

Maßstab für die Beitragsberechnung der selbstständig Tätigen ist, wie in der gesetzlichen Krankenversicherung auch, das Arbeitseinkommen, das nach den Vorschriften des Einkommenssteuerrechts der ermittelte Gewinn aus der selbstständigen Tätigkeit ist. Dabei wird ein monatlicher Mindestbeitrag für freiwillig versicherte Selbstständige in Höhe von 36,86 Euro angesetzt (Wert im Jahr 2009).

Die Bundesanstalt für Arbeit zahlt die Beiträge bei Beziehern von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Eingliederungshilfe für Spätaussiedler, Unterhaltsgeld und Altersübergangsgeld. Bei Empfängern von sonstigen Sozialleistungen zum Lebensunterhalt übernimmt der zuständige Sozialleistungsträger die Beiträge. Die Beiträge der Rentnerinnen und Rentner werden genauso wie in der Rentenversicherung je zur Hälfte von



diesen selbst und von den Rentenversicherungsträgern aufgebracht.

## 4. Organisation der Pflegeversicherung

### *Die Pflegekassen*

Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die gesetzlichen Pflegekassen. Sie sind als rechtlich selbständige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung unter dem Dach der gesetzlichen Krankenkassen errichtet worden. Für die Durchführung ihrer Aufgaben bedienen sie sich des Personals der Krankenkassen.

### *Die Leistungserbringer*

Leistungen der ambulanten (häuslichen) Pflege werden von ambulanten Pflegediensten erbracht (10.600 zugelassene Dienste bundesweit). Leistungen der stationären Pflege werden in Pflegeheimen erbracht (9200 bundesweit).

## 5. Versicherter Personenkreis

### *5.1 Versicherungspflicht für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung*

Es gilt der Grundsatz: „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Das bedeutet, dass alle Pflichtmitglieder, alle freiwillig Versicherten und alle Familienversicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung damit zur sozialen Pflegeversicherung gehören, alle bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Versicherten zur privaten Pflegeversicherung.

Ein besonderer Antrag, um Mitglied der sozialen Pflegeversicherung zu werden, ist nicht erforderlich. Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht damit automatisch und grundsätzlich für alle Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung Mitglied sind, z.B. Arbeiter, Angestellte, Auszubildende, Rentner, Studenten, Wehr- und Zivildienstleistende. Das sind rund 90 Prozent der Bevölkerung.

Wer freiwillig Versicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung

wird, hat eine Frist von drei Monaten für das Wahlrecht zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung (Dauerregelung). Die Befreiung in der sozialen Pflegeversicherung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt.

### **5.2 Familienversicherung**

Unter den gleichen Voraussetzungen wie in der gesetzlichen Krankenversicherung haben unterhaltsberechtignte Familienangehörige eines Mitglieds (Ehegatten, Kinder) einen Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung.

### **5.3 Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung**

Neben der sozialen Pflegeversicherung für den Personenkreis der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung wurde eine private Pflege-Pflichtversicherung eingeführt. In dieser privaten Pflege-Pflichtversicherung werden diejenigen Personen versichert, die ihr Krankheitsrisiko bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen abgesichert haben. Voraussetzung der Versicherungspflicht ist aber eine Krankheitskostenvollversicherung; eine private Zusatz- oder Reisekrankenversicherung oder eine Krankenhaustagegeldversicherung löst keine Versicherungspflicht aus.

Privatversicherte sind verpflichtet, für ihre Angehörigen, die bei entsprechender Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung familienversichert wären, einen Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten. Dieser muss nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertige Leistungen vorsehen. Ein Recht zur Weiterversicherung braucht es in der privaten Pflegeversicherung nicht



zu geben, da diese grundsätzlich nur durch Kündigung des Vertrages enden kann.

Die Leistungen der privaten Unternehmen müssen den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach Art und Umfang gleichwertig sein. Die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes setzt voraus, dass der Einzelne sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Pflege Geldleistungen in der Höhe erhält, wie sie in der sozialen Pflegeversicherung für die jeweilige Stufe der Pflegebedürftigkeit vorgesehen sind. An die Stelle der Sachleistungen der sozialen Pflegeversicherung treten also in der privaten Pflegeversicherung wertmäßig gleiche Geldleistungen. Bei beihilfeberechtigten Personen ist die Leistung anteilig.

Um angemessene und sozialverträgliche Bedingungen und Beiträge für den Versicherungsschutz der Älteren in der privaten Pflegeversicherung sicherzustellen, ist vom Gesetz für alle Verträge folgendes geregelt worden:

- Die privaten Unternehmen sind zum Vertragsabschluß verpflichtet.
- Kein Ausschluß von Vorerkrankungen des Versicherten und keine Zuschläge.
- Bereits pflegebedürftige Personen dürfen nicht ausgeschlossen werden.
- Es dürfen keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung vereinbart werden.
- Prämien dürfen weder nach Gesundheitszustand der Versicherten gestaffelt noch nach Geschlecht differenziert werden.
- Die Prämienhöhe darf den Höchstbetrag der sozialen Pflegeversicherung nicht übersteigen, bei Beihilfeberechtigten mit Teilkostentarif 50 Prozent des Höchstbeitrages.
- Die beitragsfreie Mitversicherung der nicht erwerbstätigen Kinder des Versicherungsnehmers erfolgt unter den gleichen Bedingungen wie in der sozialen Pflegeversicherung.

- Für Ehegatten zusammen darf keine Prämie in Höhe von mehr als 150 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung erhoben werden, wenn das Bruttogesamteinkommen eines Ehegatten regelmäßig im Monat 355 Euro bzw. 400 Euro bei geringfügig Beschäftigten nicht übersteigt.

## **6. Leistungsberechtigter Personenkreis**

### **6.1 Allgemeines**

Die Pflegebedürftigkeit ist in drei Stufen unterteilt. Maßgeblich für die Zuordnung sind der im Einzelfall erforderliche Hilfebedarf und die Häufigkeit der benötigten Hilfen. Definition und Abstufung der Pflegebedürftigkeit wurden so gestaltet, dass sie auch für andere Gesetze übernommen werden konnten, außer wenn die Besonderheiten der Einzelgesetze Abweichungen rechtfertigen.

Die Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

Für den Personenkreis der psychisch kranken, geistig behinderten und hirnerkrankten Menschen ist klargestellt, dass nicht nur die unmittelbare Hilfe bei den täglich wiederkehrenden Verrichtungen zum Leistungsanspruch führt, sondern auch die erforderliche Anleitung und Beaufsichtigung bei diesen Verrichtungen.

Bei pflegebedürftigen Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden Kind für die Zuordnung zu den einzelnen Pflegestufen entscheidend.

### **6.2 Begriff und Stufen der Pflegebedürftigkeit**

#### *Grundsätzliches*

Pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind Personen, die wegen



einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Pflegebedürftigkeit ist demnach zu unterscheiden von Krankheit und Behinderung: Nicht jeder Kranke oder jeder Behinderte ist pflegebedürftig. Aber jeder Pflegebedürftige ist dies als Folge von Krankheit oder Behinderung.

„Krankheit“, „Behinderung“ und der Begriff der „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen“ sind im Gesetz näher definiert. Sie wurden durch Richtlinien der Pflegekassen genauer bestimmt.

#### *Krankheiten oder Behinderungen*

Hierzu zählen:

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat: z.B. Amputationen, angeborene Missbildungen, Querschnittlähmung, spastische Lähmungen, Wirbelsäulenerkrankungen usw.;
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane: z.B. der Atmungsorgane, der Luftwege, des Kreislauf- und Gefäßsystems, der Verdauungsorgane sowie der Nieren und der ableitenden Harwege; darunter fallen auch Sehbehinderung, Blindheit, Schwerhörigkeit, Stoffwechselstörungen wie Diabetes, Mucoviscidose usw.;
- Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen: z.B. Alzheimer Krankheit, Demenzen, bei Kindern auch die Frage der altersgerechten Sprachentwicklung;

Die Verrichtungen des täglichen Lebens sind in vier Bereiche unterteilt:

- in den Bereich der Körperpflege: Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, das Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung;

- in den Bereich der Ernährung: das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung;
- in den Bereich der Mobilität: das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung;
- in den Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung: das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Keine Verrichtungen im Sinne der Pflegeversicherung sind Haarwaschen, Schneiden von Finger- und Fußnägeln, Begleitung bei Spaziergängen oder zum Besuch von kulturellen Veranstaltungen.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen dazu beitragen, den Bedarf des Pflegebedürftigen an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung abzudecken. Hilfebedürftigkeit nur bei der hauswirtschaftlichen Versorgung ist nicht von der Pflegeversicherung zu finanzieren.

Zur Grundpflege gehören die notwendigen nicht-medizinischen pflegerischen Leistungen, z.B. Hilfen bei der Körperpflege und bei der Hygiene, beim Betten und Lagern und bei der Nahrungsaufnahme. Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst diejenigen Tätigkeiten, die der allgemeinen Wirtschafts- und Lebensführung dienen, insbesondere das Reinigen der Wohnung und die Versorgung mit Wäsche. Die Behandlungspflege (z.B. medizinische Hilfeleistungen wie Injektionen, Verbandswechsel oder Verabreichung von Medikamenten) ist weiterhin Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Einordnung in die drei Pflegestufen erfolgt nach sozialmedizinischen Kriterien, d.h. das häusliche und soziale Umfeld des Pflegebedürftigen ist zu berücksichtigen. Ein Hilfebedarf kann nicht allein deshalb verneint werden, weil sich der Pflegebedürftige tagsüber außerhalb der Wohnung aufhält.

Neben der Häufigkeit des Hilfebedarfs ist ein zeitlicher Mindestaufwand



erforderlich, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die genannten Hilfen benötigt.

Eine Höherstufung in eine andere Pflegestufe ist ebenso wie die erstmalige Feststellung der Pflegebedürftigkeit nur möglich, wenn der jeweilige Pflegebedarf auf Dauer, d.h. voraussichtlich für mindestens sechs Monate besteht. Damit wird zum einen der Begriff „Dauer“ konkretisiert. Zum anderen wird aber auch durch den Begriff der „Voraussichtlichkeit“ berücksichtigt, dass bereits vor Ablauf von sechs Monaten eine Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit getroffen werden kann, und zwar wenn absehbar ist, dass der Zustand der Hilfebedürftigkeit länger als sechs Monate andauern wird. Es ist dadurch sichergestellt, dass jemand, der weniger als sechs Monate lang hilfebedürftig ist, Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten kann, wenn medizinische Befunde es wahrscheinlich machen, dass die verbleibende Lebensspanne kürzer als sechs Monate ist.

Die Hilfe der Pflegekassen greift erst bei einem täglichen Hilfebedarf. Bei geringerem Hilfebedarf sind die notwendigen Hilfeleistungen vom Pflegebedürftigen selbst zu finanzieren bzw. kann er bei Bedürftigkeit Sozialhilfe beantragen.

Die Einstufung in die entsprechende Pflegestufe ist für sämtliche Leistungen der Pflegeversicherung entscheidend, unabhängig davon, ob es sich um häusliche oder um stationäre Pflege handelt.

### ***6.3 Pflegebedürftige der Pflegestufen 1, 2 und 3***

Die Pflegeversicherung unterscheidet drei Pflegestufen (vgl. auch Schaubild 2):

#### *Pflegestufe 1 – Erheblich pflegebedürftig*

- sind Personen, die bei der Ernährung, der Körperpflege oder Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen

- und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens 1,5 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

#### *Pflegestufe II – Schwer pflegebedürftig*

- sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen
- und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens 3 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens 2 Stunden entfallen müssen.

#### *Pflegestufe III – Schwerst pflegebedürftig*

- sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen
- und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens 5 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen müssen.

### **6.4 Härtefallregelung**

Die Pflegekassen können in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftige der Pflegestufe III als Härtefall anerkennen, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

### **6.5 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

Die Feststellung der jeweiligen Stufe der Pflegebedürftigkeit und die damit zusammenhängende Prüfung der sonstigen Voraussetzungen ist in der



sozialen Pflegeversicherung Aufgabe der Pflegekassen. In der Regel auf Antrag des Pflegebedürftigen, aber auch ohne Antrag müssen diese tätig werden, wenn sie von dritter Stelle erfahren, dass Pflegebedürftigkeit droht oder eingetreten ist. Der „Medizinische Dienst“ der gesetzlichen Krankenversicherung prüft dann gleichzeitig Möglichkeiten der Rehabilitation, aber auch die Notwendigkeit der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen. Er stellt außerdem einen individuellen Pflegeplan auf, der den konkreten Hilfebedarf aufzeigen soll, wie er sich aufgrund der medizinischen Erkenntnisse und der häuslichen Situation ergibt.

Die Erstuntersuchung und die in angemessenen Zeitabständen anfallenden Wiederholungsuntersuchungen hat der medizinische Dienst im Rahmen eines angekündigten Hausbesuchs im Wohnbereich des Pflegebedürftigen vorzunehmen.

## **7. Leistungen der Pflegeversicherung**

Bei den Leistungen der Pflegeversicherung lassen sich folgende Leistungen unterscheiden:

- Pflegesachleistung
- Vollstationäre Pflege
- Teilstationäre Pflege
- Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen
- Kombination von Geld- und Sachleistungen
- Verhinderungspflege
- Kurzzeitpflege
- Tages- und Nachtpflege
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

- Pflegehilfsmittel und technische Hilfen
- Wohnumfeldverbesserung

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die monatlichen Geldbeträge der Pflegeversicherung.

**Tabelle 2 : Leistungen der Pflegeversicherung**

Pflegestufe	Häusliche Pflege		Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflege	Vollstationäre Pflege
	Sachleistungen für Pflegedienst	oder ...		
I	420€/Monat		215€/Monat	1023€/Monat
II	980€/Monat		420€/Monat	1279€/Monat
III	1470€/ Monat		675€/ Monat	1470€/ Monat
Kombination möglich				
III+	1918€/ Monat			1759€/ Monat

- Kosten für Pflegehilfsmittel (subsidiär nach der Krankenkasse)
- Kosten für Verbrauchsmittel 31€/Monat
- Wohnungsanpassung einmalig bis zu 2557€
- Soziale Sicherung der Pflegepersonen

### 7.1 Vorversicherungszeit

Es gilt eine Mindestversicherungszeit von zwei Jahren, die man als Mitglied, als Familienmitglied oder als Weiterversicherter der Pflegeversicherung angehört haben muss. Unerheblich ist auch, ob die Vorversicherungszeit in der sozialen oder in der privaten Pflegeversicherung zurückgelegt wurde. Dabei muss die in der privaten Pflegeversicherung zurückgelegte Zeit bis



zum Beginn der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ununterbrochen andauert haben.

## **7.2 Leistungen bei häuslicher Pflege**

### *Pflegesachleistungen*

Pflegebedürftige, die in ihrem Haushalt oder in einem anderen Haushalt, in dem sie aufgenommen sind, gepflegt werden, erhalten Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch häusliche Pflegehilfe. Diese wird erbracht durch geeignete Pflegekräfte, die entweder direkt bei der Pflegekasse angestellt sind oder bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung (z.B. einer Sozialstation), die mit der Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat.

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den bereits genannten Verrichtungen. Soweit ein höherer Pflegebedarf besteht, der vom Pflegebedürftigen nicht selbst finanziert werden kann, sind die Aufwendungen hierfür vom Sozialhilfeträger unter den Voraussetzungen des Bundessozialhilfegesetzes ergänzend zu übernehmen.

### *Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen*

Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen, das monatlich im Voraus gezahlt wird. Die Pflege kann durch Angehörige, ehrenamtliche Pflegepersonen oder durch gewerbliche Pflegekräfte erbracht werden. Im Interesse des Pflegebedürftigen wird jedoch gefordert, dass mit dem Pflegegeld die erforderliche Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise sichergestellt werden.

Häusliche Pflegeleistungen sind auch dann möglich, wenn der Pflegebedürftige in einem Altenwohnheim, Altenheim, einem Wohnheim

für Behinderte oder in einer vergleichbaren Behinderteneinrichtung wohnt und seinen eigenen Haushalt führen kann. Benötigt der Pflegebedürftige in einer solchen Einrichtung Pflegeleistungen, soll ihm ermöglicht werden, mit Hilfe des Pflegegeldes die Pflege selbst durch ehrenamtliche Pflegepersonen oder durch professionelle Hilfe (Pflegesachleistung) sicherzustellen. Der Anspruch auf häusliche Pflege ist jedoch ausgeschlossen, wenn es sich bei der Einrichtung, in der sich der Pflegebedürftige aufhält, um ein Pflegeheim oder eine vergleichbare Einrichtung mit vollstationärer Pflege handelt.

Pflegebedürftige, die eine Pflegegeldleistung beziehen, werden verpflichtet, je nach Grad der Pflegebedürftigkeit (mindestens einmal halbjährlich bei Stufe 1 und 2; mindestens einmal vierteljährlich bei Stufe 3) einen Pflegeeinsatz einer durch die Pflegekasse zugelassenen Pflegeeinrichtung, z.B. einer Sozialstation, in Anspruch zu nehmen. Der Pflegebedürftige hat den Einsatz der Pflegefachkraft nachzuweisen.

Die Pflegefachkraft, die z.B. rechtzeitig eine gesundheitliche Überforderung der Pflegeperson bemerkt, kann durch Beratung und Hilfestellung, durch Hinweise auf Pflegekurse, Tagespflege usw. auf eine Entlastung der Pflegeperson hinwirken.

#### *Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)*

Schöpft der Pflegebedürftige den ihm nach dem Grad seiner Pflegebedürftigkeit zustehenden Umfang der häuslichen Pflegehilfe nicht aus, so hat er daneben Anspruch auf anteiliges Pflegegeld. Der Anteil berechnet sich nach dem Verhältnis zwischen dem jeweiligen Höchstbetrag der Sachleistung und dem tatsächlich in Anspruch genommenen Betrag. Entsprechend diesem Verhältnis wird das Pflegegeld – auf Antrag und bei entsprechendem Nachweis – anteilig ausgezahlt.



### *Häusliche Pflege durch Ersatzpflegekraft*

Pflegepersonen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Diese Regelung trägt der Tatsache Rechnung, dass den Pflegepersonen bei der Pflege ein hohes Maß an physischen und psychischen Anstrengungen abverlangt wird. Viele Pflegepersonen sind aber selbst schon älter und haben gesundheitliche Beschwerden.

Erkrankt die Pflegeperson oder fährt sie in Erholungsurlaub, gerade auch um neue Kräfte für die Fortsetzung der Pflege Tätigkeit zu sammeln, so soll dies nicht dazu führen, dass der Pflegebedürftige in stationäre Hilfe wechseln muss. Gleiches gilt bei anderen wichtigen Gründen, wie z.B. der Erkrankung von nahen Angehörigen der Pflegeperson. In allen diesen Fällen hat der Pflegebedürftige für die Dauer von bis zu vier Wochen je Kalenderjahr zusätzlich zur Sachleistung Anspruch auf eine Ersatzpflegekraft. Bei Empfängern von Pflegegeld tritt die Leistung der Verhinderungspflege an die Stelle des Pflegegeldes.

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, wird vermutet, dass die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen den Betrag des nach der jeweiligen Pflegestufe gestaffelten Pflegegeldes nicht übersteigen. Bis zum zweiten Grade verwandt sind insbesondere Kinder, Enkel, Eltern, Großeltern sowie Geschwister der Pflegebedürftigen. Entstehen diesen nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen jedoch erforderliche Aufwendungen, z.B. Verdienstaufschlag oder Fahrkosten, so können die Pflegekassen diese Kosten zusätzlich übernehmen.

Voraussetzung für den Anspruch auf eine Pflegevertretung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor ihrer Verhinderung bereits ein Jahr lang in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Es ist allerdings

nicht erforderlich, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor jeder neuen Unterbrechung der Pflegetätigkeit wiederum zwölf Monate lang gepflegt haben muss.

### **7.3 Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege**

#### *Tagespflege und Nachtpflege*

Wenn häusliche Pflege nicht im ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, werden Leistungen in Tages- oder Nachtpflegeeinrichtungen angeboten, die z.B. in Krisensituationen, etwa bei kurzfristiger Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, die Pflegeperson entlasten sollen.

Weitere Fälle, in denen Tagespflege bzw. Nachtpflege beansprucht werden könnte, sind u.a.

- die Ermöglichung einer (Teil-) Erwerbstätigkeit für die Pflegeperson,
- eine notwendige teilweise Entlastung der Pflegeperson,
- eine nur für einige Stunden am Tag notwendige ständige Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen.

Der Anspruch auf Tages- oder Nachtpflege ist zeitlich *nicht* begrenzt. Die Leistungshöhe bei der Tages- und Nachtpflege ist nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt, wobei der Betrag dem Geldbetrag der Pflegesachleistung (ab 01.01.2010 440 Euro, 1040 Euro oder 1510 Euro; ab 01.01.2012 450 Euro, 1100 Euro oder 1550 Euro) bei der häuslichen Pflege entspricht. Die Leistungen im Rahmen der Tages- und Nachtpflege sind auch neben der Pflegesachleistung und dem Pflegegeld bei häuslicher Pflege möglich, wenn der für die jeweilige Pflegestufe gültige Höchstwert nicht ausgeschöpft wird. Die Höhe dieses anteiligen Pflegegeldes wird wie bei der Kombinationsleistung ermittelt.

Pflegesachleistungen und teilstationäre Leistungen sind somit nebeneinander möglich, soweit der Wert der in Anspruch genommenen Leistungen je Kalendermonat insgesamt den jeweiligen Höchstwert für die



Pflegesachleistung nicht übersteigt.

Die Höhe eines anteiligen Pflegegeldes richtet sich nach dem Verhältnis der insgesamt in Anspruch genommenen Sachleistung (Tages- und Nachtpflege oder Tages- und Nachtpflege plus Pflegesachleistung) zu dem Höchstwert der Pflegesachleistung in der jeweiligen Pflegestufe.

Eine Erhöhung der Leistungen für Härtefälle, wie bei den Pflegesachleistungen oder der vollstationären Pflege, ist gesetzlich bei der teilstationären Pflege nicht vorgesehen.

Durch den Aus- bzw. Aufbau von Einrichtungen der Tagespflege und Nachtpflege wird eine Alternative zur vollstationären Pflege angeboten. In diesem Zusammenhang sind auch in stärkerem Umfang als in häuslicher Umgebung Maßnahmen zur Rehabilitation möglich, so etwa durch Angebote aus dem Bereich der ergotherapeutischen und physiotherapeutischen Maßnahmen.

### *Kurzzeitpflege*

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr. Die Kurzzeitpflege soll die Pflegepersonen entlasten und verhindern, dass der Pflegebedürftige bei kurzzeitigen Ausfällen der Pflegeperson auf Dauer in vollstationäre Pflege überwechseln muss.

Der Pflegebedürftige wird in dieser Zeit in eine vollstationäre Einrichtung aufgenommen und dort gepflegt. Fälle, in denen Kurzzeitpflege erforderlich sein kann, werden im Folgenden beispielhaft aufgeführt:

- nach einer Rehabilitationsmaßnahme kann die Pflegeperson die häusliche Pflege noch nicht sofort übernehmen;

- längere Zeiten der Krankheit, des Urlaubs oder einer sonstigen Verhinderung der Pflegeperson über den zeitlichen Rahmen der vier Wochen hinaus;
- völliger Ausfall der bisherigen Pflegeperson;
- kurzfristige erhebliche Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit.

Die Aufwendungen der Pflegekasse für die Kurzzeitpflege umfassen die Grundpflege, die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung. Dieser Betrag ist grundsätzlich für alle Pflegestufen gleich. Sofern der Betrag nicht ausreicht, können – bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen – die Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz in Anspruch genommen werden.

#### ***7.4 Leistungen bei vollstationärer Pflege***

Vollstationäre Pflege kann insbesondere in folgenden Situationen erforderlich sein:

- bei Fehlen einer Pflegeperson;
- bei drohender oder bereits eingetretener Überforderung der Pflegeperson;
- bei drohender oder bereits eingetretener Verwahrlosung des Pflegebedürftigen;
- bei Eigen- oder Fremdgefährdung des Pflegebedürftigen;
- bei Fehlen räumlicher Voraussetzungen für die häusliche Pflege.

Erfolgt eine vollstationäre Pflege sind folgende Leistungen vorgesehen:

- pflegebedingte Aufwendungen;
- Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege;
- Aufwendungen der sozialen Betreuung.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind auf die Finanzierung der Pflegekosten gerichtet. Die Pflegeversicherung übernimmt insbesondere keine Kosten für:



- Unterbringung und Verpflegung;
- Investitionskosten (z.B. in die Modernisierung des Altenheims).

Die Pflegekassen übernehmen bei stationärer Pflege die pflegebedingten Aufwendungen. Diese richten sich übergangsweise nach festen, entsprechend der Pflegestufen gestaffelten Beträge für die im Einzelfall erforderlichen Leistungen der Grundpflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege.

Es handelt sich hierbei um Pauschalbeträge, die auch dann gezahlt werden, wenn im Einzelfall die pflegebedingten Aufwendungen unter diesen Pauschalbeträgen liegen. Eine Kürzung der Beträge erfolgt nur dann, wenn ansonsten der Pflegebedürftige einen Eigenanteil von weniger als 25 Prozent des gesamten Heimentgeltes zu tragen hätte. Hierdurch soll dem Grundsatz Rechnung getragen werden, dass der einzelne stationär Pflegebedürftige für die Kosten der Unterkunft und Verpflegung selbst aufzukommen hat.

### ***7.5 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen und Pflegeberatung***

Durch die von den Pflegekassen angebotenen oder in Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege, Volkshochschulen, Nachbarschaftsgruppen etc. organisierten Schulungskurse soll die häusliche Pflege erleichtert und qualitativ verbessert werden. Über die Durchführung der Kurse und ihre Inhalte schließen die Pflegekassen mit den Trägern der Einrichtungen, die solche Kurse durchführen, Rahmenvereinbarungen ab. Bei den Weiterbildungsmaßnahmen werden unentgeltlich Kenntnisse zur eigenständigen Durchführung der Pflege vermittelt oder vertieft, die zur Pflgetätigkeit in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen erforderlich sind. Die Schulung kann auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden (z.B. bei

konkreter Unterweisung für bestimmte Pflegetätigkeiten oder für den Gebrauch von Hilfsmitteln).

Ab 01.01.2009 ist als Leistung der Pflegeversicherung die Pflegeberatung eingeführt worden. Aufgaben des Pflegeberaters sind unter anderem: Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, Zusammenstellung der individuellen Hilfs- und Unterstützungsangebote sowie Hilfe bei der Umsetzung des Versorgungsplans.

Anspruchsberechtigt sind Pflegebedürftige, Demenzerkrankte auch bei so genannter Pflegestufe 0 sowie Antragsteller, wenn schon vor Begutachtung ein erkennbarer Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

## **8. Kurzes Resümee**

Nach 14 Jahren Pflegeversicherung kann man –trotz aller Herausforderungen und Probleme (siehe auch den Beitrag von Günter Merkel) – mit gutem Gewissen sagen: die Pflegeversicherung in Deutschland hat sich bewährt. Wenn es sie nicht geben würde, wären die Probleme größer und nicht kleiner. Das sieht man auch im internationalen Vergleich.

Natürlich wurden und werden nicht alle Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Pflege gelöst, aber ohne die Existenz einer gesetzlichen Grundlage in Deutschland wäre auch die heutige erforderliche Weiterentwicklung der Pflegeversicherung komplizierter als ohne eine solche gesetzliche Grundlage.

Das gesellschaftliche Klima ist angesichts des vielfach diskutierten demographischen Wandels heute sensibilisierter als noch vor 20 Jahren. Es gehört zu den wichtigen Diskussionen der Zivilgesellschaft, wie man mit den Schwächsten der Gesellschaft, den pflegebedürftig gewordenen Menschen, umgeht. Dies sollte Maßstab für eine humane Gesellschaft sein – überall in der Welt.

# *Pflegeversicherung in Deutschland in der Praxis: Das Seniorenzentrum „Stadt Leverkusen“*

Wilfried Lahne

## **1. Das Seniorenzentrum „Stadt Leverkusen“: Geburtshaus der deutschen Pflegeversicherung**

Das AWO Seniorenzentrum „Stadt Leverkusen“ wurde im Jahre 1972 als deutsche Modelleinrichtung nach neuesten pflegerischen und architektonischen Konzepten erbaut. Es liegt in der Stadt Leverkusen (160.000 Einwohner) im Bundesland Nordrhein-Westfalen.

Das Bundesland Nordrhein-Westfalen hat 18 Millionen Einwohner in einer gemischten Industrie- und Landstruktur. Die Kernindustrie befindet sich im so genannten Ruhrgebiet, das früher von der Kohleförderung und Stahlproduktion geprägt war.

Die Stadt Leverkusen wurde Jahrzehnte von dem Pharmagiganten „Bayer AG“ geprägt. Hohe Industriesteuer-Einnahmen machten bis vor etwa 20 Jahren Leverkusen zu einer der reichsten Städte in Deutschland, der Bau eines teuren Alten- und Altenkrankenheimes war seinerzeit kein finanzielles Problem.

Träger des Seniorenzentrum „Stadt Leverkusen“ ist die *Arbeiterwohlfahrt* (AWO)<sup>1</sup>. Die AWO gehört zu den sechs staatlich anerkannten, aber freien Wohlfahrtsverbänden in Deutschland. Bekannt sind auch

---

1 Die Arbeiterwohlfahrt (AWO) wurde nach dem 1. Weltkrieg im Jahre 1919 von der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD) gegründet. Die Arbeiterwohlfahrt war damals eine Selbsthilfeorganisation der Arbeiter und wurde, weil sozialdemokratisch orientiert und mithin demokratisch strukturiert, in der Zeit des Nationalsozialismus verboten. Nach 1945 wurde die AWO als parteipolitisch unabhängige und pluralistisch strukturierte Sozialorganisation wieder gegründet.

das Rote Kreuz oder als katholische Organisation die Caritas. Diese Nichtregierungsorganisationen (NGOs) tragen und verwalten zu rund 50% die deutschen Altenpflegeheime.

Der Bau des Seniorenzentrums erfolgte auf Beschluss des Stadtparlaments. Die Stadt übertrug nach der Fertigstellung (1972) die Betriebsträgerschaft an die AWO mit der Auflage, im Namen des Modellbauwerks die Beteiligung der Stadt zu erwähnen. Weiter forderte sie, dass der Pflegebereich nicht als getrenntes konventionelles Pflegeheim, sondern als integriertes Altenkrankenheim betrieben werden sollte. Hier ergab sich ein damals in Deutschland noch neuer Zusammenhang mit einer Geriatrischen Klinik. Die Stadt Leverkusen hatte die Geriatrische Klinik 1969 als neue Abteilung mit 152 Betten im Städtischen Krankenhaus gebaut. Das Altenkrankenheim im Seniorenzentrum wurde nun Bestandteil der Geriatrischen Rehabilitation mit dem Auftrag, mit den gleichen Mitteln und Möglichkeiten (Intensivpflege, fachärztlicher Betreuung, Physio- und Ergotherapie) die Langzeit-Rehabilitation der von der Geriatrischen Klinik entlassenen Patienten fortzuführen.

Das Seniorenzentrum „Stadt Leverkusen“ begann damit als integriertes Alten- und Altenkrankenheim. Das Altenheim hatte damals sieben Etagen als Wohnbereich, das Altenkrankenheim zwei Etagen. Die Kapazität des Zentrums war zunächst auf 164 Betten ausgelegt, sie wurde später auf 195 Betten aufgestockt.

Die Kooperation von Geriatrischer Klinik (Akutbehandlung) und Altenkrankenheim im Seniorenzentrum (Rehabilitation) führte zu einem gerichtlich ausgetragenen Streitfall über die Finanzierung: Die Patienten verlangten die Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen nicht nur für die Behandlung, sondern auch für die Unterbringung im Altenkrankenheim. Ihr Hauptargument war, dass Langzeitbehandlung und -versorgung z.B. von Patienten mit Schlaganfall (Apoplex) nach der Akutbehandlung in der Geriatrischen Klinik im Altenkrankenheim absolut gleichartig war.



Die Weigerung der Krankenkassen führte zu einer Musterklage beim Sozialgericht, die zunächst erfolgreich war, im Widerspruchsverfahren aber an Verfahrensmängeln scheiterte. Somit mussten vermögende Patienten auch im Altenkrankenheim die Kosten ganz oder teilweise selbst tragen. Andere erhielten, wie in Pflegeheimen üblich, Zuschüsse der Sozialhilfe.

Hätte die von der Arbeiterwohlfahrt und der Stadt Leverkusen unterstützte Musterklage der Patienten Erfolg gehabt, so hätte es einer eigenen Pflegeversicherung zur Finanzierung des Pflege-Risikos in Altenkrankenheimen nicht bedurft, da Pflegebedürftigkeit einer Krankheit im Sinne von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit gleich gestellt worden wäre.

Statt ihrerseits in die Revision zu gehen, startete die Arbeiterwohlfahrt eine Initiative zu einer neuartigen Finanzierung der Alterspflegekosten durch eine spezielle Pflegeversicherung. Dieser Initiative schlossen sich die anderen Wohlfahrtsverbände und auch die Spitzenverbände der Kommunen an. Es dauerte jedoch noch 20 Jahre, bevor der Deutsche Bundestag 1994 das Pflegeversicherungsgesetz beschloss.

Nach Einführung der Pflegeversicherung sank die Zahl der Sozialhilfe-Empfänger unter den Pflegebedürftigen von 80% auf 20%. Das Ziel der finanziellen Entlastung von Bewohnern und Kommunen als Träger der Sozialhilfe war mit Einführung der Pflegeversicherung in starkem Maße erreicht.

Das Bundesland Nordrhein-Westfalen nutzte diese finanzielle Entlastung und beschloss im Jahr 2003 mit einem Landespflege-Gesetz, dass bis zum Jahre 2018 alle Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen modernisiert werden und 80% ihrer Bettenkapazität in Einzelzimmern anbieten müssen. Das AWO Seniorenzentrum „Stadt Leverkusen“ hat deshalb im Jahre 2007 mit einer Investition von fast 14 Millionen Euro einen Neubau mit 76 Betten eröffnet und die übrigen 120 Betten im Altbau des Alten- und Altenkrankenheimes so modernisiert, dass dieses Pflegeheim wieder zu den modernsten Einrichtungen in Deutschland zählt.

Die hohe Zahl der Einzelzimmer macht es nun möglich, dass die überwiegend hoch dementen BewohnerInnen viele persönliche Gegenstände, wie Sitzmöbel, kleinere Schränke, Wand- und Tischdekorationen mitbringen können und sich im gewohnten Umfeld besser orientieren und einleben können. Deutlich verringert sind damit die oft in Mehrbettzimmern entstehenden Probleme, dass sich desorientierte Mitbewohner irrtümlich persönliche Sachen anderer Bewohner aneignen. Weitere Vorteile von Einzelzimmern sind: individuelle Auswahl des Rundfunk- oder Fernsehprogramms und der Raumbelüftung.

## **2. Die Finanzierung der Pflegeheime: Kostenaufteilung zwischen Pflegeversicherung, privater Finanzierung und Sozialhilfe**

In Nordrhein-Westfalen gibt es zurzeit 2200 ambulante Pflegedienste, 300 teilstationäre Einrichtungen für Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege und 1600 Altenpflegeheime mit 153.000 Betten. 70% dieser Heime erfüllen zurzeit noch nicht die Bedingungen für die Modernisierungsvorgaben des Landespflegegesetzes. Es bleibt die große Frage, ob und wie diese Idealziele schon bis zum Jahre 2018 finanziert werden können.

In der Kostenkalkulation wird zwischen Ausgaben für Unterkunft, Verpflegung, Pflege und Investition unterschieden. Der aktuellen Preisliste des AWO Seniorenzentrum „Stadt Leverkusen“ (vgl. Appendix, Schaubild Nr. 2) ist zu entnehmen, dass die Preise für Unterkunft in allen Pflegestufen einheitlich geregelt sind (14,61 Euro je Tag). Dies gilt auch für die Kosten für Verpflegung (11,25 Euro je Tag, einschließlich der Herstellungskosten).

Deutliche Unterschiede ergeben sich wegen des sehr unterschiedlichen Betreuungsaufwandes für die Kosten in den einzelnen Pflegestufen. Der tägliche Aufwand ist in Pflegestufe 3 (78,96 Euro) fast drei



Mal so hoch wie in Pflegestufe 1 (27,14 Euro). In der höchsten Kategorie, (Härtefälle) beläuft er sich sogar auf 88,26 Euro.

Die Pflegeversicherung übernimmt nur Kosten der Pflege, nicht aber der anderen Ausgaben. Ihre Erstattungsbeiträge liegen unterhalb der tatsächlichen monatlichen Pflegekosten. In der Pflegestufe 3 liegen z.B. die Pflegeausgaben bei rd. 2400 Euro, die Pflegeversicherung übernimmt davon 1470 Euro. In Deutschland gibt es nur eine Teilversicherung für das Pflegerisiko und die verbleibende Differenz muss entweder privat oder für die ärmeren Gruppen, von den Kommunen als Träger der Sozialhilfe bezahlt werden. Auf die Kommunen, die von der Pflegeversicherung entlastet werden, kommt angesichts der steigenden Zahl von Pflegebedürftigen wieder ein hoher Finanzierungsbedarf zu.

Ein weiterer großer Kostenfaktor ist der Monatsbeitrag für die Refinanzierung der Investitionskosten. Im Seniorenzentrum sind das in allen Pflegestufen im Einzelzimmer zurzeit täglich 23,36 Euro. Vor der Modernisierung lag der Betrag noch bei 9,00 Euro täglich. Ab dem Jahre 2003 muss die Modernisierung und der Neubau der Pflegeheime durch die gesetzliche Änderung über den freien Kapitalmarkt mit Zins und Tilgung finanziert werden. Die Refinanzierung muss seither, wie die Preisliste zeigt, von den Bewohnern getragen werden. Bei der Kalkulation dessen, was die Bewohner zu tragen haben und was die Kommune als Hilfe zuwendet, wird neben dem Einkommen auch das Vermögen der Pflegebedürftigen herangezogen. Ein Barvermögen bleibt bis 10.000 Euro frei; auch müssen Eigenheime, die vom Ehepartner des Pflegebedürftigen bewohnt sind, nicht verkauft werden. Damit die Pflegeversicherung aber nicht zum „Erbenschutz-Gesetz“ wird, gewährt die Sozialhilfe in diesem Fall nur einen Kredit, der beim Verkauf des Eigenheimes eingelöst wird.

Reicht das eigene Geld nicht, um nach Abzug der Pflegeversicherungsleistung die Monatskosten zu bezahlen, erfolgt eine Mitfinanzierung durch Pflegegeld und Sozialhilfe der Kommunen. Die Modernisierungskampagne wird

deshalb auch die Kommunen noch weitere Jahrzehnte finanziell erheblich belasten.

Aber die Modernisierungsaktion muss sozialpolitisches Ziel zugunsten einer würdigen Pflege der Heimbewohner bleiben. Das Wohnen in Einzelzimmern hat deshalb in Deutschland erfreulicherweise eine hohe Priorität erhalten. Doppelzimmer nutzen praktisch nur noch Ehepaare oder Wunschpartner.

### **3. Mitbestimmung und Mitwirkung der Bewohner in selbst gewählten Beiräten**

Das AWO Seniorenzentrum „Stadt Leverkusen“ hat schon 1972 Bewohnerrechte modellhaft eingeführt. Sie wurden später in das Heimgesetz des Bundes und der Heimmitwirkungsverordnung übernommen. Die Heimbewohner wählen ein eigenes kleines Heimparlament, das in entscheidenden Fragen der Heimverwaltung mitbestimmen oder mitwirken kann. So muss der Heimträger zum Beispiel bei beabsichtigten Erhöhungen der Kostensätze den Heimbeirat anhören. Die Erhöhungen können also nicht wegen möglicher Profitgier des Heimträgers willkürlich erfolgen, sondern müssen gut begründet werden. Bei der Freizeitgestaltung, der Hausordnung und dem Speisenangebot hat der Beirat der Bewohnerinnen und Bewohner sogar Mitbestimmungsrechte. Im Bundesland Nordrhein-Westfalen ist mit Wirkung vom 01.01.2009 die Heimmitwirkungsverordnung inhaltlich zum Teil verschärft worden. Auffällig ist, dass das Wort „Heim“ durch „Wohnen“ ersetzt wurde und es deshalb „Wohn- und Teilhabe-Gesetz“ heißt. Die Bewohner sollen mithin an der Gestaltung des Wohnens aktiv teilhaben können und dazu auch sachverständige, nicht in der Einrichtung lebende Personen in den alle zwei Jahre stattfindenden Wahlen einbeziehen.



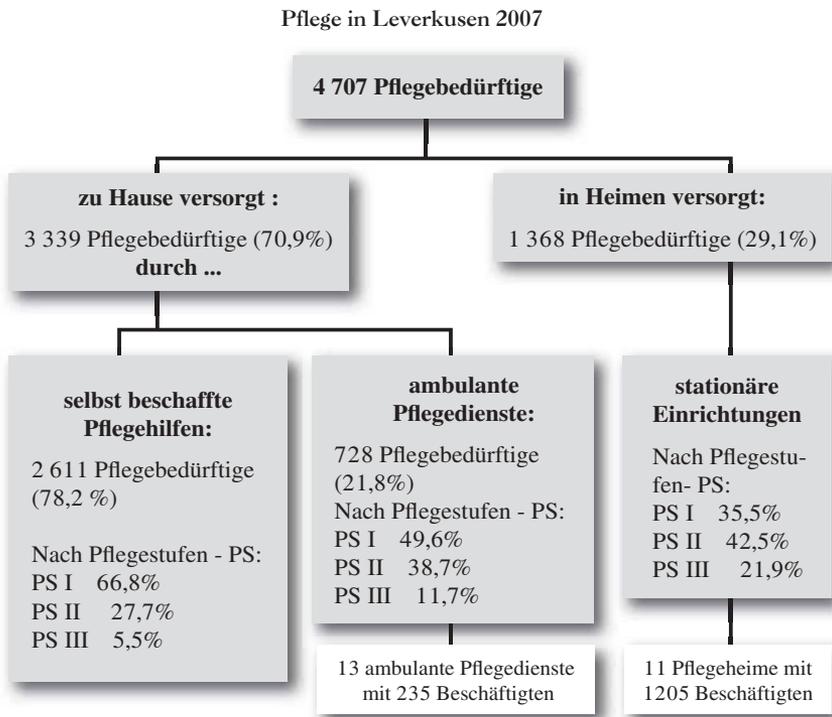
#### 4. „Ambulant vor Stationär“ und selbst beschaffte Pflege

Im Bundesland Nordrhein-Westfalen mit seinen 18 Millionen Einwohnern bezogen im Jahr 2007 484.801 Pflegefälle Leistungen aus der Pflegeversicherung. Das sind auf je 1000 Einwohner 27 Personen. Die meisten Pflegebedürftigen (68,3%) wurden zu Hause versorgt, überwiegend durch selbst beschaffte Pflege (46,3%). Eine ambulante Pflege erhielten 22%. In Alten- und Altenpflegeheimen erhielten 31,7% eine Pflegeversorgung.

**Tabelle 1: Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in Leverkusen 2007  
(im regionalen Vergleich)**

Gebiet	Je 1000 Einwohner	Leistungsempfänger			
		Insgesamt	Selbstbeschaffte Pflege	ambulante Pflege	stationäre Pflege
Leverkusen	29	4707	55,5%	15,5%	29,1%
Kreisfreie Städte in NRW	27	203.589	45,1%	22,2%	32,7%
Kreise in NRW	27	281.212	47,2%	21,9%	30,9%
Nordrhein-Westfalen	27	484.801	46,3%	22,0%	31,7%

Die Stadt Leverkusen hat zwar eine ähnliche Aufteilung zwischen stationärer und häuslicher Versorgung, liegt aber bei der selbst beschafften Pflege (55,5%) deutlich über Landesdurchschnitt. Hier zeigen sich die Auswirkungen einer guten Informationspolitik gegenüber den Einwohnern. Entsprechend niedriger ist der prozentuale Anteil der ambulant und stationär Gepflegten, was zu geringeren Ausgaben für die Sozialhilfe führt.



In Leverkusen gibt es zurzeit 11 Pflegeheime mit 1368 Bewohnern; davon sind rund 65% in den Pflegestufen 2 und 3. Die Zahl der Beschäftigten in den Pflegeheimen liegt bei 1205 Mitarbeitern.

13 ambulante Dienste betreuen 728 Pflegebedürftige. In der Pflegestufe 3 liegt die Zahl der Pflegebedürftigen in Heimen um fast 100% höher. Das entspricht auch der sozialpolitischen Vorgabe, dass die Heimpflege möglichst erst im hohen Lebensalter und bei schwerster Pflegebedürftigkeit erfolgen soll (Leitsatz „Ambulant vor Stationär“).

## 5. Altersstruktur und Verweildauer in den Heimen

Tabelle 2 gibt die Entwicklung der Altersstruktur im AWO



Seniorenzentrum wieder. Die Hauptgruppe mit knapp der Hälfte aller Heimbewohner sind die 80 bis 90-Jährigen. Ihr folgt die Gruppe der Bewohner ab 90 Jahren, deren Anteil zwischen 26% und 31% schwankt. Im Jahre 2007 waren vier Bewohner über 100 Jahre alt. Die jüngeren Alten (jünger als 70 Jahre) sind im AWO Seniorenzentrum, mit weniger als 10%, kaum vertreten.

**Tabelle 2: Entwicklung der Altersstruktur: AWO Seniorenzentrum „Stadt Leverkusen“, 2004-2007 (Heimbewohner jeweils zum Jahresende)**

Altersgruppe	2004	2005	2006	2007
90 und älter	27,8%	31,1%	27,1%	26,4%
80-90	47,4%	47,4%	47,4%	47,2%
70-80	16,0%	14,4%	18,8%	18,8%
unter 70	8,8%	7,1%	6,8%	7,6%

Alleinstehend, schwer demenzkrank und ein Alter von über 80 Jahren sind die Hauptmerkmale, die einen Einzug in ein Pflegeheim begründen. Von den Frauen im Seniorenzentrum waren im Statistikjahr 2007 rd. 70% verwitwet, von den Männern nur rd. 40%, weil in der eigenen Wohnung Ehepartnerinnen häufig noch die Pflege übernehmen.

Die sozialpolitische Zielsetzung „Ambulant vor Stationär“ wirkt sich auf die Zusammensetzung der Bewohner aus. Das Eintrittsalter in die stationären Altenpflegeeinrichtungen ist in den letzten Jahren gestiegen und die Verweildauer damit rapide gesunken. Gleichzeitig hat sich der Anteil der Bewohner mit hoher Pflegebedürftigkeit erhöht.

1972, im Jahr der Eröffnung des AWO Seniorenzentrums „Stadt Leverkusen“, lag das Aufnahmealter im Durchschnitt bei 76 Jahren und das Bewohneralter im Durchschnitt bei 80 Jahren. Die Verweildauer war im

Durchschnitt mehr als 10 Jahre.

Im Jahr 2007 lag das Aufnahmealter im Durchschnitt bereits bei 82 Jahren und das Bewohneralter bei 87 Jahren. Die durchschnittliche Verweildauer war bis zu zwei Jahren bei 55% und nur bei 45% mehr als zwei Jahre. Die deutlich gesunkene Verweildauer gleicht zurzeit weitgehend den wachsenden Bedarf an Heimplätzen aus.

Die Verweildauer ist je nach Heimtyp unterschiedlich. Es gibt Heime, die nur noch eine Verweildauer von durchschnittlich etwas mehr als einem Jahr haben. Das bedeutet nicht, dass diese Heime eine schlechte Pflegequalität haben. Kliniken sind zunehmend an kürzeren Verweildauern interessiert, weil diese zur Finanzierung unabhängig von der Verweildauer der Patienten nur noch eine so genannte „Fallpauschale“ erhalten und deshalb dazu neigen, zu schnell alte Patienten den Pflegeheimen zu überantworten. Diese müssen dann die Sterbebegleitung (Palliativpflege) übernehmen, obschon es in vielen Fällen humaner wäre, sehr kurz vor einem erkennbaren Lebensende keine Verlegung von einer Klinik in ein Pflegeheim oder Hospiz vorzunehmen.

## **6. Finanzielle Situation der Heimbewohner**

Eine detaillierte Statistik über die finanzielle Situation der Heimbewohner liegt nicht vor. Als grober Indikator für die finanzielle Belastung der Heimunterbringung kann aber der Anteil der Sozialhilfeempfänger herangezogen werden. Im Jahre 1975 betrug der Anteil der Sozialhilfeempfänger in dem AWO Seniorenzentrum 84%. Nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1996 sank dieser Anteil deutlich auf rund 20%. Inzwischen ist dieser Trend wieder umgekehrt. Im Jahr 2009 hat sich der Anteil der Sozialhilfeempfänger wieder auf fast 40% erhöht.

Tabelle 3 verdeutlicht diese Entwicklung für den Zeitraum 2004 bis 2007. Innerhalb von nur drei Jahren sank die Zahl der Selbstzahler von 135 auf 116 Heimbewohner, während die Bewohnergruppe, die auf Sozialhilfe



angewiesen war, von 54 auf 68 zunahm. Besonders ausgeprägt ist dieser Trend in der Pflegestufe 4, der die größten Pflegekosten verursacht.

**Tabelle 3: Pflegefinanzierung im AWO Seniorenzentrum „Stadt Leverkusen“, 2004-2007 (Anzahl der Heimbewohner nach Pflegestufen, PS)**

Jahr	Selbstzahler					Sozialhilfe				
	PS 1	PS 2	PS 3	PS 4	Gesamt	PS 1	PS 2	PS 3	PS 4	Gesamt
2004	1	60	54	20	135	1	15	29	9	54
2005	3	59	45	25	132	1	18	25	10	54
2006	0	55	56	14	125	1	17	22	16	56
2007	0	43	55	18	116	1	20	25	22	68

Der Grund für diese Trendumkehrung liegt in der Zunahme der Pflegekosten. Die Pflegesätze werden jährlich angepasst, ohne dass die Leistungen aus der Pflegeversicherung im gleichen Umfang steigen. Zusätzlich werden die Heimbewohner mit der Übernahme der Modernisierungsinvestitionen belastet. So stieg der Kostensatz für die Investitionen von 270 Euro auf 730 Euro. Diese Mehrbelastungen, die nicht von der Pflegeversicherung übernommen werden, können von immer weniger Bewohnerinnen und Bewohnern als Selbstzahler finanziert werden. Damit steigt wieder der Anteil der Pflegebedürftigen, die nur mit Sozialhilfe die Kosten aufbringen können.

## 7. Qualitätssicherung und öffentliche Kontrolle

Die Heimaufsicht der Kommunen und der Medizinische Dienst der Krankenkassen kontrollieren regelmäßig die ambulanten Dienste und Pflegeheime auf Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen. Pflegeplanung und entsprechende Pflegedokumentation, Pflege und

medizinische Betreuung, Umgang mit demenzkranken Bewohnern, soziale Betreuung und Alltagsgestaltung, Wohnen und Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene sind die wichtigsten Prüfkriterien für den Medizinischen Dienst bei der Veröffentlichung der „Qualitätszeugnisse“, die für jede Einrichtung mit Noten von sehr gut bis mangelhaft ausgestellt werden. Die Nutzer sollen vor ihrem Einzug erfahren können, ob es sich um ein gutes Pflegeheim handelt. Deshalb haben die Pflegeheime ein eigenes Qualitätsmanagement.

Das Bewertungs-System des Medizinischen Dienstes nach Schulnoten, die bei nicht immer vergleichbaren Kriterien in einer Abschlussbewertung gemittelt werden, ist zurzeit umstritten und soll modifiziert werden.

## **8. Pflegepersonal**

Die Pflegesatzanteile für die Einnahmen aus Unterkunft, Verpflegung und Pflege werden bis zu 80% für Personalkosten ausgegeben. Der Bundesgesetzgeber hat in einer Heimpersonalverordnung die Fachqualifikation des Pflegepersonals bestimmt. So müssen 50% des Pflegepersonals eine abgeschlossene dreijährige Ausbildung als Altenpflegerin oder Krankenschwester haben. 20% sind männliche Fachkräfte als Alten- oder Krankenpfleger. Die übrigen Mitarbeiter sind Pflegehilfskräfte.

Die Vergütung hängt von der Stufe der Eingruppierung entsprechend der Funktion und Erfahrung ab. Eine kinderlose und unverheiratete Pflegefachkraft verdiente zum Beispiel im Jahr 2008 brutto 2500 Euro und nach Abzug von Steuern und Versicherung 1550 Euro netto.

### *Personalausstattung und Personalschlüssel*

Der Personalschlüssel ergibt sich aus der Verhältniszahl zwischen einer Pflegekraft und der von ihr betreuten Bewohner. 1975 betrug durch eine geringere Zahl von schwer Pflegebedürftigen in den Heimen



der Stellenschlüssel im AWO Seniorenzentrum eine Pflegekraft für 3,7 Bewohner. Die Entwicklung der höheren Alterstruktur und der Pflegestruktur mit 65% schwerst pflegebedürftigen Bewohnern erforderte im Jahre 2007 einen Personalschlüssel von 1 zu 2,7.

In einigen Heimen wird es zunehmend schwieriger, die Fachkraftquote von 50% zu erreichen, da die Fachkräfte in großer Zahl nach fünf bis zehn Jahren aus dem Beruf ausscheiden, weil sie eine Familie gründen oder einen leichteren Beruf ausüben wollen.

### *Personalmangel*

Die Ausbildung für den Pflegeberuf hat an Attraktivität verloren, da Ausbildungsziele durch Kostenbeschränkungen und dennoch höhere Leistungsanforderungen zunehmend nicht mehr im Praxisalltag realisiert werden können.

Die Klage wegen Personalmangel bei Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern ist nicht zu überhören. In der Fachausbildung hat man so genannte ganzheitliche Pflege erlernt. So erfordert Bewohnerbetreuung auch Zeit zur Kommunikation des Pflegepersonals mit den Bewohnern. Diese Zeit ist jedoch durch die vielfältigen Aufgaben bei der so genannten Funktionspflege nicht vorhanden. Pflegeferne Tätigkeiten machen inzwischen einen Anteil von mindestens 30% aus und sind zu einem großen Teil durch Schreibaufgaben ausgefüllt, unter anderem mit der unbestreitbar erforderlichen Pflegeplanung und Pflegedokumentation. Während in den ersten Betriebsjahren des AWO Seniorenzentrums das Personal noch große Erfolge mit der Rehabilitation ihrer Bewohner hatte, und diese auch nach Hause entlassen werden konnten, gibt es heute für die Mitarbeiter im Pflegedienst kaum vergleichbare Erfolgserlebnisse. Das liegt auch daran, dass Krankenhäuser Patienten zu früh in Pflegeheime entlassen und diese Heime deshalb vermehrt Hospiz- / Palliativpflege leisten müssen.

## **9. Zusammenfassung: Erfahrungen der bisherigen Arbeit und die Folgerungen**

Die ärztliche und fachpflegerische Betreuung in den deutschen Heimen ist in den vergangenen Jahrzehnten trotz der schwerer gewordenen pflegerischen Aufgaben deutlich besser geworden. Die Forderung nach mehr Personal ist, wie schon ausgeführt, Verwaltungsdirektoren und Pflegedienstleitungen trotzdem ein ständiger Begleiter.

Die Einführung der Pflegeversicherung hat, trotz Mehrkosten für etwas bessere Personalausstattung, finanzielle Entlastungen für die zu Pflegenden gebracht. Viele waren deshalb nicht mehr von der Sozialhilfe abhängig und damit auch nicht mehr nach einem arbeitsreichen Leben nur „Taschengeld-Bezieher“, das im Jahr 2009 rund 95 Euro monatlich beträgt. Davon sind alle nicht vom Heim finanzierten Dinge des persönlichen Bedarfs zu decken.

Die Teilversicherung der heutigen Pflegeversicherung müsste zu einer Vollversicherung weiter entwickelt werden, damit auch die Kommunen noch stärker von Sozialhilfeleistungen entlastet werden. Ideal wäre das im Jahre 1972 bereits modellhaft praktizierte Verfahren, dass die Krankenkassen, oder die ihr angeschlossenen Pflegeversicherungen, den Anteil der Kosten für die Pflege nicht nur teilweise, sondern zu 100% übernehmen.

Das sind volkswirtschaftliche und politische Forderungen. Es muss dabei aber auch Bereitschaft der Arbeitnehmer bestehen, in der Zeit ihrer Berufstätigkeit höhere Beitragsabgaben für die Altersvorsorge bei Pflegebedürftigkeit zu leisten. Realistisch betrachtet ist das zurzeit jedoch nicht erkennbar oder möglich. Aber es darf als Ziel nicht verloren gehen, zumal es bei der Neueinführung einer Pflegeversicherung leichter umzusetzen ist. Man hätte bei Einführung der deutschen Pflegeversicherung statt der 1,7% Beitragshöhe schon über 2% festlegen



sollen. Ein frühzeitig geschaffenes Reservekapital bei der gesetzlichen Pflegeversicherung ist zudem in Zeiten einer Wirtschaftskrise ein zusätzlicher Garant für Leistungskontinuität.

## Appendix

### 1. Luftaufnahme des AWO Seniorenzentrums „Stadt Leverkusen“



2. Preisliste des AWO Seniorenzentrums „Stadt Leverkusen“

	Pflegestufe 0		Pflegestufe 1		Pflegestufe 2		Pflegestufe 3	
	Doppelzimmer	Einzelzimmer	Doppelzimmer	Einzelzimmer	Doppelzimmer	Einzelzimmer	Doppelzimmer	Einzelzimmer
Unterkunft u. Verpflegung	€ /Tag 25,86	25,86	25,86	25,86	25,86	25,86	25,86	25,86
Pflegekosten	€ /Tag 27,14	27,14	42,22	42,22	60,27	60,27	78,96	78,96
Investitionskosten	€ /Tag 18,81	23,36	18,81	23,36	18,81	23,36	18,81	23,36
Gesamt	€ /Tag 71,81	76,36	86,89	91,44	104,94	109,49	123,63	128,18
30,42 Tage	€ /Monat 2 184,46	2 322,87	2 643,19	2 781,60	3 192,27	3 330,69	3 760,82	3 899,24
Pflegekasse Übernahme	€ /Monat	1 023,00	1 023,00	1 279,00	1 279,00	1 279,00	1 432,00	1 432,00
Wohngeld Übernahme max.	€ /Monat	572,20	710,61	572,20	710,61	572,20	710,61	710,61
Bewohneranteil bei 100% Wohngeld:	€ /Monat	2 184,46	2 322,87	1 047,99	1 047,99	1 341,07	1 341,07	1 718,62
Bewohneranteil ohne Wohngeld:	€ /Monat	2 184,46	2 322,87	1 620,19	1 758,60	1 913,27	2 051,69	2 290,82

Stand: 2009  
 Quelle: URL: [http://www.awo-lev.de/kosten-pflegesatz.php?id\\_link\\_ anmeldung\\_kosten=kosten\\_pflegesatz&id\\_link=anmeldung\\_kosten](http://www.awo-lev.de/kosten-pflegesatz.php?id_link_ anmeldung_kosten=kosten_pflegesatz&id_link=anmeldung_kosten)

# *Herausforderungen und Trends in der Pflegeversicherung*

Günther Merkel

## **1. Aktuelle Herausforderungen in der deutschen Pflegeversicherung**

Deutschland hat nunmehr 14 Jahre Erfahrung mit der Pflegeversicherung gesammelt. Die Pflegeversicherung wurde mit dem „Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit“ (Pflege-Versicherungsgesetz) vom 26.05.1994 (BGBl. I S. 1014) mit Wirkung ab dem 01.01.1995 eingeführt und ist als Elftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) in Kraft getreten. Mit der Pflegeversicherung wurde Neuland betreten; konkrete internationale Vorbilder einer Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit waren nicht vorhanden.

Die praktische Anwendung und Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes erwiesen sich als unproblematisch; mit der organisatorischen Anbindung der Pflegekassen an die Krankenkassen konnte ein reibungsloser Start sichergestellt werden. Sozialpolitisch vernünftig waren die Überlegungen, zunächst ab 01.01.1995 Beiträge anzusammeln, dann ab 01.04.1995 Leistungen im häuslichen Bereich und später ab 01.07.1996 Leistungen bei stationärer Pflege, also bei der Unterbringung in Pflegeheimen, zu finanzieren.

Wie bei jedem neuen Sozialleistungsgesetz waren wichtige rechtliche Fragen für die Praxis, insbesondere zur rechtlichen Auslegung der Anspruchsvoraussetzungen und zum berücksichtigungsfähigen

Hilfebedarf, zu klären. Die höchstrichterliche Klärung der wesentlichen praxisrelevanten Rechtsfragen für die Pflegeversicherung war nach knapp zehn Jahren abgeschlossen. Das ist kein unangemessen langer Zeitraum; denn die gerichtliche Überprüfung der Entscheidungen der Pflegekassen erfolgt durch die unabhängigen Sozialgerichte- und hier müssen bis zu einer höchstrichterlichen Klärung durch das Bundessozialgericht (BSG) drei Instanzen durchlaufen werden.

Zugleich bleibt festzuhalten, dass die Rechtsprechung der Versicherung widerstanden hat, die Anspruchsvoraussetzungen des Pflegeversicherungsgesetzes erweiternd auszulegen. Die Rechtsprechung des BSG hat im Gegenteil oftmals eine einschränkende Gesetzesauslegung bevorzugt.

### *1.1 Die gesetzliche Entwicklung seit dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung*

Von Anfang an war die Kritik an dem Konzept des Pflegeversicherungsgesetzes geübt worden, es benachteilige geistig behinderte Menschen, Demenzkranke und behinderte Kinder. Denn die gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit berücksichtige vor allem Hilfeleistungen, die durch Behinderungen der motorischen Körperfunktionen, also durch somatische Krankheiten, bedingt seien, aber nicht den besonderen Anleitungs- und Beaufsichtigungsbedarf geistig Behinderter. Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung vom 22.05.2003 (BVerfG, 1 BvR 452/99) diese Kritik aber nicht aufgenommen; vielmehr hat es die als ungleich empfundene Behandlung von Menschen mit somatischen Erkrankungen oder Behinderungen und von Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen als durch „sachlich einleuchtende Gründe gerechtfertigt“ angesehen. Schon das BSG hatte in einer Entscheidung vom 26.11.1998 - B 3 P 13/97 R-formuliert, die Ungleichbehandlung erreiche „noch nicht ein solches Ausmaß, dass eine einen Verfassungsverstoß



begründende Überschreitung des gesetzgeberischen Ermessens angenommen werden“ müsse. Die vom Bundesverfassungsgericht bestätigte – wenngleich gerechtfertigte – Ungleichbehandlung zwang den Gesetzgeber zu handeln; denn eine gerade noch verfassungskonforme Gesetzeslage war politisch gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung, psychischen Erkrankungen oder Demenz politisch nicht länger vertretbar.

Als Reaktion auf die Kritik hat der Gesetzgeber mehrere Schritte zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Hilfebedarf vorgenommen:

- Ab 01.01.2002 erhalten Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zusätzliche Bereuungsleistungen für die häusliche Pflege. Bei der Bewertung, ob die Alltagskompetenz eingeschränkt ist, wird anhand eines im Gesetz festgelegten Katalogs z.B. geprüft, ob ein unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen, aggressives oder nicht situationsgerechtes Verhalten, eine Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus oder die Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren, vorliegen.
- Eine Neufassung der Begutachtungs-Richtlinien ab 01.09.2006. Die Neufassung hat einerseits die Entscheidungen des Bundessozialgerichts zur Pflegeversicherung eingearbeitet und andererseits zu erleichterter Leistungsanspruchnahme für Kinder geführt, weil bei Kindern der Hilfebedarf für die hauswirtschaftlichen Verrichtungen geschätzt werden kann.
- Das ab 01.07.2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das erstmals die Leistungen erhöht hat und das bessere Beratungsstrukturen und Qualitätssicherung beabsichtigt. Es sieht für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die noch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen, einen Betreuungsbetrag als Geldleistung vor.

### ***1.2 Die Kritik an der gegenwärtigen Rechtslage***

All diese Maßnahmen haben das Problem der Einbeziehung der Demenzkranken noch nicht befriedigend lösen können. Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen haben häufig einen Hilfe- und Betreuungsbedarf, der über den normalen Hilfebedarf hinausgeht. Da es demenziell erkrankten Menschen körperlich meist vergleichsweise gut geht, sind sie bisher vielfach durch das Raster der Pflegeversicherung gefallen. Es ist aber aus Sicht der Angehörigen von Demenzkranken schwer nachvollziehbar, dass ihr zeitlicher Aufwand – vor allem für die Beaufsichtigung zur Abwehr von Selbst- und Fremdgefährdung – in der Pflegeversicherung weniger gewichtet ist.

Aber auch die Ermittlung des Pflegebedarfs von Kindern mit Gesundheitsstörungen und Behinderungen ist aus der Sicht vieler Eltern und betroffener Angehöriger unbefriedigend, weil besondere zeitliche Belastungen durch eine allgemeine Beaufsichtigung oder zum Schutz der Kinder in aller Regel nicht berücksichtigt werden können.

### ***1.3 Der Stand der aktuellen Diskussion***

Die wesentliche inhaltliche Herausforderung für die deutsche Pflegeversicherung wird daher in näherer Zukunft sein, die Leistungen der Pflegeversicherung in gerechter und für die Bevölkerung nachvollziehbarer Weise auf alle Personenkreise mit hohem Hilfe- und Betreuungsbedarf zuzuschneiden.

Politisch wird die Lösung derzeit in einer Neu-Definition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit gesehen. Dazu macht der „Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“, der seit 26.01.2009 vorliegt, detaillierte Vorschläge.

Die Bundesministerin für Gesundheit hat außerdem den Beirat am 15.10.2008 um einen ergänzenden Bericht gebeten. Der Beirat sollte u.a.



Stellung nehmen zu den erforderlichen Maßnahmen bei der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und zu den Kostenfolgen und Kostenwirkungen für die Pflegeversicherung.

Der „Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ vom 20.05.2009 wurde am 25.05.2009 der Öffentlichkeit präsentiert.

## 2. Demografische Herausforderungen

Nach Eurostat, dem Statistischen Amt der Europäischen Union, wird in den 27 Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) die Zahl der Sterbefälle ab 2015 die Zahl der Geburten übersteigen. Im Jahr 2030 werden ca. doppelt so viele Menschen wie heute 80 Jahre und älter sein.

### 2.1 Die Gruppe der Pflegebedürftigen in Zahlen

Experten erwarten, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland wie in Tabelle 1 dargestellt, entwickelt. Nach diesen Schätzungen wird sich bis zum Jahr 2030 die Zahl der Pflegebedürftigen um 50% erhöhen. Noch höhere Zuwächse werden für demenzkranke Versicherte erwartet: In Deutschland leben heute rund 1,1 Mio. Menschen, die an Demenz erkrankt sind. Bis zum Jahr 2030 wird sich diese Zahl voraussichtlich auf ca. 1,7 Mio. erhöhen – ein Zuwachs um mehr als 50% .

**Tabelle 1: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen**

Jahr	Zahl der Pflegebedürftigen
2007	2,03 Mio.
2010	2,13 Mio.
2020	2,64 Mio.
2030	3,09 Mio.

Quelle: Bundesgesundheitsministerium, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (07/09)

## 2.2 *Das Pflegebedürftigkeitsrisiko*

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit steigt mit zunehmendem Alter; es liegt nach den vom Bundesgesundheitsministerium Anfang 2009 veröffentlichten Zahlen

- vor dem 60. Lebensjahr bei ca. 0,7%
- zwischen dem 60. und dem 80. Lebensjahr bei ca. 4,2% und
- nach dem 80. Lebensjahr bei ca. 28,4%.

Zugleich wird die Bevölkerungszahl in Deutschland bis 2030 von heute 82 Millionen auf ca. 78 Millionen zurückgehen. Zukünftig wird eine immer kleiner werdende Gruppe die Finanzierung der Sozialleistungssysteme tragen müssen. Zugleich sinkt die Zahl der Familienangehörigen, die bereit und in der Lage sein werden, pflegerische Tätigkeiten auszuführen.

Deutschland steht daher vor einer doppelten demografischen Problematik: einer größeren Zahl von Pflegebedürftigen steht künftig eine geringere Anzahl von Beitragszahlern gegenüber, die die Pflegeversicherung finanzieren müssen und eine mit der Bevölkerung ebenfalls rückläufige Anzahl von Pflegepersonen muss sich um eine wachsende Gruppe von Pflegebedürftigen kümmern.

## 3. Trends und Lösungsüberlegungen

Um sachgerechte Lösungsansätze zu finden, gilt es, zunächst die positiven Aspekte der Pflegeversicherung darzustellen. Für diejenigen, die für eine nationale oder regionale Regelung nach eigenen Lösungsansätzen suchen, ist sicher eine Bilanz der bisherigen positiven Ergebnisse in Deutschland besonders interessant. Die Pflegeversicherung hat in Deutschland hohe Akzeptanz; keiner denkt an eine Abschaffung.

Durch die deutsche Pflegeversicherung sind nennenswerte sozialpolitische Erfolge und gesellschaftspolitische Effekte zu verzeichnen:



### 3.1 *Die Pflegeversicherung als gesellschaftspolitisches Steuerungsinstrument*

Es sind insbesondere die positiven gesellschaftspolitischen Effekte, die sich in einem Industriestaat wie in Deutschland, der zunehmend eine Auflösung der Familienverbände, einen Trend zu kinderlosen Partnerschaften oder Familien mit nur einem Kind zu verzeichnen hat, bemerkbar gemacht haben.

Das Konzept der deutschen Pflegeversicherung war stets nur die teilweise Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Der Gesetzgeber ließ sich von der Erwägung leiten, nur eine verhältnismäßig enge Fassung sowohl im Hinblick auf die Leistungen, die gesetzlich festgeschrieben, also „gedeckt“ waren, als auch im Hinblick auf die Anspruchsberechtigten, sei finanzwirtschaftlich zu verantworten. Trotzdem ist es dem Gesetzgeber gut gelungen, mit dem Leistungssystem der Pflegeversicherung und dem Grundsatz „häusliche Pflege vor stationärer Pflege“ eine sozialpolitisch positiv zu bewertende Steuerung vorzunehmen.

Die ganz überwiegende Zahl von Menschen wünscht sich – das gilt sicherlich weltweit – auch für den Fall der Pflegebedürftigkeit das Verbleiben in der eigenen Wohnung bzw. dem bisherigen häuslichen Bereich. Gründe sind die emotionalen Verbindungen zu Familienangehörigen und einem vertrauten Umfeld, andererseits aber auch ökonomische Aspekte.

Einer Durchschnittsrentnerin bzw. einem Durchschnittsrentner ist die volle Finanzierung eines Pflegeheimplatzes in Deutschland mit der Rente als einzigem laufenden Einkommen und dem Leistungsanteil der Pflegeversicherung angesichts der Kostenstruktur in den Pflegeheimen in der Regel kaum möglich. Das hat zur Folge, dass eine hohe Zahl von Pflegebedürftigen in Deutschland auf zusätzliche staatliche Leistungen (Sozialhilfeleistungen) angewiesen ist, wenn eine Aufnahme in ein Pflegeheim erforderlich wird.

Nach Inkrafttreten der Pflegeversicherung war es gelungen, den Prozentsatz der auf Sozialhilfeleistungen angewiesenen Personen auf etwa 20% zu senken; aufgrund der nachvollziehbaren Kostenentwicklung bei den Pflegeheimen ist dieser Prozentsatz in den letzten Jahren wieder deutlich angestiegen.

### 3.2 Entwicklung der Pflegeeinrichtungen

Trotzdem ist es den Steuerungseffekten der Pflegeversicherung zu verdanken, dass es in vielen Fällen zu einer Pflegeheimunterbringung nur dann kommt, wenn eine Versorgung im häuslichen Bereich überhaupt nicht mehr möglich ist. Denn die deutsche Pflegeversicherung hat mit der Möglichkeit der Pflegegeldzahlung und der Teilfinanzierung ambulanter Pflegedienste ein Anreizsystem geschaffen, pflegebedürftige Familienangehörige so lange wie möglich im häuslichen Bereich zu belassen oder sogar in den familiären Bereich wieder aufzunehmen.

Diese Anreize sollen auch eine frühzeitige stationäre Versorgung und damit höhere Kosten in der Sozialhilfe verhindern. Es wäre jedoch wichtig, genauere wissenschaftliche Untersuchungen zu der ökonomischen Dimension dieses Steuerungseffektes durchzuführen.

Trotz der vorhandenen Anreize für eine häusliche Versorgung ist die Zahl der stationären Pflegeeinrichtungen von 8859 im Jahr 1999 auf 11.029 bis Ende 2007 angewachsen, also um fast 25%. Die Zahl der ambulanten Pflegeeinrichtungen ist demgegenüber relativ geringfügig gewachsen, nämlich von 10.820 im Jahr 1999 auf 11.529 im Jahr 2007, also um etwa 6,5% (vgl. Tabelle 2).

**Tabelle 2: Pflegeeinrichtungen und Leistungen**

Jahr	ambulante Pflegeein- richtungen	stationäre Pflegeein- richtungen	Unterteilung nach Art der Leistung*		
			vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	teilstationäre Pflege
2007	11.529	11.029	9919	1557	1984
2003	10.619	9743	8775	1603	1720
1999	10.820	8859	8073	1621	

Quelle: Statistisches Bundesamt

\* Pflegeheime mit mehreren Pflegeangeboten sind hier mehrfach berücksichtigt.



Die Zahl der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen ist von 624.722 im Jahr 1999 auf 809.707 im Jahr 2007 angewachsen (vgl. Tabelle 3).

**Tabelle 3: Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen**

Jahr	gesamt	Ambulante Pflegeeinrichtungen	Stationäre Pflegeeinrichtungen
2007	809.707	236.162	573.545
2003	711.754	200.897	510.857
1999	624.722	183.782	440.940

Quelle: Statistisches Bundesamt

Gleichzeitig ist die Zahl der rentenversicherungspflichtigen pflegenden Angehörigen von 574.000 im Jahr 1999 auf 440.000 im Jahr 2006 (Zahlen aus 2007 liegen nicht vor) zurückgegangen.

**Tabelle 4: Entwicklung des Pflegepersonals: Pflegendе Angehörige**

Jahr	Pflegendе Angehörige
2006	rd. 440.000
2003	rd. 492.000
1999	rd. 574.000

Quelle: Bundesgesundheitsministerium, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (07/09)

Dieser starke Rückgang in der Gruppe der Familienangehörigen, die sich der Pflege widmen, ist angesichts einer pluralistischen, industriellen Gesellschaft mit zunehmend weniger stabilen Familienstrukturen und einer zunehmenden Frauenbeschäftigungsquote nicht überraschend.

Hier gilt es zu überlegen, ob mit einem weiteren Ausbau der Leistungen im häuslichen Bereich der Anreiz für eine Pflege zu Hause noch weiter gezielt verstärkt werden kann – freilich unter Sicherstellung

einer ordnungsgemäßen und qualitativ hochwertigen Pflege. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sind seit 01.07.2008 erstmals Leistungserhöhungen bei den Geldleistungen und bei den Leistungen bei Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten erfolgt, während die Leistungen im stationären Bereich für die Pflegestufen I und II gleich blieben und eine Erhöhung der Leistungen nur bei Pflegestufe III und den Härtefällen erfolgte. Hier ist der Versuch der gesetzgeberischen Steuerung deutlich erkennbar; es bleibt abzuwarten, ob die seit 01.07.2008 geschaffenen zusätzlichen finanziellen Anreize die erwarteten Steuerungseffekte haben werden.

### ***3.3 Rentenversicherung für pflegende Angehörige***

Seit 01.04.1995 sind Pflegepersonen, die als Angehörige oder Nachbarn in einem bestimmten Umfang Pflegeleistungen im häuslichen Bereich erbringen (derzeit mindestens 14 Stunden wöchentlich), im deutschen Rentenversicherungssystem pflichtversichert. Für sie werden Beiträge von der Pflegekasse an den Rentenversicherungsträger gezahlt, so dass mit einer nicht vergüteten Pflegetätigkeit Rentenansprüche erworben werden können. Die Praxis zeigt, dass diese Regelung einen allgemein bekannten und attraktiven Anreiz zur Stärkung der häuslichen Pflege darstellt; in sozialgerichtlichen Verfahren geht es immer wieder auch um die Fragen des Vorliegens bzw. des Umfangs der Rentenversicherungspflicht von Pflegepersonen.

Mit der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung wird für nahe Angehörige oder Nachbarn von Pflegebedürftigen die Bereitschaft gestärkt, die eigene Berufstätigkeit vorübergehend ganz aufzugeben oder zu reduzieren, ohne später extreme Einbußen bei der eigenen Rentenhöhe zu haben. Auch solche Anreize könnten ggf. künftig noch weiter ausgebaut werden; nachdem Leistungen der Pflegestufe I bereits mit einem täglichen Aufwand von mindestens 90 Minuten, also wöchentlich 10,5 Stunden, gewährt werden können, wäre ferner zu



diskutieren, die 14-Wochenstunden-Regelung für die Pflegepersonen entsprechend nach unten anzugleichen. Generell gilt: Je besser Erwerbstätigkeit und Pflege für die Pflegepersonen miteinander vereinbar sind, desto länger kann eine Versorgung der Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich sichergestellt werden.

Hier gilt das Augenmerk dem Ausbau von wohnortnahen Leistungen zur Unterstützung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.

### ***3.4 Pflegezeit für Erwerbstätige***

Ein in diesem Zusammenhang neues Steuerungsinstrument ist die so genannte Pflegezeit, die mit Wirkung zum 01.07.2008 durch das Pflegezeitgesetz vom 28.05.2008 (BGBl. I S. 896) geschaffen wurde. Das Pflegezeitgesetz räumt Beschäftigten das Recht ein, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fern zu bleiben, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Ferner gibt es einen Anspruch auf Pflegezeit von bis zu sechs Monaten, in denen Beschäftigte gegenüber ihrem Arbeitgeber Anspruch auf vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung haben, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen. Der Arbeitsplatz bleibt erhalten, die Zahlung von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen durch Zuschüsse ist über die Pflegekassen sichergestellt und während der Pflegezeit besteht auch Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung. Zur Fortzahlung der Vergütung ist der Arbeitgeber nur verpflichtet, wenn sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder aufgrund einer Vereinbarung ergibt.

Es darf in diesem Zusammenhang aber nicht verschwiegen werden, dass mit dem Ausbau solcher Steuerungselemente zugunsten der häuslichen Pflege dann in den stationären Pflegebereich nur noch

pflegebedürftige Menschen mit extrem hohem Pflegebedarf kommen werden. Die Pflegeheime sind derzeit in ihrer Personal- und Kostenstruktur dafür nicht ausreichend gerüstet. Der Gesetzgeber hat diesem Umstand mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ab 01.07.2008 insofern Rechnung getragen, als er bei Pflegebedürftigen mit sehr hohem Pflegebedarf die Leistungen der Pflegeversicherung deutlich verbessert hat.

Weitergehende Überlegungen dahingehend, dass die Pflegeversicherung in Deutschland mittel- oder langfristig eine volle Absicherung auch für den Fall einer stationären Unterbringung leisten könne, sind wenig realistisch.

### ***3.5 Finanzierungsaspekte***

Bei der Finanzierung der Pflegeversicherung hat sich der Gesetzgeber aus guten Gründen für eine sozialversicherungsrechtliche Lösung und die organisatorische Anbindung an die Krankenversicherung entschieden. Er hat damit allen anderen diskutierten Finanzierungsmodellen, nämlich

- einer rein steuerfinanzierten Lösung;
- einer privaten, versicherungsvertraglichen Absicherung
- oder Mischfinanzierungen bzw. Mischformen aus verschiedenen Finanzierungsmodellen eine Absage erteilt.

Trotzdem sollen und müssen die Gründe für ein bestimmtes Finanzierungsmodell stets von neuem und insbesondere in Zeiten wirtschaftlichen Wandels oder in Krisenzeiten auf den Prüfstand gestellt werden. Aufgrund der engen organisatorischen Anbindung an die gesetzliche Krankenversicherung wirken sich Reformüberlegungen für das deutsche Krankenversicherungssystem übrigens immer auch in der Pflegeversicherung aus; wer also einen Systemwechsel in der gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert, muss immer auch die Pflegeversicherung berücksichtigen.



Grundlage der Finanzierung sind überwiegend die Einkommen der Arbeitnehmer, wovon ein gesetzlich festgelegter Prozentsatz (seit 01.07.2008: 1,95 Prozent bzw. 2,2 Prozent für kinderlose Versicherte) als Beiträge in die Pflegekassen fließen. Beiträge werden anteilig getragen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Auch Rentner und freiwillig krankenversicherte Personen zahlen Beiträge. Das sozialversicherungsrechtliche Umlageverfahren garantiert auch in Zeiten wirtschaftlicher Krisen relativ stabile Einnahmen.

Ein in der Pflegeversicherung entstehender zusätzlicher Finanzbedarf kann im bestehenden System durch eine –politisch freilich nicht gewünschte– Erhöhung der Beitragssätze gedeckt werden. Die aktuelle Diskussion in Deutschland über einen neuen Pflegebegriff darf nicht die Augen davor verschließen, dass es durch die aktuelle Finanzkrise und die zu erwartende Zunahme der Arbeitslosigkeit zu geringeren Beitragseinnahmen in allen Zweigen der Sozialversicherung, also auch der Pflegeversicherung, kommen wird.

Die Diskussion über eine ausgewogene Finanzierung sollte daher vorbehaltlos angegangen werden und auch die Fragen einer Verbreiterung der Bemessungsgrundlagen sowie steuerrechtliche Finanzierungselemente oder andere Mischfinanzierungselemente nicht von vorne herein ausschließen.

Finanzierungsprobleme stellen stets generell die Frage: Lassen sich Ausgaben in der Pflege vermeiden?

### ***3.6 Vermeidung von Pflegebedürftigkeit***

Jeder Fall, in dem drohende Pflegebedürftigkeit ganz vermieden oder der Beginn von Pflegebedürftigkeit verzögert werden kann, bringt für den Betroffenen höhere Lebensqualität und vermeidet Kosten in der Pflege. Prävention, Unfallverhütung und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit müssen Vorrang haben, ebenso Rehabilitation bei drohender

Pflegebedürftigkeit. Die Sozialgerichte sind mit einer großen Anzahl von Menschen konfrontiert, deren Hilfebedarf als Folge von Unfällen entstand oder auf Gesundheitsstörungen beruht, die auf einen ungesunden Lebenswandel zurückzuführen sind. Aufklärung und Forschung haben hier ein großes Aufgabenfeld und können dazu beitragen, durch Prävention und Unfallverhütung die Ursachen von Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Genauso wichtig bleibt, die Entstehung von Demenz zu verstehen und ggf. Heilungsmöglichkeiten zu entwickeln.

### **3.7 Qualitätssicherung**

Ein besonders positiver, auch durch die Pflegeversicherung in hohem Maße mitbewirkter Aspekt ist die Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege und insbesondere in der stationären Pflege.

Leistungen der Pflegeversicherung dürfen nur für vertraglich zugelassene Einrichtungen gezahlt werden. Daher müssen die stationären Pflegeeinrichtungen in ihrer qualitativen und quantitativen Ausstattung die strengen Vorgaben des Pflegeversicherungsrechts erfüllen und unterliegen einer dauerhaften Qualitätskontrolle. Die Qualität der stationären Versorgung hat sich daher seit Einführung der Pflegeversicherung sukzessive verbessert. Bis zum Jahr 2010 wird es bei jeder Einrichtung mindestens eine Prüfung gegeben haben, ab 2011 wird jede Einrichtung jährlich und grundsätzlich unangemeldet geprüft.

Gleiches gilt im häuslichen Bereich für die ambulanten Pflegedienste. Auch sie müssen zur Sicherung personaler Qualität unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft geführt werden und unterliegen einer Kontrolle hinsichtlich ihrer pflegerischen Tätigkeit.

In Deutschland werden zunehmend sämtliche Fragestellungen der Pflege und Pflegebedürftigkeit wissenschaftlich untersucht, so dass inzwischen nicht nur eine große Anzahl von Hochschulinstituten für Pflegewissenschaft besteht, sondern auch bundesweite Qualitätsstandards



(Expertenstandards) entwickelt und aktualisiert werden. Diese Expertenstandards müssen jeweils den neuesten wissenschaftlichen und technischen Entwicklungen Rechnung tragen. Deutschland wird mit seinen bundesweiten Qualitätsstandards hohe Transparenz für weltweit alle an der Pflegeversicherung Interessierte schaffen, zugleich aber internationale Standards mitberücksichtigen und einbeziehen.

Ein Kritikpunkt ist und bleibt der Umstand, dass aus Sicht der Pflegebedürftigen im stationären Bereich die Dokumentationspflicht zu zeitaufwendig und bürokratisch sei und generell die Pflegekräfte zu wenig Zeit für Zuwendung und Gespräche haben.

Eine Patentlösung gibt es nicht: Eine ausreichende Dokumentation ist schon aus rechtlichen Gründen unerlässlich; trotzdem lohnt es sich, alle sinnvollen Vereinfachungsmöglichkeiten zu suchen und zu nutzen. Darüber hinaus gibt es umfangreiche Ansätze, mit Ehrenamtlichen (z.B. Besuchs- oder Vorlesediensten) den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen nach mehr Kommunikation und Zuwendung besser zu entsprechen.

#### **4. Wirtschaftliche Dimension**

Die Pflegeversicherung ist mit einem finanziellen Umfang von ca. 18 Milliarden Euro (2008) ein nicht zu unterschätzender Wirtschaftsfaktor in Deutschland. Eine Ausweitung von Leistungen und ein zusätzlicher Finanzbedarf haben in der jüngeren Vergangenheit zu einem Zuwachs an Arbeitsplätzen im Dienstleistungssektor „Pflege“ geführt (vgl. Tabelle 3). Diese Entwicklung wird sich fortsetzen. Damit nimmt die Konsumkraft des Pflegesektors insgesamt zu.

Sozialversicherungssysteme – und damit auch die Pflegeversicherung – wirken sich in Krisenzeiten generell stabilisierend aus. Wie eine rein kapitalgedeckte Pflegeversicherung in den gegenwärtigen Zeiten der Finanzkrise bestehen könnte bzw. was von einer derart finanzierten

Pflegeversicherung übrig wäre, bleibt freilich Spekulation.

## **5. Internationale Fragen**

### ***5.1 Europarechtliche Dimension***

Eine rein nationale Betrachtungsweise der Pflegeversicherung ist in der EU mit ihren 27 Mitgliedstaaten nicht möglich. Jede gesetzliche Änderung ist auf ihre europarechtlichen Auswirkungen zu prüfen, z.B. die Fragen der Leistungsanspruchnahme im EU-Ausland oder generell des Leistungsexports. Obwohl der deutsche Gesetzgeber eine Zahlung von Geldleistungen aus der deutschen Pflegeversicherung an Versicherte im EU-Ausland nicht vorgesehen hatte, müssen nach der Rechtsprechung des Gerichtshofes der Europäischen Gemeinschaften (EuGH) Geldleistungen an Versicherte der deutschen Pflegeversicherung auch bei einem Wechsel des Wohnsitzes in einen anderen EU-Mitgliedsstaat erbracht werden. Vor dem EuGH ist derzeit ein Verfahren anhängig (C-208/07), bei dem die Frage der Inanspruchnahme von Leistungen für den stationären Bereich zu klären ist.

Darüber hinaus ist stets zu bedenken, dass Leistungen, die in bestimmten EU-Ländern vorgesehen sind, in anderen dagegen nicht, auf diese EU-Länder einen gewissen „Harmonisierungsdruck“ ausüben.

### ***5.2 Internationale Diskussion und Einflüsse***

In Deutschland werden die internationalen Überlegungen zur Pflegeversicherung mit großer Aufmerksamkeit verfolgt. Japan hat im Jahr 2000 eine Pflegeversicherung eingeführt, die sich in bestimmten Grundzügen an der deutschen Pflegeversicherung orientiert, sich aber auch z.B. in der Finanzierung, bei den Anspruchsberechtigten und in einer sechsstufigen Leistungsgewährung, deutlich unterscheidet. Auch in Japan wird über die beabsichtigte Ausweitung der Leistungen der



Pflegeversicherung derzeit sehr kontrovers diskutiert.

## 6. Diskussion einer neuen Solidarität

In Zeiten der weltweiten Finanzkrise über die Einführung oder die Ausweitung einer Pflegeversicherung zu diskutieren, ist ein Wagnis. Den wachsenden Herausforderungen jedoch ohne Lösungsideen zu begegnen, ist keine Alternative. In Deutschland wie in allen entwickelten Industriestaaten gibt es ohnehin keinen Stillstand in der sozial- und gesellschaftspolitischen Diskussion um die Ausgestaltung und den Ausbau der Sozialsysteme.

Die Verbesserung und Veränderung der Lebenslagen von Menschen mit Pflegebedarf, die in ihrer Selbständigkeit beeinträchtigt sind, bleibt für viele politisch relevante Gruppen ein erklärtes Ziel. Sie konfrontieren Politik und Gerichte zu Recht immer auch mit ethischen und moralischen Aspekten. Sie fragen und verlangen nach einer „neuen Solidarität“.

Denn letztlich geht es in der Pflegeversicherungs-Diskussion immer auch um die Frage: was ist einer humanen Gesellschaft die menschenwürdige Behandlung ihrer Pflegebedürftigen wert?

Teil III

---

# Pflegeversicherung in Japan und der EU



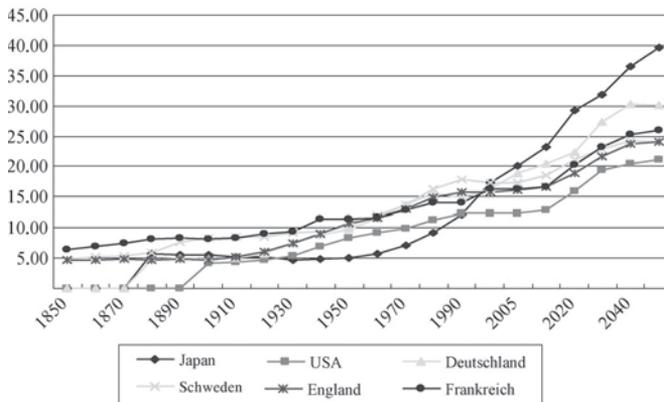
# *Pflegeversicherung in Japan*

Miyoko Motozawa

## **1. Einführung und Änderung der Pflegeversicherung<sup>1</sup>**

In Japan wird die Zahl der alten Menschen in naher Zukunft sprunghaft ansteigen (siehe Grafik 1), weil die kurz nach dem Zweiten Weltkrieg geborenen „Babyboomer“ bald das 65. Lebensjahr erreichen. Dagegen geht die Geburtenrate seit den achtziger Jahren kontinuierlich zurück.<sup>2</sup> Diese Dynamik führt auf mittlere und lange Sicht zu einer Abnahme der

Grafik 1: Der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung



Quelle: Kabinett-Office, Weißbuch über die alternde Gesellschaft 2008, S.13

1 Ausführlicher zur Situation der Altenpflege vor der Einführung der Pflegeversicherung in Japan, s. Motozawa (1995: S. 169ff). Vgl. auch Matsumoto (1996: S. 599ff).

2 Ausführlicher zu den Maßnahmen gegen die Verminderung der Geburtenraten, s. Motozawa (2008: S. 386ff).



Gesamtbevölkerung bei einem gleichzeitigen starken Anstieg der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

Vor diesem Hintergrund musste die Infrastruktur für die häusliche Pflege in Koordination mit den Privatunternehmen zügig ausgebaut werden. Zu diesem Zweck wurde die Pflegeversicherung unter dem Einfluss der deutschen Pflegeversicherung als der fünfte Zweig der Sozialversicherung eingeführt. Das Gesetz der Pflegeversicherung (PVG) wurde am 17.12.1997 erlassen und am 01.04.2000 in Kraft gesetzt.<sup>3</sup> Nach diesem Gesetz muss die Finanzierung der Pflegeversicherung alle drei Jahre dem Bedarf der Leistungen angepasst werden. Das Gesetz als solches muss alle fünf Jahre nachgeprüft werden, um die Pflegeversicherung zu verbessern. Im Zuge dieser Vorschrift wurden bereits zweimal (2003 und 2006) die Beiträge erhöht und die Leistungen bezüglich der Vergütung und Qualitätssicherung verbessert. Zum 01.04.2009 wurden –als nunmehr dritte Anpassung– einige neue Zusatzleistungen eingefügt, um die Pflege für Demente zu verbessern und eine ausreichende Zahl qualifizierter Pflegekräfte zu erreichen. Außerdem wurde am 29.06.2005 das Änderungsgesetz der Pflegeversicherung erlassen. Dieses Gesetz trat am 01.04.2006 in Kraft.<sup>4</sup>

## 2. Ziel des Gesetzes und Versicherungsträger

Das Pflegeversicherungsgesetz (PVG) zielt darauf ab, den körperlich oder/und geistig Pflegebedürftigen ihre Menschenwürde zu erhalten und ihnen, entsprechend ihren Fähigkeiten, ein selbständiges Leben zu ermöglichen (§2 PVG). Zu diesem Zweck müssen die notwendigen Leistungen

3 Ausführlicher zur eingeführten Pflegeversicherung, s. Motozawa (2003: S. 79ff).

4 Die Schwerpunkte dieser Reform sind: Einführung der Präventivleistungen; Verminderung der stationären Leistungen zur Förderung der ambulanten Leistungen; Einführung neuer Leistungen im regionalen Gebiet; Veröffentlichung der Informationen über die Pflegeeinrichtungen im Internet; Verstärkung der Aufsicht der Städte und Gemeinden zur Erbringung angemessener Leistungen und zum Rechtsschutz der Pflegebedürftigen; Erweiterung der Beitragsgestufung.

des Gesundheitswesens und der Sozialdienste sowie medizinische Behandlungen gewährleistet werden (§1 PVG). Des Weiteren sollen die Leistungen der Pflegeversicherung zur Vorbeugung beitragen bzw. die Pflegebedürftigkeit mindern oder zumindest eine weitere Intensivierung der Pflegebedürftigkeit verhindern. Die Auswahl der Pflegeeinrichtungen erfolgt durch die Pflegebedürftigen.

Die Gemeinden fungieren als Versicherungsträger der Pflegeversicherung (§3 Abs.1 PVG). Der Staat ist verantwortlich für die Förderung der Pflegeeinrichtungen und die anderen notwendigen Maßnahmen für eine gute und problemlose Durchführung der Pflegeversicherung (§5 Abs.1 PVG). Die Aufgaben der Präfekturen bestehen darin, nötige Leistungen und Unterstützungen für die Gemeinden zu erbringen (§5 Abs.2 PVG). Zusätzlich sind die Versicherten zu eigenverantwortlichem Verhalten (§4 PVG) und die gesetzlichen Krankenversicherungen zur Zusammenarbeit verpflichtet (§6 PVG).

### **3. Personenkreis der Pflegeversicherung**

#### *3.1 Versicherungspflichtige Personen*

Die Versicherungspflichtigen teilen sich in zwei Gruppen (§9 PVG): In die erste Gruppe fallen die Personen, die 65 Jahre und älter sind; deren Wohnsitz in einer Gemeinde in Japan ist; unabhängig von Staatsangehörigkeit, Geschlecht, Jahreseinkommen usw. Die zweite Gruppe umfasst die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherungen und deren unterhaltsberechtigten Ehegatten, die zwischen 40 und 64 Jahre alt sind. Die Zahl der Versicherten der ersten Gruppe belief sich 2008 auf ca. 27,6 Millionen Personen<sup>5</sup>, während sie 2000 knapp 22,7 Millionen betrug. Die Zahl der Versicherten der zweiten Gruppe blieb konstant bei knapp 43 Millionen Personen.

---

5 Vgl.: MGAW-HP: URL: <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigzo/m08/0804>



### 3.2 *Leistungsberechtigte Personen (§7 PVG)*

Leistungen der Pflegeversicherung können Hilfe- und Pflegebedürftige erhalten. Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind Personen, die wegen einer körperlichen und/oder seelischen Behinderung für die Grundverrichtungen im täglichen Leben (z.B. Baden, Stuhlgang, Ernährung), auf Dauer, voraussichtlich für den nach der Verordnung des MGAW (Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt) festgesetzten Zeitraum (grundsätzlich sechs Monate), ganz oder teilweise der Pflege bedürfen. Hilfebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen und/oder seelischen Behinderung für die oben genannten Grundverrichtungen im täglichen Leben auf Dauer ganz oder teilweise der Hilfe bedürfen und die nicht pflegebedürftig im oben genannten Sinne sind.

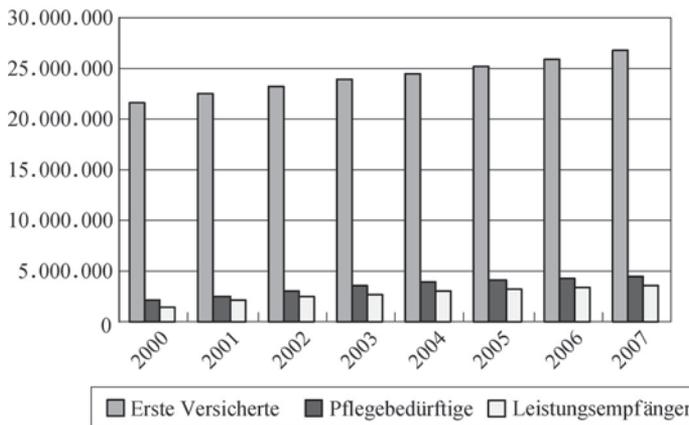
Die Zuordnung der Versicherten zu den oben genannten zwei Gruppen ist auch für die Leistungen bedeutsam. Die Versicherten der ersten Gruppe erhalten Leistungen bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ohne Wartezeit. Die Versicherten der zweiten Gruppe können dagegen nur dann Leistungen beanspruchen, wenn sie wegen einer in der Regierungsverordnung genannten altersbedingten Erkrankung (z.B. Alzheimer, Parkinson), hilfe- und pflegebedürftig sind. Laut dem Bericht des MGAW lag 2008 die Zahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen der ersten Gruppe bei über 4,5 Millionen Personen, während sie 2000 nur 2,2 Millionen betrug.<sup>6</sup> Falls die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nicht altersbedingt ist, können die Hilfe- und Pflegebedürftigen der zweiten Gruppe keine Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, sondern sind auf eine Behindertenhilfe nach dem „Gesetz zur Hilfe der Selbständigkeit der

---

6 Die Zahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen der zweiten Gruppe war 2008 nur ca. 0,15 Millionen Personen (2000 ca. 0,1 Millionen); vgl.: MGAW, Weißbuch 2008, S. 229 und MGAW-HP (Fn.5).

Menschen mit Behinderung“<sup>7</sup> angewiesen. Sobald sie aber das 65. Lebensjahr erreichen, werden sie ohne weitere Ursachenanalyse zu Versicherten der ersten Gruppe und erhalten deren Leistungen.

**Grafik 2: Zahl der Versicherten über 65 Jahre, der Pflegebedürftigen und der Leistungsempfänger**



Daten-Quelle: MGAW, Weißbuch 2008, S. 229

### 3.3 Feststellung der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit (§§27, 32 PVG)

Um Versicherungsleistungen zu erhalten, muss ein Versicherter bei der zuständigen Gemeinde einen Antrag auf Feststellung der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit stellen, wobei er seinen Versichertenausweis dem ausgefüllten Formular beifügen muss. Diesen Antrag kann er einer zugelassenen Einrichtung zum Fall-Management oder einem zugelassenen Heimträger übergeben.<sup>8</sup> Die Gemeinden müssen grundsätzlich innerhalb

<sup>7</sup> Das Gesetz wurde am 31.10.2005 erlassen und am 01.04.2006 in Kraft gesetzt.

<sup>8</sup> Bei der Reform 2005 wurden diese Einrichtungen dadurch beschränkt, die vom MGAW vorgeschriebenen Voraussetzungen zu erfüllen. Denn mehrere Einrichtungen stellten unnötige Anträge, um mehr Gewinn durch Pflegeleistungen zu bekommen.



von 30 Tagen nach der Antragstellung entscheiden, ob der Antragsteller hilfe- oder pflegebedürftig ist und in welche Pflegestufe er eingeordnet wird.

Die Gemeinde begründet die Feststellung der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit mit einer zweistufigen Begutachtung. Zunächst besucht ein Angestellter der Gemeinde jeden Antragsteller, um ihren körperlichen und seelischen Zustand und ihre Umgebung zu prüfen. Diese Prüfung durfte die Gemeinde früher einer zugelassenen Einrichtung zum Fall-Management überlassen, aber seit der Reform 2005 muss sie diese Aufgabe selbst durchführen. Der Prüfer füllt den Fragebogen, den das MGAW abgefasst hat, aus, und trägt im Formular besondere Bemerkungen ein, wenn er es für nötig erachtet, z.B. im Demenzfall. Die Daten des Fragebogens werden dann mit einer speziellen Software des MGAW ausgewertet.<sup>9</sup> Das Ergebnis ist der erste Begutachtungsschritt.

Nach dem Erhalt des Antrags muss die Gemeinde den Hausarzt des Versicherten über den Krankheitszustand oder die Art und Ursache der körperlichen oder seelischen Behinderung befragen. Die meisten Hausärzte sind in der Regel Ärzte für Orthopädie oder innere Krankheiten, sehr selten Nervenärzte. Der Hausarzt überreicht das Gutachten an die Gemeinde in einem Formular. Der nächste Schritt ist die Fachsitzung zur Festsetzung der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Die Gemeinde schickt die erste Begutachtung und das Gutachten des Hausarztes sowie gegebenenfalls die besonderen Anmerkungen an jedes Mitglied der Fachsitzung. Der Fachsitzung gehören Fachärzte, Heimleiter, Krankenschwestern und andere Experten an. Die Mitglieder der Fachsitzung prüfen die erste Begutachtung gemäß der Verordnung des MGAW und können sie ggf. ändern, wenn sie es für nötig erachten. Die Bewertung dieser Fachsitzung stellt die zweite Begutachtung dar, die an die Gemeinde weitergeleitet wird.

---

9 Fragebogen und Software wurden in der Praxis kritisiert und mussten vom MGAW mehrmals verbessert werden.

Nach dieser zweiten Begutachtung stellt die Gemeinde fest, ob der Antragsteller nicht hilfebedürftig, hilfebedürftig in den Stufen I-II<sup>10</sup> oder pflegebedürftig in den Stufen I-V ist. Die Gemeinde muss dem Antragsteller diese Entscheidung schriftlich mitteilen und ihm den Versicherten ausweis, in dem die jeweilige Hilfestufe bzw. Pflegestufe eingetragen wurde, zurückschicken. Die Entscheidung der Gemeinde zur Hilfe- und Pflegebedürftigkeit wirkt rückwirkend zum Tage der Antragstellung.<sup>11</sup> Auch für den Fall, dass der Antragsteller nicht hilfe- oder pflegebedürftig ist, muss die Gemeinde ihm den Grund schriftlich mitteilen. Der Antragsteller kann sich bei der Beschwerdestelle der Präfektur über die Festsetzung seines Status beschweren (§§ 183ff PVG). In der Praxis suchen die meisten Antragsteller die Beschwerdestelle nicht auf, sondern stellen einen Antrag auf Änderung der Festsetzung (§ 29 PVG) oder einen neuen Antrag auf Einstufung bei der Gemeinde. Laut dem Bericht des MGAW (Stand: 30.04.2008) lag die Zahl der Personen, die in die Hilfestufe I eingruppiert waren, bei 552.000, und für die Hilfestufe II bei 629.000. Der Pflegestufe I waren zugeordnet: 769.000 Personen, der Pflegestufe II 806.000 Personen, der Pflegestufe III 711.000 Personen, der Pflegestufe IV 579.000 Personen und der Pflegestufe V 500.000 Personen.<sup>12</sup>

---

10 Bei der Reform 2005 wurde die Hilfebedürftigkeit in zwei Stufen eingeteilt. Dazu gehören nicht nur die bisherigen Hilfebedürftigen, sondern auch die Personen in der bisherigen Pflegestufe I. Personen, die vor dem 01.04.2006 als hilfebedürftig eingeteilt wurden, wurden zuerst in der zeitweiligen Pflegestufe eingestuft.

11 In allen Fällen hat die Feststellung zur Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nur während des durch Verordnung des MGAW vorgeschriebenen Zeitraums (grundsätzlich 6-12 Monate) Gültigkeit (§§ 28, 33 PVG). Das genaue Datum dieses gültigen Zeitraums wird vor der Rückgabe des Versicherten ausweises an die Hilfe- und Pflegebedürftigen eingetragen. Zwei Monate vor Ablauf dieser Zeit kann ein Antrag auf Erneuerung der Einstufung gestellt werden.

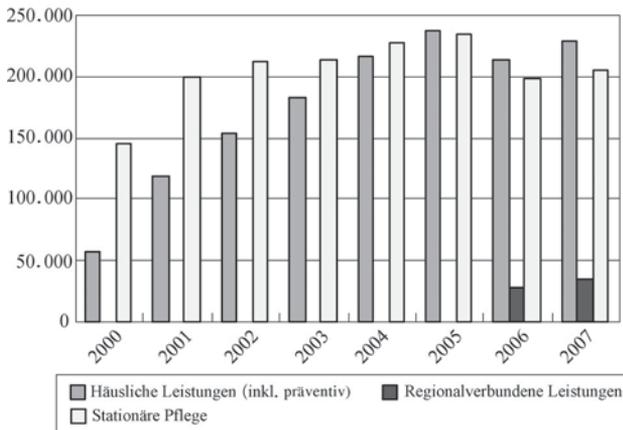
12 Vgl.: MGAW-HP (Fn.5).



## 4. Leistungen der Pflegeversicherung

Pflegebedürftige erhalten häusliche und stationäre Leistungen, Hilfebedürftige dagegen nur häusliche Leistungen (siehe Grafik 3). Direkte Geldleistungen und Leistungen an die ehrenamtlich Pflegenden sind nicht vorgesehen.<sup>13</sup> 2007 erhielten 2,6 Millionen Personen häusliche Leistungen und 0,8 Millionen Personen stationäre Leistungen. Die Gesamtausgaben für die beiden Leistungsgruppen waren fast gleich (siehe Grafik 3).

Grafik 3: Die häuslichen und stationären Leistungen (jeweils April, Million Yen)



Daten-Quelle: MGAW, Weißbuch 2008, S. 229

13 Partnerinnen oder Partner der Arbeitnehmer können auch dann eigene Grundaltersrenten ohne Beitragszahlung bekommen, wenn sie keine Familienlast der Kindererziehung oder der Altenpflege getragen haben. Vgl.: Motozawa, (1988: S. 85ff).

#### 4.1 Häusliche Leistungen (§§40, 52 PVG)

Häusliche Leistungen beziehen sich auf die Kosten des Pflegeplans und der häuslichen Pflegeleistungen sowie auf Zuschüsse zum Kauf von Hilfsmitteln und zum Wohnungsumbau. Häusliche Pflegeleistungen umfassen ambulante Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung, ambulante Badeversorgung, ambulante Krankenpflege, ambulante Rehabilitation, ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Tagespflege und -rehabilitation, Kurzzeitpflege und -rehabilitation, Versorgung von Demenzen in so genannten „Group-Homes“,<sup>14</sup> Versorgung der Einwohner bestimmter Einrichtungen (Altenresidenz, betreutes Wohnen) sowie das Ausleihen von Hilfsmitteln. Seit der Reform 2005 können die Hilfebedürftigen in der Stufe I und II, die anders als bisherige Hilfebedürftige eingestuft wurden, Präventivleistungen<sup>15</sup> erhalten.

Die Hilfe- und Pflegebedürftigen können die Kostendeckung der häuslichen Leistungen nur bis zu einem, gemäß der Verordnung des MGAW, begrenzten Betrag beanspruchen (§§43, 55 PVG). Diese Obergrenze für häusliche Pflegeleistungen (ohne Kurzzeitpflege und -rehabilitation) ist abhängig von örtlichen Bedingungen. Der Kostenersatz ist in sieben Stufen unterteilt. Danach gilt:

Hilfestufe I	4970 Einheiten/Monat
Hilfestufe II	10.400 Einheiten/Monat
Pflegestufe I	16.580 Einheiten/Monat
Pflegestufe II	19.480 Einheiten/Monat
Pflegestufe III	26.750 Einheiten/Monat

14 „Group-Home“ wurde zuerst zu den häuslichen Leistungen gezählt, aber seit der Reform 2005 stellt es eine Leistung der im Folgenden erwähnten regional verbundenen Dienstleistungen dar.

15 Als diese Leistungen werden z.B. Gymnastik für die Muskulaturstärkung, Beratung zur angemessenen Aufnahme der Nahrung und Flüssigkeit und verschiedene Kulturprogramme zur Kommunikationsförderung aufgezählt.



Pflegestufe IV            30.600 Einheiten/Monat

Pflegestufe V            35.830 Einheiten/Monat

Um den Geldbetrag zu erhalten, muss die jeweilige Berechnungseinheit mit dem aktuellen Geldwert für eine Einheit von 10 bis 10,72 Yen multipliziert werden.

Mit Ausnahme der Kosten für den Pflegeplan müssen die Hilfe- und Pflegebedürftigen für häusliche Leistungen einen Eigenteil von 10% tragen, während die Pflegeversicherung 90% der Leistungskosten deckt. Die Hilfe- und Pflegebedürftigen schließen einen Vertrag mit einer zugelassenen Pflegeeinrichtung ab und melden dies bei der Gemeinde an, die diese Informationen in den Versichertenalausweis einträgt. Fehlt die Eintragung im Ausweis, müssen die Versicherten bei jeder Leistungserbringung in Vorkasse treten und können erst danach bei der zuständigen Gemeinde einen Antrag auf Rückerstattung stellen.<sup>16</sup>

Durch Pflegepläne will das MGAW erreichen, dass häusliche Pflegeleistungen die Wünsche der Hilfe- und Pflegebedürftigen berücksichtigen und fachgerecht gewählt werden. Zudem sollen Verwaltungskosten eingespart werden. Den Pflegeplan erstellt ein Fall-Manager. Nach der Regierungsverordnung kann sich jede Person mit einer hauptberuflichen Ausbildung, die in den genannten Leistungsbereichen mindestens fünf Jahre beschäftigt war und die Aufnahmeprüfung bestanden hat, bei der Präfektur zum Fall-Manager ausbilden lassen. Der Hauptberuf der Fall-Managerin ist unterschiedlich, es sind z.B. Krankenschwestern, Sozialarbeiterinnen,

16 Viele Hilfe- und Pflegebedürftige wussten dies nicht, weil sie früher die Leistungen nach der Verwaltungsentscheidung erhalten haben, wenn sie bei der Gemeinde einen Antrag einmal gestellt hatten. Im März 2000 führte dies zu Chaos. Die meisten Gemeinden mussten hohe Kosten tragen, um den Hilfe- und Pflegebedürftigen so schnell wie möglich schriftlich oder telefonisch mitzuteilen, dass die Anmeldung notwendig war, wenn sie ab 01.04.2000 die häuslichen Leistungen der Pflegeversicherung erhalten wollten.

Ärztinnen, Therapeutinnen oder Chiropraktikerinnen. „Fall-Manager“ ist kein eigenständiger Beruf, sondern eine Arbeitnehmertätigkeit bei einer zugelassenen Einrichtung. Das MGAW schreibt vor, dass nur Einrichtungen zum Fall-Management zugelassen werden, die eine Mindestzahl von Fall-Managern nachweisen.

#### **4.2 Stationäre Leistungen (§7 Abs.20, 48 PVG)**

Stationäre Leistungen umfassen u.a. Pflegeplan, Unterkunft, Verpflegung, Betreuung, Krankenpflege und Therapie. Pflegebedürftige können sie nur in den Einrichtungen der Pflegeversicherung erhalten. Den Pflegeplan zur Festlegung der Leistungen stellt der Fall-Manager, ein Angestellter der stationären Einrichtung, auf. Das Verfahren unterscheidet sich in dieser Hinsicht nicht von dem Verfahren bei häuslichen Leistungen.

Die Pflegeversicherung unterscheidet drei Einrichtungen. Erstens die Pflegeeinrichtungen für die Altenwohlfahrt. Dazu gehören die Altenpflegeheime, die nach dem Wohlfahrtsgesetz für die alten Menschen (AWG) mit Staatszuschüssen von der Sozialwohlfahrt erbaut und geführt werden, um die Pflegebedürftigen zu betreuen.<sup>17</sup> Zweitens die Pflegeeinrichtungen für das Altengesundheitswesen. Zum Altengesundheitswesen zählen Einrichtungen, die mit Staatszuschüssen von medizinischen und juristischen Körperschaften erbaut und geführt werden, um den aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten Rehabilitationsmaßnahmen zu gewähren und damit das Alltagsleben

---

<sup>17</sup> Sie haben zur Voraussetzung, dass sie ein Altenpflegeheim gemäß dem AWG § 20-5 sind, dass sie die nach der Verordnung des MGAW geforderte Zahl der Fall-Manager und weiterer Beschäftigter haben und dass sie die Pflegeeinrichtung nach der „Richtlinie über Ausstattung und Betrieb“ voraussichtlich richtig betreiben können (§§86, 88 PVG).



zu Hause wieder zu ermöglichen.<sup>18</sup> Deshalb darf man dort nur zeitweilig, grundsätzlich kürzer als sechs Monate, bleiben.

Drittens die medizinischen Einrichtungen zur Pflege und Behandlung. Dazu gehören spezielle Krankenhäuser für alte Menschen, die Abteilungen mit Pflegebetten in Krankenhäusern und ähnliche Einrichtungen, die als Einrichtungen der Krankenversicherung erbaut und geführt werden, um die unheilbar kranken, alten Menschen langfristig medizinisch zu behandeln.<sup>19</sup> Laut MGAW belief sich 2007 die Zahl der Einrichtungen der ersten Gruppe auf 5898, die der zweiten auf 3461 und der dritten auf 2961. Im Jahr 2000 lagen die Vergleichszahlen noch bei 4085, bei 2160 und bei 2898.<sup>20</sup>

Der Anteil der Schwerpflegebedürftigen hat sich in allen drei Einrichtungen nach und nach erhöht (siehe Grafik 4). Die durchschnittliche Pflegestufe (Stand: 01.10.2007) war in der ersten Einrichtung 3,80, in der zweiten 3,25 und in der dritten 4,30.<sup>21</sup>

---

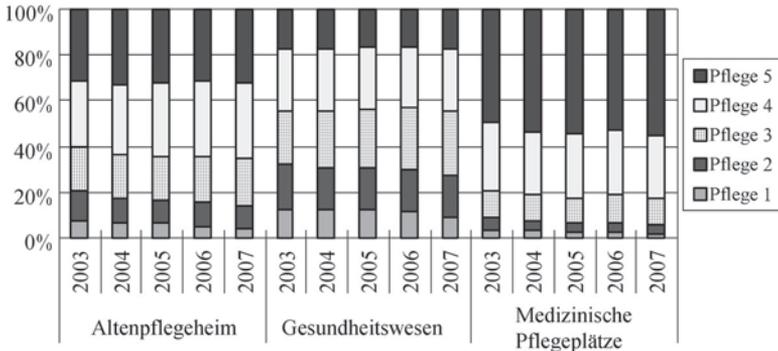
18 Sie haben zu Voraussetzungen, dass ihr Träger eine medizinische Körperschaft, eine juristische Körperschaft für Sozialwohlfahrt oder eine Kommune ist und dass sie die nach der Verordnung des MGAW geforderte Zahl der Ärztinnen, der Krankenschwestern, der Fall-Manager und weiterer Beschäftigter haben. Des Weiteren müssen sie die nach der Verordnung des MGAW geforderte Ausstattung, z.B. Behandlungszimmer, Sprechzimmer, Therapiezimmer und Gemeinschaftszimmer haben sowie gemäß der „Richtlinie des MGAW über Ausstattung und Betrieb“ die Pflegeeinrichtung voraussichtlich richtig betreiben können (§§94, 97 PVG).

19 Sie haben zur Voraussetzung, dass der Träger des Krankenhauses mit Pflegebetten einen Antrag stellt, dass sie die erforderliche Zahl der Pflegebetten haben und dass sie die nach der Verordnung des MGAW geforderte Zahl der Fall-Manager und der anderen Beschäftigten haben. Zudem müssen sie gemäß der „Richtlinie des MGAW über Ausstattung und Betrieb“ die Pflegeeinrichtung voraussichtlich ordentlich betreiben können (§§107, 110 PVG).

20 Vgl.: MGAW-HP (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo>) und MGAW (2008: S. 231)

21 Vgl.: MGAW: Bericht über die stationäre Pflege 2007, auf MGAW-HP.

Grafik 4: Pflegestufe der stationären Einrichtungen



Daten-Quelle: MGAW-HP (Fn.5) Bild 6

Die Leistungshöhe hängt von der Art der Einrichtung, der Zimmerkonstruktion und der jeweiligen Pflegestufe ab. Der Grundbetrag für stationäre Leistungen beträgt in der ersten Einrichtung 577-929 Einheiten/Tag, in der zweiten Einrichtung 702-993 Einheiten/Tag und in der dritten Einrichtung 671-1325 Einheiten/Tag. Pflegebedürftige müssen einen Eigenanteil von 10% der stationären Leistungen und die pauschalen Unterbringungskosten selbst tragen. Bei der Reform 2005 wurde entschieden, dass die Einrichtungen der dritten Gruppe bis 2010 um- oder abgebaut werden müssen. Sie waren als Pflegeeinrichtungen nicht angemessen und verursachten mit ihrer medizinischen Behandlung die höchsten Kosten. Noch herrscht Uneinigkeit darüber, wo die von der dritten Einrichtung ausgezogenen Schwerpflegebedürftigen richtig gepflegt werden können.

### 4.3 Regional verbundene Dienstleistungen

Bei der Reform 2005 wurden fünf neue Dienstleistungen, die Einrichtungen im kleinen Gebiet erbringen, eingefügt. Dazu zählen drei häusliche und zwei stationäre Leistungen. Die gemeinsame Unterbringung von Demen-



(Group-Home) wurde bereits vor der Reform 2005 der häuslichen Pflege zugeordnet. Zu den häuslichen Leistungen gehören die ambulante Nachtpflege, die Tagespflege für Demente und diverse andere häusliche Pflegeleistungen (ambulante Pflege, Tagespflege und Kurzzeitpflege). Zu den stationären Leistungen werden die gemeinsame Unterbringung und Versorgung von Dementen, kleine Altenpflegewohnungen und kleine Altenpflegeheime gerechnet. Das MGAW wollte mit dieser Reform erreichen, dass die alten Menschen in ihrem Wohngebiet bleiben können, aber gleichzeitig auch mit geringem Investitionsaufwand mehr Pflegeleistungen schaffen.

Diese Idee ist grundsätzlich gut, aber die meisten Einrichtungen sind zu klein, um finanziell erfolgreich arbeiten zu können. Sie können üblicherweise nur als Zweigstelle anderer Einrichtungen der Pflegeversicherung überleben, die so ihre Personalkräfte flexibel einsetzen und Personalkosten sparen können. Trotzdem brauchen sie noch zusätzliche finanzielle Unterstützung der Städte und Gemeinden, weil die vom MGAW bezahlte Vergütung der Leistungen relativ niedrig ist.

## 5. Leistungserbringung

Wie ausgeführt, werden die häuslichen und stationären Leistungen nicht von den Gemeinden selbst, sondern von Leistungserbringern bereitgestellt. Die wichtigsten Leistungserbringer sind die Pflegeeinrichtungen. Anbieter von häuslichen Leistungen haben verschiedene Voraussetzungen zu erfüllen: sie müssen juristische Körperschaften sein und ihre Kenntnisse, Techniken sowie die Zahl ihrer Beschäftigten müssen der Verordnung des MGAW gemäß ausreichend sein. Zudem müssen sie nach der „Richtlinie des MGAW über Ausstattung und Organisation“ die Gewähr dafür bieten, dass die Pflege voraussichtlich ordentlich betrieben werden kann (§§70, 79 PVG). Die drei

Gruppen stationärer Einrichtungen müssen die baulichen, personellen und betrieblichen Voraussetzungen für jede Einrichtungsgruppe erfüllen. Falls die Voraussetzungen für die Leistungserfüllung wegfallen, können die Präfekturen die Zulassung zurücknehmen (§§77, 84, 92, 104, 114 PVG). Bei den häuslichen und stationären Leistungen prüfen Präfekturen auf Antrag jede Einrichtung, ob sie die Voraussetzungen für die Zulassung hinsichtlich der jeweiligen Leistungsart erfüllen. Bei den regional verbundenen Dienstleistungen können die Städte und Gemeinden diese Prüfung selbst vornehmen.

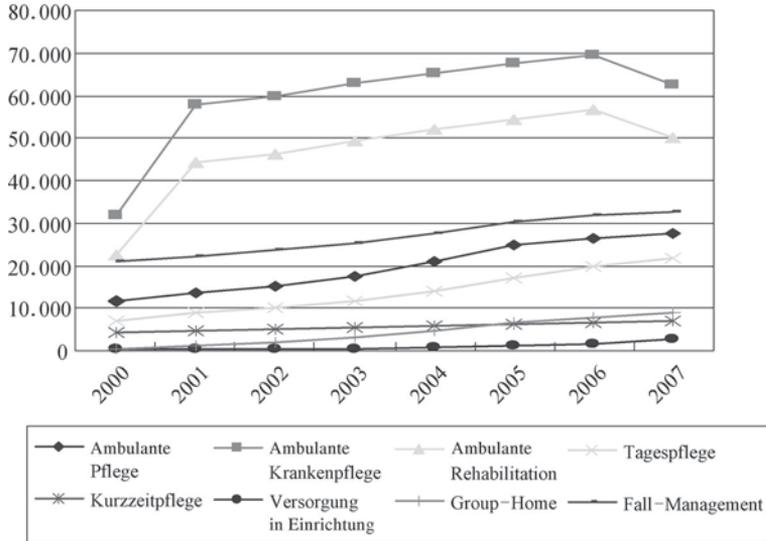
Leistungserbringer haben keinen direkten Anspruch auf Vergütung, sondern können 90% aller Kosten als Vertreter der Leistungsberechtigten erhalten (§§41 Abs.6, 46 Abs.5, 48 Abs.5, 53 Abs.4, 58 Abs.4 PVG). Diese Zahlung an die Erbringer wird gesetzlich als Zahlung an Leistungsberechtigte betrachtet (§§41 Abs.7, 46 Abs.6, 48 Abs.6, 53 Abs.4, 58 Abs.4 PVG). Nach der Einführung der Pflegeversicherung hat die Zahl der Einrichtungen für häusliche Leistungen erheblich zugenommen (siehe Grafik 5). Die Zahl der Einrichtungen für ambulante Pflege ist zwischen April 2000 und April 2007 von 11.475 auf 27.602 gestiegen; die der Einrichtungen für Tagespflege im gleichen Zeitraum von 7133 auf 21.615 und die der Einrichtungen zum Fall-Management von 20.995 auf 32.462.<sup>22</sup> Zwar nimmt auch die Zahl der Einrichtungen für stationäre Leistungen allmählich zu, aber diese Steigerung ist abhängig von dem Pflegerahmenplan der Gemeinden, der Präfekturen und des Staates (§§116, 117, 118 PVG), weil sie normalerweise mit Zuschüssen gebaut werden.

---

22 Vgl.: MGAW, Weißbuch 2008, S. 231



Grafik 5: Erbringer der häuslichen Leistungen (Stand: 30. April jeden Jahres)



Daten-Quelle: MGAW, Weißbuch 2008, S. 231

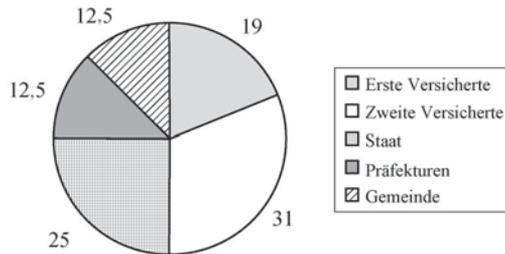
## 6. Finanzierung der Pflegeversicherung

### 6.1 Finanzierungsstruktur

Die Gemeinden müssen sich mit einem Anteil von 12,5% an den Leistungskosten beteiligen. Weitere 12,5% entfallen auf die Präfekturen während der Staat 25% trägt (§§ 121, 123, 124 PVG). Allerdings kommen nur 20% der staatlichen Zuwendungen direkt zur Leistungsauszahlung. 5% werden in die Kasse einbezahlt, mit der die Anpassungen finanziert werden (§ 122 PVG). Die verbleibenden 50% der Leistungskosten finanzieren die Versicherten mit ihren Beiträgen, wobei wiederum die beiden Gruppen von Versicherungspflichtigen zu unterscheiden sind. Die Versicherten in der ersten Gruppe (65-Jährige und älter) tragen zur

Zeit 19% der Leistungskosten. Der Anteil der zweiten Gruppe (Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherungen zwischen 40 und 64 Jahre) beträgt 31%. Zu Beginn der Pflegeversicherung beliefen sich die jeweiligen Anteile beider Gruppen noch auf 17% bzw. 33%.<sup>23</sup>

Grafik 6: Finanzierungsstruktur der Pflegeversicherung (%)



Daten-Quelle: MGAW, Weißbuch 2008, S. 224

Die Höhe der Versicherungsbeiträge kann dadurch niedrig gehalten werden, dass die Hälfte aller Leistungskosten durch Steuern finanziert werden. Die Finanzierung aus verschiedenen Quellen führt jedoch zu einer schlechten Übersichtlichkeit der Einnahmen und Ausgaben der Pflegeversicherung. Ferner bringt es die Besonderheiten des Steuersystems in die Finanzierung der Pflegeversicherung ein. Das Gesetz sieht die Anpassung der Beiträge alle drei Jahre vor (§ 129 Abs.3 PVG).

## 6.2 Beiträge für die erste Versicherungsgruppe (65 Jahre und älter)

Die Beiträge der ersten Versicherungsgruppe werden nicht über einen festen Beitragssatz berechnet, sondern sind in sechs Stufen unterteilt (seit

<sup>23</sup> Die kurz nach dem Zweiten Weltkrieg geborene Generation erreicht das 65. Lebensjahr in kurzer Zeit. Deshalb vermutet man, den Personenkreis der Versicherten der zweiten Gruppe in näherer Zukunft auf bis über 20-Jährige ausdehnen zu müssen (vgl.: Ministry of Health, Labour and Welfare, 2001: S. 340).



01.04.2006).<sup>24</sup> Die Gemeinde legt zunächst die Höhe der vierten Stufe fest. Diese wird über die erwarteten Ausgaben im kommenden Rechnungsjahr auf der Grundlage einer Umrechnungsregel (Normalbetrag; § 129 PVG) ermittelt. Je höher die erwarteten Ausgaben für stationäre Leistungen, desto höher der Normalbetrag. Er unterscheidet sich dementsprechend in jeder Gemeinde. Zur Zeit liegt er durchschnittlich bei ca. 4500 Yen, während er anfangs bei ca. 2800 Yen lag. Dieser vierten Stufe gehören die Versicherten an, die im vorausgegangenen Rechnungsjahr keine Einwohnersteuer zahlen mussten.

Die anderen Stufen werden anteilig zum Normalsatz festgelegt. Die Beiträge der ersten und zweiten Stufe liegen bei 50%. Er gilt für Fürsorgeempfänger, die dafür eine zusätzliche Sozialhilfe erhalten. Die Beiträge der dritten Stufe sind auf 75% des Normalbetrags gesetzt. Er gilt für Versicherte, die im Vorjahr keine Einwohnersteuer zahlen mussten. Wer dagegen Einwohnersteuer bezahlte, wird, je nach Höhe, den Stufen fünf oder sechs zugeordnet. Der Beitrag liegt bei 125% bzw. 150% des Normsatzes.

### ***6.3 Beiträge für die zweite Versicherungsgruppe (Altersgruppe 40–64 Jahre)***

Die Beiträge der zweiten Versichertengruppe werden im Verhältnis zur Höhe ihres Monatsgehaltes berechnet. Handelt es sich um abhängig Beschäftigte, die krankenversichert sind, zahlt der Arbeitnehmer die Hälfte der Beiträge, während die andere Hälfte vom Arbeitgeber getragen wird. Unterhaltsberechtigte Ehegatten bleiben beitragsfrei, solange ihr Jahreseinkommen weniger als 1.300.000 Yen beträgt. Andere Beschäftigungsgruppen, vor allem Bauern und Selbständige, die Mitglieder der Volkskrankenversicherung sind, zahlen den zuständigen Gemeinden die Hälfte ihrer Beiträge, die andere Hälfte trägt der Staat.

---

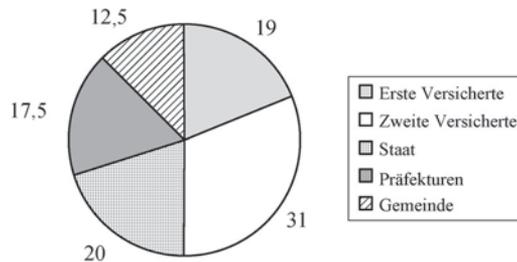
24 Bei der Reform 2005 wurde die zweite Stufe, zu der viele arme Leute mit Mini-Altersrente gehörten, in zwei Gruppen nach dem Jahresbetrag der eigenen Altersrenten der Versicherten aufgeteilt. Seitdem werden diese Beiträge in sechs Stufen eingeteilt.

Fürsorgeempfänger und deren Haushaltsangehörige zahlen keine Beiträge, weil sie nicht in der Kranken- und Pflegeversicherung versichert werden. Sie erhalten äquivalente Leistungen ohne Beitragszahlung.

## 7. Die Reform 2005 und verbliebene Probleme

Wie oben erwähnt, wurden mit der Reform 2005 die zusätzliche Kategorie „Hilfebedürftige II“, die Präventivleistungen und die regional verbundenen Dienstleistungen aufgenommen und die Beitragsstufen von fünf auf sechs aufgefächert. Ferner wurde die Finanzierungsstruktur der stationären Leistungen geändert (siehe Grafik 7).

Grafik 7: Finanzierungsstruktur der stationären Leistungen ab 01.04.2006 (%)



Daten-Quelle: MGAW, Weißbuch 2008, S. 232

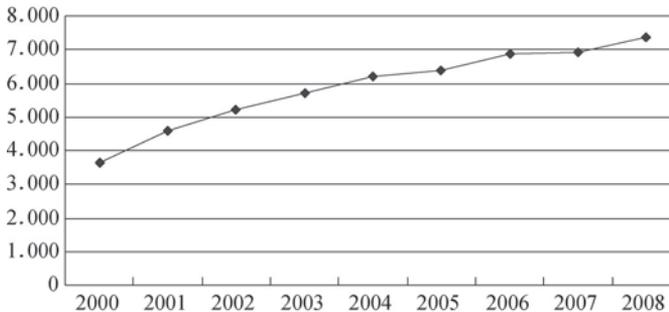
Mit den neuen Präventivleistungen wurden in jeder Gemeinde auch sogenannte „Regionaltotalzentren“<sup>25</sup> gegründet. Präventivleistungen

<sup>25</sup> Das Regionaltotalhilfzentrum hat wichtige neue Aufgaben, z.B. Beratung für die Fall-Manager in schwierigen Fällen, Beratung für die Dementen und deren Familienangehörige sowie die Förderung des Netzwerks in der Nachbarschaft und der ehrenamtlichen Personen. Wegen dieser fachlichen Aufgaben wird die Zahl der qualifizierten Personen (z.B. Gesundheitspflegerinnen, Krankenpflegerinnen, Fall-Manager und Sozialarbeiterinnen) erhöht. Damit steigt auch die Finanzierungslast für Städte und Gemeinden.



werden nur gewährt, wenn sie auf einem Pflegeplan der Fall-Managerin des neu gegründeten Regionaltotalhilfezentrums beruhen.<sup>26</sup> Das MGAW will mit der Gründung der Regionaltotalhilfezentren die privaten Anbieter unter Aufsicht der Kommunalverwaltungen belassen, aber die Leistungskosten der Pflegeversicherung senken und die Pflegequalität verbessern. Damit reagiert das MGAW auf die großen Nachteile der Privatisierung. Durch die Privatisierung hat sich zwar die Zahl der Einrichtungen für häusliche Leistungen in kurzer Zeit wunschgemäß sprunghaft vermehrt, gleichermaßen zugenommen haben aber auch die unberechtigten Ansprüche auf Vergütung sowie die Fälle, in denen Pflegeeinrichtungen Rechte der alten Menschen verletzen.

Grafik 8: Summe aller Leistungen 2000–2008 (Milliarden Yen)



Daten-Quelle: MGAW, Weißbuch 2008, S. 231

Mit der Reform 2005 wollte das MGAW auch die finanzielle Lage der Pflegeversicherung verbessern. Trotzdem kletterten die Gesamtausgaben für Pflegeleistungen weiter (siehe Grafik 8), weil die Zahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen weiter anwächst. In naher Zukunft bedarf es einer

26 Nach den Vorgaben des MGAW muss ein Regionaltotalhilfezentrum je 20.000 bis 30.000 Einwohner gegründet werden.

grundlegenden Reform. Denn die japanische Pflegeversicherung wurde von Anfang an zu großzügig angelegt und deshalb sind massive finanzielle Probleme unausweichlich.

## Literaturliste

- Matsumoto, Katsuaki: Zur Einführung der Pflegeversicherung in Japan. In: *Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS)*, 1996
- Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt (MGAW)  
 -MGAW-HP; URL: <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigzo/m08/0804>
- MGAW: Weißbuch 2008. Tokyo, 2008
- MGAW-HP; URL: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo>
- MGAW-HP: Bericht über die stationäre Pflege 2007
- Ministry of Health, Labour and Welfare: Annual Report on Health and Welfare 1999–2000. Tokyo, 2001
- Motozawa, Miyoko: Kommunale Sozialpolitik in der japanischen alternden Gesellschaft. In: Pitschas, Rainer (Hrsg): *Dezentralisierung im Vergleich - Kommunale Selbstverwaltung in Deutschland und Südostasien am Beginn des 21. Jahrhunderts* (Schriftenreihe der Hochschule Speyer Bd. 194), Berlin, 2008
- Motozawa, Miyoko: Probleme der japanischen Pflegeversicherung. In: *Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht (ZIAS)*, 1(2003)
- Motozawa, Miyoko: Familiäre und sonstige Pflege der alten Menschen im japanischen Sozialrecht. In: *Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch (ZfSH/SGB)*, 1995
- Motozawa, Miyoko: Die Rentenversicherung in Japan. In: *Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht (ZIAS)*, 1(1988)

# *Die soziale Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union*

Michael Schmidt

## **1. Pflegebedürftigkeit als soziales Risiko in Deutschland und Europa**

Die europäischen Länder haben in vielerlei Hinsicht vergleichbare Probleme: Aufgrund der demographischen Entwicklung, die in allen entwickelten Industriestaaten durch die Alterung der Bevölkerung gekennzeichnet ist, stehen sie vor der Aufgabe, die Angehörigen der älteren Generation unter anderem im Hinblick auf Pflegebedürftigkeit und sonstige Betreuungsbedürftigkeit zu unterstützen. In immer größerem Umfang stehen überkommene traditionelle, namentlich familiäre oder nachbarschaftliche Hilfen nicht mehr im bisherigen Umfang zur Verfügung. Die demographisch verursachte Nachfrage nach altersspezifischen Hilfen wird auch geprägt durch den gesellschaftlichen Wandel, der sich widerspiegelt in einer Pluralisierung der Lebensstile und sich unter anderem niederschlägt in der veränderten Stellung der Frau in Ehe, Familie, Erwerbsleben und Gesellschaft sowie in der Zunahme von Ein-Personen-Haushalten.

## **2. Die soziale Absicherung bei Pflegebedürftigkeit in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union**

### *2.1 Überblick*

Das Informationssystem zur sozialen Sicherheit „MISSOC“ der Europäischen Kommission stellt Informationen über Finanzierung, Organisation, Grundprinzipien und Leistungen der einzelnen Bereiche

des Sozialschutzes, einschließlich der Leistungssysteme, die der Absicherung des Pflegefallrisikos dienen, zur Verfügung. Es beruht auf der Zusammenarbeit zwischen der Europäischen Kommission, einem Netzwerk offizieller Repräsentanten der teilnehmenden Staatenvertretern von Ministerien und/oder Institutionen, die für die einzelnen Bereiche der sozialen Sicherheit zuständig sind sowie einem von der Europäischen Kommission berufenen Sekretariat. Es stützt sich damit auf amtliche Informationen aus den Vergleichsländern. Von MISSOC werden einmal jährlich unter anderem vergleichende Tabellen veröffentlicht, die die rechtlichen Regelungen zu den Kernbereichen der sozialen Sicherung darstellen.

Die Pflege in der Familie und die Erbringung informeller Pflege sind immer noch die verbreitetsten Formen der Langzeitpflege. Deutschland gehört zu den Ländern, die sich im europäischen Vergleich sehr früh den neuen Herausforderungen im Bereich Pflege gestellt und darauf reagiert haben. Der nachfolgende Überblick zeigt, dass es neben Deutschland gegenwärtig in Europa nur in vergleichsweise wenigen Ländern – Luxemburg, Österreich und der Flämischen Gemeinschaft in Belgien – ein eigenständiges Sozialleistungssystem für den Pflegefall gibt.

## ***2.2 Belgien***

Kein allgemeines, landesweites Sicherungssystem für den Pflegefall. Ein Pflegeversicherungssystem gibt es in der Flämischen Gemeinschaft durch Dekret des Flämischen Parlaments vom 30.03.1999. Ansonsten werden bestimmte einzelne Leistungen im Rahmen der Kranken-, Invaliditäts- und Mindestsicherung sowie zusätzliche Leistungen der Kommunen gewährt.

Es handelt sich um bedarfsabhängige Hilfen für Personen, die Aufgaben des täglichen Lebens nicht allein verrichten können. In den Geltungsbereich dieser Regelungen fallen danach Leistungsbezieher der Kranken- und Invaliditätsversicherung sowie behinderte Menschen



ab dem 21. Lebensjahr, die in Belgien wohnen. Die Finanzierung dieser Leistung erfolgt über die jeweiligen Leistungssysteme.

### **2.3 *Bulgarien***

Kein gesondertes Sicherungssystem. Langzeitpflege für Rentner bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mehr als 90% und Bedarf an ständiger Pflege wird durch die Sozialversicherung oder über die Sozialhilfegesetze gedeckt und beinhaltet Sach- und Geldleistungen. Die Bereitstellung der Leistungen beruht auf dem Prinzip der Fürsorge und wird durch Staats- und Kommunkassen sowie durch Gebühren der Leistungsempfänger finanziert.

### **2.4 *Dänemark***

Pflegeleistungen werden im Rahmen der in kommunaler Trägerschaft stehenden Sozialdienste erbracht. Anspruchsberechtigt sind Personen, die wegen gesundheitlicher Beeinträchtigung nicht zu den notwendigen Verrichtungen des täglichen Lebens (z.B. Körperpflege, Haushaltsführung) imstande sind. Alle Einwohner werden erfasst. Die sozialen Dienste sind steuerfinanziert.

### **2.5 *Estland***

Personen, die nicht für ausreichenden Lebensunterhalt für sich und ihre Familie sorgen können und sozial integriert werden müssen, erhalten ggf. verschiedene steuerfinanzierte Leistungen. Leistungsberechtigt sind grundsätzlich alle Einwohner.

### **2.6 *Finnland***

Die Pflege ist Teil der von den Kommunen getragenen Gesundheits- und Sozialdienste. Anspruchsberechtigt sind Personen, die auf Dauer und regelmäßig, mindestens einmal pro Woche, Betreuung und Pflege benötigen. Alle Einwohner sind leistungsberechtigt. Die Dienstleistungen werden über Steuern finanziert.

## **2.7 Frankreich**

Pflegeleistungen werden von der Invaliditäts- und Unfallversicherung sowie durch das allgemeine Sozialhilfesystem erbracht. Anspruchsberechtigt sind Personen, die bei wesentlichen Verrichtungen des täglichen Lebens auf die Hilfe Dritter angewiesen sind. Eine Pflegezulage erhalten Empfänger von Invaliditäts-, Alters- und Unfallrenten. Leistungsberechtigt sind ferner unter bestimmten Voraussetzungen Kinder bis 20 Jahre, ältere Menschen, die in Frankreich wohnen sowie Behinderte nach Vollendung des 16. Lebensjahres.

## **2.8 Griechenland**

Pflegeleistungen werden im Rahmen der Invaliditäts- und Rentenversicherung sowie als Mindestsicherung durch die Sozialfürsorge gewährt. Anspruchsberechtigt sind unter bestimmten Voraussetzungen erwerbsunfähige Personen, Personen, die ständiger Betreuung, Pflege oder Unterstützung durch Dritte bedürfen sowie ältere Menschen. Die Finanzierung erfolgt im Rahmen des jeweiligen, in der Regel beitragsfinanzierten Leistungssystems und im Falle der Mindestsicherung über Steuern.

## **2.9 Großbritannien**

Kein eigenständiges Sicherungssystem, sondern beitragsunabhängige staatliche Finanzierung für alle Einwohner mit unbeschränktem Aufenthaltsrecht.

Anspruch auf Pflegebeihilfe: Personen ab 65 Jahre, die wegen körperlicher oder seelischer Behinderung auf persönliche Pflege angewiesen sind. Invalidität mindestens sechs Monate vor Antragstellung.

Unterhaltsbeihilfe für Behinderte bis 65 Jahre: Dauerpflegegeld für Personen mit 100% Erwerbsunfähigkeit wegen Arbeitsunfall oder Berufskrankheit. Invalidität mindestens drei Monate vor Antragstellung.



Beihilfe für Schwerstbehinderte: Beihilfe für Pflegepersonen mit Einkünften unter einem bestimmten Betrag (rund 112 Euro wöchentlich; mindestens 35 Wochenstunden Betreuung erforderlich).

### **2.10 Irland**

Aus Steuermitteln finanziert werden in der Regel bedarfsabhängige Leistungen der häuslichen Pflege, ein Pflegegeld und Beihilfen für Pflegepersonen. Anspruchsberechtigt sind ältere Menschen, behinderte Kinder sowie Pflegepersonen, die in bestimmtem Umfang auf die Ausübung einer Erwerbstätigkeit zugunsten der Pflege verzichten.

### **2.11 Italien**

Pflegeleistungen werden im Rahmen der Sozialversicherungssysteme und der Sozialhilfe gewährt. Anspruchsberechtigt im Rahmen der Invaliditätsversicherung sind Bezieher einer Erwerbsunfähigkeitsrente, die auf die Hilfe eines Dritten angewiesen sind. Nicht erwerbstätige Behinderte haben Anspruch auf eine Mindestsicherung. Auf regionaler Ebene erhalten ältere Menschen ggf. häusliche Pflege als Sachleistung.

### **2.12 Lettland**

Pflege wird im Rahmen der steuerfinanzierten und von Staat und Kommunen getragenen sozialen Dienste für Personen gewährt, die unter anderem wegen Alters, gesundheitlicher Probleme oder Behinderung nicht mehr für sich und ggf. für ihre Familie sorgen können.

### **2.13 Litauen**

Nach dem „Gesetz über soziale Dienste und Einrichtungen des Gesundheitswesens“ erhalten Personen, die unter anderem wegen Alters, gesundheitlicher Probleme oder Behinderung Pflege von dritter Seite benötigen, bis zu acht Stunden täglich ambulante Dienstleistungen oder Pflege in Tageseinrichtungen. Langzeitpflege wird im Bedarfsfall auch in

stationären Einrichtungen erbracht.

### **2.14 Luxemburg**

Luxemburg hat nach deutschem Vorbild eine Pflegeversicherung eingeführt. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Krankheit/Behinderung regelmäßig die Hilfe eines Dritten benötigen. Der Kreis der Pflegeversicherten orientiert sich an der Krankenversicherung, der alle Erwerbstätigen angehören.

Die Verwandtschaft zum deutschen System zeigt sich bereits in den vier Grundprinzipien des Pflegeversicherungssystems: (a) Rehabilitationsmaßnahmen haben Vorrang vor Leistungen bei Pflegebedürftigkeit (wobei die Krankenversicherung für die Rehabilitation zuständig ist) und eine Beratungs- und Bewertungsstelle ist berufen, entsprechende Vorschläge zu unterbreiten (insbesondere auch für die in der Vergangenheit sehr unterentwickelte geriatrische Rehabilitation); (b) häusliche Pflege hat Vorrang vor stationärer Pflege (wobei zu diesem Zweck die Rolle informeller Pflegepersonen, namentlich Familienangehöriger, gestärkt worden ist); (c) Sachleistungen haben Vorrang vor Geldleistungen; (d) Gewährleistung der Kontinuität der Pflege durch die Schaffung einer engen Verbindung, Koordination und Kooperation zwischen Pflegeversicherung und Pflegeinfrastruktur.

### **2.15 Malta**

Alle Einwohner über 60 Jahre, die behindert sind und ständig Hilfe durch Dritte benötigen, erhalten bedarfsabhängige Leistungen im Rahmen des allgemeinen Sozialleistungssystems.

### **2.16 Niederlande**

Die Pflege wird über die „Versicherung für außergewöhnliche Krankheitskosten“ (AWEZ) abgedeckt. Leistungsberechtigt sind Personen



bei langem Krankenhausaufenthalt sowie ältere und körperlich oder geistig behinderte Menschen. Die Versicherung erfasst als so genannte „volksverzekering“ alle Einwohner.

Die Qualitätssicherung und -kontrolle in den Niederlanden scheint stärker entwickelt worden zu sein als in anderen Ländern. Differenzierte Qualitätsindikatoren verleihen der Qualitätssicherung eine sehr starke patientenorientierte Ausrichtung, nicht zuletzt etwa durch das (nunmehr auch in Deutschland eingeführte) so genannte „persönliche Budget“. Im Rahmen des „persönlichen Budgets“ wird den Berechtigten ein bestimmter Geldbetrag unmittelbar zur Verfügung gestellt, mit dem sie Leistungen selbst „einkaufen“ und zugleich auch auf die Qualität der eingekauften Leistungen achten können.

Die Vorreiterrolle der Niederlande im Bereich der Qualitätssicherung – etwa ausweislich der nicht zuletzt auch für eine vergleichende Betrachtung tauglichen Kriterien (a) Entwicklung von Qualitätsanforderungen, (b) Festlegung ihrer Verbindlichkeit, (c) Umsetzung in der Pflegepraxis, (d) Kontrolle ihrer Einhaltung sowie (e) Sanktionierung ihrer Nichteinhaltung – dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die Langzeitpflege seit über 40 Jahren in dem „Allgemeinen Gesetz über besondere Krankheitskosten“ (AWBZ) eine gesetzliche Regelung gefunden hat, die im Laufe der Zeit ständig überarbeitet und verfeinert worden ist. Da diese Regelung über besondere Krankheitskosten als Volksversicherung ausgestaltet ist, sind alle Einwohner der Niederlande sowie Ausländer, die dort steuer- und sozialversicherungspflichtig sind, in den Anwendungsbereich dieses sozialen Sicherungssystems einbezogen. Damit waren die Niederlande das erste Land in Europa, das die Pflegebedürftigkeit als soziales Risiko anerkennt und in die Sozialversicherung einbezogen hat. Durch die Integration von Pflege- und Krankenversicherung ist darüber hinaus sichergestellt worden, dass es keine Abgrenzungsprobleme zwischen Pflege-

und Krankenversicherung gibt. Die Versicherung wird durch die Krankenkassen und die Privatversicherung durchgeführt. Deren Organe treffen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern. Während zunächst lediglich Sachleistungen gewährt wurden, besteht seit Mitte der neunziger Jahre die Möglichkeit, ein Pflegegeld zu wählen. Diese Lösung eröffnet zum einen dem Einzelnen die Möglichkeit, die benötigten Leistungen frei zu wählen, hat aber zum anderen auch Einsparungen zum Ziel gehabt. Die Leistungsberechtigten können dabei zwischen formellen und informellen Leistungsanbietern wählen.

Die Ausführung der Pflegeversicherung obliegt den zugelassenen Krankenversicherungsunternehmen, die diese Aufgaben an örtliche Geschäftsstellen übertragen haben, die ihrerseits heute privatrechtlich organisiert sind. Eine wichtige Rolle spielen die unabhängigen Indikationsdienste, die für die Feststellung der jeweiligen Indikation und damit dann auch für die Bestimmung des Leistungsumfangs der Anspruchsteller zuständig sind.

Die Finanzierung der Pflegeversicherung erfolgt über Beiträge der Versicherten bis zu einer obersten Einkommensgrenze sowie über Staatszuschüsse und Zuzahlungen der Leistungnehmer. Die Leistungspalette umfasst Unterstützung im Haushalt, Personensorge, unterstützende Begleitung, aktivierende Begleitung sowie Behandlung und Unterkunft in einer Einrichtung, wobei diesbezüglich der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt.

### *2.17 Österreich*

Die soziale Absicherung des Pflegefallrisikos wird für Empfänger bestimmter Sozialversicherungsleistungen im Bundespflegegeldgesetz sowie für sonstige pflegebedürftige Personen in den Pflegegeldgesetzen der Länder geregelt. Diese steuerfinanzierten Systeme decken über Sachleistungen den Bedarf an ambulanten, teilstationären und stationären Diensten. Ein



Pflegegeld wird bei ständigem Pflegebedarf von mehr als 50 Stunden monatlich über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten hinweg gezahlt. Die Regelungen gelten für alle Einwohner.

Trotz der ähnlich dominanten Stellung der Sozialversicherung im Gesamtsystem der sozialen Sicherheit ist die Pflegefallabsicherung in Österreich anders als in Deutschland nur höchst mittelbar und lediglich partiell mit der Sozialversicherung verknüpft. Das Pflegegeld als einzige bundesweit einheitliche Leistung kann nach Maßgabe des 1993 in Kraft getretenen Bundes-Pflegegeldgesetzes (BPGG) von allen pflegebedürftigen Personen beansprucht werden, die eine Pension aus der gesetzlichen Pensionsversicherung, eine Vollrente aus der Unfallversicherung oder eine vergleichbare so genannte Grundleistung aus einem Sonderpensionssystem für Beamte beziehen. Es wird dann von dem für die aus diesen Systemen bezogene Leistung zuständigen Träger ausgezahlt, der dafür einen finanziellen Ausgleich aus dem Bundeshaushalt erhält. Das Pflegegeld ist somit steuerfinanziert und hängt nicht von einer Sozialversicherungspflicht ab. Pflegebedürftige Personen ohne einen Anspruch auf eine derartige Grundleistung wie z.B. Personen, die noch erwerbstätig sind oder aber nie bzw. nicht lange erwerbstätig waren – etwa von Geburt an Behinderte – können ein Pflegegeld nach den Landespflegegeldgesetzen eines der österreichischen Bundesländer beanspruchen. Die Voraussetzungen für die Gewährung dieser Geldleistung sowie ihre Höhe und Abstufung nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit sind im Wesentlichen die gleichen wie diejenigen des Bundes-Pflegegeldes. Die Länder haben sich in einem Staatsvertrag mit dem Bund, der so genannten „Pflege-Vereinbarung“, verpflichtet, Regelungen mit gleichen Grundsätzen und Zielsetzungen wie denjenigen des Bundes-Pflegegeldgesetzes zu erlassen.

In dieser Pflege-Vereinbarung haben sich die Länder auch zur Sicherstellung und damit zugleich zum Ausbau des Angebots an

Pflegesachleistungen verpflichtet. Deren Bereitstellung erfolgt nämlich auf Landes- bzw. kommunaler Ebene und damit weitestgehend getrennt von der Gewährung der Pflegegeldleistungen.

„Nahstellen“ zu diesen monetären Leistungen bestehen bei stationärer Pflege, bei der unter gewissen Voraussetzungen kraft Gesetzes der Übergang eines Teils des Pflegegeldanspruchs auf den Träger der Sachleistungen vorgesehen ist.

Die Rechtsgrundlagen für die Gewährung von Pflegesachleistungen finden sich vor allem in den – teilweise untereinander sehr unterschiedlichen – Sozial- oder Behindertenhilfegesetzen der Länder. Sie sind – zumeist unter Einbeziehung der Kommunen – aufgrund der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung die vorrangig zuständigen Träger der Pflegeangebote. Ebenso überwiegend auf landesrechtlicher Grundlage basieren die Regelungen über die Standards von Heimen und die Heimaufsicht. Bundesrechtlich geregelt sind hingegen die im Konsumentenschutzgesetz integrierten zivilrechtlichen Mindeststandards für Heimverträge. Während die Krankenpflege Bundesangelegenheit ist und im Wesentlichen im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz geregelt ist, sind für den Erlass berufrechtlicher Rahmenbedingungen für die Betreuung alter und behinderter Menschen wiederum die Länder zuständig.

Angesichts der Trennung zwischen Geld- und Sachleistungen gibt es keine allgemein gültige Definition der Pflegebedürftigkeit. Überwiegend wird an die Anspruchsvoraussetzungen in § 4 BPGG angeknüpft, gemäß Abs.1 besteht ein Anspruch auf Pflegegeld, wenn ein Pflegebedarf, d.h. ein andauernder Betreuungs- und Hilfebedarf wegen einer Behinderung, voraussichtlich für mindestens sechs Monate besteht.

Der in sieben Leistungsstufen ausdifferenzierte Rechtsanspruch auf das Pflegegeld richtet sich in erster Linie nach dem zeitlichen Aufwand der durch Dritte zu übernehmenden Verrichtungen. Dabei spielt es keine



Rolle, ob diese von einem Familienangehörigen, d.h. einem informellen Leistungserbringer, oder einer professionellen Pflegekraft erbracht werden. Ebenfalls unerheblich ist, wo dies geschieht, ob in der häuslichen Umgebung oder in einer Einrichtung.

Ein Rechtsanspruch auf Pflegegeld besteht, wenn der gesamte zeitliche Aufwand für die von dritter Seite zu erbringenden notwendigen Verrichtungen 50 Stunden im Monat überschreitet. Die höheren Pflegestufen setzen jeweils einen entsprechend höheren zeitlichen Pflegebedarf voraus. Das auf diese Weise ermittelte Pflegegeld wird für die Bemessung der Kostenbeiträge für die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen herangezogen. Berücksichtigt werden auch das Einkommen des Pflegebedürftigen und sein verwertbares Vermögen sowie das Einkommen gemeinsam mit ihm im Haushalt lebender oder zur Unterhaltsleistung verpflichteter Angehöriger; hier tritt die sozialhilferechtliche Fundierung der Pflegesachleistungen deutlich zutage. Dies zeigt auch der Umstand, dass auf diese so genannten „Naturalleistungen“ in der Regel kein Rechtsanspruch besteht.

Die wichtigsten leistungsrechtlichen Voraussetzungen für stationäre Pflegeleistungen finden sich in den Sozialhilfegesetzen der Länder. Die Sozialhilfegesetze sehen die Unterbringung in Anstalten als eine Möglichkeit zur täglichen Versorgung vor, wenn der Hilfesuchende aufgrund seines körperlichen oder geistig/seelischen Zustandes oder wegen seiner familiären und sonstigen Verhältnisse nicht imstande ist, ein selbständiges und unabhängiges Leben zu führen, oder wenn er besonderer Pflege bedarf. Dabei kommen als stationäre Einrichtungen nur solche in Betracht, die einem spezifischen Mindeststandard entsprechen.

Für Pflegepersonen werden in den Bundesländern Angebote für Pflegekosten und Beratungsdienste geboten. Die sozialversicherungsrechtliche Absicherung von Pflegepersonen, namentlich die Möglichkeit der Weiterversicherung in der Pensionsversicherung, ist Bundesangelegenheit: Wer

eine Erwerbstätigkeit aufgibt oder unterbricht, um einen nahen Angehörigen zu pflegen, hat Anspruch darauf, dass der Bund rund die Hälfte der für die Weiterversicherung zu erbringenden Beiträge übernimmt. Diese Regelung gilt, sofern der zu Pflegenden mindestens in die Pflegestufe 3 eingestuft wurde. Derartige Weiterversicherungsbeiträge haben auch eine Verlängerung der Rahmenfrist zur Folge, innerhalb derer Versicherungszeiten für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld nachgewiesen werden müssen. Ein Kranken- oder Unfallversicherungsschutz besteht hingegen nur, wenn die Pflege im Rahmen eines sozialversicherungsrechtlichen Dienstverhältnisses erfolgt.

### ***2.18 Polen***

Pflegeleistungen werden im Rahmen der Kranken-, Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversicherung sowie im Rahmen der Sozialhilfe erbracht für Personen, die ständig auf fremde Hilfe angewiesen sind. Schwerbehinderte Personen erhalten ggf. Hilfe in geschützten Werkstätten.

### ***2.19 Portugal***

Im Rahmen der Sozialversicherungssysteme werden beitragsabhängige und im Rahmen der steuerfinanzierten Mindestsicherung beitragsunabhängige Geldleistungen gewährt. Das Krankenversicherungssystem sowie die so genannte „Soziale Aktion“ stellen Sachleistungen zur Verfügung. Leistungsberechtigt sind Personen, die für Verrichtungen des täglichen Lebens auf die Hilfe Dritter angewiesen sind.

### ***2.20 Rumänien***

Kein eigenständiges Sicherungssystem. Die Leistungen bei langfristiger Pflegebedürftigkeit werden durch das Versicherungssystem (z.B. Versicherung bei Invalidität, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Alter usw.) gedeckt.

### ***2.21 Schweden***

Pflege wird im Rahmen der von den Kommunen bereitgestellten sozialen



Dienste erbracht. Leistungsberechtigt sind Personen, die Betreuung und Pflege benötigen. Erfasst werden alle Einwohner.

### **2.22 Slowakei**

Pflegeleistungen werden im Rahmen der Kranken-, Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversicherung sowie teilweise im Rahmen besonderer Regelungen und auch über die allgemeine Sozialhilfe erbracht. Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass der Anspruchsteller bei Vorliegen einer mindestens 50%igen Funktionsstörung auf die Pflege durch Dritte angewiesen ist. Die Regelungen gelten für alle Einwohner.

### **2.23 Slowenien**

Pflegeleistungen werden im Rahmen der Renten-, Invaliditäts- und Krankenversicherung, als Familienleistungen und im Rahmen der Sozialhilfe gewährt für Personen, die auf ständige Hilfe angewiesen sind. Die Regelungen gelten für alle Erwerbstätigen sowie Rentner, Sozialhilfeempfänger, Arbeitslose, Einwohner ohne anderweitige Versicherung und ggf. für Personen, die von diesen abhängig sind.

### **2.24 Spanien**

Das beitragsfinanzierte System der sozialen Sicherung und die steuerfinanzierte Mindestsicherung stellten üblicherweise auch Pflegeleistungen zur Verfügung. Anspruchsberechtigt sind im Rahmen der Sozialversicherung dauernd erwerbsunfähige Arbeitnehmer, die auf fremde Hilfe angewiesen sind. Leistungen der Mindestsicherung können Personen zwischen 18 und 65 Jahren beanspruchen, die krank oder behindert sind (Invaliditätsgrad von 75%) und die auf die Hilfe Dritter angewiesen sind. Ein Pflegesystem, das steuerfinanziert ist, wurde eingeführt; die Umsetzung findet zurzeit statt.

### **2.25 Tschechien**

Es gibt eine Reihe steuerfinanzierter Leistungen für Personen, die Aufgaben des täglichen Lebens wie Ankleiden, Körperpflege, Einkaufen u.a. nicht ohne fremde Hilfe erledigen können. Leistungsberechtigt sind alte Menschen, Kinder sowie Volljährige, die körperlich oder geistig behindert sind.

### **2.26 Ungarn**

Die Sozialversicherungs- und Sozialhilfesysteme sehen Pflegeleistungen vor für Personen, die schwer seh-, hör- oder geistig behindert und auf Hilfe Dritter angewiesen sind. Steuerfinanzierte Leistungen werden als so genannte Pflegehilfe Personen ab dem 65. Lebensjahr gewährt, die wegen körperlicher oder seelischer Behinderung auf Pflege angewiesen sind. Behinderte erhalten bis zum 65. Lebensjahr eine Unterhaltsbeihilfe. Ein Dauerpflegegeld wird Personen mit 100%iger Erwerbsunfähigkeit wegen Arbeitsunfall oder Berufskrankheit gewährt. Von Geburt an Behinderten steht eine besondere Beihilfe zu. Pflegepersonen, deren Einkommen einen bestimmten Betrag nicht übersteigt, haben Anspruch auf ein Pflegegeld für Pflegepersonen.

### **2.27 Zypern**

Pflege, psychiatrische Versorgung und Sozialhilfe werden auf der Grundlage gesetzlicher Regelungen durch Wohlfahrtsdienste und Heime Personen gewährt, die sozial bedürftig sind und in Zypern wohnen.

## Über die Autoren

- Fang Chen, Direktor des Sozialheims des Minhang-Bezirks der Stadt Shanghai, Shanghai.
- Prof. Chun Ding, stellvertretender Direktor, Zentrum für Europa-Studien, Fudan Universität, Shanghai.
- Julan Gao, stellvertretende Direktorin des Zivilverwaltungsamtes der Stadt Shanghai, Shanghai.
- Wilfried Lahne, Pensionär, ehemaliger Geschäftsführer des AWO Seniorenzentrums „Stadt Leverkusen“, Leverkusen.
- Susanne Langsdorf, Studentin, Freie Universität Berlin, Humboldt Universität zu Berlin, Universität Potsdam, Berlin.
- Günther Merkel, Sozialrichter am Sozialgericht Nürnberg, Nürnberg.
- Prof. Miyoko Motozawa, Graduate School of Humanities and Social Sciences, University of Tsukuba, Tokio.
- Michael Schmidt, Referat zur Koordinierung der Sozialrechtssysteme, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin/Bonn.
- Dr. Rudolf Traub-Merz, Leiter, Büro für Internationale Zusammenarbeit, Friedrich-Ebert-Stiftung, Shanghai.

### **Hinweis:**

In diesem Beitrag wurden alle Namen einheitlich in der Reihenfolge „Vorname, Nachname“ genannt. Dies wurde in der deutschen Version auch auf die chinesischen Namen angewandt. Angemerkt sei hier, dass im Chinesischen die Reihenfolge „Familiennamen, Vorname“ korrekt ist, also „Ding Chun“ statt „Chun Ding“. Dies wurde in der chinesischen Version eingehalten.

## 图书在版编目(CIP)数据

老年人护理与护理保险：中国、德国和日本的模式及案例 / (德)蓝淑慧, (德)鲁道夫·特劳普-梅茨, 丁纯主编. —上海：上海社会科学院出版社, 2010

ISBN 978-7-80745-755-8

I. ①护… II. ①蓝… ②鲁… ③丁… III. ①老年人—护理—医疗保险—文集 IV. ①F840.684-53

中国版本图书馆CIP数据核字(2010)第174277号

## 老年人护理与护理保险——中国、德国和日本的模式及案例

---

主 编：蓝淑慧(Susanne Langsdorf)  
鲁道夫·特劳普-梅茨(Rudolf Traub-Merz)  
丁 纯

责任编辑：沈 洁

封面设计：钱自成

出版发行：上海社会科学院出版社

上海淮海中路622弄7号 电话63875741 邮编200020

http://www.sassp.com E-mail: sassp@sass.org.cn

经 销：新华书店

印 刷：上海新文印刷厂

开 本：890×1240毫米 1/32开

印 张：8.5

插 页：3

字 数：220千字

版 次：2010年12月第1版 2010年12月第1次印刷

---

ISBN 978-7-80745-755-8/F·136

定价：30.00元

---

版权所有 翻印必究

## Impressum

Altenpflege und Pflegeversicherung.

Modelle und Beispiele aus China, Deutschland und Japan.

Hrsg.: Susanne Langsdorf, Rudolf Traub-Merz und Chun Ding. Shanghai:  
Shanghai Academy of Social Sciences Press, 2010

ISBN 978 – 7 – 80745 – 755 – 8

Altenpflege und Pflegeversicherung.

Modelle und Beispiele aus China, Deutschland und Japan.

---

Hrsg.: Susanne Langsdorf, Rudolf Traub-Merz, Chun Ding

Liability Editor: Jie Shen

Einbandgestaltung: Zicheng Qian

Verlag: Shanghai Academy of Social Sciences Press

622-7, Huaihai Rd.(M), Shanghai

Tel: +86-21-63875741 Zip Code: 200020

<http://www.sassp.com> E-Mail: [sassp@sass.org.cn](mailto:sassp@sass.org.cn)

Vertrieb: Xinhua Bookstore

Druck: Shanghai Xinwen Co., Ltd.

Datum: Dezember 2010

---

ISBN 978 – 7 – 80745 – 755 – 8 / F · 136

Preis: 30 ¥

---

© 2010 Shanghai Academy of Social Sciences Press

ISBN 978-7-80745-755-8



9 787807 457558 >

定价:30.00元

<http://www.sassp.com>