

Titel/Title: Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit
Social protection for long-term care provision

Autor*innen/Author(s): Heinz Rothgang

Veröffentlichungsversion/Published version: Postprint

Zeitschriftenartikel/Journal article

Empfohlene Zitierung/Recommended citation:

Rothgang, Heinz (2018): Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit
Social protection for long-term care provision. In: Public Health Forum, 26 (3), 239-242.

Verfügbar unter/Available at:

(wenn vorhanden, bitte den DOI angeben/please provide the DOI if available)

<https://doi.org/10.1515/pubhef-2018-0056>

Zusätzliche Informationen/Additional information:

Heinz Rothgang*

Zusammenfassung: Pflegebedürftigkeit ist ein allgemeines Lebensrisiko mit einer Lebenszeitprävalenz von 57% bei Männern und 74% bei Frauen. Bis 1994 galt die Absicherung dieses Risikos als private Aufgabe mit lediglich der Sozialhilfe und der Kriegsopferfürsorge als letztes Netz. Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1994 sind die öffentlichen Ausgaben für Pflegebedürftigkeit deutlich angestiegen. Dies hat nicht nur zu einer Reduktion pflegebedingter Sozialhilfeabhängigkeit, sondern auch zu einer quantitativen und qualitativen Verbesserung der Versorgungsstruktur geführt. Angesichts eines bereits fühlbaren in Zukunft aber noch deutlich steigen-den Pflegenotstands muss die Attraktivität des Pflegeberufs durch bessere Entlohnung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen gefördert werden. Um mit den dazuerforderlichen Mehrausgaben nicht ausschließlich die Pflegebedürftigen zu belasten, ist eine Systemreform der Pflegeversicherungsfinanzierung wünschenswert.

Schlüsselwörter: Deutschland; Finanzierung; Pflegebedürftigkeit; Pflegeversicherung; Versorgung.

Abstract: Long-term care is a social risk with high life-time prevalence of 57% in men and 74% in women. Until 1994 it was regarded as a private risk with only means-tested social assistance in place as a last safety net. As a consequence of the introduction of mandatory long-term care insurance public financing increased and the share of people in need of long-term care who rely on social assistance was diminished. Moreover, the infrastructure for care provision developed rapidly. For the future, however, an increasing nurse shortage might spoil those successes unless pay and working conditions are improved. With the current regime of capped benefits in place, such improvements are exclusively financed by people in need of long-term care. In order to avoid this, a structural reform of financing long-term care is necessary.

Keywords: financing; Germany; long-term care; long-term care insurance; service provision.

Einleitung

„Pflegebedürftigkeit“ ist ein komplexes und multidimensionales Phänomen. Noch Ende der 70er Jahre gab es selbst in der EU keinen sozialrechtlichen Begriff für den Zustand, der in Deutschland mit „Pflegebedürftigkeit“ umschrieben wird [1: 20], und auch heute noch gibt es keine international einheitliche Definition. Gemeinsamer Kern fachwissenschaftlicher Definitionen ist, dass „Pflegebedürftigkeit“ an den Defiziten sowie der eingeschränkten Selbständigkeit und Alltagskompetenz der betroffenen Menschen ansetzt, die von diesen nicht selbst kompensiert werden können [vgl. 2]. In der seit 2017 gültigen Fassung des § 14 Abs. 1 SGB XI wird Pflegebedürftigkeit entsprechend als Zustand definiert, in dem Personen, „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.“ Ende 2017 waren in Deutschland knapp dreieinhalb

Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne dieser Definition, davon 3,3 Mio. Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) [3] und 150-200 Tsd. in der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV), für die nur der Wert von 137 Tsd. für 2016 vorliegt [4], der – zweifellos höhere – Wert für 2017 hingegen noch nicht. Diese Zahlen weisen bereits auf die Bedeutung von Pflegebedürftigkeit hin, die noch eindrucksvoller durch die Lebenszeitprävalenz bestätigt wird. Nach Hochrechnungen basierend auf den Routinedaten der BARMER GEK haben 57% der 2013 verstorbenen Männer und 74% der in diesem Jahr verstorbenen Frauen in ihrem Leben Versicherungsleistungen bezogen, waren also pflegebedürftig im Sinne des SGB XI [5: 137]. Dies impliziert, dass jeder zweite Mann und drei von vier Frauen im Laufe ihres Lebens pflegebedürftig werden. Die Absicherung des Pflegerisikos bezieht sich zum einen auf die finanziellen Folgen einer Pflegebedürftigkeit und zum anderen auf die Bereitstellung notwendiger Versorgungsleistungen für Pflegebedürftige, die in der Regel multimorbide Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen sind.

Pflegesicherungssysteme in Deutschland

Bis zur Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1994 gab es in Deutschland kein umfassendes soziales Sicherungssystem gegen Pflegebedürftigkeit. Vielmehr galt Pflegebedürftigkeit als privates Risiko [6]. Die Betroffenen mussten mit ihrem Einkommen und Vermögen die monetären Kosten für formelle Versorgungsleistungen selbst finanzieren und/oder die Versorgung durch Realtransfers von Angehörigen, Freunden oder Nachbarn sicherstellen. Nur bei Überforderung der eigenen finanziellen Leistungsfähigkeit fungierten die Fürsorgesysteme Sozialhilfe und Kriegsopferfürsorge als „letztes Netz“ – allerdings erst nachdem das eigene Vermögen eingesetzt worden war [7]. Mit dem Pflege-Versicherungsgesetz von 1994 wurde dann eine obligatorische Pflegeversicherung für die gesamte Bevölkerung eingeführt, die in zwei Zweigen, der Sozialen Pflegeversicherung für knapp 90% der Bevölkerung und der Privaten Pflegepflichtversicherung für gut 10% der Bevölkerung organisiert ist. Seit 1995 werden pauschalierte bzw. betraglich gedeckelte Leistungen für häusliche und seit 1996 auch für stationäre Pflege finanziert. Die Zahl der Leistungsempfänger ist dabei kontinuierlich gestiegen, (nach „alter“ Definition der Pflegebedürftigkeit) in der Sozialen Pflegeversicherung um insgesamt 78% von 1,55 Mio. am Jahresende 1996 auf 2,75 Mio. am Jahresende 2016 [8]. In der PPV war der Fallzahlenanstieg sogar noch größer. Hier haben sich die Fallzahlen von 1996 bis 2015 von 88 Tsd. auf 178 Tsd. mehr als verdoppelt. Entsprechend sind auch die Leistungsausgaben gestiegen, in der Sozialen Pflegeversicherung von 14,3 Mrd. Euro im Jahr 1997 auf 28,3 Mrd. Euro im Jahr 2016 und dann – nach der jüngsten Pflegereform auf 35,5 Mrd. Euro im Jahr 2017 [9].

Tabelle 1: Kapazitäten in der ambulanten und stationären Langzeitpflege.

	Pflegedienste	Beschäftigte	Ambulant		Stationär		Nachrichtlich: Pflegebedürftige	
			Vollzeitäquivalente	Pflegeheime	Betten	Ambulant	Stationär	
Anzahl in Tsd.								
1999	10,8	183,8	125,4	8,9	645,5	415,3	573,2	
2001	10,6	189,6	130,0	9,2	647,3	434,7	604,4	
2003	10,6	200,9	134,5	9,7	713,2	450,1	640,3	
2005	11,0	214,3	140,3	10,4	757,2	471,5	676,6	
2007	11,5	236,2	155,0	11,0	799,1	504,2	709,3	
2009	12,0	268,9	176,9	11,6	845,0	555,2	717,5	
2011	12,3	290,7	192,9	12,4	875,5	576,3	743,1	
2013	12,7	320,1	213,0	13,0	902,9	615,8	764,4	
2015	13,3	355,6	238,8	13,6	928,9	692,3	783,4	
Veränderung in Prozent								
1999-2001	-2,1	3,1	3,6	3,5	0,3	4,7	5,4	
1999-2003	-1,9	9,3	7,3	10,0	10,5	8,4	11,7	
1999-2005	1,5	16,6	11,9	17,7	17,3	13,5	18,0	
1999-2007	6,6	28,5	23,6	24,5	23,8	21,4	23,7	
1999-2009	11,1	46,3	41,0	31,3	30,9	33,7	25,2	
1999-2011	14,1	58,2	53,8	39,5	35,6	38,8	29,6	
1999-2013	17,8	74,2	69,9	47,1	39,9	48,3	33,4	
1999-2015	25,8	87,6	83,8	48,3	43,5	66,7	36,7	

Quelle: [12: 131f.].

c

Erfolge

Diese Zahlen weisen bereits auf zentrale Erfolge der Pflegeversicherung hin: Mit ihrer Einführung hat sich der Umfang der eingesetzten öffentlichen Mittel mehr als verdoppelt [10]. Gleichzeitig hat sich der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen von 80% im Jahr 1994 auf gut 30% im Jahr 1998 reduziert [11], um seitdem weitgehend konstant zu bleiben [12]. Die zusätzlichen Mittel haben gemeinsam mit einer Marktöffnung für private Anbieter zu einem erheblichen quantitativen Ausbau der pflegerischen Infrastruktur geführt (Tabelle 1). Gemessen an der Zahl der in der ambulanten Versorgung eingesetzten Beschäftigten (in Vollzeitäquivalenten) haben sich die Kapazitäten von 1999 bis 2015 um 88% erhöht, während die (in Betten gemessenen) Kapazitäten der Pflegeheime um 44% gestiegen sind. Jeweils sind die Kapazitäten damit stärker gestiegen als die Zahl der versorgten Pflegebedürftigen, mit dem Ergebnis, dass Wartelisten für Heimplätze abgebaut wurden und ambulante Versorgungsangebote zunehmend auch in der Nacht und am Wochenende verfügbar waren. Diese Erfolge sind durch den Pflegenotstand aber wieder gefährdet (s.u.).

Erfolge sind in den letzten Jahren auch in qualitativer Hinsicht zu verzeichnen. War über die Qualität formeller Anbieter vor Einführung der Pflegeversicherung praktisch nichts bekannt, hat sich seit ihrer Einführung ein ganzes System von qualitätssichernden Maßnahmen (Qualitätsprüfungen mit Veröffentlichung der Prüfberichte, Qualitätsindikatoren, Expertenstandards etc.) entwickelt, das durch internes Qualitätsmanagement flankiert wird [13]. Mit innovativen ambulanten Wohnformen, die mit jedem Reformgesetz stärker in das Regelwerk des SGB XI integriert werden, verbreitert und diversifiziert sich zudem das Versorgungsangebot. Ein zentraler Geburtsfehler der Pflegeversicherung, der zu enge Pflegebedürftigkeitsbegriff, der insbesondere die Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarfe von Menschen mit Demenz nicht angemessen abgebildet hat, wurde 2017 durch einen neuen

Pflegebedürftigkeitsbegriff ersetzt, der kognitive und somatische Einschränkungen gleichermaßen berücksichtigt.

Verbleibende Probleme und notwendige Reformen

Die Erfolge der Pflegeversicherung können nicht über die verbleibenden Probleme und den weiter bestehenden Reformbedarf hinwegtäuschen. Das größte aktuelle und zukünftige Problem ist der Pflegenotstand. Im Jahresdurchschnitt 2017 gab es laut Arbeitsmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit 23 Tsd. gemeldete offene Stellen für Altenpflegefachkräfte sowie 8 Tsd. offene Stellen für Altenpflegehelferinnen und -helfer [14: 2f.]. Dabei kamen im Jahresdurchschnitt 2017 deutschlandweit auf 100 offene Stellen in der Berufsgruppe Altenpflege 21 arbeitslose Altenpflegefachkräfte und -spezialisten [13: 3]. Wird zudem berücksichtigt, dass viele Einrichtungen ihre offenen Stellen gar nicht mehr melden, zeigt sich der bereits herrschende Pflegenotstand deutlich. Die Personalknappheit führt dazu, dass ambulante Pflegedienste inzwischen Pflegebedürftige zurückweisen und Pflegeheime wieder Wartelisten eröffnen. Für die Zukunft zeigen entsprechende Modellrechnungen, dass sich im Vergleich zum Referenzjahr 2013 bis 2030 eine zusätzliche Personallücke für Beschäftigte (nicht nur Pflegekräfte) in Pflegeeinrichtungen von rund 350 Tsd. Vollzeitäquivalenten eröffnet, wenn keine Gegenmaßnahmen ergriffen werden [15].

Notwendige Gegenmaßnahmen, die im aktuellen Koalitionsvertrag bereits angesprochen wurden, sind insbesondere eine verbesserte Tarifentlohnung und eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege durch höhere Personalausstattung. Eine verbesserte Personalausstattung ist notwendig, um eine fachgerechte Pflege zu gewährleisten, die auch den Anforderungen des mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verknüpften breiteren Pflegeverständnisses genügt. Bei der derzeitigen Ausgestaltung der Pflegeversicherung mit nach Pflegegrad gestaffelten Pauschalen und einem 100%igen Eigenanteil für alle darüber liegenden Ausgaben, gehen aber alle Qualitätsverbesserungen ausschließlich zu Lasten der Pflegebedürftigen und überfordern dann deren finanzielle Leistungsfähigkeit – mit dem Ergebnis eines steigenden Anteils pflegebedingter Sozialhilfeempfänger. Notwendig ist es daher zugleich, die Leistungen der Pflegeversicherung entsprechend anzuheben – idealerweise durch eine Systemreform, bei der der Eigenanteil in Form eines festen Sockels erbracht wird und die darüber hinausgehenden notwendigen pflegerischen Aufwendungen von der Pflegeversicherung finanziert werden, die so ihre Versicherungsfunktion erfüllt [16]. Dann werden die zur Verhinderung eines eklatanten Pflegenotstands notwendigen Ausgabensteigerungen nicht mehr von der vergleichsweise kleinen Gruppe der Pflegebedürftigen, sondern von der größeren Gruppe der Versicherten finanziert.

Sollen die resultierenden Beitragssatzanstiege begrenzt werden, ist es zudem sinnvoll, einen Finanzausgleich zwischen SPV und PPV zu institutionalisieren. Die PPV-Versicherten sind nicht nur einkommensstärker; sie weisen auch ein deutlich niedrigeres Pflegerisiko auf. Soliegen die Ausgaben pro Versicherten in der SPV mit jährlich 431 Euro im Jahr 2016 knapp viermal so hoch wie in der PPV (113 Euro) – bei im Wesentlichen gleichen Leistungshöhen und gleichen Leistungsvoraussetzungen. Auch

bei Berücksichtigung der Beihilfe für PPV-Versicherte bleibt noch ein Verhältnis von 3 zu 1, das Ausdruck der unterschiedlichen Risikostruktur der beiden Versichertenkollektive ist. Ein Finanzausgleich zwischen den beiden Zweigen der „Pflegevolksversicherung“ (Bundesverfassungsgericht) wie er im Koalitionsvertrag zwischen CDU/ CSU und SPD 2015 schon einmal vereinbart war, kann den ansonsten unvermeidlichen Beitragssatzanstieg in der SPV daher zumindest begrenzen bzw. hinauszögern.

Autorenerklärung

Autorenbeteiligung: Der Autor trägt die alleinige Verantwortung für den gesamten Inhalt dieses Artikels. **Finanzierung:** Der Autor erklärt, dass er keine finanzielle Förderung erhalten hat. **Interessenkonflikt:** Der Autor erklärt, dass kein wirtschaftlicher oder persönlicher Interessenkonflikt vorliegt. **Ethisches Statement:** Für die Forschungsarbeit wurden weder von Menschen noch von Tieren Primärdaten erhoben.

Author Declaration

Author contributions: The author has accepted responsibility for the entire content of this submitted manuscript and approved submission. **Funding:** The author states no funding involved. **Conflict of interest:** The author state no conflict of interest. **Ethical statement:** Primary data for human nor for animals were not collected for this research work.

Literatur

1. Igl G. Pflegeversicherung als neuer Gegenstand sozialrechtlicher Regulierung, In: Sieveking K (Hg.): Soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit in der Europäischen Union. Studien aus dem Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht. Baden-Baden: Nomos, 1998:19–34.
2. Gilbert R. Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im höheren Alter. Eine Analyse des Bedarfs und der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, 2000.
3. Bundesgesundheitsministerium. Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden am 31.12.2017 – insgesamt -, 2018. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/insgesamt_2017.pdf.
4. Bundesgesundheitsministerium. Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand: 20.10.2017. 2017. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten.pdf.
5. Rothgang H, Kalwitzki T, Müller R, Runter R, Unger R. BARMER GEK Pflegereport 2015. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 36. Siegburg: Asgard, 2015.
6. Schmähl W. Der „public-private mix“ in der Finanzierung der Absicherung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland, In: Behrens J, Braun B, Morone J, Stone D (Hg.): Gesundheitsentwicklung in den USA und Deutschland. Nomos: Baden-Baden, 1996:107–20.
7. Götze R, Rothgang H. Fiscal and social policy: financing long-term care in Germany, In: Companje, K-P, editor. Financing high medical risks. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2014:63–100.

8. Bundesgesundheitsministerium. Pflegeversicherung. Leistungsempfänger 1995 bis 2016. Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen. 2018. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/Pflegestufen_ab1995.pdf.
9. Bundesgesundheitsministerium. Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. 2018. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_2017.pdf.
10. Rothgang H. Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Frankfurt: Campus, 1997.
11. Roth G, Rothgang H. Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren, In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Vol. 34, Heft 4, 2001:292–305.
12. Rothgang H, Müller R, Runte R, Unger R. BARMER Pflegereport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 5. Siegburg: Asgard, 2017.
13. Rothgang H. Qualität in der Langzeitpflege. In: Welti F, Fuchs M, Fuchsloch C, Naegele G, Udsching P (Hg.): Gesundheit, Alter, Pflege, Rehabilitation – Recht und Praxis im interdisziplinären Dialog. Festschrift für Gerhard Igl, Baden-Baden: Nomos, 2017:630–45.
14. Bundesregierung. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Unbesetzte Stellen in der Alten- und Krankenpflege“. Bundestags-Drucksache 19/1550, 2018.
15. Rothgang H, Kalwitzki T, Unger R, Amsbeck H. Pflege in Deutschland im Jahr 2030 – regionale Verteilung und Herausforderungen. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung, 2016.
16. Rothgang H, Kalwitzki T. Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform. 2017. https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/user_upload/Gutachten_Rothgang_Kalwitzki_-_Alternative_Ausgestaltung_der_Pflegeversicherung.pdf.