

Langfassung des Gutachtens:

Vollversicherung in der Pflege Quantifizierung von Handlungsoptionen

von Prof. Dr. rer. pol. M. Lungen, Osnabrück
im Auftrag der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Pflegevollversicherung – das Modell für die Zukunft

Die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 1995 war ein Meilenstein. Sie hat Pflegebedürftige aus der Sozialhilfeabhängigkeit geführt und zur Entwicklung einer Pflegeinfrastruktur beigetragen. Als Teilkostenversicherung stößt sie allerdings an Grenzen. Inzwischen nehmen Versorgungs- und Qualitätsdefizite zu. Auch die finanziellen Belastungen sind für viele Pflegebedürftige zu hoch, weil nur ein Teil der Kosten solidarisch getragen wird. Die Abhängigkeit von Hilfe zur Pflege wächst.

Der Zugang zu den pflegerischen Dienstleistungen hängt somit vom individuellen Einkommen oder von privaten Finanzierungsquellen ab. Dies führt dazu, dass immer mehr pflegebedürftige Menschen auf staatliche Hilfe angewiesen sind. Sowohl private Haushalte mit Pflegebedürftigen als auch Städte und Landkreise stoßen an ihre finanziellen Grenzen.

Es fehlen einheitliche Standards in der Versorgung. Auch ist die Beratung zu passgenauen Angeboten lückenhaft. Zudem mangelt es an qualifiziertem Pflegepersonal, denn der Pflegeberuf ist unattraktiv. Die Leidtragenden sind die Pflegebedürftigen und die Beschäftigten.

Das Gutachten »Vollversicherung in der Pflege – Quantifizierung von Handlungsoptionen« von Prof. Dr. Markus Lungen gibt einen Anstoß, die Pflegeversicherung zu einer Vollversicherung weiterzuentwickeln. Die erbrachten Leistungen sollen, analog zur gesetzlichen Krankenversicherung, auch in der Pflegeversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ausgestaltet sein. Das Maß des Notwendigen soll nicht überschritten werden. Die Pflegevollversicherung kann zudem als paritätisch finanzierte Bürgerinnen- und Bürgerversicherung auf ein solides Fundament gestellt werden. Alle Versicherten sollen die Gewissheit haben können, dass sämtliche im Pflegefall entstehenden Kosten im erforderlichen Maße finanziert sein werden. Zukünftig soll nicht mehr der Geldbeutel über Umfang und Qualität der Pflege entscheiden – von den Leistungen sollen alle im gleichen Maße profitieren. Das ist gerecht.

Die Pflegevollversicherung bietet die entscheidenden Voraussetzungen für eine moderne Ausgestaltung der sozialen Sicherheit und der sozialen Gerechtigkeit. Durch sie kann die Versorgungsqualität verbessert und das Leistungsangebot ausgebaut werden. Und nicht zuletzt kann mit ihr auch die Teilnahme der Pflegebedürftigen am öffentlichen Leben ermöglicht werden.

Die bisherige Pflegeversicherung war bereits ein starker Jobmotor. Eine Vollversicherung wird die Position von Pflegekräften stärken, neue Arbeitsplätze schaffen und das Bild von Pflgetätigkeit in der Öffentlichkeit wieder aufwerten.

Eine angemessene personelle Ausstattung, gute Arbeitsbedingungen und eine bessere Qualifizierung der Pflegekräfte sind möglich. Die Vollversicherung im Solidarsystem ist finanzierbar, niemand wird überfordert, das hat das Gutachten wissenschaftlich untermauert. Für ver.di ist die Pflegevollversicherung das Modell der Zukunft.


Frank Bsirske


Ellen Pascke

Pflegevollversicherung – das Modell für die Zukunft

Langfassung des Gutachtens:

Vollversicherung in der Pflege **Quantifizierung von Handlungsoptionen**

von Prof. Dr. rer. pol. M. Lungen, Osnabrück
im Auftrag der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di

Prof. Dr. rer. pol. Markus Lungen
Prof. für Volkswirtschaft, insb. Gesundheitsökonomie

Hochschule Osnabrück
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Caprivistraße 30 A
49076 Osnabrück

M.Luengen@hs-osnabrueck.de
2012

Inhalt

1	Einleitung	7
2	Zusammenfassung der Ergebnisse	8
	Wer ist betroffen vom heutigen Teilkostenprinzip?	8
	Welches Volumen würde eine Vollversicherung ausmachen?	9
	Würde es helfen, eine Vollversicherung einzuführen?	10
	Wie kann eine Vollversicherung in der Pflege Qualität verbessern?	11
3	Hintergrund	13
	Diskussionsstand	13
	Ziel des Gutachtens	16
4	Methode	18
5	Verteilung der finanziellen Belastung aus der Pflege auf Haushalte	19
	Datengrundlage: Struktur der Pflegebedürftigen im Datensatz	19
	Pflegebedürftige in Haushalten nach Einkommen der Haushalte	19
	Wird Hilfe benötigt?	20
	Wer leistet Hilfe bei der Pflege?	21
	Wer bezahlt für die Hilfe?	23
	Höhe der Ausgaben für Pflege	24
	Zusammenfassung	25
6	Quantifizierung einer Vollversicherung in der Pflege	26
	Datengrundlagen	26
	Bundesministerium für Gesundheit	26
	Gesundheitsberichterstattung des Bundes	27
	Struktur der Pflegebedürftigen	29
	Quantitative Abschätzung des Finanzbedarfs einer Vollversicherung in der Pflege	30
	Hilfe zur Pflege	30
	Eigenanteile ambulante Leistungen	34
	Eigenanteile stationäre Unterbringung	37
	Abgelehnte Anträge auf Pflegebedürftigkeit	40
	Pflegeausgaben in weiteren Sozialversicherungen	42
	Zusammenfassung	44
	Diskussion Teilkostenversicherung	45
	Diskussion Moral Hazard Verhalten – Verzerrungen aus einer Vollversicherung	48
	Diskussion Steuerung einer Vollversicherung	49
7	Weitere Bausteine einer Vollversicherung in der Pflege	50
	Neudefinition der Pflegebedürftigkeit	50
	Verbesserung der Ausbildung und Tarifstruktur für Beschäftigte in der Pflege	53
9	Anhang	60
	Literatur	60
	Datengrundlage	60

Im Dezember 2010 rief der damalige Bundesgesundheitsminister Dr. Rösler das Jahr 2011 zum Jahr der Pflege aus. In dem Jahr sollten Vorschläge zum Berufsbild von Pflegekräften, zur Pflegebegutachtung und zur Kapitaldeckung gemacht werden¹ und damit an Aussagen im Koalitionsvertrag angeknüpft werden.

Das Ausrufen eines Jahres der Pflege erinnerte eindringlich daran, dass sich die Pflegeversicherung als jüngster Zweig der Sozialversicherungen auch nach 16 Jahren noch in einem Findungsprozess befindet. Die initiale Idee einer Absicherung des Pflegerisikos, verbunden mit einer Entlastung von Steuerhaushalten, wurde umgesetzt mittels einer Abgabe von Arbeitnehmern und Arbeitgebern auf die Bruttolöhne. Das Verfahren wurde eng an die Krankenversicherung angelehnt und im SGB XI hinterlegt. Privat Krankenversicherte mussten sich ebenfalls absichern und wählten meist ihr privates Versicherungsunternehmen. Somit entstand die Pflegeversicherung weitgehend als parallele Struktur zur Krankenversicherung.

Wesentlicher Unterschied zur Krankenversicherung blieb jedoch, dass nicht die vollen Kosten einer Pflegebedürftigkeit abgedeckt werden, sondern explizit nur ein Teil. Dies verursachte wesentlich abweichende Belastungen zwischen Einkommensgruppen. Haushalte mit geringen Einkommen sind häufiger von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, tragen gleichzeitig jedoch auch einen höheren Anteil an Pflegekosten. Eine Abhilfe stellt die Umwandlung der Pflegeversicherung von einer Teilkaskoversicherung in eine Vollversicherung dar.

Dieses Gutachten im Auftrag von ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft dient dazu, eine Diskussionsgrundlage für diesen Prozess bereit zu stellen. Der Schwerpunkt des Gutachtens liegt in der Zusammenstellung von Finanzierungstableaus. Angesichts der knappen Bearbeitungszeit konnten viele wünschenswerte Vertiefungen der Thematik nicht angegangen werden. Hierzu zählt insbesondere eine Fortschreibung der finanziellen Entwicklungen für die nächsten 20 Jahre.

Großer Dank geht an Herrn Dipl.-Statistiker Guido Büscher (Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, Universität Köln) für die Unterstützung in Diskussion und Berechnungen. Dank geht auch an Herrn Weisbrod-Frey und Frau Feld-Fritz von ver.di für die inhaltlichen Diskussionen und die Ergänzung von Literatur sowie an den zum Gutachten eingeladenen Expertenkreis.

Osnabrück 2011-2012

1 <http://www.faz.net/artikel/S30770/reform-der-pflegeversicherung-das-jahr-der-pflege-30323048.html>

Die Pflegeversicherung in Deutschland ist als **Teilkostenversicherung** ausgebildet. Systematisch müssen die Versicherten bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit wesentliche Anteile zuzahlen oder insgesamt übernehmen. Dieses Teilkostenprinzip unterscheidet sich von einer möglichen **Vollversicherung** in der Pflege. Grundsätzliches Merkmal einer **Vollversicherung** ist die Abdeckung der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlich erbrachten Leistungen, die das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die Versicherten müssen bei Pflegebedürftigkeit nicht mehr regelmäßig Zusatzleistungen aus eigenem Einkommen zukaufen. Gleichzeitig beendet der Sozialversicherungscharakter einer Vollversicherung das **Bedürftigkeitsprinzip** einer Hilfe zur Pflege, die an Einkommensverhältnisse gekoppelt ist.

Wer ist betroffen vom heutigen Teilkostenprinzip?

Die heutigen Einschränkungen des Teilkostenprinzips betreffen **Haushalte in allen Einkommensgruppen**. Rund zwei Drittel der Haushalte mit einer pflegebedürftigen Person benötigen Hilfe bei **einfachen Pflegetätigkeiten**, etwa ein Drittel der Haushalte benötigt Hilfe bei **schwerer Pflegetätigkeit**. Hilfe bei Besorgungen außerhalb des Haushaltes benötigen 90% der Haushalte. Diese Werte sind stabil über alle Einkommensklassen hinweg.

Am weitaus häufigsten kommt diese Hilfe heute von **Angehörigen im Haushalt** und **Angehörigen außerhalb des Haushalts**. Diese Unterstützung erhalten Pflegebedürftige derzeit in rund 1,4 Mio. Haushalten. Nur jeder achte Haushalt mit Pflegebedürftigen nimmt ambulante Pflegedienste in Anspruch. Freunde, Bekannte und Nachbarn schließlich stellen die am wenigsten genannte Gruppe der Unterstützer dar. Das Bemerkenswerte daran ist, dass der Verlass auf private Netzwerke und die Familie sich über Einkommensgruppen hinweg als stabil erweist. Das Teilkostenprinzip in der Pflege löst somit bei allen Einkommensgruppen den notwendigen Rückgriff auf private Arrangements aus.

Dies darf nicht darüber hinweg täuschen, dass in absoluten Zahlen vorwiegend **Haushalte unterer Einkommensgruppen** betroffen sind. Etwa 40 %

der Haushalte mit einer pflegebedürftigen Person (rund 640.000 Haushalte) weisen ein Einkommen bis 15.270 Euro pro Jahr auf. Über 1,1 Mio. Haushalte mit mindestens einer pflegebedürftigen Person weisen ein Jahreseinkommen unter 31.543 Euro auf. Während es somit rund 500.000 Haushalte mit geringen Einkommen sind, die auf die Hilfe durch Angehörige angewiesen sind, betrifft dies nur rund 150.000 Haushalte in hohen Einkommensgruppen. Dadurch, dass sich **Pflegebedürftigkeit häufig mit niedrigen Haushaltseinkommen** verbindet, ist die Betroffenheit dort weitaus höher.

Dies hat den Effekt, dass Haushalte mit geringen Einkommen für die Pflege weitaus häufiger aus eigenem Einkommen bezahlen müssen als Haushalte mit hohem Einkommen. Ebenso konnte gezeigt werden, dass die Eigenanteile steigen mit höheren Pflegestufen. Die Teilversicherung wirkt somit nicht nur zu Lasten von vorwiegend einkommensschwachen Haushalten, sondern auch derjenigen Haushalte mit den schwersten Pflegefällen. Umgekehrt bedeutet dies, dass eine Vollversicherung kein Schutzprogramm für Erbschaften darstellt, sondern auf den Bedarf in einkommensschwachen Haushalten eingeht. Entgelte aus der Pflegeversicherung beziehen rund zwei Drittel der Haushalte mit einer pflegebedürftigen Person. Der Wert ist stabil über Einkommensgruppen hinweg. Doch müssen Haushalte

mit geringen und mittleren Einkommen weitaus häufiger für die zusätzlichen **Hilfen von Freunden und Bekannten** bezahlen. In der höchsten Einkommensgruppe sind es rund 10.000 Haushalte, in den niedrigsten Einkommensgruppe hingegen 55.000 Haushalte und in der zweitniedrigsten Einkommensgruppe sogar 87.000 Haushalte, welche für Hilfen an Freunde und Nachbarn ein Entgelt bezahlen. Die finanzielle Belastung aus dem Teilkostenprinzip ist daher, unabhängig von Zuzahlungen zu stationärer Unterbringung oder häuslicher Rundum-Pflege, auch für alltägliche Pflege bereits ungleich verteilt.

Diese **privaten Ausgaben** selbst für einfache Hilfen können erheblichen Umfang annehmen. Haushalte unterer Einkommensgruppen bezahlen im Durchschnitt 430 Euro pro Monat, sofern sie eine Bezahlung leisten. Dies steigert sich bis auf 597 Euro pro Monat in der höchsten Einkommensgruppe. Die relative Belastung aus diesen Zahlungen liegt bei Haushalten mit geringen Einkommen somit weitaus höher und nimmt erhebliche Anteile des gesamten Einkommens ein.

Die Inanspruchnahme, Bezahlung und Zufriedenheit mit Pflegemöglichkeiten zeigt zusammen gefasst ein komplexes und differenziertes Bild. So werden Hilfen zu Pflege **über Einkommenshöhen der Haushalte hinweg** als notwendig angesehen. Sowohl Haushalte mit geringen Einkommen als auch Haushalte mit höheren Einkommen geben an, dass sie für die zu pflegende Person Unterstützung benötigen. Ein wichtiges Ergebnis ist somit die Erkenntnis, dass eine Vollversicherung in der Pflege ein empfundenes Problem in Haushalten aller Einkommensgruppen aufgreift. Es sind nicht nur Haushalte mit geringen Einkommen von dem mangelnden Zugang zu Pflegeleistungen der Versicherung betroffen.

Welches Volumen würde eine Vollversicherung ausmachen?

Die für eine Vollversicherung notwendigen Ressourcen setzen sich wesentlich zusammen aus zusätzlichen Ausgaben für **ambulante Leistungen** und **stationäre Leistungen**. Diese ambulanten und stationären Leistungen werden heute bereits vielfach erbracht, jedoch von den Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen vollständig oder anteilig bezahlt.

Die in einer Vollversicherung benötigten zusätzlichen Ressourcen verteilen sich in etwa gleich auf ambulante Leistungen und stationäre Leistungen. Insgesamt kann von einer Summe von etwa **5,4 Mrd. € als zusätzlichem Bedarf für ambulante Leistungen in einer Vollversicherung** ausgegangen werden. Die Abschätzungen weisen jedoch Schwankungen auf und sind wesentlich davon beeinflusst, welche Leistungen in einer Pflegevollversicherung innerhalb des SGB XI oder aber in konkurrierenden staatlichen Systemen berücksichtigt werden. Hier wird plädiert, die Vollversicherung als umfängliches System auszugestalten, welches zunächst alle Leistungen zur Teilhabe abdeckt. Zugrunde gelegt wurden den Abschätzungen u.a. Daten aus Selbstauskünften der Haushalte in Befragungen sowie ein Modell zur Übertragung der derzeitigen Sozialhilfe »Hilfe zur Pflege« auf alle Haushalte mit Pflegebedarf.

Ebenso lassen sich die zusätzlichen Finanzmittel für die **stationären Leistungen in Pflegeheimen** abschätzen. Verschiedene Abschätzungen liefern Werte **von zusätzlich 4,1 Mrd. € bis 4,8 Mrd. € oder im Mittel 4,45 Mrd. € pro Jahr**. Sie fallen im Mittel somit in etwa gleich hoch aus wie die benötigten Ressourcen für ambulante Leistungen. Hier ist ebenfalls auf die Unsicherheit der Schätzung hinzuweisen, die sich wesentlich aus der Übernahme von Kostenblöcken in einer Vollversicherung ergibt. Zusätzliche Bereiche, wie eine Ausweitung einer Vollversicherung auf Personen, die zwar subjektiv

pflegebedürftig sind, jedoch **keine Leistungsbe- willigung aus der Pflegeversicherung** erhalten (bspw. wegen zu geringer zeitlicher Beanspruchung der Pflege) würden mit rund 500 Mio. € jährlich einen geringen Anteil der zusätzlich benötigten Res- sourcen ausmachen.

Inwiefern eine Vollversicherung auch Pflegeleis- tungen aus der Krankenversicherung (**Häusliche Krankenpflege**) auf die Pflegeversicherung über- tragen sollte, kann diskutiert werden. Diese haben einen Umfang von rund 2,9 Mrd. Euro pro Jahr.

Tabelle 1: **Abschätzung einer Vollversicherung in der Pflege; Eigene Darstellung**

Leistungsart bzw. Ort.	Summe in Mrd. € pro Jahr	Spanne der Abschätzungen
Zusätzliche ambulante Leistun- gen für heute bereits Leistungs- berechnigte	5,4 Mrd.	Von 2,3 Mrd. bis 8,5 Mrd. Euro.
Zusätzliche Stationäre Leistun- gen für heute bereits Leistungs- berechnigte	4,45 Mrd.	Von 4,1 Mrd. bis 4,8 Mrd. Euro
Zusätzliche (ambulante) Leistungen, für heute nicht Leistungsberechnigte	0,5 Mrd.	
Leistungen aus der Krankenver- sicherung	2,9 Mrd.	
Summe	13,25 Mrd.	

Die Angaben beziehen sich größtenteils auf Daten des Jahres 2010. Eine Fortschreibung auf Folgejahre müsste erfolgen.

Insgesamt ergibt sich somit ein zusätzlicher **Bedarf von 13,25 Mrd. € pro Jahr für eine Vollversicherung in der Pflege** (Tabelle 1) bezogen auf das Jahr 2010. Dies würde die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung in Höhe von 21,45 Mrd. € (Jahr 2010) auf dann 34,7 Mrd. € anheben.

Gemessen an den beitragspflichtigen Ein- nahmen würde eine Vollversicherung eine Anhebung des Beitragssatzes in der (Sozialen) Pflegeversicherung um 1,3 Prozentpunkte

auslösen.² Diese Beitragssatzanhebung muss jedoch differenziert betrachtet werden. Bereits rund 0,3 Bei- tragssatzpunkte sind auf Verschiebungen zwischen Pflegeversicherung und Krankenversicherung zurück zu führen, die in der Krankenversicherung mithin zu einer Beitragssatzabsenkung führen. Weiter sind eini- ge heute aus Steuermitteln zu leistenden Leistungen, etwa der »Hilfe zur Pflege« in ebenfalls fast 3 Mrd. € Höhe dann durch die Vollversicherung abgedeckt. Plausibel ist zudem, dass aus Steuerzuschüssen in die Pflegeversicherung hinein weitere Leistungen erstattet werden, die aus politischer Einschätzung eher gesellschaftliche Aufgaben abdecken. Die tat- sächliche Beitragssatzanhebung wäre mithin weitaus geringer. Ausschlaggebend ist der Gedanke, dass die Vollversicherung in der Pflege die notwendigen Leistungen bündelt und den Versicherten aus einer Hand zugänglich macht.

Generell muss die Notwendigkeit einer **verbes- serungswürdigen Datenlage** hervorgehoben werden. Die Abschätzungen dienen somit als Dis- kussionsgrundlage und Richtung einer zukünftigen Diskussion.

Würde es helfen, eine Vollversicherung einzuführen?

Derzeit werden viele Optionen für die Pflegeversi- cherung diskutiert, doch nur wenige setzen **an den Bedürfnissen der Menschen** an. Kapitaldeckung, private Zusatzversicherungen, Eigenbehalte, Pfl- egejahre ohne Leistungsbezug sind Vorschläge, die für die unmittelbar betroffenen keine Verbesserung bedeuten, wesentliche Bevölkerungsteile ausschlie- ßen und insgesamt verkennen, in welchem täglichen Handlungsrahmen sich Pflegebedürftigkeit abspielt.

Zentral muss sein, Pflege auf den Grundlagen von **Evidenz** und **Wirtschaftlichkeit** weiter zu entwi- ckeln und hierfür die Ressourcen gesellschaftlich

2 Zugrunde gelegt wurden beitragspflichtige Einnahmen von 1,054 Mrd. Euro.

legitimiert bereit zu stellen, jedoch auch die Strukturen und notwendigen Ausbildungen der Pflegenden zu verbessern.

Eine Vollversicherung in der Pflege muss daher über den reinen Kostenrahmen hinaus Aussagen zu Evidenz und Wirtschaftlichkeit treffen. Ein Mehr des heutigen Zustandes reicht nicht aus. Die verbesserte Versorgung von **chronischen Erkrankungen**, die **verbesserte Koordination** von medizinischen und pflegerischen Prozessen und die **Schulung und Einbindung** von Angehörigen sind notwendig um den effektiven Einsatz der Mittel zu bewirken. Methodische Ansätze dazu finden sich bereits in vielfältigster Form, nicht zuletzt in der Krankenversorgung (etwa Disease Management Programme). Werden diese Ansätze systematisch bewertet und auf der Grundlage von Wirksamkeit eingeführt, würde eine Vollversicherung mit den zusätzlichen Mitteln ein auch gesellschaftlich akzeptiertes Plus an Zufriedenheit, Sicherheit und Wohlbefinden auslösen können.

Dennoch wird die Einführung einer Vollversicherung auch einer **gesellschaftlichen Diskussion** bedürfen. Gleiche Haushaltssituationen würden zu gleichem Leistungsanspruch führen, wie es heute bereits im Solidarprinzip der Krankenversicherung hinterlegt ist. Das heutige unausgesprochene Pflegeprinzip der Teilkostenversicherung, welches (weibliche) Angehörige fundamental in die Pflegearrangements einbezieht, würde zumindest theoretisch obsolet. Inwieweit dann wünschbare Unterstützung durch Angehörige systematisch durch professionelle Pflegearrangements ersetzt werden und welche Auswirkungen dies auf Generationenverbundenheit, Familien und Berufsausübung hat, bedarf weiterer Erörterungen.

Wie kann eine Vollversicherung in der Pflege Qualität verbessern?

Die quantitative Abschätzung der Ressourcen einer Vollversicherung in der Pflege sieht zunächst nur ein Mehr an öffentlich finanzierten Leistungen auch für weitere Personengruppen vor. Doch wird eine Vollversicherung implizit auch die **Qualität der Versorgung**, den **Zugang zu Leistungen** und die **Gerechtigkeit der Sozialpolitik** verbessern.

- Die Finanzierung von Leistungen durch die Vollversicherung bedeutet eine Abkehr von privater Finanzierung. Zwangsläufig wird damit auch die Einhaltung von **Qualitätsstandards** von einer individuellen privaten Wahrnehmung auf eine objektive, belegbare Grundlage gestellt. Private Finanzierung bedeutet private Qualitätssicherung. Eine Vollversicherung bedeutet prüfbare Qualität.
- Der **Zugang zu Leistungen** wird in der Teilversicherung über die Zahlungsbereitschaft und das individuelle Wissen gesteuert. Eine Vollversicherung legt verbindliche Standards fest, nach denen beste Versorgung erfolgen muss. Somit wird Unterversorgung abgebaut und Fehlversorgung (die Inanspruchnahme von nicht angemessenen Leistungen) verhindert.
- Die Vollversicherung stellt die öffentliche Verantwortung für Pflegebedürftigkeit derjenigen gleich, die sie gegenüber Krankheit bereits hat. Eine Vollversicherung in der Pflege ist eine gerechte Ergänzung der Vollversicherung von Erkrankung, da Krankheit in der Tendenz sogar noch eher durch Lebensstil und Umwelt beeinflussbar sind als Pflegebedürftigkeit.

Damit diese Wirkungen einer Vollversicherung zum Tragen kommen können, muss sie jedoch von Maßnahmen flankiert werden, die bereits vielfach untersucht und diskutiert, jedoch noch nicht umgesetzt wurden. Die Vollversicherung ersetzt diese Maßnahmen nicht, sondern ist ihre logische Ergänzung:

- Die Ansprüche an **Pflegekräfte** steigen aufgrund von Arbeitsverdichtung, zusätzlichen Aufgaben der Koordination, Einhaltung von Pfaden und dem Management der Behandlung chronischer Erkrankungen. Zudem ziehen sich ärztliche Berufe weitgehend aus Koordinierungsfunktionen zurück. Um die Qualifizierung der Pflegenden sicherzustellen, das Berufsbild attraktiv zu gestalten und die neuen Aufgaben zu bewältigen, sind erhebliche Investitionen in Ausbildung und Entgeltsysteme notwendig.
- Die Einführung eines neuen Pflegebegriffs wird ebenfalls diskutiert und stellt eine sinnvolle Ergänzung der Vollversicherung dar. Eine Abkehr von Pflegeminuten, hin zu einem programm-basierten System, welches die Bedürfnisse der zu Pflegenden umfassend berücksichtigt, ist zu empfehlen.
- Die Berechnungen zur Vollversicherung beziehen sich zudem ausschließlich auf **gesetzlich Versicherte** bzw. die von der Sozialen Pflegeversicherung abgedeckten Bevölkerungsgruppen. Die Herstellung einer Bürgerversicherung würde den Beitragssatz absenken, wurde hier jedoch nicht eingerechnet.

in der Abschätzung einer Vollversicherung enthalten, insbesondere auch die Einbeziehung von weiteren Personenkreisen. Der neue Pflegebegriff würde somit eher zu einer weiteren Niveauverschiebung innerhalb der Gruppe der Pflegebedürftigen führen, über den Finanzbedarf der Vollversicherung hinaus.

Auch diese flankierenden Maßnahmen sind nicht kostenneutral umzusetzen. Eine Anhebung des Qualifizierungsstandes der Pflegekräfte sowie eine Anpassung der Gehaltsstruktur bedeutet eine Spannbreite der Mehrausgaben von 0,95 Mrd. € bis 1,35 Mrd. € pro Jahr. Diese Mehrausgaben sind in den Abschätzungen der Vollversicherung nicht enthalten.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines **modifizierten Pflegebegriffs** und der damit zusammenhängenden Einordnung von Pflegebedürftigen in Pflegeklassen wurde bereits an anderer Stelle geschätzt, dass der dadurch ausgelöste Finanzbedarf zusätzlich etwa 2,0 bis 3,5 Mrd. € betragen kann, abhängig von Justierungen zwischen den dann fünf Pflegestufen. Teile dieser Mehrausgaben sind bereits

3 Hintergrund

Die Diskussion über Leistungsumfang und Versorgungsqualität der Pflegeversicherung besteht seit Einführung dieses Zweiges der Sozialversicherung. Ebenso verstummte die Diskussion um die Ausgestaltung der Finanzierung der Leistungen nie. Wesentliche Ursache war die gewollte Konstruktion der Pflegeversicherung als Teilkostenversicherung, welche einen Teil der entstehenden Kosten ausdrücklich bei den Pflegenden oder deren Angehörigen belässt, und durch diesen Druck auch immer eine Gefährdung von Qualitätsstandards auslösen kann.

Anders als ein **Qualitätswettbewerb auf transparenten Märkten**, bei dem eine private Zahlungsverpflichtung immer auch eine Einforderung der erwarteten Qualität der Leistungen hervorruft, existierte dieser Zusammenhang im Bereich der Pflege nicht oder nur unter erheblichen **Informations- und Kontrollkosten**. Zwar versuchten die Ministerien und andere Beteiligte fortlaufend, über Qualitätsmessungen die Transparenz zu heben, doch bleibt letztendlich wie auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens ein erhebliches Maß an **Vertrauen** notwendig, dass Mehrausgaben auch tatsächlich ein Mehr an Qualität erzeugt. Inwieweit eine Teilkostenversicherung somit überhaupt als Effizienz- und Wettbewerbsinstrument erfolgreich sein kann, bleibt offen.

Die grundsätzliche Abhilfe besteht darin, die Pflegeversicherung zu einer **Vollversicherung** umzugestalten, in der Qualität und Anspruch auf eine Bezahlung der Leistungen vereint werden und für alle Bürger verfügbar sind. Eine Vollversicherung in der Pflege würde das **Prinzip der Krankenversicherung** auf die Pflegeversicherung übertragen, ohne diese jedoch notwendigerweise zusammen zu fusionieren. Die Orientierung der Begriffe Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit erfolgt in Anlehnung an die gesetzliche Krankenversicherung (§ 12 SGB V).³ Sollen Krankenversorgung und Pflege in einer Gesellschaft einen vergleichbaren Stellenwert erhalten, sollte auch der Versorgungsgedanke einheitlich

ausgestaltet werden. Dies kann eine Vollversicherung in der Pflege leisten.

Die Orientierung an der Krankenversicherung bedeutet nicht, dass Pflege sich auf **medizinische bzw. pflegerische Leistungen** beschränken soll. Vielmehr müssen auch Leistungen zur Förderung der Teilhabe oder der Prävention in eine Vollversicherung aufgenommen werden. Ebenso wenig bedeutet eine Übernahme des Prinzips der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit eine **Orientierung an einem Leistungskatalog**, der auf Minutenwerten oder fest definierten Pflegeleistungspaketen basiert.

Diskussionsstand

Die Diskussionen um die Sinnhaftigkeit, Ausgestaltung und Zukunft der Pflegeversicherung sind nie abgeebbt. Im Gegensatz zu den Diskussionen um andere Zweige der Sozialversicherung greift die Diskussion um die Pflegeversicherung oftmals weiterhin sehr **fundamentale Positionen** auf – bis hin zur Abschaffung oder völligen Privatisierung. Diese fast erratischen Diskussionsumschwünge hängen sicher auch mit dem noch jungen Alter der Sozialen Pflegeversicherung zusammen, zeigen jedoch auch, dass bezüglich grundsätzlicher Akzeptanz und vermuteten **Allokations- und Verteilungswirkungen** noch erheblich abweichende Bewertungen bestehen. Letztendlich ist es auch eine sozialpolitische Entscheidung, inwiefern der Staat seine Bürger vor den

³ Die hier gewählte Definition der Vollversicherung unterscheidet sich damit von einer Definition der Vollversicherung in der Privaten Krankenversicherung (PKV). Eine private Vollversicherung in der PKV haben demnach Personen, die nicht mehr dem Versicherungszwang in der Gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen.

finanziellen Auswirkungen einer Pflegebedürftigkeit schützen möchte bzw. diese zur Finanzierung solidarisch verpflichtet.

Die Diskussionen der letzten Jahre insbesondere zur **Einnahmenseite** waren vielfältig, und geprägt von einer drohenden finanziellen Unterdeckung (Tabelle 2):

- **Anpassung der Beitragssätze:** Die SPV startete 1996 für das erste Halbjahr mit einem Beitragssatz von 1,0 %, der jeweils hälftig von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen wurde. Da keine sofortigen Auszahlungen erfolgten, dienten die Beiträge auch zur Bildung einer Reserve. Ab Mitte 1996 betrug der Beitragssatz 1,7 %, wovon ebenfalls die Hälfte von den Arbeitgebern getragen wurde. Der Beitragssatz blieb konstant bis Mitte 2008. Danach wurde er auf 1,95 % angehoben, für Arbeitgeber auf 0,975 %. Die Parität blieb in den Beitragssätzen somit erhalten.
- **Erhebung eines Sonderbeitrages für Mitglieder ohne Kinder:** Zusätzlich zu den generellen Beitragssatzanhebungen erfolgte eine Diskussion um die Generationengerechtigkeit. Als Ergebnis wurden Mitglieder ohne Kinder mit einem höheren Beitragssatz belegt. Seit 2005 sieht der Beitragssatz für kinderlose Mitglieder einen

Zuschlag von 0,25 Prozentpunkten vor. Dies gilt für Mitglieder über 23 Jahren. Die Änderungen betreffen nur den Arbeitnehmeranteil.

- **Kompensation der Arbeitgeber:** Um Arbeitgeber für die Beitragslasten der Pflegeversicherung zu kompensieren, wurde ab 1995 der Buß- und Betttag als arbeitsfreier Feiertag abgeschafft. Im Bundesland Sachsen hingegen wurde der Feiertag beibehalten, dafür müssen die Arbeitnehmer dort einen um 0,5 Prozentpunkte höheren Beitragssatz entrichten.
- **Abgrenzung zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung:** Fortwährende Diskussionen bestehen um die Trennung von Privater und Sozialer Pflegeversicherung. Insbesondere aufgrund von Risikounterschieden zwischen den beiden Systemen bestehen erhebliche Unterschiede in der finanziellen Ausstattung. In der privaten Pflegeversicherung liegen die Ausgaben pro Versichertem um 75 % unter den Ausgaben in der Sozialen Pflegeversicherung.⁴ Eine Zusammenlegung der Systeme unter Bildung eines einheitlichen Versicherungsmarktes zur Vermeidung von Risikoselektion erscheint aus ökonomischer Sicht sinnvoll.

Tabelle 2: **Finanzsituation der Sozialen Pflegeversicherung in Mio. €, Jahre 1995 bis 2009.**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Überschuss	3.440	1.180	800	130	-30	-130	-60	-380	-690
Rücklage	2.870	4.050	4.860	4.990	4.950	4.820	4.760	4.930	4.240
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
Überschuss	-823	-360	450	-320	630	1.000	340		
Rücklage	3.417	3.050	3.500	3.180	3.810	4.800	5.100*		

* Geschätzt Quelle: BMG.

4 Lauterbach K, Lungen M, Stollenwerk B, Gerber A, Klever-Deichert G. Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2005;10:221-230.

Diskussionen der letzten Jahre über die Ausgaben-seite hatten einen Schwerpunkt im Bereich der **Verbesserung der Leistungsseite** (Dynamisierung, Versorgung von Demenzerkrankungen)⁵ und der **Qualitätsstandards** (Pflegeroten):⁶

- **Dynamisierung der Leistungen:** Mit Dynamisierung von Leistungen wird die Anpassung der Auszahlungsbeträge der Pflegeversicherung an die allgemeine Inflation oder die Kostensteigerung in der Pflegebranche bezeichnet. Werden die Auszahlungen nicht dynamisiert (also in der Höhe angepasst), kann für gleichbleibende Auszahlungsbeträge eine geringere Menge an Leistungen nachgefragt werden.
- **Abgrenzung und Messung der Pflegebedürftigkeit:** Wesentliche Diskussionen entstanden um die Definition der Pflegebedürftigkeit. Dies wird in einem eigenständigen Kapitel unten diskutiert. (Kapitel 7.1)
- **Einbeziehung von dementiell Erkrankten:** Die Betreuungsnotwendigkeit bei dementiell Erkrankten weicht in ihrer Intensität und Struktur wesentlich von dem herkömmlichen Begriff der Pflegebedürftigkeit ab. Daher wurde diese Bevölkerungsgruppe oftmals nicht als pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung eingestuft, obwohl aus Sicht der Angehörigen oder auch Pflegeheime eine erhebliche (auch zeitliche) Belastung bestand. Die Diskussion mündete letztendlich in der oben bereits erwähnten Neudefinition von Pflege.
- **Abgrenzung zur Krankenversicherung:** Nicht zuletzt der Sachverständigenrat Gesundheit und namhafte Politiker forderten eine Zusammenlegung von Pflegeversicherung und Krankenversicherung. Als Gründe werden die Versicherung ähnlicher Risiken mit entsprechenden Abgrenzungsproblemen genannt, zudem der Anreiz zur Verschiebung von Lasten aus der Krankenversicherung in die Pflegeversicherung mit der Gefahr der Unterversorgung, insbesondere auch bei Rehabilitationsleistungen und Präventionsleistungen bei alten Menschen.
- **Qualitätsurteile über Einrichtungen und Dienste der Altenpflege⁷:** Sowohl stationäre als auch ambulante Pflegeeinrichtungen werden gemäß den Vorgaben der Pflegereform 2008 vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) geprüft. Die Besuche vor Ort finden unangemeldet statt, mindestens einmal jährlich. Das Verfahren und Ergebnisse finden sich im Internet.⁸
- **Mindestlohn in der Pflege:** Seit dem 1.8.2010 existiert ein Mindestlohn für Beschäftigte in der Pflege. Der Mindestlohn gilt für Beschäftigte, welche überwiegend Grundpflege ausführen, also die Versorgung von Pflegebedürftigen im engeren Sinne. Der Mindestlohn beträgt 8,75 € pro Stunde (West und Berlin) sowie 7,75 € (Ost). Für das Jahr 2013 ist eine Anhebung des Mindestlohnes um jeweils 0,25 € geplant. Eingeführt wurde der Mindestlohn als Rechtsverordnung.

5 BMG. Ratgeber zur Pflege. Berlin, 2011 (derzeit 7. Auflage).

6 Beispielsweise Rothgang H, Holst M, Kulik D, Unger R. Finanzielle Auswirkungen der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen Assessments für die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen. Abschlussbericht; Bremen:2008.

7 Zu der Umsetzung etwa <http://www.bmg.bund.de/pflege/qualitaetsicherung/wie-erkenne-ich-ein-gutes-heim.html> Abfrage Juli 2012

8 <http://www.pflegeroten.de/> Abfrage Juli 2012.

Mehrere Regelungen in der (Sozialen) Pflegeversicherung sind zudem bereits für die Zukunft mit geplanten Änderungen versehen worden. Dies betrifft die Anpassung des Pflegegeldes in den Pflegestufen, die Anpassung der ambulanten Pflegesachleistungen und die Anpassung der Auszahlungen in der stationären Pflege (Tabelle 3). Zum 1.7.2008 gab es erstmals Anpassungen der Leistungshöhen, wenn auch selektiv. Ab 2015 soll alle 3 Jahren der Anpassungsbedarf geprüft werden.

Im November 2011 gab es zudem erste Ausführungen der Bundesregierung zu einer geplanten Reform der Pflege. Geplant ist demnach eine Anhebung der Beitragssätze um 0,1% Prozentpunkte mit Beginn des Jahres 2013, was Mehreinnahmen von 1,1 Mrd. € erbringen soll. Dieses Geld soll laut Presseberichten für die **verbesserte Versorgung von Demenzkranken** eingesetzt werden, jedoch möglicherweise darüber hinaus oder alternativ auch für anderweitige Ziele. Ein zweiter wesentlicher Reformpunkt betrifft die Möglichkeit, die bereits für die Rentenversicherung eingeführte Option der **zusätzlichen privaten Absicherung mit Steuerbegünstigung** (»Riesterrente«) auch für eine private Pflegeversicherung mit einer Auszahlung auf Tagesgeldbasis einzuführen. Diese Möglichkeit bleibt freiwillig und ist nicht obligatorisch.⁹

Ziel des Gutachtens

Ziel des Gutachtens ist die **Quantifizierung von Handlungsoptionen** zur Herstellung einer Vollversicherung in der Pflegeversicherung. **Vollversicherung** bedeutet, dass notwendige Pflegeleistungen sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich wirtschaftlich bereit gestellt werden. Der Gedanke der Pflegeversicherung wird damit an den gesellschaftlich verankerten Gedanken der Vollversicherung in der **Krankenversicherung** angepasst.

Tabelle 3: **Höhe der monatlichen Leistungen für Pflegebedürftige in Euro.**

Pflegegeld				
Pflegestufe	Vor 2008	2008	2010	2012
Stufe 1	205	215	225	235
Stufe 2	410	420	430	440
Stufe 3	665	675	685	700

Ambulante Pflegesachleistung				
Pflegestufe	Vor 2008	2008	2010	2012
Stufe 1	384	420	440	450
Stufe 2	921	980	1.040	1100
Stufe 3	1.432	1.470	1.510	1.550

Stationäre Pflegesachleistung				
Pflegestufe	Vor 2008	2008	2010	2012
Stufe 1	1.023	1.023	1.023	1.023
Stufe 2	1.279	1.279	1.279	1.279
Stufe 3	1.432	1.470	1.510	1.550

Eine Vollversicherung stellt keine Entwicklung hin zum Prinzip der **Selbstkostendeckung** dar, weder für Leistungserbringer wie Pflegeheime oder ambulante Dienste, noch für die Betroffenen oder deren Angehörige. Vielmehr wird der Kerngedanke umgesetzt, dass sich die Vergütungssystematik an den Maßstäben der **Wirtschaftlichkeit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit** orientiert und gleichzeitig Lücken der Versorgung nicht auf der Basis der privaten individuellen Vermögens- und Einkommensverhältnisse geschlossen werden.

Der Grundsatz, dass der Zugang zur Pflegeversicherung durch eine **pflegerische und ärztliche Einschätzung** (in Gestalt der Eingruppierung in Pflegestufen) erfolgt, bliebe auch in einer Vollversicherung bestehen. Ebenso bliebe bestehen, dass Betroffene ein **extern definiertes Leistungsangebot** abrufen können (nicht müssen). Dieses Paket kann standardisiert sein (vergleichbar mit Leistungsansprüchen in der Krankenversicherung) und muss eine angemessene Versorgung mit notwendigen und zweckmäßigen Leistungen ermöglichen.

⁹ Mittlerweile (Sep. 2012) hat das Gesetz den Bundestag passiert und steht vor den Beratungen im Bundesrat. Die Zustimmung steht noch aus; Quelle: BMG:2010.

Orientierungsmaßstab hierbei ist jedoch nicht die Zeit der Inanspruchnahme von Leistungen (Minutenwerte), sondern das Ziel der Pflege. Eine Abkehr von heutigen Zeitbudgets, wie auch im Zusammenhang mit einem neuen Pflegebegriff diskutiert, scheint sinnvoll. Die Qualität der Versorgung wird darüber hinaus insbesondere auch durch die **Qualifikation der Pflegenden**, gestützt durch eine entsprechende Lohngruppierung, ermöglicht.

Übergreifend wird zunächst eine **Gesamtab-schätzung für den Finanzbedarf** einer Vollversicherung in der Sozialen Pflegeversicherung versucht. Dazu werden aus einer aggregierten Sicht die verfügbaren Angaben zu Leistungsausgaben für Pflege diskutiert und zu einem Gesamttabelleau zusammengeführt. Der **Effekt einer Vollversicherung in der Pflege auf die Beitragssätze** wird als Ergebnis dieser Abschätzung ausgewiesen.

Zusätzlich wird versucht, neben dem Gesamttabelleau auf zwei Kernpunkte einer Vollversicherung einzugehen, die insbesondere die Verbesserung der Pflegequalität zum Ziel haben. Dies sind die Abschätzungen

- der Leistungsausgaben aus der **(Neu-) Definition des Pflegebegriffs**, sowie
- die Sicherstellung der Qualifizierung und angemessenen **Tarifstruktur des Pflegepersonals**.

Diese beiden Punkte bedienen eher Qualitäts- bzw. Struktureffekte, weniger reine Mengeneffekte, wie sie bei der eigentlichen Vollversicherung in der Pflege zum Tragen kommen.

Die Ableitung der für eine Vollversicherung in der Pflege benötigten zusätzlichen Finanzmittel erfolgt zunächst aus aggregierten Daten der offiziellen Statistiken von Regierung und Statistischen Ämtern. Die Daten werden gegeneinander gestellt und in der Summe einer kritischen Diskussion unterzogen. Auf dieser Basis soll eine begründete Quantifizierung erfolgen, die auch in Beitragsatzpunkten ausgedrückt werden kann.

Um Transparenz herzustellen, sollen Finanzierungstableaus innerhalb des obigen Gesamtrahmens erstellt werden. Diese Tableaus gliedern sich möglichst jeweils in die auftretenden **Mengen- und Preiseffekte**. Mengeneffekte (beispielsweise mehr Leistungen, neue Leistungen¹⁰ und oder mehr einbezogene Pflegebedürftige) werden somit möglichst getrennt betrachtet von Preiseffekten (also der Änderung der Entlohnung oder generelle Preissteigerungen bei gleich bleibenden Mengen). Ist aufgrund der Datenlage keine Trennung in Mengen- und Preiseffekte möglich, werden die Gesamteffekte betrachtet.

Die Angaben über die Mengen- und Preiseffekte werden zunächst aus der Literatur gewonnen. Eine systematische Suche in Datenbanken schien wenig effektiv, da viele Berechnungen und Diskussionen nicht in Zeitschriften mit Peer-Review-Verfahren publiziert werden, sondern unmittelbar in politische Prozesse eingespeist werden. Daher wurden im Schneeballverfahren Gutachten eingesehen und ausgewertet. Wir gehen davon aus, dass durch die eingesehen Gutachten wesentliche Teile der deutschen Diskussion und der verfügbaren Quantifizierungen einbezogen wurden. Im Einzelfall werden sicherlich noch weitere Quantifizierungen auffindbar sein.

Um darüber hinaus eine Absicherung der Ergebnisse zu erreichen, wurden wichtige Mengenentwicklungen über die **Abschätzung aus SOEP-Daten** (Sozio-oekonomisches Panel) nochmals geprüft und detailliert. Das Panel wird seit 1984

jährlich in Form einer Wiederholungsbefragung durchgeführt. Ausscheidende Haushalte werden durch eine Erweiterung der Stichprobe ersetzt. Die Befragung umfasst rund 20.000 Personen aus etwa 11.000 Haushalten. Die befragten Personen geben personenbezogene Auskünfte z.B. über Einkommen, Bildung und Erwerbstätigkeit, als auch Angaben über die Haushaltsgröße.¹¹ SOEP-Daten gelten als eine der belastbarsten, verfügbaren Datenquellen für eine Abschätzung von bundesweiten Effekten im Bereich der Sozialversicherung. Die Daten sind etabliert in der wissenschaftlichen Diskussion. Bezugsjahr ist das Jahr 2010.

¹⁰ Teilweise wird die Abdeckung neue Leistungen auch als Struktureffekte bezeichnet.

¹¹ Siehe http://www.diw.de/de/diw_02.c.221178.de/ueber_uns.html

Verteilung der finanziellen Belastung aus der Pflege auf Haushalte

Mit Hilfe der SOEP-Daten soll die Verteilungswirkung der heutigen Ausgestaltung der Pflegeversicherung dargestellt werden. Dies betrifft mehrere Aspekte:

- In welchen Haushalten leben Personen, die aus Alters- oder Krankheitsgründen/Behinderung dauerhaft hilfs-/pflegebedürftig sind?
- Welche Art von Hilfe bekommen Haushalte zur Unterstützung Pflegebedürftiger? (Besorgungen außer Haus, Haushaltsführung, einfachere Pflegetätigkeit, schwierigere Pflegetätigkeit).
- Welche Leistungen der Pflegeversicherung (Stufe) erhalten Haushalte?
- Wer pflegt in diesen Haushalten? Sind dies Angehörige, Nachbarn, private Pflegedienste, Gemeindeschwestern? Zudem wird ausgewiesen, ob diese dafür Geld erhalten oder nicht.
- Welche Zufriedenheit besteht mit der Pflege?

Datengrundlage: Struktur der Pflegebedürftigen im Datensatz

Laut Befragungen im Rahmen der Erhebung des SOEP-Datensatzes gibt es für 2009 **1,6 Mio. Haushalte mit mindestens einer Person die dauerhaft Hilfs- oder Pflegebedürftig** ist (Tabelle 4). Ein Abgleich mit anderen Datenquellen zeigt, dass die Datengrundlage belastbar erscheint. Das Statistische Bundesamt gibt für 2007 die Zahl der pflegebedürftigen Personen mit 2,25 Mio. an. Davon werden 1,54 Mio. zu Hause versorgt. Die Abweichungen zu den SOEP-Befragungen können in der Definition der Pflegebedürftigkeit und subjektiven Einschätzungen der Befragten liegen (oder missverständlichen Fragen). Bezogen auf die hier zu ermittelnde auch finanzielle Belastung aus der Pflege scheinen die Daten des SOEP-Datensatzes für eine erste Übersicht ausreichend genau.

Pflegebedürftige in Haushalten nach Einkommen der Haushalte

Die Verteilung der Pflegebedürftigen auf Geschlechter gliedert sich laut Statistischem Bundesamt zu 68 % auf Frauen. Zudem sollen 83 % 65 Jahre oder älter sein und immer noch 35 % sind 85 Jahre oder älter.

Um die Belastung der Haushalte zu analysieren, ist die Einkommenshöhe bei **Haushalten mit mindestens einer pflegebedürftigen Person** von zentraler Bedeutung. Dies betrifft sowohl die unmittelbare finanzielle Belastung aus Eigenanteilen, als auch die Möglichkeit, die Pflege durch die finanzielle Abfederung konkurrierender häuslicher Tätigkeiten zu erleichtern.

Zur Bildung von vier Einkommensgruppen wird das **Einkommen der Haushalte** definiert als Gehalt der Arbeitnehmer bzw. Selbstständigen oder Freiberufler, zuzüglich des Nebenverdienstes, Renten und Einmalzahlungen der Arbeitgeber. Ebenso werden Einnahmen aus Zinsen/Dividenden und Vermietung/Verpachtung eingerechnet. Die Einkommensgruppen weisen somit über das sozialversicherungspflichtige Einkommen hinaus.

Für die Auswertung in Tabelle 4 wurden alle Haushalte in Deutschland nach ihrem Einkommen sortiert und in vier gleich große Gruppen gegliedert (daher liegen die Einkommensgrenzen nicht auf runden Tausenderstellen). Jede Einkommensgruppe hat somit gleich viele Haushalte in der Grundgesamtheit. Für diese vier Gruppen wurde dann ermittelt, ob eine pflegebedürftige Person im Haushalt lebte.

Es zeigt sich, dass Haushalte mit pflegebedürftigen Personen überwiegend den unteren Einkommensgruppen angehören (Tabelle 4). Etwa 40 % der Haushalte mit einer pflegebedürftigen Person (rund 640.000 Haushalte) weisen ein Einkommen bis 15.270 Euro pro Jahr auf. Über 1,1 Mio. Haushalte mit mindestens einer pflegebedürftigen Person weisen ein Jahreseinkommen unter 31.543 Euro auf.

Wird Hilfe benötigt?

Neben der Frage, ob überhaupt eine pflegebedürftige Person im Haushalt zu versorgen ist, kann die Frage nach der **Art der Hilfe bei der Pflege** bereits erste Hinweise auf die benötigte Struktur von Unterstützung in Deutschland geben. Die Einkommenshöhe des Haushaltes ist dabei eine wichtige Determinante für die Abschätzung, ob sich Differenzierungen innerhalb der Gesellschaft ergeben.

Tabelle 5 zeigt, dass eine **Hilfe bei einfacher Pflegetätigkeit** (Hilfe beim An- und Ausziehen, Waschen, Kämmen) von etwa zwei Dritteln (64,3 %) der Haushalte mit einer Pflegeperson als notwendig bejaht wird. Noch nicht enthalten in dieser Frage ist die Art der Umsetzung der als notwendig benannten Hilfeleistung.

Die Verteilung der Notwendigkeit von Inanspruchnahmen nach Einkommenshöhe der Haushalte ist uneinheitlich. Während Haushalte in der unteren Einkommensgruppe die Notwendigkeit der Hilfe

wie der Durchschnitt bejahen, sinkt der Wert bei Haushalten mit leicht höheren Einkünften, um dann stark anzusteigen auf 72 % der Haushalte mit hohem Einkommen. Die Haushalte der obersten Einkommensgruppe bejahen notwendige Hilfe bei einfacher Pflegetätigkeit wie der Durchschnitt der Haushalte.

Die Frage, ob eine **Hilfe bei schwieriger Pflegetätigkeit** (Hilfe beim Umbetten, Stuhlgang) von der zu pflegenden Person benötigt wird, kann ebenfalls nach Einkommensgruppen untersucht werden (Tabelle 6). Insgesamt geben 27,4 % der Haushalte mit einer pflegebedürftigen Person im Haushalt an, dass diese Hilfe für die Person notwendig sei. Es zeigt sich über die vier Einkommensgruppen wieder ein vergleichsweise einheitliches Bild mit etwas unterdurchschnittlicher Bejahung der Frage bei Haushalten der dritten Einkommensgruppe (23 %) gegenüber den anderen Gruppen, die durchweg über 25 % benötigte Hilfen bei schwieriger Pflegetätigkeit angeben. Das Maximum liegt in der Gruppe 2 (von 4 Gruppen) mit 31,1 %.

Die **Notwendigkeit der Hilfe bei Besorgungen außerhalb des Haushaltes** bejahen 90 % der Haushalte (Tabelle 7). Die Schwankungen zwischen den Einkommensgruppen fallen sehr gering aus mit Werten zwischen 87,0 % und 91,0 %. Diese Kategorie der hauswirtschaftlichen Hilfe ist von besonderem Interesse, da sie in einen Graubereich zwischen Pflegetätigkeiten und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten

Tabelle 4: **Anteile der Haushalte (nur Haushalte mit mindestens einer pflegebedürftigen Person) nach Einkommensgruppen.**

	Unterste Einkommensgruppe	Mittlere-untere	Mittlere-obere	Höchste Einkommensgruppe	Summe
Gruppe Nr.	1	2	3	4	
Einkommensgrenze in € pro Jahr	0 bis 15.270	15.270 bis 31.543	31.543 bis 54.999	54.999 und mehr	
Anzahl Haushalte in der Gruppe in Deutschland	639.425	518.328	328.235	144.029	1.630.017
Anteile in Prozent	39,2	31,8	20,1	8,8	100,0

Quelle: SOEP, Eigene Berechnungen.

fällt. Versorgen Angehörige die Pflegebedürftigen, können sie dafür bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten entlastet werden. Dass dieser Bedarf enorm hoch ist, zeigen die Umfragewerte über alle Einkommensgruppen hinweg.

Die darüber hinaus gehende notwendige **Hilfe bei der Haushaltsführung** wird von 81 % der Haushalte mit mindestens einer Pflegeperson bejaht (Tabelle 8). Es ergeben sich bei dieser Frage stärkere Differenzen zwischen den Einkommensgruppen, die zudem keine einheitliche Tendenz anzeigen. Haushalte mit geringen Einkommen weisen Zustimmungsraten (»benötigen Hilfe«) von etwa 74 % auf. Haushalte mit höheren Einkommen weisen Zustimmungen von etwa 71 % auf. Haushalte zwischen diesen beiden Einkommensgruppen weisen hingegen

höhere Bedarfe aus. Da in Haushalten mit geringeren Einkommen eher vermutet worden wäre, dass dort ausschließlich Rentner leben, wären dort auch höhere Notwendigkeiten vermutet worden. Daher überrascht die höhere geäußerte Notwendigkeit in Haushalten mit mittleren Einkommen. Inwieweit hierbei auch eine Anspruchshaltung zum Ausdruck kommt, kann nicht abgeschätzt werden.

Wer leistet Hilfe bei der Pflege?

Hilfe für benötigte Pflegeleistungen kann aus verschiedenen Quellen kommen. Angehörige können sowohl als Haushaltsangehörige als auch von außerhalb des Haushalts die Pflege übernehmen. Daneben kann ein ambulanter Pflegedienst beauftragt werden (stationäre Dienste werden aufgrund der Art der

Tabelle 5: Haushalte mit Unterstützung bei einfacher Pflege­tätigkeit nach Einkommensgruppen

	Unterste Einkommensgruppe	Mittlere-untere	Mittlere-obere	Höchste Einkommensgruppe	Summe
Trifft nicht zu	289 45 %	157 30 %	91 28 %	45 31 %	582 36 %
Trifft zu	350 54 %	361 70 %	237 72 %	99 69 %	1.047 64 %
Spaltensummen	639 100 %	518 100 %	328 100 %	144 100 %	1.630 100 %

Die Frage lautete: »Bei welchen Tätigkeiten braucht die pflegebedürftige Person in Ihrem Haushalt Hilfe? Antwortkategorie: Einfacheren Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim An- und Auskleiden, Waschen, Kämmen und Rasieren.«; in Tsd. Haushalten und Prozent der Einkommensgruppe; SOEP-Daten, Eigene Berechnungen

Tabelle 6: Haushalte mit Unterstützung bei schwieriger Pflege­­tätigkeit nach Einkommensgruppen

	Unterste Einkommensgruppe	Mittlere-untere	Mittlere-obere	Höchste Einkommensgruppe	Summe
Trifft nicht zu	472 73 %	357 69 %	252 77 %	101 70 %	1.183 73 %
Trifft zu	167 26 %	161 31 %	76 23 %	43 30 %	447 27 %
Spaltensummen	639 100 %	518 100 %	328 100 %	144 100 %	1.630 100 %

Die Frage lautete: »Bei welchen Tätigkeiten braucht die pflegebedürftige Person in Ihrem Haushalt Hilfe? Antwortkategorie: Schwierigere Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim Umbetten, Stuhlgang usw.«; nach Einkommensgruppen in Tsd. Haushalten und Prozent der Einkommensgruppe; SOEP-Daten, Eigene Berechnungen

Tabelle 7: Haushalte mit Unterstützung bei Besorgungen außerhalb des Haushaltes

	Unterste Einkommensgruppe	Mittlere-untere	Mittlere-obere	Höchste Einkommensgruppe	Summe
Trifft nicht zu	61 10 %	46 9 %	35 11 %	19 13 %	161 10 %
Trifft zu	579 91 %	472 91 %	293 89 %	125 87 %	1.469 90 %
Spaltensummen	639 100 %	518 100 %	328 100 %	144 100 %	1.630 100 %

Die Frage lautete: »Bei welchen Tätigkeiten braucht die pflegebedürftige Person in Ihrem Haushalt Hilfe? Antwortkategorie: Besorgungen und Erledigungen außer Haus.«; in Tsd. Haushalten und Prozent der Einkommensgruppe; SOEP-Daten, Eigene Berechnungen

Tabelle 8: Haushalte mit Hilfen bei der Haushaltsführung nach Einkommensgruppen

	Unterste Einkommensgruppe	Mittlere-untere	Mittlere-obere	Höchste Einkommensgruppe	Summe
Trifft nicht zu	165 26 %	50 10 %	49 15 %	41 29 %	305 19 %
Trifft zu	474 74 %	469 90 %	279 85 %	102 71 %	1.325 81 %
Spaltensummen	639 100 %	518 100 %	328 100 %	144 100 %	1.630 100 %

Die Frage lautete: »Bei welchen Tätigkeiten braucht die pflegebedürftige Person in Ihrem Haushalt Hilfe? Antwortkategorie: Haushaltsführung, Versorgung mit Mahlzeiten und Getränken.«; in Tsd. Haushalten und Prozent der Einkommensgruppe; SOEP-Daten, Eigene Berechnungen

Befragung der hier verwendeten Datenquelle in Privathaushalten nicht erfasst) und schließlich Freunde, Bekannte oder Nachbarn.

Während die Frage nach der Art der benötigten Hilfen bei der Pflege über Einkommensgruppen hinweg eher gleiche Notwendigkeiten ergab, finden sich bei der Frage nach der tatsächlichen Unterstützung erhebliche Unterschiede (Tabelle 9).

Die **Pflege durch Angehörige im Haushalt** ist über alle Einkommensgruppen hinweg die weitaus häufigste Art der Hilfe. Doch findet sie in 47 % der Haushalte der unteren Einkommensgruppe statt und in 98 % der Gruppe mit hohem Einkommen. Ursache hierfür kann sein, dass bei hohem Einkommen unmittelbar eine oder mehrere Personen mit eigenem Einkommen (neben Altersrenteneinkünften) im Haushalt leben (Mehrgenerationenhaushalt).

Umgekehrt finden sich daher bei Haushalten mit geringem Einkommen hohe Raten an **Hilfe durch Angehörige außerhalb des eigenen Haushaltes** (31 % versus 10 %). Doch auch wenn die Raten zu Hilfen von Angehörigen im Haushalt zu den Raten von Hilfen außerhalb des Haushalts addiert werden, verbleiben bei hohen Einkommensgruppen höhere Hilfeleistungen durch Angehörige.

Haushalte mit geringem Einkommen verlassen sich häufiger auf **private Pflegedienste, kirchliche Dienste und auch Freunde, Bekannte oder Nachbarn**. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich diese strukturellen Unterschiede zwischen Haushalten nach Einkommensgruppen zum größten Teil durch die bezogenen Einkommensbestandteile erklären lassen.

Tabelle 9: **Art der Hilfe bei Pflegebedürftigkeit (nur Haushalte mit mindestens einer pflegebedürftigen Person) nach Einkommensgruppen**

Benötigte Hilfe durch ...	Unterste Einkommensgruppe	Mittlere-untere	Mittlere-obere	Höchste Einkommensgruppe	Summe
Angehörige im Haushalt	306 -47,87 %	243 -46,92 %	302 -91,99 %	131 -91,15 %	983 -60,28 %
Angehörige außerhalb des Haushalts	201 -31,23%	172 -33,14 %	24 -7,32 %	14 -9,94 %	411 -25,20 %
Privater Pflegedienst	118 -18,51%	99 -19,06 %	47 -14,30 %	19 -13,44 %	283 -17,39 %
Kirchlicher Pflegedienst	140 -21,87%	86 -16,65 %	14 -4,15 %	8 -5,46 %	248 -15,19 %
Freunde, Bekannte	52 -8,18 %	83 -15,95 %	27 -8,08 %	9 -6,51 %	171 -10,48 %
Nachbarn	21 -3,35 %	19 -3,60 %	14 -4,29 %	8 -5,74 %	62 -3,83 %

Die Frage lautete: »Von wem erhält die Person die benötigte Hilfe?« Die Antwortkategorien sind in der linken Spalte der Tabelle wiedergegeben.; in Tsd. Haushalten und Prozent der Einkommensgruppe; SOEP-Daten, Eigene Berechnungen

Wer bezahlt für die Hilfe?

Neben der Inanspruchnahme ist die Quelle der **Bezahlung** von Bedeutung. Generell kommt eine Finanzierung über die Pflegeversicherung in Frage oder aber eine Finanzierung aus eigenem Einkommen (bzw. einer Unterstützung durch Angehörige). Die Befragung der Haushalte enthielt die Frage nach der Bezahlung explizit **nur für Leistungen durch Freunde, Nachbarn und Bekannte**. Entweder kann gemäß dieser Fragekonstellation bei kirchlichen und privaten Diensten immer von einer Bezahlung ausgegangen werden, oder aber diese Dienste werden komplett von der Pflegeversicherung finanziert. Somit wurde nicht erhoben, ob neben den Leistungen aus der Pflegeversicherung auch noch eine zusätzliche professionelle bezahlte Pflege in Anspruch genommen wurde.

Ein Drittel der Haushalte mit einer Pflegeperson bezahlen die Hilfe von Freunden, Nachbarn und Bekannten. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Aufwendungen nicht durch entsprechendes Pflegegeld der Sozialversicherung abgedeckt wird. Der Anteil der Haushalte, welche entsprechende bezahlte Dienste von Freunden, Bekannten und Nach-

barn in Anspruch nehmen, **verteilt sich ungleich auf Einkommensgruppen**. Untere Einkommensgruppen bezahlen die Leistungen zu 24,8 %, Haushalte in der darüber liegenden Einkommenskategorie häufiger (40,19 %). Bei hohen Einkommensgruppen nimmt die Bezahlung wieder ab (Tabelle 10).

Die Ursachen können vielschichtig sein. Einerseits werden Haushalte mit geringen Einkommen **keine großen finanziellen Ressourcen** haben, um eine Bezahlung zu ermöglichen (die Höhe der Bezahlung wurde nicht ermittelt). Andererseits sind bei privaten Hilfen in Schichten hoher Einkommen Bezahlungen von Angehörigen und Freunden womöglich unüblich, da die eigene Vermögenssituation eine solche Bezahlung ablehnt bzw. auch nicht erfordert. Insgesamt wird diese Art der Hilfe von Haushalten unterer Einkommensgruppen häufiger in Anspruch genommen und auch häufiger bezahlt.

Neben den privaten Bezahlungen stehen die Zuweisungen aus der Sozialversicherung. Aus den Stufen 1 bis 3 der Pflegeversicherung erhalten die Haushalte nach Einkommensgruppen zwischen rund 60 % (obere Einkommensgruppen) und 78 % (mittlere untere Einkommensgruppe) Zuweisungen. Die

Entwicklung verläuft somit eher umgekehrt zu den Bezahlungen von Freunden, Bekannten und Nachbarn. Ein Substitut bei nicht vorhandenen Zuweisungen aus der Pflegeversicherung durch privaten Einkauf von Dienstleistungen kann vermutet werden.

Höhe der Ausgaben für Pflege

Die **Höhe der Ausgaben für Pflege durch die Privathaushalte** wurde ebenfalls erhoben. Die Frage bezog sich auf regelmäßige monatliche Kosten für Hilfen oder Pflege. Es ist zu vermuten, wenn auch nicht explizit durch den Fragebogen eingegrenzt, dass es sich um finanzielle Mittel außerhalb (bzw. zusätzlich) zur Pflegeversicherung handelt. Es handelt sich somit um Ausgaben, die für ambulante Leistungen bzw. haushaltsnahe Leistungen außerhalb der über die Pflegeversicherung abgedeckten Pflegedienste oder das Pflegegeld entstehen.

Tabelle 11 zeigt die Höhe der monatlichen Bezahlung der Haushalte, die überhaupt einen Wert größer Null angegeben haben (arithmetisches Mittel). Demnach belaufen sich die Ausgaben auf monatlich 461 Euro im Durchschnitt aller Haushalte mit entsprechenden Ausgaben. Die Verteilung auf die Einkommensgruppen verläuft uneinheitlich. Mittlere Einkommensgruppen weisen sowohl die niedrigsten als auch die höchsten monatlichen Ausgaben für Pflege auf.

Werden alle Haushalte mit einer pflegebedürftigen Person betrachtet (also auch solche, die keine Ausgaben für Pflege angegeben haben), reduzieren sich die durchschnittlichen Ausgaben naturgemäß (Tabelle 12). Auch zeigt sich eine klarere **Abhängigkeit von den Einkommensgruppen**. Haushalte mit niedrigem Einkommen entrichten demnach 71 Euro pro Monat, Haushalte in der höchsten Kategorie steigern dies im Durchschnitt aller Haushalte der Gruppe auf 226 Euro. Der Durchschnitt aller Haushalte liegt bei 115 Euro.

Tabelle 10: **Bezahlung für Pflegeleistungen (nur Haushalte mit mindestens einer pflegebedürftigen Person) nach Einkommensgruppen in Tsd. Haushalten und Prozent der Einkommensgruppe.**

	Unterste Einkommensgruppe	Mittlere-untere	Mittlere-obere	Höchste Einkommensgruppe	Summe
Bezahlung an Freunde, Nachbarn, Bekannte	55,6 24,83 %	87,5 40,19 %	20,4 46,56 %	9,6 30,07 %	173,1 33,46 %
Zuweisung aus Pflegeversicherung Stufen 1 bis 3.	413,2 66,1 %	395,6 77,87 %	206,3 63,36 %	103,3 60,29 %	1.118,4 68,61 %

Die Frage in Bezug auf Zeile »Bezahlung« lautete: »Erhält diese Person dafür eine Bezahlung? (Ja/ Nein)«. Die obere Zahl jeder Zelle gibt die Zahl der Haushalte in Tausend an, die untere Zahl den prozentualen Anteil der Haushalte, für welche das Ereignis zutrifft innerhalb dieser Zelle.; SOEP-Daten, Eigene Berechnungen

Tabelle 11: **Bezahlung für Pflegeleistungen (nur Haushalte mit mindestens einer pflegebedürftigen Person und einer Ausgabe von > 0 Euro) nach Einkommensgruppen. Daten Jahr 2010**

	Unterste Einkommensgruppe	Mittlere-untere	Mittlere-obere	Höchste Einkommensgruppe	Gesamt
Monatliche Ausgaben in Euro	430	346	638	597	461

Die Frage lautete: »Entstehen durch die Hilfe oder Pflege regelmäßige Kosten?« (Ja/ Nein). Bei der Kategorie »Ja« wurde zudem abgefragt »und zwar pro Monat in Euro«.; Quelle: SOEP-Daten, Eigene Berechnungen

Tabelle 12: **Bezahlung für Pflegeleistungen (nur Haushalte mit mindestens einer pflegebedürftigen Person und einer Ausgabe von > 0 Euro) nach Einkommensgruppen. Daten Jahr 2010**

	Unterste Einkommensgruppe	Mittlere- untere	Mittlere- obere	Höchste Einkommensgruppe	Gesamt
Monatliche Ausgaben in Euro	71	108	159	226	115

Die Frage lautete: »Entstehen durch die Hilfe oder Pflege regelmäßige Kosten?« (Ja/ Nein). Bei der Kategorie »Ja« wurde zudem abgefragt »und zwar pro Monat in Euro«.; Quelle: SOEP-Daten, Eigene Berechnungen

Zusammenfassung

Festzuhalten bleibt, dass die **Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Pflegebedürftigkeit** und somit auch die damit verbundene finanzielle Belastung in Haushalten mit geringeren Einkommen höher liegen. Die sich aus dem Lebenslauf ergebenden Belastungen insbesondere aus dem Berufsumfeld und anderen negativ wirkenden Faktoren führt dazu, dass der Eintritt von Pflegebedürftigkeit nicht zufällig auf Einkommensgruppen verteilt ist. Wenn über die finanziellen Auswirkungen diskutiert wird, sollte daher diese Ungleichverteilung auch der absoluten Zahl an betroffenen Haushalten berücksichtigt werden. Durch zukünftige Unsicherheiten über die Höhe von Altersrentenzahlungen und unregelmäßige Erwerbsbiographien kann sich der Trend noch ausweiten.

Die Inanspruchnahme und Bezahlung von Pflegearrangements zeigt ein komplexes und differenziertes Bild. So werden Hilfen zu Pflege über **Einkommenshöhen der Haushalte hinweg** als notwendig angesehen. Sowohl Haushalte mit geringen Einkommen als auch Haushalte mit höheren Einkommen geben an, dass sie für die zu pflegende Person Unterstützung benötigen.

Ein wichtiges Ergebnis ist somit die Erkenntnis, dass eine Vollversicherung in der Pflege ein empfundenes Problem in Haushalten aller Einkommensgruppen aufgreift. Es sind nicht nur Haushalte mit geringen Einkommen von dem mangelnden Zugang zu Pflegeleistungen der Versicherung betroffen.

Zwar sind erwartungsgemäß Pflegebedürftige

in Haushalten mit geringen Einkommen häufiger anzutreffen und machen den Großteil der Pflegebedürftigen aus. Doch besteht auch bei höherem Einkommen eine Diskrepanz zwischen dem, was eine Sozialversicherung leistet und was in der Bevölkerung als notwendiger Bedarf erkannt wird. Ein gesellschaftlich relevantes Problem scheint daher zu bestehen.

Die **Höhe der Bezahlung** schwankt zwischen Haushalten und auch innerhalb der Einkommensgruppen beträchtlich. Individuelle Arrangements scheinen ursächlich zu sein. Wird die Betrachtung auf alle Haushalte mit pflegebedürftigen Personen innerhalb der Einkommensgruppen bezogen, zeigen sich höhere Ausgaben mit steigenden Einkommen. Allerdings finden sich sehr viel mehr Haushalte mit Pflegebedürftigen in unteren Einkommensgruppen, so dass die Summe der Ausgaben über Haushalte hinweg dort ebenso höher ausfällt wie die Anteile des Haushaltseinkommens, die noch neben der Pflegeversicherung für Pflege aufgewendet werden müssen.

Quantifizierung einer Vollversicherung in der Pflege

Datengrundlagen

Es existiert nach bestem Wissen keine Statistik über die notwendigen, regelhaften Zuzahlungen und Eigenanteile von Privathaushaltungen zur Sicherstellung einer notwendigen, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Pflege.

Eine Abschätzung hat insbesondere mit **Problemen der Abgrenzung und Messung** zu kämpfen. Sowohl müssen notwendige, eigenfinanzierte Pflegeleistungen mengenmäßig erfasst werden, auch etwa die Pflege durch Angehörige, als auch mit Preisen bewertet. Es wird deutlich, dass sich Abschätzungen über die Lücke zwischen dem Teilkostenprinzip der Pflegeversicherung und einer Vollversicherung auf Annahmen stützen müssen.

Die vorhandenen Datengrundlagen sind von abweichender Tiefe und Genauigkeit, Abgrenzungen werden abweichend je nach zugrunde liegender Statistik gefasst und die Aktualität der Daten ist schwankend. Aggregierte Daten werden unter anderem vom Bundesministerium für Gesundheit (S. 26) und der damit verbundenen Gesundheitsberichterstattung des Bundes bereitgestellt (S. 27). Aus diesen Daten lassen sich einige Variablen der Pflegebedürftigen kondensieren, welche für Abschätzungen eingesetzt werden können (S. 29). Diese Grundlagen werden zusammengefasst in mehreren Näherungen an Quantifizierungen der Vollversicherung in der Pflege (S. 30).

Bundesministerium für Gesundheit

Das Bundesministerium veröffentlicht auf seinen Seiten unterschiedlichste Statistiken zu Mengen und Preisentwicklungen insbesondere in der Sozialen Pflegeversicherung, teilweise auch der privaten Pflegeversicherung. Neben der Anzahl der Leistungs-

empfänger (Tabelle 13) werden insbesondere sowohl die Entwicklungen der Anträge als auch die Entwicklungen der Ausgaben aufgeführt.¹²

Wesentliche personenbezogene Merkmale in den Daten sind Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Ort der bezogenen Leistung (insbesondere auch ambulant, stationär) sowie die Entwicklung über Zeitreihen.

Um die von Pflegebedürftigen selbst zu tragenden notwendigen Ausgaben abzugrenzen, müssen die **Statistiken des BMG** erweitert werden. Es wird bspw. nicht auf die Finanzsituation der Pflegebedürftigen eingegangen. Zudem weisen die Daten abweichende Abgrenzungen auf, bspw. hinsichtlich Jahresdurchschnitten oder Jahresendständen. So werden im Jahresdurchschnitt für 2010 im Bereich stationärer Leistungen 702.904 Leistungsempfänger berichtet. Am Jahresende 2010 werden für den stationären Bereich 709.555 Leistungsempfänger berichtet. Möglich sind neben den generellen Tendenzen der Zunahme von Leistungsempfängern (Demographie) auch nur unterjährige Inanspruchnahmen.

Die Datengrundlage erlaubt somit weder eine eindeutige Ableitung von **Mengenkomponenten** (Anzahl der Leistungsbedürftigen) noch der **Preis-komponenten** (Höhe der Eigenmittel). Zumindest die Mengenkomponente scheint sich aus den Angaben belastbar ableiten zu lassen.¹³ Nicht erfasst werden allerdings pflegebedürftige Personen, welche keine Mittel aus der Pflegeversicherung erhalten (sogenannte Pflegestufe 0).

¹² <http://www.bmg.bund.de/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html> (Abfrage Januar 2012)

¹³ Siehe hierzu auch die Ausführungen des Statistischen Bundesamtes, welches die Abweichungen zwischen Statistiken diskutiert und erläutert. (Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2009 Deutschlandergebnisse. Seite 27.

Tabelle 13: Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen

Leistungsart	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Härtef.	Gesamt
Pflegesachleistung	109.324	54.709	18.006	974	183.014
Pflegegeld	678.695	293.575	78.624		1.050.894
Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung	155.808	116.316	38.997	618	311.739
Tages- und Nachtpflege	15.003	15.883	4.162		35.048
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	20.002	18.614	8.881		47.497
Kurzzeitpflege	9.139	6.427	1.690		17.255
Ambulant insgesamt (einschl. Mehrfachzählungen)	987.971	505.524	150.360	1.592	1.645.447
Vollstationäre Pflege	225.860	259.733	130.550	5.299	621.442
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	51.444	20.090	9.873	56	81.462
Stationär insgesamt	277.304	279.823	140.423	5.355	702.904
Insgesamt (einschl. Mehrfachzählungen)	1.265.275	785.347	290.783	6.947	2.348.351

Das BMG merkt zur Statistik an, dass die Empfänger von Tages- und Nachtpflege, häuslicher Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson sowie und von stationärer Pflege in Behindertenheimen gleichzeitig noch eine weitere Leistung beziehen können, in der Regel Pflegegeld. Daher kann es zu Mehrfachzählungen kommen.; Jahresdurchschnitt 2010; Quelle: BMG

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes werden u.a. **Krankheitskosten** nach den Ausgaben für die ambulante und (teil-)stationäre Versorgung in der Pflege aufgeschlüsselt. Die Summe der Ausgaben für ambulante und stationäre Pflegeleistungen wird mit 26,2 Mrd. Euro für das Jahr 2006 angegeben. Dies waren damals 11,1 % der gesamten Krankheitskosten.¹⁴

Nach **Alter** werden erwartungsgemäß erhebliche Unterschiede der Ausgaben für Pflege berichtet. Demnach machen Pflegekosten in der Altersgruppe der 65- bis 84-Jährigen bei 870 Euro pro Kopf und Jahr aus. In der Gruppe der über 85- Jährigen

beliefen sich die Kosten auf 7.180 Euro pro Kopf und Jahr (Tabelle 15). In dieser Gruppe betragen die Ausgaben für Pflege etwa die Hälfte der gesamten Ausgaben für Gesundheit mit starken **Abweichungen zwischen Männern und Frauen**. Da Männer häufiger noch im eigenen Haushalt versorgt werden, liegen die Pflegeausgaben nach Altersgruppen bei ihnen weitaus niedriger. Bei Frauen in der Altersgruppe über 84 Jahre lagen die Ausgaben für ambulante und stationäre Pflege bei 8.140 Euro, bei Männern lag der Betrag bei 4.340 Euro. Die Unterschiede ergeben sich insbesondere aus den unterschiedlichen Ausgaben für ambulante und stationäre Leistungen. Während bei Frauen das Verhältnis ambulant zu sta-

14 Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kapitel 3.5.2 Ambulante und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen

tionär bei 1.680 zu 6.450 Euro liegt, stellt es sich bei Männern als 1.510 zu 2.830 Euro dar (Tabelle 14).

Da jedoch die **Unterbringung** oder Pflegeintensität nach Geschlechtern keine Preisdifferenzierung auslöst, handelt es sich um einen reinen Mengeneffekt. Offenbar können auch aufgrund der geringeren Lebenserwartung Männer häufiger noch im eigenen Haushalt versorgt werden. Lebt nur noch ein Partner, statistisch meist die Frau, wird eine stationäre Unterbringung wahrscheinlicher.

Dieser Zusammenhang hat **mehrere Implikationen**. Zum einen ergibt sich die Erkenntnis der erheblich geringeren finanziellen Last für die Gesellschaft durch Pflege und hauswirtschaftliche Tätigkeit (im weitesten Sinne) innerhalb einer **Partnerschaft**. Die Sozialversicherung insgesamt hat hierin das wahrscheinlich bedeutsamste Entlastungsprogramm überhaupt. Umgekehrt wird ein Anspruch auf eine stationäre Unterbringung mit Kostenübernahme durch die Gemeinschaft der Versicherten dadurch begründbar. Die Pflegeleistungen innerhalb der Familie und Partnerschaft können als eine weithin akzeptierte Vorausinvestition in eine spätere doch noch notwendige stationäre Pflege gesehen werden. Dass dies allerdings weitgehend auf Konventionen und eventuell auch **generationenspezifischen**

Verhaltensweisen beruht, kann kritisch gesehen werden für eine detaillierte Abschätzung von zukünftigen Kosten. Würde eine stationäre Unterbringung sehr viel früher einsetzen aufgrund von Erwerbsbiographien und Lebensentwürfen der Kinder und Angehörigen, kann der finanzielle Rahmen der Pflegeversicherung schnell gesprengt werden. Eine weitergehende Diskussion der Zusammenhänge findet sich in Kapitel »Diskussion Moral Hazard Verhalten – Verzerrungen aus einer Vollversicherung« (S. 48).

Die Angaben der Gesundheitsberichterstattung beziehen sich ausschließlich auf die erfassten Kosten für die in Pflegeeinrichtungen erbrachten pflegerischen Leistungen sowie Unterkunft und Verpflegung. **Zuzahlungen** und **Eigenanteile** sind somit in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes nicht erfasst, ebenso fehlen Kosten für Fahrten zum Arzt oder der Gegenwert von unentgeltlicher Pflege durch Angehörige. Daher haben diese Aussagen begrenzte Aussagekraft.

Tabelle 14: **Krankheitskosten in Pflegeeinrichtungen im Jahr 2006.**

Altersgruppe	Frauen			Männer		
	Gesamt	Ambulant	Stationär	Gesamt	Ambulant	Stationär
Unter 15	10	10	0	10	10	0
15 bis 29	10	10	0	10	10	0
30 bis 44	20	10	10	20	10	10
45 bis 64	70	30	40	90	30	60
65 bis 84	1.050	290	760	630	240	390
85 und älter	8.140	1.680	6.450	4.340	1.510	2.830
Gesamt	460	110	340	170	60	110

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes; nach Alter und Geschlecht; Euro je Einwohner

Struktur der Pflegebedürftigen

Je detaillierter Variablen die Struktur der Pflegebedürftigen abbilden, desto genauer kann eine Abschätzung der notwendigen Zuzahlungen und Eigenmittel erfolgen. Allerdings ist zu beachten, ob Variablen überhaupt einen Unterschied in den Zuzahlungen und Eigenanteilen signalisieren.

- **Pflegestufen:** Die Einteilung nach Pflegestufen dürfte wesentlichen Anteil daran haben, welchen notwendigen Eigenanteil Pflegebedürftige ergänzend zu möglichen Leistungen der Pflegeversicherung aufbringen müssen. Mit steigender Pflegestufe wird ein steigender absoluter Eigenanteil vermutet. Konkrete Beispiele über die Höhe der Zuzahlungen nach Pflegeheimen finden sich in der Datenbank des BKK-Bundesverbandes (<http://www.bkk-pflegefinder.de/>). Eine Verteilungsstatistik oder Häufigkeiten der Zuzahlungen über Regionen finden sich dort allerdings nicht.
- **Ambulante/ Stationäre Leistung:** Neben der Pflegestufe ist der Ort der Leistungserbringung wesentlich für die Höhe der derzeit nicht von der Pflegeversicherung finanzierten Leistungen ver-

antwortlich. Eine stationäre Unterbringung wird dabei in der Regel höhere Eigenanteile verursachen als eine ambulante Leistungserbringung.

- **Geschlecht:** Nach Geschlecht werden **keine Abweichungen** zugrunde gelegt für Zuzahlungen. Empirisch dürfte dies jedoch beobachtbar sein, aufgrund der oben bereits geschilderten unterschiedlichen Abläufe der Pflegebedürftigkeit bei Männern und Frauen. Sofern beide Lebenspartner noch leben, liegen die zusätzlich in Anspruch genommenen Leistungen in einem vergleichsweise geringen Umfang. Sofern ein Lebenspartner verstirbt, steigen die zusätzlich notwendigen Leistungen stark an, meist auch rascher verbunden mit einer Inanspruchnahme von stationären Leistungen. Häufiger ist dies bei Frauen der Fall als bei Männern. Es kann daher vermutet werden, dass die Zuzahlungen bei Frauen insbesondere in hohen Altersstufen höher ausfallen als bei Männern. In der vorliegenden Abschätzung wurde dieser Effekt jedoch nicht berücksichtigt.
- **Alter:** Ebenfalls **nicht berücksichtigt wurden Differenzierungen nach dem Alter** der pflegebedürftigen Person. Ende des Jahres 2009 waren

Tabelle 15: **Krankheitskosten in Pflegeeinrichtungen im Jahr 2006.**

Altersgruppe	Gesamt	Ambulant	Stationär
	Gesamt	Ambulant	Stationär
Unter 15	10	10	0
15 bis 29	10	10	0
30 bis 44	20	10	10
45 bis 64	80	30	50
65 bis 84	870	270	600
85 und älter	7.180	1.640	5.540
Gesamt	320	90	230

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes; nach Alter und Geschlecht; Euro je Einwohner

8,6 % aller zu Pflegenden unter 40 Jahre alt und 17,5 % unter 60 Jahre.¹⁵ Es bleibt unklar, in welcher Altersgruppe von den zu Pflegenden höhere zusätzliche Leistungen in Anspruch genommen werden müssen. Aus den Statistiken des BMG geht hervor, dass insbesondere für ambulante Leistungen vergleichsweise viele Pflegefälle in jungen Jahren auftreten, dort wiederum mit einem überproportionalen Anteil in hohen Pflegestufen, verglichen mit älteren Pflegefällen.

Quantitative Abschätzung des Finanzbedarfs einer Vollversicherung in der Pflege

Mehrere Zugangswege können basierend auf den oben genannten Datenquellen sowie den einsetzbaren Variablen zur Struktur der Pflegebedürftigen gewählt werden. Diese Zugangswege unterscheiden sich insbesondere darin,

- welche **Leistungsorte** der Pflege abgeschätzt werden (ambulant/ stationär),
- welche **Personengruppen** einbezogen werden (Pflegestufen, sozio-ökonomische Stellung),
- welcher **Leistungsumfang** einbezogen wird (bereits heute in der Pflegeversicherung enthaltene Leistungen oder noch nicht enthaltene Leistungsarten bzw. Herausnahme von Leistungen).

Nachfolgend werden Zugänge zu einer Quantifizierung diskutiert und Abschätzungen vorgenommen.

Hilfe zur Pflege

Die nach dem 7. Kapitel SGB XII gewährte »Hilfe zur Pflege« stellt eine steuerfinanzierte Leistung dar, die insbesondere dazu dient, pflegebedürftigen und finanziell nicht leistungsfähigen Personen das Verfahren der klassischen Sozialhilfebeantragung zu ersparen. Hilfe zur Pflege ist sowohl der **eigenen**

finanziellen Leistungsfähigkeit nachgeordnet, als auch den Leistungen der Pflegeversicherung. Sie deckt somit nur Aufwendungen ab, die für die Personen **notwendig** sind, die jedoch über die von der Sozialen Pflegeversicherung abgedeckten Leistungen hinausgehen. Dies können insbesondere auch Eigenanteile bei der stationären Unterbringung in Pflegeheimen sein. Ab den Jahren 1995 und 1996 sanken die Ausgaben der »Hilfe zur Pflege« stark, da die Pflegeversicherung wesentliche Anteile der materiellen Unterstützung von Pflegebedürftigen übernahm. Danach stiegen die Auszahlungen und die Leistungsempfängerzahlen wieder kontinuierlich, wenn auch auf niedrigerem Niveau, an.

Die **Zahl der Leistungsempfänger** betrug im Jahr 2008 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 397.000 Personen (Tabelle 16).¹⁶ Davon befanden sich 72 % in stationären Pflegeeinrichtungen (mit sinkender Tendenz). Der Altersdurchschnitt betrug 75 Jahre, der Anteil der Frauen überwog deutlich (68 % der Bezieher). Es kann daher vermutet werden, dass die »Hilfe zur Pflege« insbesondere im Zuge der Altersarmut mit niedrigen Renten für den Ehepartner eine wesentliche sozialpolitische Aufgabe übernehmen muss: Der typische Bezieher der »Hilfe zur Pflege« ist weiblich, über 65 Jahre alt, deutscher Staatsangehörigkeit und lebt in einer Pflegeeinrichtung.¹⁷

Im Laufe des Jahres 2008 stellten rund 74.000 Personen in Einrichtungen einen Antrag auf »Hilfe zur Pflege«. Oftmals handelt es sich auch um unterjährige Zahlungen oder auch Mehrfachanträge innerhalb eines Jahres. Etwa 20% der Personen, die am Ende des Jahres 2008 Hilfe zur Pflege erhielten, wiesen eine Bezugsdauer von über 5 Jahren auf (20,3 % von 282.000 Personen, also etwa 57.250 Personen). Der Anteil von Langzeitbeziehern unter Personen in

¹⁵ Daten des BMG.

¹⁶ Statistisches Bundesamt. Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege 2008. Erschienen 2010.

¹⁷ Statistisches Bundesamt. Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege 2008. Erschienen 2010 (hier Schaubild 3 auf Seite 6)

Tabelle 16: **Empfänger von Hilfe zur Pflege im Jahr 2008**

Ort der Leistungserbringung	Anzahl der Empfänger	Nettoausgaben in Mio. Euro
Ambulant	110.470	666
Stationär	290.730	2.084
Davon		
Teilstationär	3.340	
Kurzzeitpflege	4.444	
Stationär Pflegestufe 0	23.643	
Stationär Pflegestufe 1	84.412	
Stationär Pflegestufe 2	110.370	
Stationär Pflegestufe 3	70.929	
Ambulant und stationär	397.110	2.751

Quelle: Bundesamt für Statistik

stationären Einrichtungen ist niedriger (rund 16 %). Rund ein Viertel der Personen bezog die Leistung für weniger als ein Jahr.

Um eine Abschätzung der Ausgaben in einer Vollversicherung in der Pflege zu erstellen, können die **Maßnahmen** innerhalb der Hilfe zur Pflege noch differenzierter betrachtet werden. Die Maßnahmen reichen von der Unterstützung für Ausgaben für stationäre Pflege über Zuschüsse zu Hilfsmitteln bis zur Unterstützung bei der Heranziehung einer besonderen Pflegekraft.

Diskutiert werden kann, inwieweit Maßnahmen aus der »Hilfe zur Pflege« nicht in die Pflegeversicherung (SGB XI) überführt werden sollten, sondern bspw. als Präventionsleistung oder Leistung zur Förderung der Teilhabe in SGB X oder SGB XII als Steuermittel verbleiben. Die sich daraus ergebenden abweichenden Anspruchsvoraussetzungen können hier nicht endgültig diskutiert werden und unterliegen normativ-politischen Abwägungen. An dieser Stelle soll daher nur explizit auf die abweichenden Zielsetzungen einer Krankenversicherung, Pflegeversicherung oder auch Steuerleistungen hingewiesen werden:

- Pflege hat das Ziel der Teilhabe an der Gesellschaft. Dies geht weit über den Gedanken einer Krankenversicherung hinaus, die den kurativen Aspekt betont, die Teilhabe an gesellschaftlichem Leben jedoch nicht verfolgt.
- Ebenso unterschieden sich Pflegeversicherung und Krankenversicherung in den Effizienzbegriffen bzw. Endpunkten. Im SGB XI wird wesentlich danach gefragt, ob die Teilhabe erreicht wurde, weniger eine Abwesenheit von Schmerz oder auch Herstellung von Mobilität.
- Dies hat Auswirkungen auf den Leistungsumfang und die Struktur der Leistungen in den Sozialversicherungen. Insbesondere haushaltsnahe Dienstleistungen werden in der Pflegeversicherung weitaus umfangreicher thematisiert als in der Krankenversicherung.
- Insbesondere auch die Hilfe zur Pflege umfasst ein sehr heterogenes Spektrum an Leistungsempfängern. Dies sind bspw. neben Personen mit Pflegestufe 0 (insbesondere dementiell Erkrankte)

auch Bewohner von Pflegeheimen mit Mehrleistungsbedarf über die stationäre Versorgung hinaus, Anspruchsberechtigte der generellen Sozialhilfe und schließlich Behinderte.

- Weiterhin kommunale Aufgabe ist jedoch die Unterstützung von Personen, welche Leistungen zum Lebensunterhalt benötigen. Darauf aufbauende Leistungen zur Teilhabe wiederum sind durch die Pflegeversicherung abgedeckt. Dies bedeutet für eine Vollversicherung, dass Leistungen zu Verpflegung und Unterkunft (Leistungen zum Lebensunterhalt) zu trennen sind von pflegerischen Leistungen und Hilfen bei Behinderung.

Letztendlich berührt diese Diskussion auch die Abwägung, inwieweit Leistungen aus Steueraufkommen finanziert werden sollen oder über **Sozialbeiträge**. Pflegeleistungen im engeren Sinne und auch damit verbundene Leistungen zur Herstellung einer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben betreffen jedoch häufig unmittelbar den Versicherungscharakter einer Sozialversicherung, mithin auch der Pflegeversicherung.

Denkbar ist daher der Kompromiss, dass eine Vollversicherung in der Pflege den Versicherten Zugang zu allen notwendigen Leistungen zur Pflege und zur Teilhabe ermöglicht. Die darauf aufbauende Diskussion, welcher **Anteil aus Steuermitteln** wiederum an die Sozialversicherung finanziert wird, kann in den politischen Raum verlagert werden. Dieser Ansatz wird in der Krankenversicherung bereits verfolgt und soll auch hier Grundlage der Berechnungen sein. Mithin werden die **gesamten derzeit in der Hilfe zur Pflege berücksichtigten Leistungen** in eine Pflegeversicherung überführt und ausgabenwirksam.

Unabhängig von der detaillierten Abgrenzung erlauben die Ausgaben für »Hilfe zur Pflege« eine Ab-

schätzung darüber, welche finanzielle Unterstützung **Personen mit geringen Einkommen** zur Finanzierung ihrer Pflegekosten benötigen. Nicht enthalten sind in dieser Summe heute die Eigenanteile von **Personen mit mittleren und höheren Einkommen**. Jedoch überschießt der gegenwärtige Beitrag die von einer Pflegevollversicherung im engeren Sinne zu tragenden Leistungen um nicht-pflegerische Leistungen, die wie oben diskutiert in andere Bücher der Sozialgesetzgebung überführt werden können, beträchtlich.

Der Umfang der Ausgaben im Rahmen der Hilfe zur Pflege betragen im Jahr 2008 netto rund 2,75 Mrd. Euro.¹⁸ Das Netto Prinzip reduziert die Ausgabenrechnung um die Einnahmen, welche von anderen Sozialleistungsträgern oder Angehörigen wiederum zurück erstattet wurden. Die Bruttoausgaben der »Hilfe zur Pflege« lagen um rund 0,5 Mrd. Euro höher bei 3,3 Mrd. Euro im Jahr 2008. Die Nettoberechnung soll hier zugrunde gelegt werden, was wiederum eine untere Abschätzung bedeutet.

Die für **Personen mit geringen Einkommen** heute nicht von der Pflegeversicherung übernommenen Leistungen können als grobe Abschätzung auf die **Gesamtbevölkerung** hochgerechnet werden. Diese Abschätzung unterstellt, dass die in unteren Einkommensklassen in Anspruch genommenen und im Rahmen der »Hilfe zur Pflege« aus Steuermitteln finanzierten Leistungen sowohl notwendig sind, als auch in mittleren und oberen Einkommensklassen in gleichem Umfang in Anspruch genommen werden, dort jedoch derzeit aus Eigenmitteln finanziert werden (müssen).

Allerdings stehen keine differenzierten Angaben über die Zuschüsse der Hilfe zur Pflege nach Pflegestufen zur Verfügung. Aufgeführt werden lediglich die Anzahl der Empfänger, sowie die (Brutto- und Netto-) Zuschüsse nach Leistungsarten. Dabei muss

18 Statistisches Bundesamt. Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege 2008. Erschienen 2010.

beachtet werden, dass sich die in Tabelle 16 gezeigten Werte über die Anzahl der Empfänger und die Nettoausgaben nicht unbedingt aufeinander beziehen lassen. Sowohl können **unterjährige Leistungsanspruchnahmen** erfolgen als auch **Leistungen über Sektoren hinweg** (ambulant und in Einrichtungen) von der »Hilfe zur Pflege« im Jahresverlauf finanziert worden sein. Eine Abschätzung auf der Basis dieser Angaben ist somit mit Unsicherheiten behaftet.

Die in Tabelle 16 gezeigte Anzahl der Empfänger in 2008, gegliedert nach ambulantem und stationärem Leistungsort kann unter den oben angeführten methodischen Einschränkungen auf die Gesamtzahl der Empfänger hochgerechnet werden. Dargestellt wird somit eine Abschätzung der Mittel, welche über die heutigen Empfängerkreis der »Hilfe zur Pflege« hinaus von Pflegebedürftigen mit mittleren und höheren Einkommen im Rahmen der SPV selbst getragen werden, also ohne Anspruch auf »Hilfe zur Pflege«.

Insgesamt ergäben sich 13,4 Mrd. Euro an Mehrausgaben für die Soziale Pflegeversicherung (gerechnet für das Jahr 2008), sofern nicht nur die heutigen Empfänger von Hilfe zur Pflege diese Sozialleistungen erhielten, sondern alle Leistungsempfänger der SPV (Tabelle 17). Davon entfielen 8,6 Mrd. Euro auf zusätzliche Ausgaben für ambulante Leistungen und 4,8 Mrd. Euro auf Ausgaben für stationäre Leistungen.

Um Doppelzählungen zu vermeiden, kann diese Abschätzung nicht additiv zu den unten abgeschätzten Zuzahlungen in ambulanten und stationären Diensten gesehen werden. Vielmehr müssten in der »Hilfe zur Pflege« diese Ausgaben bereits teilweise enthalten sein.

Zudem muss für eine gesellschaftliche Betrachtung beachtet werden, dass die bisherigen Ausgaben zur »Hilfe zur Pflege« in dieser Summe enthalten ist (2,75 Mrd. Euro aus dem Jahr 2008). Es handelt sich mithin um zusätzliche Ausgaben für die Pflegeversicherung, im Zuge des oben diskutierten Steuerzuschusses könnten die bisher aus Steuermitteln bereits aufgebrauchten Mittel der »Hilfe zur Pflege« dann natürlich in die Pflegeversicherung fließen.

Tabelle 17: **Aufrechnung des Eigenanteils bei Zugrundelegung der Ausgaben für »Hilfe zur Pflege«**

	Anzahl Personen ambulant	Ausgaben pro Person »HzP« in Euro	Ausgabensumme ambulant in Mio. Euro	Anzahl Personen stationär	Ausgaben pro Person »HzP«	Ausgabensumme stationär in Mio. Euro	Gesamtsumme in Mio. Euro pro Jahr
Empfänger Hilfe zur Pflege	110.470	5.974	660	290.730	7.168	2.084	2.744
Alle Pflegebedürftigen (SPV)	1.435.738	5.974	8.578	674.363	7168	4.834	13.412

HzP: Hilfe zur Pflege. Für die Anzahl der ambulanten Leistungsempfänger wurden die Größen Pflegesachleistung, Pflegegeld und Kombinationsleistung addiert. Urlaubspflege und Kurzzeitpflege wurden nicht berücksichtigt. Für die Empfänger stationärer Leistungen wurden die Anzahl der Empfänger der SPV in vollstationärer Pflege (auch in Behindertenheimen) zugrunde gelegt.; Basis Jahr 2008; Eigene Berechnungen

Eigenanteile ambulante Leistungen

Im **ambulanten Bereich der Pflege** gelten neben den Vorgaben der Pflegeversicherung gleichzeitig Vorgaben der Krankenversicherung. Die Krankenversicherung kommt für Krankenversorgung und auch häusliche Pflege in einem begrenzten Zeitraum auf, sofern diese einen Heilungsprozess unterstützt. Liegt jedoch eine Einstufung im Sinne der Pflegeversicherung vor, wird die hauswirtschaftliche Versorgung generell nur noch durch die Pflegeversicherung übernommen.¹⁹

Meist findet im **ambulanten Bereich** keine Ausweisung von Eigenanteilen statt, sondern es führen begrenzte Ressourcen der Pflegeversicherung dazu, dass eine Reduktion des Leistungsumfangs vorgenommen wird. Es kann somit nicht ausgeschlossen werden, dass **Unterversorgung** stattfindet. Eine

reine Ableitung der benötigten Ressourcen für eine Vollversicherung aus den derzeit auf privater Basis nachgefragten ambulanten Leistungen kann daher verzerrt sein.

Dies wurde bereits oben (Tabelle 11 und Tabelle 12) in Bezug auf die Bezahlung für Pflegeleistungen deutlich. Selbst Haushalte in der Einkommensgruppe bis etwa 15.000 Euro Einkommen pro Jahr gaben für Pflegeleistungen pro Monat 430 Euro aus, sofern sie Leistungen zukaufen mussten. Dies bedeutet, dass Haushalte mit geringen Einkommen bereits ihre finanzielle Leistungsfähigkeit erreicht, wenn nicht überschritten haben, wenn sie in Situationen einer Bezahlung von Pflegeleistungen kommen.

Wäre der tatsächlich nötige Leistungsumfang einer wirtschaftlichen und notwendigen Versorgung bekannt, könnte aus der Minderung der eingekauf-

Tabelle 18: **Höhe der regelmäßigen Kosten für Hilfe oder Pflege in Haushalten mit einer zu pflegenden Person**

Pflegestufe	Unterste Einkommensgruppe	Mittlere-untere	Mittlere-obere	Höchste Einkommensgruppe	Zeildurchschnitt
Zu pflegende Person in Pflegestufe 3	11.323	3.002	14.590	4.757	6.800
Zu pflegende Person in Pflegestufe 2	6.659	5.751	7.647	6.357	6.718
Zu pflegende Person in Pflegestufe 1	5.300	3.009	3.933	4.751	3.884
Zu pflegende Person in Pflegestufe 0	2.787	6.455	7.982	9.258	6.138
Spaltendurchschnitt	5.153	3.995	8.222	6589	5.527

Pflegestufe 0 bedeutet hier, dass im Haushalt eine zu pflegende Person lebt, jedoch keine Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen werden. Euro pro Jahr; Daten Jahr 2010; Quelle SOEP; Eigene Berechnungen

Tabelle 19: **Anzahl der Haushalte mit regelmäßigen Kosten für Hilfe oder Pflege außerhalb der Pflegeversicherung**

	Unterste Einkommensgruppe	Mittlere-untere	Mittlere-obere	Höchste Einkommensgruppe	Summe
Anzahl Haushalte	105.664	162.378	82.073	54.640	404.755

Daten Jahr 2010; Quelle SOEP; Eigene Berechnungen

¹⁹ <http://www.bmg.bund.de/pflege/leistungen/haeusliche-krankenpflege.html>

ten Leistungen durch den zu Pflegenden auf die Unterversorgung geschlossen werden. Entsprechende Daten liegen jedoch nicht vor.

Die nachfolgenden Abschätzungen basieren auf den Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP), die oben bereits diskutiert wurden (S. 19). Innerhalb des Datensatzes wurden Haushalte befragt, unter anderem danach, ob eine pflegebedürftige Person im Haushalt lebt. Neben der Struktur der nachgefragten Pflege wird seit 2010 erstmals auch gefragt, ob durch die **Hilfe und Pflege durch Freunde, Nachbarn oder Angehörige außerhalb des Haushalts** regelmäßig Kosten entstehen, bzw. wie hoch diese Kosten ausfallen.

Aus der Struktur der Befragung werden **ausschließlich ambulante Pflegeleistungen** abgefragt (Haushalte innerhalb von Pflegeheimen sind ebenfalls in der Befragung enthalten, wurden hier jedoch nicht ausgewertet). Tabelle 18 zeigt die entstandenen Kosten für Hilfe und Pflege nach Haushaltseinkommen und Pflegestufen. Mit Pflegestufe 0 wurden Haushalte eingestuft, die zwar eine pflegebedürftige Person im Haushalt haben, jedoch keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Die Daten beziehen sich zudem nur auf Haushalte, die Ausgaben angegeben haben (>0€). Wie viele Haushalte dies jeweils sind, zeigt Tabelle 19.

Unter Berücksichtigung der unten diskutierten Einschränkungen der Berechnungen zeigt sich, dass zwei **Tendenzen über die Eigenanteile von Haushalten für ambulante Pflegeausgaben** an Freunde, Bekannte und Personen außerhalb des Haushalts vorliegen:

1. Je höher die Pflegestufe, desto höher fallen in der Tendenz die Eigenanteile aus. Die mit der Pflegestufe steigenden Auszahlungen der Pflegeversicherung können die Ausweitung der notwendigen Pflege nicht durchweg kompensieren. Es öffnet sich eine Schere.

2. Mit steigendem Haushaltseinkommen steigen nicht unbedingt die absolut in Euro gemessenen Eigenanteile. Vielmehr scheinen gerade auch in der Pflegeversicherung (Stufe I bis III) Haushalte mit niedrigen Einkommen auch weiterhin höhere (absolute) Eigenanteile aufzubringen. Inwieweit hierfür die Struktur der Haushalte ausschlaggebend ist, kann nicht abgeschätzt werden.

Tabelle 12 zeigte, dass die durchschnittlichen monatlichen Ausgaben für ambulante Pflege für alle Haushalte mit mindestens einer pflegebedürftigen Person bei 115 Euro lagen. Diese Ausgaben werden für ambulante Pflege, und dort wiederum aus der Struktur des Fragebogens heraus für Leistungen neben der Pflegeversicherung aufgebracht.

Hochgerechnet auf die betroffenen Haushalte in Deutschland beläuft sich die Summe für Eigenanteile zur ambulanten Pflege über alle Pflegestufen hinweg auf 2,2 Mrd. Euro pro Jahr. Darin enthalten ist auch die Pflegestufe 0.

Die Berechnungen weisen mehrere Einschränkungen auf. Zunächst basieren die Angaben auf Fragebögen, die immer einer Unsicherheit bezüglich der Richtigkeit der Angaben unterliegen. Die Angaben aus den Fragebögen werden über Faktoren auf Gesamtdeutschland aufgerechnet, wobei ein Haushalt jeweils eine Anzahl von Haushalten repräsentiert. Bei einer geringen Zahl von Haushalten mit entsprechenden Angaben, können durch die Aufrechnung erhebliche Schwankungen entstehen. Dies ist auch in der vorliegenden Abschätzung der Fall. Die vergleichsweise wenigen Haushalte mit Angaben zu ihren Ausgaben für ambulante Pflege steuern somit eine letztendlich große ermittelte Gesamtsumme. Teilweise liegen in den Zellen der Tabelle 18 weniger als 10 Beobachtungen zugrunde. Wir empfehlen daher die Verifizierung der Beobachtungen durch höhere Fallzahlen oder auch ergänzende empirische Methoden.

Darüber hinaus ergeben sich Einschränkungen aus der **Formulierung der Fragestellungen** im verwendeten Fragebogen. Die Befragten können kaum einschätzen (und sollten dies auch nicht), inwieweit auch nicht notwendige Pflege finanziert wurde. Auch wenn die hohe Mercklichkeit der Ausgaben ein hohes Maß an Notwendigkeit vermuten lassen, liegen doch nicht unbedingt Marktverhältnisse ohne verzerrte Zahlungsbereitschaft vor. Insbesondere in der Pflege (und mehr noch im hier zugrunde liegenden Fragenkomplex) werden in Freundschaftsverhältnissen eher geringe Beträge ausgezahlt. Würden diese Pflegearrangements institutionalisiert, würden die Finanzmittel erheblich höher liegen müssen. Weiter ist zu beachten, dass in Befragungen nicht legale Beschäftigungsverhältnisse womöglich nicht genannt werden (siehe unten: 24 Stunden Ambulante Pflege). Auch dies führt zu einer Unterschätzung. Insgesamt existieren somit sowohl Argumente für eine zu niedrige als auch zu hohe Abschätzung. Wir denken, dass die Abschätzung in der Summe jedoch eher einen unteren Wert darstellt.

Exkurs: 24 Stunden Ambulante Pflege

Der Einsatz von Pflegekräften auf Basis privatwirtschaftlicher Anstellungen, teilweise ohne Arbeitsvertrag, Meldung bei Sozialversicherungen oder geklärte Arbeits- und Aufenthaltsgenehmigungen, ist in der privat organisierten, ambulanten Pflege nach Berichten verbreitet.²⁰ Die Besonderheit dieser Arrangements besteht unter anderem darin, dass eine stationäre Pflege nicht gewünscht wird, die ambulante dauerhafte Betreuung jedoch nicht von der Pflegeversicherung finanziert wird. Letztendlich besteht für die **24-Stunden Pflege** von Angehörigen ein Bedarf, ohne dass dieser von der Pflegeversicherung abgedeckt würde.

In einer grundlegenden empirischen Arbeit untersuchten Neuhaus et al (2009), die Struktur und Verbreitung der Beschäftigung von mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen, die auch Pflegeaufgaben im Haushalt übernehmen.²¹ Befragt wurden 152 Familien und 261 Pflegedienste. Die Autoren gehen aufgrund ihrer Befragungsergebnisse und statistischer Daten davon aus, dass sich rund 145.000 Haushalte in der Situation befinden, auf einer umfassenden Zeitbasis Haushaltshilfen auch für Pflege einsetzen zu können, bzw. zu müssen. Die Zahl von 100.000 tatsächlich beschäftigten Personen in Haushalten scheint den Autoren daher realistisch.

Zudem äußerten die Pflegedienste in der Befragung, dass für rund 10 % der ambulant pflegebedürftig versorgten Personen in Deutschland auch eine Versorgung durch eine haushaltsnahe Dienstleistung ausreichen würde. Eine gleich hohe Zahl von Haushalten wird als finanziell ausreichend ausgestattet angesehen, um überhaupt eine solche Anstellung finanzieren zu können. Weitere Angaben zu Hintergründen und Motivationen finden sich im Gutachten.²²

Um eine Rund-um-die-Uhr Betreuung zu gewährleisten (und eine Ausbeutung dieser ungesicherten Dienstverhältnisse zu unterbinden), stellen einige Haushalte zudem mehrere Personen an. Gewarnt wird vor Abhängigkeiten, die unter dem Begriff des »Dienstmädchens« beschrieben werden, wo sich Angestellte ohne Arbeitszeitreglung und mit teilweise erheblicher auch psychischer Belastung einem Haushalt ausliefern.

20 verdi. Grauer Pflegemarkt und Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte. O. J.

21 Neuhaus A, Isfort M, Weidner F. Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln: 2009.

22 a. a. O.

Eigenanteile stationäre Unterbringung

Die Übernahme von Eigenanteilen bei stationärer Unterbringung stellt in der Öffentlichkeit eine erhebliche **Ursache für Unsicherheit und auch Ängste vor Verarmung im Alter dar**, und die Debatte wird teilweise emotional geführt. Für eine quantitative Abschätzung ist zunächst eine **gesellschaftlich begründbare Abgrenzung von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit** geboten. Zusätzlich erschwert wird die Abschätzung durch erhebliche Schwankungen in den vereinbarten Pflegesätzen zwischen Einrichtungen, die von Rothgang et al (2004) bereits für die 90er Jahre im Bundesland Nordrhein-Westfalen gezeigt wurden.^{23,24} Der zu tragende Eigenanteil der Bewohner ist somit ebenfalls nicht einheitlich. Hinzu kommt, dass ein nennenswerter Teil der Bewohner Unterstützung aus Sozialkassen beziehen muss, da die eigenen finanziellen Vermögen nicht ausreichen (»Hilfe zur Pflege«, siehe oben).

Im **stationären Bereich** müssen Heimbewohner folgende Kosten selbst tragen:²⁵

- über den Leistungsbetrag der Pflegeversicherung hinaus anfallenden pflegebedingten Kosten.
- Kosten für Unterbringung und Verpflegung.
- Investitionskosten.
- Eventuell anfallende Kosten für besondere Komfortleistungen.

Das Heimentgelt setzt sich aus dem Pflegesatz, den Unterkunfts- und Verpflegungskosten sowie den Investitionskosten zusammen. Es gilt die Regelung, dass der Betrag, welcher von der Pflegekasse übernommen wird, 75 % des tatsächlichen Heimentgeltes nicht übersteigen darf.

Welche der derzeit vom Bewohner zu tragenden Pflegeanteile in einer Vollversicherung die Pflegeversicherung übernehmen sollte, kann kontrovers diskutiert werden. Die **Kosten für Unterbringung und Verpflegung** (Hotelleistungen) würden für Bürger auch anfallen, sofern sie nicht in einem Pflegeheim untergebracht wären. Ähnlich wird auch in der Krankenversicherung in Bezug auf die tagesbezogene Zuzahlungen bei stationären Aufenthalten im Krankenhaus argumentiert.

Gleichgerichtet kann in Bezug auf **besondere Komfortleistungen** argumentiert werden, die vom Versicherten selbst getragen werden sollten. Auch dies entspricht dem Grundsatz in der Krankenversicherung, dass Leistungen wie Einzelzimmer / Zweibettzimmer oder auch Chefarztbehandlungen vom Versicherten selbst getragen werden oder über Zusatzversicherungen abgedeckt werden, da sie für den Behandlungserfolg nicht ausschlaggebend sind.

Ein Systembruch ergibt sich bei **Investitionskosten**. Es ist wenig begründbar, weshalb der Bewohner die Investition in das Pflegeheim selbst tragen soll, sofern der Aufenthalt in einem Heim unabwendbar ist. Auch in der Krankenversicherung trägt nicht der Patient die Investitionskosten, sondern die Sozialversicherung (im ambulanten Bereich) bzw. die Allgemeinheit (in der stationären Versorgung). Eine Übernahme der Investitionskosten kann nur begründet werden, wenn die Kosten einer Wohnung oder anderweitigen Unterkunft durch den Heimaufenthalt entfallen und die Investition somit die verringerten Mietkosten aufrechnen. Inwieweit bei Heimaufenthalten tatsächlich Mietkosten verringert werden, ist strittig (etwa bei Ehepaaren oder Familien). Dies setzt eine fast endgültige Entscheidung für ein Heim voraus sowie ein Mobilität bei den verbleibenden Bewohnern der

23 Rothgang H, Wasem J, Greß S. Vergütungsfindung im stationären Pflegebereich. Gutachten für die Enquetekommission »Situation und Zukunft der Pflege in NRW«. Bremen/ Essen: 2004.

24 Siehe auch RWI. Gründe für die Höhe der Heimentgelte in den stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Endbericht. Essen: 2007

25 <http://www.bmg.bund.de/pflege/leistungen/stationaere-pflege.html>

Wohnung oder der Immobilie (Umzug in eine preiswerte Wohnung). Andererseits wird der Heimaufenthalt oftmals erst umgesetzt, wenn die letzte verbleibende Person eines Haushalts Probleme mit der Haushaltsführung bekommt und somit in der Tat der Wohnraum nachfolgend nicht mehr genutzt wird.

Für eine Abgrenzung mit Interessenausgleich zwischen dem Wirtschaftlichkeitsgedanken einer gesellschaftlich getragenen Sozialversicherung und dem berechtigten Anspruch auf eine qualitätsvolle Unterbringung kann letztendlich nur die Entscheidung über die **Notwendigkeit einer stationären Unterbringung** entscheiden. Ist diese Form der Versorgung notwendig, muss die sozial argumentierende Gesellschaft auch für die entsprechenden Kosten aufkommen. Dies würde jedoch bedeuten, dass die Einstufung von Pflegebedürftigen durch den Medizinischen Dienst nicht nur eine Pflegestufe, sondern darüber hinaus auch den Ort der Versorgung (ambulant/ stationär) umfassen müsste – und dies mit weitreichenden finanziellen Konsequenzen für Sozialversicherung und Pflegebedürftige. Dies würde dem System der Krankenversicherung angepasste Abläufe bedeuten, wo diese Entscheidung ebenfalls von der Pflegeperson oder dem Arzt, ggf. in Abstimmung mit dem Patienten, erfolgt. Allerdings hat auch die Krankenversicherung die Entscheidungsfolgen erheblich abgemildert und im Wesentlichen auf eine Prüfung auf Fehlbelegung reduziert, die zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen entschieden wird, nicht jedoch zwischen Krankenkassen und Versichertem.

Eine Diskussion um die vom Pflegebedürftigen zu tragenden Kosten müsste letztendlich in eine Diskussion um »Fehlbelegungen« führen, bei denen Pflegebedürftige stationär versorgt werden, doch aus gesellschaftlicher Sicht eine ambulante Versorgung ausreichend gewesen wäre. Inwieweit eine solche Diskussion gesellschaftlich (und später dann indivi-

duell) überhaupt geführt werden kann, bleibt offen. (Siehe hierzu auch die Diskussion Seite 48)

In der Pflege fällt die Entscheidung über eine stationäre Unterbringung meist unter Einbeziehung von **Familiensituation, Finanzkraft und subjektiv empfundener Belastung**. Ausschließlich medizinische Gründe oder Qualitätsgründe dürften selten ausschlaggebend sein. Wesentlicher Unterschied zur Krankenversicherung ist zudem, dass die Entscheidung nicht für einen bspw. zweiwöchigen Krankenhausaufenthalt getroffen wird, sondern häufig für die restliche Lebensdauer. Diese Entscheidung in einem schwierigen Umfeld, teilweise unter Zeitdruck zu fällen, überfordert oftmals die Beteiligten. Darüber hinaus noch ausgeprägter als heute auch finanzielle Verpflichtungen daran zu knüpfen (die vollständige Übernahme der Kosten stationärer Unterbringung bei »Fehlbelegung«), kann die Reputation der Pflegeversicherung gefährden.

Eindeutige **Vorgaben**, bei welchem Zustand des Pflegebedürftigen eine ambulante oder stationäre Versorgung unter Heranziehung von Evidenz notwendig ist, wären Voraussetzung. Diese Vorgaben existieren weder in der Literatur, noch in der Praxis. Das Handbuch zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit führt aus, dass vollstationäre Pflege bei Pflegestufe III grundsätzlich als erforderlich angesehen werden kann, darüber hinaus als erforderlich bei ²⁶

- Fehlen einer Pflegeperson, fehlender Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen, drohender oder bereits eingetretener Überforderung von Pflegepersonen,
- drohender oder bereits eingetretener Verwahrlosung des Pflegebedürftigen, Selbst- oder Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen,
- räumlichen Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die keine häusliche Pflege ermöglichen.

26 Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen, Berlin: 2009. Hier Kapitel D 5.5.

Das Handbuch geht dabei grundsätzlich davon aus, dass aus familiärer Sicht die ambulante Pflege daheim zu bevorzugen ist bzw. bevorzugt wird. Nur bei einer Überforderung und Gefährdung ist eine vollstationäre Unterbringung notwendig. Der Tenor des Handbuchs spricht sich daher weniger für eine vollstationäre Unterbringung aus Gründen der Lebensplanung der Angehörigen aus, denn aus Gründen der Sicherung von Qualität.

Die Frage nach der Begründbarkeit der **Übernahme der Investitionskosten** durch den Pflegebedürftigen bleibt somit offen. Die heutige Regelung begünstigt die Wirtschaftlichkeit der Pflegeversicherung und belastet pauschal den Pflegebedürftigen (bzw. die Sozialhilfeträger). Die äußerst **heterogen gestaltete Handhabung der Investitionskostenzuschüsse durch die Länder** führt weiter zu einer Ungleichbelastung, welche eine bundesweit geltende Pflegeversicherung nur unter bürokratischem Aufwand ausgleichen kann. In diesem Zusammenhang kann diskutiert werden, ob Bundesländer durch die Steuerung der Investitionskosten nicht auch eine Steuerung der Kapazitäten in der stationären Pflegeunterbringung vornehmen sollten. Dass sie dabei bereits in der Akutversorgung weitestgehend gescheitert sind, lässt allerdings wenig Raum für Hoffnung.

Neben den Investitionskosten müssen die **über den Leistungsbetrag der Pflegeversicherung hinaus anfallenden pflegebedingten Kosten** vom Pflegebedürftigen getragen werden. Hinter diesen Kosten können sich auch Kosten verbergen, welche aufgrund von notwendigen und zweckmäßigen Leistungen entstehen. Bspw. kann sich das Pflegeheim nicht in der Lage sehen, mit den vereinbarten Pflegesätzen die vorgesehen Pflege zu finanzieren, so dass ein Differenzbetrag von den Bewohnern erhoben werden muss. Es können jedoch auch Leistungen

finanziert werden, die nicht in den Bereich einer solidarisch getragenen Pflegeversicherung fallen würden, da sie etwa aus Unwirtschaftlichkeit entstehen.

Um eine von der Gesellschaft zu tragende Vollversicherung quantitativ abzuschätzen, müssen Annahmen getroffen werden über die jährlichen (monatlichen) Zuzahlungen der Pflegebedürftigen, die nach obiger Argumentation aus Mitteln der Sozialversicherung übernommen werden sollten. Es handelt sich somit um **Leistungen, die notwendig und zweckmäßig sind**, heute jedoch nicht übernommen werden.

Über die **Höhe von Pflegeheimentgelten und die Eigenanteile** existieren keine repräsentativen Statistiken. Angaben finden sich beim Statistischen Bundesamt.²⁷ Demnach betrug Ende des Jahres 2007 der monatliche Vergütungssatz für ein Pflegeheim 1.915 Euro in der Pflegestufe I, 2.341 Euro in der Pflegestufe II und 2.766 Euro in der Pflegestufe III.²⁸ Es existieren erhebliche **regionale Unterschiede** mit tendenziell niedrigeren Sätzen in Ostdeutschland.

Investitionsausgaben sind in den zitierten Angaben nicht enthalten. Das Statistische Bundesamt zitiert in der gleichen Quelle jedoch Auswertungen des BKK-Bundesverbandes (Pflegetatenbank PAULA), wonach die Investitionszulagen pro Monat bei 367 Euro im bundesweiten Durchschnitt liegen.

Die Pflegeheimentgelte können den tatsächlichen Leistungen der Pflegeversicherung gegenüber gestellt werden. Dazu wurden in Tabelle 20 zunächst die vom Statistischen Bundesamt zitierten Vergütungssätze auf das Jahr 2010 mit einer Steigerung von 2 % pro Jahr (für 2 Jahre) fortgeschrieben. Die Investitionskosten wurden nicht fortgeschrieben. Betrachtet wurden nur die Pflegestufen I, II, und III, so dass Zulagen und Härtefälle unberücksichtigt bleiben. Es handelt sich somit um eine konservative Abschätzung.

²⁷ Statistisches Bundesamt. Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege 2008. Erschienen 2010.

²⁸ Siehe auch die Ausführungen in der Pflegestatistik 2009, dort Tabelle 3.4 (Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2009 Deutschlandergebnisse, hier Seite 20)

Tabelle 20: **Abschätzung der Eigenanteile für stationäre Versorgung in Pflegeheimen**

	Anzahl Personen 2010 in Tsd	Entgelte 2007 in €	Entgelte 2010 in €	Leistung PV 2010 in €	Differenz pro Monat in €	Differenz zzgl Investitionskosten in €	Summe pro Jahr in Mrd. €
Pflegestufe I	277	1.915	1.992	1.023	969	1.336	4,4
Pflegestufe II	280	2.341	2.436	1.279	1.157	1.524	5,1
Pflegestufe III	146	2.766	2.878	1.510	1.368	1.735	3,0
Summe	703						12,6

Den Anzahl Betroffenen liegen zugrunde die Jahresdurchschnittswerte 2010 des BMG, Härtefälle wurden der Pflegestufe III zugeordnet. Den Entgelten und Investitionskosten liegen die Angaben des Statistischen Bundesamtes zugrunde.; Jahr 2010, Eigene Berechnungen.

Es zeigt sich, dass die Eigenanteile für die stationäre Unterbringung rund 12,6 Mrd. Euro ausmachen, bezogen nur auf Personen, die bereits Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Die Abschätzung bezieht sich auf das Jahr 2010 und beinhaltet Investitionszulagen der Pflegeheime. Würden die Investitionskosten nicht berücksichtigt (und somit als eine Art von Miete betrachtet, welche von vollstationär untergebrachten Pflegeheimbewohner selbst aufgebracht werden müsste), so reduzieren sich die Zuzahlungen auf 9,5 Mrd. Euro pro Jahr.

In den Summen enthalten sind, wie oben diskutiert, auch **Entgelte für Hotelleistungen**, bei denen ähnlich argumentiert werden kann wie bei Investitionszulagen. Auch diese Hotelleistungen, wie etwa Verpflegung, müsste ein Pflegebedürftiger selbst aufbringen, sofern er nicht vollstationär untergebracht wäre. Diese Kosten daher von einer Sozialversicherung tragen zu lassen, kann abgelehnt werden.

Die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung werden in der Pflegestatistik 2009 mit 20,30 Euro pro Tag angegeben in der vollstationären Pflege.²⁹ Aufsummiert über die vollstationär Pflegebedürftigen ergibt sich eine Summe von 5,4 Mrd. Euro bezogen auf das Jahr 2010, mithin also etwas über die Hälfte der verbleibenden Eigenleistungen ohne Investitionszulagen.

Es verbleiben für die vollstationäre Versorgung somit **Mehrausgaben von 4,1 Mrd. Euro pro Jahr für eine Vollversicherung in der Pflege im stationären Bereich, verglichen mit heute.**

Die Abschätzung weist mehrere **Einschränkungen** auf. Die Annahmen über die Zuzahlungen sind eher pauschal ausgewiesen, ebenso wie die Abschätzung resultierenden Anteile darin, welche medizinisch und pflegerisch notwendig und zweckmäßig sind. Letztendlich unterliegen die Ausgestaltungen auch normativen Argumenten, für welche Eigenanteile eine Pflegeversicherung aufkommen sollte. Die **Sensitivität der Ergebnisse** hängt stark ab von der Höhe der Eigenanteile. Werden diese niedriger oder höher angesetzt, ändern sich die Ergebnisse stark, da die Hochrechnung auf 12 Monate einer Hebelwirkung unterliegt.

Abgelehnte Anträge auf Pflegebedürftigkeit

Die obigen Abschätzungen beziehen sich weitestgehend auf **Personen, welche bereits Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten**.³⁰ Nicht enthalten sind somit Personen, welche zwar notwendige Pflege erhalten, diese im Umfang jedoch nicht den Schwellenwert übersteigt, der eine Einstufung in die Stufen der Pflegeversicherung erlaubt. Dies ist

²⁹ Fortgeschrieben mit 2% für zwei Jahre ergeben sich 21,12 Euro pro Tag.

³⁰ Jedoch können auch »Hilfen zur Pflege« als Sozialhilfeleistung bereits in Pflegestufe 0 beantragt werden.

in der Regel der Fall, wenn weniger als 90 Minuten Pflege pro Tag als notwendig angesehen werden.

Diskutiert werden kann, inwieweit die aus der Solidarität einer Sozialen Pflegeversicherung erbrachten Beitragsleistungen auch als »geringfügig« einzustufende Pflegeleistungen bereits abdecken sollte. Auch die **Krankenversicherung** kennt Selbstbehalte, Zuzahlungen und nicht erstattungsfähige Leistungen, deren Effektivität gleichwohl nachgewiesen ist (etwa Erkältungsmittel). Inwieweit daher auch Personen mit geringen zeitlichen Pflegenotwendigkeiten in die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung einbezogen werden sollten, kann letztendlich nur sozialpolitisch entschieden werden.

Personen, welche nicht in eine Pflegestufe 1 bis 3 eingeordnet wurden, bei denen jedoch die Notwendigkeit von Pflege besteht, werden häufig der **Pflegestufe 0** zugeordnet. Bei diesen Personen kann bspw. eine tägliche Pflege von unter 90 Minuten notwendig sein, so dass keine Einstufung in Pflegestufe 1 erfolgt. Als Anhaltspunkt für die Zahl der betroffenen Menschen in Pflegestufe 0 kann die Zahl der nicht bewilligten Anträge auf (mindestens) Pflegestufe 1 gesehen werden. (Tabelle 21)

Im Jahr 2010 wurden demnach 229.632 Anträge abgelehnt. Wird vermutet, dass in diesen Fällen durch die Pflegebedürftigen selbst oder Angehörige durchaus eine Notwendigkeit für Pflege erkannt wurde, die jedoch evtl. unter 90 Minuten pro Tag

liegt, so könnte eine Vollversicherung zur Abdeckung dieser Leistungen Ressourcen vorsehen.

Die **tatsächliche Zahl an Bedürftigen** in dieser Gruppe ist jedoch von mehreren Faktoren abhängig. So kann ein abgelehnter Antrag im Folgejahr nochmals gestellt werden und ist dann evtl. erfolgreich. Eine Aufsummierung von abgelehnten Anträgen über Jahre hinweg ist daher kaum statthaft. Ebenso kann die zu pflegende Person versterben oder aus anderen Gründen keine Pflege mehr benötigen (Kurzzeitpflege).

Eine Aufsummierung der Jahre 2007 bis 2010 ergäbe eine Zahl von rund 900.000 abgelehnten Anträgen, die potentiell eine notwendige Pflege finanziert bekommen würden. Wird ein kürzerer akkumulierter Zeitraum von zwei Jahren zugrunde gelegt und zudem ein Anteil von einem Drittel der Antragsteller, die auch in einer Vollversicherung keine notwendige Pflegeleistungen finanziert bekämen (aus welchen Gründen auch immer), ergäben sich rund 460.000 Anträge bzw. reduziert um ein Drittel etwa 300.000 Pflegebedürftige. Diese Gruppe würde nach dieser Abschätzung einer Pflegestufe 0 zugeordnet sein, in einer Vollversicherung zudem Anspruch auf Leistungen haben.

Dieser Zahl von Pflegebedürftigen kann in einer ersten Abschätzung ein **Bedarf in Höhe von 50 % der Leistungshöhe der Pflegestufe 1** zugeordnet werden. Die Höhe beträgt bei einer ambulanten

Tabelle 21: **Anträge und Bewilligungen auf Einstufung in Pflegestufen**

Jahr	unerledigte Anträge am Jahresanfang	im Jahr gestellte Anträge	im Jahr erledigte Anträge 1)	Davon:			unerledigte Anträge am Jahresende	Bewilligungsquote in % (Sp.4/Sp.3)
				bewilligt	abgelehnt	sonstige Art erl.		
2007	146	889	888	634	216	39	147	71,4
2008	147	906	883	626	222	36	170	70,9
2009	170	903	947	681	228	37	126	71,9
2010	126	945	943	680	230	33	128	72,1

in Tsd.; Jahre 2007-2010; Quelle: BMG.

Versorgung somit für das Jahr 2010 für Pflegegeld 112,50 Euro (225 Euro/2) und für ambulante Pflegesachleistungen 220 Euro (440 Euro/2).³¹

Im Jahr 2010 nahmen in der Pflegestufe I 108 Tsd. Leistungsempfänger Pflegesachleistungen in Anspruch und 680 Tsd. Leistungsempfänger Pflegegeld. Wird dieses Verhältnis von 1:6,3 auf die potentiellen Empfänger der Pflegestufe 0 bezogen, ergäben sich die in Tabelle 22 gezeigten notwendigen Ressourcen.

Die Abschätzung für eine Einbeziehung der Pflegestufe 0 zeigt, dass für das Jahr 2010 etwa 300.000 Personen mit Anspruch auf Leistungen zugrunde gelegt werden können. Diese würden (bei ausschließlich ambulanter Versorgung) Leistungen für 458 Mio. Euro pro Jahr beziehen. Davon entfallen für ambulante Pflegesachleistungen 108 Mio. Euro und für Pflegegeld 350 Mio. Euro.

Kritisch müssen die **Annahmen** über Mengen und Preise (Höhe der Leistungsentgelte) gesehen werden. So können Leistungen auch nur unterjährig in Anspruch genommen werden, es kann auf eine Antragstellung verzichtet werden angesichts der niedrigen Entgelte, es können jedoch auch mehr Anträge gestellt werden, da die Hürden für eine Einstufung in die Pflegestufe gesenkt wurden. Ebenso

können abgelehnte Anträge zur Pflegeversicherung später einen Bezug der »Hilfe zur Pflege« auslösen. Eine Addition von Abschätzungen auf der Grundlage der »Hilfe zur Pflege« mit den Abschätzungen aus abgelehnten Anträgen birgt daher mögliche Überschneidungen. Die Angabe kann daher nur der Orientierung dienen.

Pflegeausgaben in weiteren Sozialversicherungen

Ausgaben im Zusammenhang mit Pflege entstehen auch in anderen Sozialversicherungszweigen. Dass die **medizinische Versorgung** in Zeiträumen der Pflegebedürftigkeit von der Krankenversicherung abgedeckt wird, dürfte dabei unstrittig sein.

Diskutiert werden kann jedoch der umgekehrte Fall, dass Pflegeleistungen über die Krankenkassen finanziert werden, insbesondere über die **häusliche Krankenpflege** nach § 37 SGB V. Diese wird von den Krankenkassen erstattet, sofern eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann (§ 37 Abs. 3 SGB V). Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht, sofern Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt

Tabelle 22: **Abschätzung der Ausgaben für Pflegebedürftige der Pflegestufe 0 in einer Vollversicherung Pflege**

	PS 0 mit potentiell Anspruch	Auszahlung pro Monat in Euro	Summe pro Jahr in Mio. Euro
Ambulante Pflegesachl.	41.117	220,00	108
Pflegegeld	258.883	112,50	350
Summe	300.000		458

Die Anspruchsberechtigten wurden geschätzt anhand der abgelehnten Anträge und einer Verminderung. Die Verhältnisse zwischen ambulanter Pflegesachleistung und Pflegegeld entsprechen den Leistungsempfängern in 2010. Die Auszahlungen entsprechen 50 % der Auszahlungen im Jahr 2010; Eigene Berechnungen für 2010

31 Selbstverständlich können in einer Pflegestufe 0 auch bereits stationäre Leistungen in Anspruch genommen werden. Dies ist jedoch vergleichsweise selten der Fall. Das Statistische Bundesamt weist auf die Zahl von 11.000 Personen hin, die vollstationär versorgt werden, bei denen jedoch (noch) keine Pflegestufe I bis III vorliegt. (Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2009 Deutschlandergebnisse, dort Seite 26)

Tabelle 23: **Ausgaben der GKV für Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege in Mrd. €, Jahre 2004 bis 2009**

Jahr	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ausgaben in Mrd. Euro	1,79	1,95	2,12	2,34	2,61	2,91

Quelle: BMG, KV 45.

wird (§ 37 Abs. 1 SGB V), oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden soll. (§ 37 Abs. 2 SGB V). Häusliche Krankenpflege umfasst Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall.

Die Ausgaben für Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege beliefen sich im Jahr 2010 auf 2,91 Mrd. Euro, dies entspricht einem Anteil an allen Ausgaben der GKV von etwa 1,8 %.³² (Tabelle 23)

Eine Übernahme dieser Pflegekosten in eine Vollversicherung Pflege würde mithin eine Erhöhung der Einnahmen um den entsprechenden Betrag von 2,91 Mrd. € erfordern und eine Absenkung des Betrags in der Krankenversicherung.

Neben den reinen Verschiebeeffekten wäre jedoch auch die Struktur der Antragsteller relevant. Häusliche Krankenpflege können auch Personen beziehen, welche keine Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Inwieweit diese Ausweitung des Kreises der Antragsteller eine Verschiebung der Mittel angeraten sein lässt, kann hier nicht abgeschätzt werden. Deutlich wird jedoch, dass außerhalb der Pflegeversicherung erhebliche Aufwendungen für notwendige und wirtschaftliche Pflege bestehen.

Zusammenfassung

Vorgestellt wurden mehrere Wege zur Abschätzung der benötigten Finanzressourcen einer Vollversicherung in der Pflege. Die Abschätzungen unterschieden

sich im Hinblick auf Datengrundlage, Aggregation und Abgrenzung. Sie können zudem nicht additiv gesehen werden, da dies zu Doppelzählungen führen kann. Bspw. wurde mit Hilfe der SOEP-Daten ermittelt, welche Ausgaben Haushalte mit pflegebedürftigen Personen für privat finanzierte Pflegeleistungen aufwenden. Hierbei wurden auch Leistungen abgefragt, die über die heutige Sozialleistung »Hilfe zur Pflege« abgedeckt werden würden, sofern diese auf alle Haushalte ausgedehnt würde. Die Abschätzungen sollten daher in ihrer Höhe nebeneinander gestellt und diskutiert werden. Zudem beziehen sich die Abschätzungen teilweise auf abweichende Jahre und sind begrenzt auf die Soziale Pflegeversicherung.

Dennoch können die Abschätzung erste Anhaltspunkte liefern, in welche **Größenordnungen eine Vollversicherung in der Pflege** vorstoßen wird. Da eine konkrete Umsetzung (wie oben jeweils vermerkt) weiteren sozialpolitischen Klärungsbedarf benötigt, sind die hier skizzierten Größen als Orientierung hilfreich.

Rothgang (2007) geht bspw. von einer Unterfinanzierung in der Vergangenheit aus, da die Höhe der Zahlungen der Pflegeversicherung nicht an die steigenden Preise für Sachmittel und Personal angepasst wurden (Dynamisierung). Er schätzt einen tatsächlichen Anstieg der Preise in der Vergangenheit von 1,5 %, basierend auf Statistiken des Statistischen Bundesamtes, bei konstanten Versicherungsleistungen.³³ Diese Anhebung wurde in der Pflegeversiche-

³² Angaben des Spitzenverbandes der GKV gemäß KV 45 Statistik. http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/GKV_Kennzahlen_Booklet_Q4_2011-03_02_15951.pdf

³³ Rothgang H. Unterschiedliche Gestaltungs- und Finanzierungskonzepte der Pflegeversicherung. Gutachten für die Hans-Böckler Stiftung. Bremen: 2007. Hier Seite 6.

rung bisher nicht vollzogen, so dass sich ein Finanzierungsstau ergab, der durch Effizienzsteigerungen oder Abbau von Leistungen innerhalb der Pauschalen aufgefangen werden musste. Für die Zukunft geht Rothgang von einer notwendigen Steigerung der Sätze von etwa 2 % aus, die neben den Steigerungen der Kosten auch die Strukturkomponente erfasst.³⁴ Dieser generelle Nachholeffekt wurde von uns in der Abschätzung nicht berücksichtigt.

Die in Tabelle 24 gezeigte Zusammenfassung macht deutlich, dass einige Abschätzungen gute Übereinstimmungen zeigen, andere jedoch noch tiefere Analyse benötigen.

So zeigen im **Bereich der stationären Pflege** die Abschätzungen über die »Hilfe zur Pflege« einen Bedarf von 4,8 Mrd. Euro, die Abschätzungen über die Eigenanteile zur stationären Pflege einen Bedarf von 4,1 Mrd. Euro zur Abdeckung der Eigenmittel in Pflegeheimen (wobei Investitionszulagen und Hotelleistungen zusätzlich voll vom Pflegebedürftigen

getragen werden). Die Abschätzungen liegen mithin vergleichsweise eng beieinander.

Im **ambulanten Bereich** liegen die Abschätzungen über tatsächliche geldliche Leistungen aus der SOEP-Befragung in der Summe bei rund 2,3 Mrd. Euro (inklusive Pflegestufe 0), wohingegen die Abschätzung über die »Hilfe zur Pflege« auf 8,5 Mrd. Euro kommt. Zu vermuten ist hier, dass die aus Befragungen genannten Beträge zu niedrig liegen, da Geldsummen in Befragungen oftmals ungern genannt werden und aus der konkreten Fragestellung auch eine Beschränkung auf die Entgelte für Freunde, Angehörige und Nachbarn abgeleitet werden konnte. Die weitaus höher liegenden möglichen Entgelte für zusätzliche professionelle ambulante Pflegedienste wurden, insbesondere auch wenn sie nicht gleichmäßig über das Jahr hinweg auftraten, eventuell nicht aufgeführt oder es trat Unterversorgung auf. Auch können Haushalte, die ausschließlich aus zu pflegenden Personen bestehen (und somit besonders

Tabelle 24: **Übersicht über die Abschätzungen der zusätzlich benötigten Ressourcen für eine Vollversicherung in der Pflege**

Stichwort und Grundlage der Abschätzung	Summe in Mrd. € pro Jahr	Amb.	Stat.	Pflegestufe 0	Jahr der Daten	Anmerkungen
Hochrechnung aus Hilfe zur Pflege	13,4 Mrd.	√ 8,5 Mrd.	√ 4,8 Mrd.	√	2008	Basierend auf Ausgabenrechnung
Eigenanteile ambulante Leistungen	2,3 Mrd.	√		√	2010	Basierend auf SOEP-Daten
Eigenanteile stationäre Pflege	4,1 Mrd.		√ 4,1 Mrd.		2010	Basierend auf Entgelten ohne Investitionen
Abgelehnte Anträge Pflegestufe 0	0,5 Mrd.			√ 0,5 Mrd.	2010	Basierend auf Zahl der abgelehnten Anträge
Häusliche Krankenpflege	2,9 Mrd.	√	√	√	2009	Basierend auf Ausgabenrechnung

Ein Haken in einem Tabellenfeld zeigt jeweils an, dass die entsprechende Form der Pflege (Ambulant, Stationär, Pflegestufe 0) in der Abschätzungshöhe dieser Zeile enthalten ist. Sofern möglich, wurden neben dem Haken als ja/nein Information auch angegeben, wie hoch die Abschätzung in € ausfällt.

34 Rothgang H. Unterschiedliche Gestaltungs- und Finanzierungskonzepte der Pflegeversicherung. Gutachten für die Hans-Böckler Stiftung. Bremen: 2007. Hier Seite 6.

Tabelle 25: Zusammenführung der Abschätzungen für eine Vollversicherung in der Pflege

Stichwort der Abschätzung	Summe in Mrd. € pro Jahr	Anmerkungen
Ambulante Leistungen	5,4 Mrd.	Von 2,3 Mrd. bis 8,5 Mrd. Euro.
Stationäre Leistungen	4,45 Mrd.	Von 4,1 Mrd. bis 4,8 Mrd. Euro
Zusätzliche Leistungen	0,5 Mrd.	Nur eine Abschätzung
Leistungen aus der Krankenversicherung	2,9 Mrd.	Nur eine Abschätzung
Summe	13,25 Mrd.	

Die Summe in Spalte 2 ergibt sich durch Mittelwertbildung. Wie ausgeführt würde eine Vollversicherung nicht unbedingt diesen Wert ausmachen. Einflussfaktoren auf die Wertigkeit der Alternativen sind wesentlich auch politisch normative Festlegungen, inwieweit berechnete Leistungen in anderen Anspruchsbereichen abgedeckt werden (etwa der Unterstützung von Behinderten). Hinzu kommen natürlich Unsicherheiten der Datenbasis; Eigene Darstellung

hohe zusätzliche Pflegeausgaben aufweisen können) eher nicht an der Befragung teilgenommen haben. Umgekehrt können in den Leistungen der »Hilfe zur Pflege« auch Ausgabenbestandteile verborgen sein, die im Rahmen einer Teilhabe keine Pflegeleistungen im engeren Sinne sind. Nach unserer Definition der Vollversicherung in der Pflege würden diese jedoch den Versicherten zugänglich gemacht und später im Rahmen eines Steuerzuschusses gegengerechnet. Insgesamt vermuten wir daher, dass die benötigten Ausgaben eher im oberen Bereich der beiden Abschätzungen liegen würden.

Für **Pflegebedürftige, die heute noch keine Leistungen erhalten (Pflegestufe 0)** wurde nur eine Abschätzung vorgenommen. Dieser Bereich ist mit einer Höhe von 500 Mio. Euro pro Jahr zudem gegenüber den anderen Posten vergleichsweise niedrig anzusetzen.

Der **Bereich der häuslichen Krankenpflege** kann als eigenständiger Posten gesehen werden, der einen Übergang von der Krankenversicherung zur Pflegeversicherung darstellt.

Um eine Zusammenführung der Abschätzungen zu ermöglichen, wird in Tabelle 25 eine Zusammenführung dargestellt, die ungeachtet der augenscheinlich konkret ausgewiesenen Größen immer im Zusammenhang der Herkunft der Zahlen gesehen werden muss. **Demnach würde eine Vollversiche-**

rung in der Pflege einen Finanzbedarf von etwa 8,85 Mrd. Euro auslösen. Diese Summe ergibt sich aus einer Mittelung der Abschätzungen. Würden die höheren Endpunkte der Schätzungen eingesetzt, ergäbe sich ein Wert von 10,4 Mrd. Euro.

Diskussion Teilkostenversicherung

Die Pflegeversicherung ist von der Politik generell als **Teilkostenversicherung** ausgelegt worden. Dies unterscheidet sie maßgeblich von der Krankenversicherung, in der Leistungen generell in dem Umfang finanziert werden, wie sie für die Versorgung des Patienten zweckmäßig, notwendig und wirtschaftlich sind. Dass auch in der Krankenversicherung durch Zuzahlungen Lasten auf das Einkommen der Versicherten übertragen werden, ist unbestritten. Doch haben diese eher Lenkungscharakter (oder wurden zumeist so begründet).

In der Pflegeversicherung ist dieser Lenkungscharakter von Eigenanteilen jedoch gesondert zu begründen, da die in der Krankenversicherung angestrebte Diskussion um **Informationsasymmetrien** und möglicherweise zu häufig in Anspruch genommene Leistungen in der Pflegeversicherung differenzierter betrachtet werden muss.

Der Lenkungscharakter von Zuzahlungen würde in der Pflegeversicherung ausschließlich **zwischen ambulanter und stationärer Pflege** sinnvoll

einsetzbar sein, nicht jedoch bspw. zur Reduktion der Zahl der Kontakte zu Pflegediensten. Dies würde zudem ein Qualitätsgefälle zwischen ambulanter und stationärer Pflege voraussetzen (oder ein solches Gefälle explizit verneinen), so dass der Gesetzgeber versuchen könnte, den qualitativ besseren Pflegeort zu fördern und den qualitativ schlechteren Pflegeort finanziell zu benachteiligen.

Offenbar ist jedoch eine belastbare Studie zu den **Vor- und Nachteilen der stationären Pflege gegenüber einer ambulanten Versorgung** weder verfügbar noch problemlos methodisch durchführbar. Diese Situation ist vergleichbar mit der Krankenversorgung, wo eine breit angelegte Studie zu Qualitätsunterschieden zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ebenfalls noch aussteht. Dort basieren Empfehlungen bislang auf anekdotischen Berichten, Empfehlungen von Fachgesellschaften und nicht zuletzt ökonomische Überlegungen.

Der vom Gesetzgeber gewünschte Lenkungseffekt beruft sich vor diesem Hintergrund zumeist auf rein **fiskalische Überlegungen**, wonach die für die Sozialversicherung preiswerteren Versorgungsformen bevorzugt werden sollen. Dies würde bedeuten, dass bei gleicher Eignung zur Erzielung einer gewünschten Versorgungsqualität diejenige Versorgungsform bevorzugt wird, welche geringere Kosten für die Pflegeversicherung verursacht. Dies ist in der Regel, bei ungeklärter Evidenz, die ambulante Versorgung.

Aus Sicht der Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen scheint sich jedoch ein Trend hin zu stationärer Unterbringung zu ergeben. Dies bedeutet eine Ausgabensteigerung für die Sozialversicherung auch bei gleichbleibender Pflegestufe. Werden die Kosten der vollstationären Unterbringung zudem aus Steuermitteln (der »Hilfe zur Pflege«) übernommen, kann sich insgesamt ein **Anreiz zur vollstationären Versorgung ergeben**, der oftmals Ursachen im Lebensumfeld der Versicherten hat, jedoch nicht in einer gesellschaftlichen Qualitätsdiskussion. Um dem

zu begegnen, müssen die vollstationären Unterbringungsmöglichkeiten in einer Vollversicherung angepasst werden im Hinblick auf gesteigerte Effizienz (etwa durch Synergien), gesteigerte Qualität und gesteigerte Teilhabe der Bewohner. Wohngemeinschaften, offene Projekte und andere kommunale Lösungen sind hier anzuführen.

Unkritischer zu sehen ist als zweites Argument die **Pauschalierung der Vergütung von Leistungen**. Um den Wirtschaftlichkeitsgedanken umzusetzen und detaillierte (und letztendlich meist ineffektive) Prüfungen beim Leistungserbringer zu vermeiden, können Pauschalierungen eingesetzt werden. Kerngedanke muss jedoch sein, dass die Pauschale in ihrer Höhe dem Anbieter überhaupt erlaubt, eine **Leistung in der gebotenen Qualität** zur Verfügung zu stellen. Pauschalierung darf mithin nicht genutzt werden, um ausschließlich Kosten zu senken, sondern um **Transparenz und Gerechtigkeit** herzustellen. Pauschalen sind dann als problematisch anzusehen, sofern sie mit ungeeigneter Methode oder mangelhaften Daten ermittelt wurden.

Genau dieses Prinzip einer angemessenen Pauschalierung der Entgelte scheint jedoch in der Pflegeversicherung bisher nicht nachprüfbar hinterlegt zu sein. Ein einheitliches Budgetrecht existiert nicht. Auch fehlt in § 14 und § 15 SGB XI der Zusammenhang zwischen Bedürftigkeit und Leistungsentscheidung im Sinne der Herstellung einer Ergebnisqualität.

Das Teilkostenprinzip äußert sich in **Zuzahlungen der Versicherten** oder Angehörigen, bzw. in der vom Gesetzgeber explizit vorgesehenen Übernahme von Kosten durch die Sozialhilfe (»Hilfe zur Pflege«). Wären Pauschalen für die Anbieter der Leistungen auf jeden Fall kostendeckend kalkuliert und würden die Leistungen durch die ärztliche Entscheidung nach Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit zugestanden, **wäre eine Übernahme von Pflegekosten durch die Sozialhilfe nicht mehr nötig**. Ebenso könnten durch Pauschalen die bestehenden regionalen

Unterschiede in den Entgelten abgemildert werden. Eine regionale Anpassung von Pauschalen an die Hauptkostenart in der Pflege, die Personalausgaben, sollte diskutiert werden. Sofern regional abweichende Lohnhöhen vom Pflegeanbieter nicht beeinflusst werden können, diese jedoch erheblichen Einfluss auf die Verfügbarkeit von ausgebildetem Personal haben, muss eine Anpassung von Pauschalen an die durch Lohnhöhen verursachten Mehr- oder Minderkosten geprüft werden.

Geprüft werden kann darüber hinaus, ob die Bemessung der Pflegesätze in Pflegeheimen in sich eine **methodische Herausforderung** darstellt. Die wirtschaftliche Übernahme durch die Pflegeversicherung könnte dann insgesamt gefährdet sein, wenn die Gefahr eines **Selbstkostendeckungsprinzips** droht und eine Vollversicherung hier unwirtschaftlichem Handeln Vorschub leistet. Rothgang et al (2004) führen aus, dass die Bemessung der Pflegesätze in Pflegeheimen vielfältigen Unzulänglichkeiten unterliegt.³⁵ Grundlegend scheint zu sein, dass der Zusammenhang zwischen **Qualität der Pflege** in einem konkreten Heim und der **geforderten Pflegesätze** für den (privaten) Zahler nicht immer erkennbar oder begründbar ist und bei der Festsetzung der Pflegesätze auch kaum Beachtung findet. Ähnliche verhält sich die Situation auch in Krankenhäusern, wo staatliche Rahmenvorgaben (Prozesse zur Findung der Entgelte für Fallpauschalen) eingeführt wurden, ohne dass qualitative Überlegungen explizit Berücksichtigung fanden. Im Pflegebereich existieren jedoch weder die institutionellen Voraussetzungen einer Verhandlungsoption (Pflegekassen als Stellvertreter der Pflegenden) noch genügend differenzierte, evidenzbasierte Standards der Pflege mit hinterlegten Kostenkalkulationen. Systeme, welche generell eine

Pauschalierung der Vergütung erlauben, existieren hingegen bereits seit Jahrzehnten.³⁶

Letztendlich können Intransparenz und hoher Entscheidungsdruck dazu führen, dass der Eigenanteil der Bewohner oder deren Angehörigen nicht einem **tatsächlichen Mehrwert** entspricht, sondern Ineffizienzen oder auch einem Entgelt für reine Serviceleistungen, die zwar wünschbar sind, nicht jedoch in den Bereich einer Pflegeversicherung fallen mit dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit. Die Beschränkung der Pflegesätze auf den Bereich der Finanzierung von Unterbringung und Verpflegung ist eine weitere wichtige Einschränkung. Dass auch bauliche Investitionen und Infrastruktur nicht nur zur Zufriedenheit, sondern auch zur Qualität der Pflege **beitragen können, dürfte jedoch unbestritten sein. Hier müsste eine sinnvolle Abgrenzung geschaffen werden.**

Ein drittes Argument für das derzeitige Teilkostenprinzip könnten abgeleitet werden aus dem damit verbundenen verstärkten **Wettbewerb der Anbieter** untereinander. Die Preissensitivität der Nachfrager (der Pflegebedürftigen) führt in der Theorie des Wettbewerbs dazu, dass die Effizienz des Gesamtmarktes erhöht wird. Ein solcher funktionierender Wettbewerb setzt jedoch **Transparenz und Wahlfreiheit** voraus. Beides ist im Pflegemarkt nicht zwangsläufig gegeben. Angaben über die **Qualität** der ambulanten und stationären Dienste sind weiterhin nur bruchstückhaft vorhanden. Die regionale Entscheidung für einen Anbieter begrenzt die Wahlfreiheit. Die fehlende Transparenz führt dazu, dass Qualität als ein Wettbewerbsparameter wahrgenommen wird, der auch nach unten korrigiert werden kann, indem durch die Lohngestaltung und die Qualifizierung der Mitarbeiter Kosten eingespart werden.

35 Rothgang H, Wasem J, Greß S. Vergütungsfindung im stationären Pflegebereich. Gutachten für die Enquetekommission »Situation und Zukunft der Pflege in NRW«. Bremen/ Essen: 2004.

36 Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a Case-Mix Measure for Nursing Homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). Medical Care 1994;32(7):668-685.

Ebenfalls kann als viertes Argument die »**Bagatellpflege**« im Zusammenhang mit einer Teilkostenversicherung aufgegriffen werden. Liegt der Pflegeaufwand unter einem Zeitlimit von 90 Minuten am Tag, werden keine Leistungen von der Pflegeversicherung ausgelöst. Ähnliche Mechanismen gibt es in der Krankenversicherung, wo Arzneien für Bagatellkrankungen nicht (mehr) erstattet werden. Jedoch liegt der Schwerpunkt einer Vollversicherung nicht auf der Übernahme dieser Bagatellpflege, sondern in der Finanzierung von regelhaften privaten Zuzahlungen bei höheren Pflegestufen. Zudem ist die Beantragung und öffentliche Finanzierung von Kurzzeitpflege primär ein organisatorisches Problem, weniger ein Finanzproblem.

Diskussion Moral Hazard Verhalten – Verzerrungen aus einer Vollversicherung

Mit **Moral Hazard Verhalten** wird vereinfacht ausgedrückt, dass Personen womöglich mehr Leistungen nachfragen, sofern eine Versicherung für die Kosten der Leistungen aufkommt und nicht mehr der Versicherte selbst. Moral Hazard Verhalten kann **vor Eintritt des Schadensfalles** (hier also der Pflegebedürftigkeit) auftreten (Ex ante Moral Hazard) oder **nach Eintritt des Schadensfalles** (Ex Post Moral Hazard).

Die Überlegung des ex ante Moral Hazard, dass ein Individuum sich über seine Lebensspanne leichtfertig verhält, da bei Eintritt seiner Pflegebedürftigkeit die Pflegeversicherung Teile oder gar die gesamten Kosten der Pflegebedürftigkeit übernimmt, soll hier nicht untersucht werden. Relevanter scheint das Argument des ex post Moral Hazard sein, wonach Individuen oder deren Angehörige in einer Vollversicherung nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit mehr Pflegeleistungen abrufen, als sie es heute in einer Teilkostenversicherung tun bzw. tun würden.

Die Einordnung des Phänomens Moral Hazard ist unter quantitativen Gesichtspunkten schwierig. Eine **Ausweitung der Nachfrage** (auch eventuell unterstützt aufgrund einer eigennützigen Beratung durch Anbieter der Leistung, d.h. Anbieter-induzierter Nachfrage) kann auch auf einer **Behebung von Unterversorgung** beruhen. In der Krankenversicherung verläuft die Diskussion um die konkrete Abschätzung von Moral Hazard Phänomenen regelmäßig ohne Ergebnis, da sich ein Verhalten der Nachfrager ohne Versicherung nicht mehr nachbilden lässt.³⁷

In der Pflegeversicherung stellt sich die Situation durch die derzeitige Teilübernahme von Kosten zudem abweichend dar. Die Leistungsanspruchnahme mit voller Übernahme der Kosten durch die Pflegebedürftigen oder deren Angehörige kann als Ausdruck echter Nachfrage verstanden werden, die weitgehend frei von Moral Hazard Überlegungen oder Anbieter-induzierter Nachfrage geäußert wird. Auch wenn die Anordnung der Leistungen nicht grundsätzlich einer kompetenten pflegerischen oder ärztlichen Einschätzung unterliegt, kann von einem Bedarf ausgegangen werden, der sich auf die Kriterien der Notwendigkeit zurückführen lässt.

Insgesamt scheint Moral Hazard in seiner reinen Form derzeit ein wenig relevantes Problem für die Wirtschaftlichkeit einer Vollversicherung in der Pflege darzustellen. Vielmehr kann argumentiert werden, dass aus der Struktur der Einkommen der von Pflegebedürftigkeit betroffenen Haushalte sogar eher eine Unterversorgung vorliegt. In einer Vollversicherung muss der Pflegebedarf die Menge an Leistungen bestimmen, nicht subjektiver Wunsch der Betroffenen oder Anbieter. Dies gilt gleichermaßen für ambulante und stationäre Leistungen.

³⁷ Das Experiment der Gruppe um Newhouse mag hier als ein US-amerikanisches Beispiel dienen, welches heute kaum wiederholbar erscheint. Newhouse JP. Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. RAND 1993.

Diskussion Steuerung einer Vollversicherung

Unabhängig von der Wahrscheinlichkeit eines Moral Hazard Verhaltens muss entschieden werden, welche Institution mit welchen Instrumenten die Steuerung innerhalb einer Vollversicherung übernimmt. Eine solche Steuerung erfolgt natürlich auch dann, wenn keine expliziten gesetzlichen Regelungen getroffen werden (dann meist über den Markt bzw. die Zahlungsbereitschaft). Sollen Moral Hazard oder andere Formen des Marktversagens in einer Vollversicherung minimiert werden, ist jedoch eine explizite Steuerung vorzusehen. Generell existieren mehrere Formen der Steuerung:

- **Steuerung über den Markt bzw. die Zahlungsbereitschaft:** Diese Steuerung ist immer dann zu bevorzugen, wenn die Märkte transparent sind (bspw. kann Qualität erkannt und honoriert werden), die Folgen des Marktergebnisses kaum relevant sind für gesellschaftliche Überlegungen von Gerechtigkeit, und ethische Belange kaum berührt werden. Alles dies ist im Markt für Pflegeleistungen kaum gegeben. Gerade deshalb soll die Vollversicherung explizit die heute in Teilen vorherrschende Steuerung über die Zahlungsbereitschaft und Zahlungsfähigkeit beseitigen. Eine Steuerung über den Markt scheidet in einer Vollversicherung daher aus.
- **Steuerung über Evidenz:** Insbesondere die Krankenversicherung setzt zunehmend darauf, dass wissenschaftliche Studien Belege über die Wirksamkeit erbringen müssen, bevor Therapien oder Programme dauerhaft umgesetzt werden. Die Evidenzlage ist im Bereich der Pflege jedoch noch schlechter als im Bereich der kurativen Medizin. Kurzfristig ist auch keine verbesserte Datenlage zu erwarten. Eine alleinige Steuerung über Evidenz ist daher nicht praktikabel, könnte jedoch angestrebt werden.

- **Steuerung über eine neutrale Stelle:** Der Übergang von einem subjektiven Nutzenbegriff des Individuums zu einer objektiven Festlegung des Nutzens durch eine neutrale Stelle wird ebenfalls in der Krankenversicherung häufig eingesetzt, dort insbesondere über den Gemeinsamen Bundesausschuss. Dieser legt für die Gemeinschaft der Versicherten fest, was gut für diese ist. Ein entsprechendes neutrales, dem Gemeinwohl verpflichtetes Gremium müsste für die Pflege erst noch gebildet werden. Zudem hat sich gezeigt, dass die Selbstverwaltung in der Krankenversicherung in organisatorischen Fragen und Prozessfragen weitaus häufiger Erfolge der Einigung aufweist als in Fragen der Finanzierung und Verteilung. Somit müsste auch eine neutrale Stelle letztendlich über eine Entscheidungsinstanz verfügen.
- **Steuerung über Normen:** Jeglicher Verzicht auf eine formale Steuerung, bei gleichzeitiger weiter Öffnung des Zugangs zu Leistungen über die Sozialversicherung ist ebenfalls möglich. Dies erfordert von der Gesellschaft ein Maß an Toleranz, bzw. das Vertrauen auf die dann oftmals wirkenden indirekten sozialen Kontrollen. Auch diese Steuerung erfolgt bereits in anderen Sozialversicherungszweigen, indem Verhaltensweisen missbilligt werden – andererseits jedoch umgekehrt auch potentiell schädliche Verhalten wie Rauchen oder Risikosport von der Gesellschaft solidarisch in ihren Folgen finanziert werden.

Es besteht Forschungsbedarf, welche Steuerungsart in einer Vollversicherung angemessen ist und wirksam. Eine alleinige Steuerungsart wird kaum anzustreben sein, bereits die Beispiele anderer Sozialversicherungszweige zeigen, dass eine Mischung am ehesten zum Ziel führen dürfte.

Weitere Bausteine einer Vollversicherung in der Pflege

Die obigen Ausführungen beziehen sich auf eine **aggregierte Abschätzung** des Finanzbedarfs für eine **Vollversicherung in der Pflege**. Es handelt sich vorwiegend um **Mengeneffekte**, das heißt die existierenden Angebote der ambulanten und stationären Pflege werden **häufiger erbracht oder abweichend finanziert** – einerseits für **erweiterte Personengruppen**, andererseits in **größerem Umfang für bereits heute versorgte Personengruppen**.

Eine parallel dazu verlaufende Diskussion sieht jedoch vor, dass nicht nur **Mengeneffekte**, sondern auch **Qualitätseffekte** betrachtet werden sollten. Öffentlich finanzierte Leistungen müssen demnach einen Nachweis für Qualität der Versorgung erbringen. Der ungesteuerte Einsatz zusätzlicher Mittel würde abgelehnt zugunsten einer **gezielten Verbesserung der Pflegesituation**. Zwei Bereiche sind aus der gegenwärtigen Diskussion besonders hervor zu heben:

- **Neudefinition der Pflegebedürftigkeit:** Insbesondere die Ausweitung der Pflegeversicherung auf dementiell Erkrankte wurde hierbei bereits untersucht.³⁸
- **Verbesserung der Ausbildung und Tarifstruktur für Beschäftigte in der Pflege:** Qualifikation und Attraktivität von Pflegeberufen müssen gewährleisten, dass Personalengpässe vermeiden werden.

Nicht weiter eingegangen werden soll auf die Mengeneffekte, die sich aus dem Demografischen Umbau ergeben.^{39, 40, 41}

Neudefinition der Pflegebedürftigkeit

Derzeit liegt **Pflegebedürftigkeit** vor, sofern die Begutachtung der betreffenden Person durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDS) eine solche Bedürftigkeit feststellt. Zur Umsetzung wurden die »Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches« festgelegt und fortgeschrieben. In Kapitel D 4.0 führen die Richtlinien aus, dass »als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI Antragsteller [gelten], 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 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.« Weiter wird ausgeführt, dass Ursachen der Pflegebedürftigkeit Krankheiten oder Behinderungen sein müssen. Ausschlaggebend für eine Bestimmung der Pflegebedürftigkeit ist zudem nicht die Schwere einer Erkrankung, sondern die individuelle, konkrete Beeinträchtigung der Aktivitäten.⁴²

38 Zur Epidemiologie siehe bspw. Robert Koch Institut, Statistisches Bundesamt. Altersdemenz. Heft 28. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2005.

39 Siehe etwa für eine Abschätzung der Pflegezahlen für Nordrhein-Westfalen auch mit methodischen Hinweisen: Rothgang H. Demografischer Wandel und Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen. Gutachten für die Enquete-Kommission »Situation und Zukunft der Pflege in NRW«. Bremen: 2004.

40 Statistisches Bundesamt. Demografischer Wandel. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Heft 2, Ausgabe 2010.

41 Rothgang H. Unterschiedliche Gestaltungs- und Finanzierungskonzepte der Pflegeversicherung. Gutachten für die Hans-Böckler Stiftung. Bremen: 2007.

42 GKV-SpiK, MDS. Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Berlin: 2009.

Eine **Neudefinition der Pflegebedürftigkeit** wurde wesentlich geprägt durch das Gutachten »Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs«, vergeben durch das Bundesministerium für Gesundheit, veröffentlicht im Januar 2009.⁴³ Als zentral wurde dabei der Perspektivwechsel gesehen: »Die Abkehr von einem an den Defiziten und am Unvermögen orientierten Bild des pflegebedürftigen Menschen hin zu einer Sichtweise, die das Ausmaß seiner Selbstständigkeit erkennbar macht.« Dies erfordert nicht nur neue Messinstrumente zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, sondern stellt auch gesellschaftspolitisch eine Abkehr der Abdeckung von reinen haushaltsbezogenen Leistungen und eine Abkehr von der Einheit Zeit als zentralem Faktor der Einschätzung für erforderliche Unterstützung dar.

Der Grad der Selbstständigkeit soll die Messung der notwendigen zeitlichen Unterstützung ersetzen. Entwickelt wurde im Rahmen des Gutachtens ein neu konzipiertes Bewertungsassessment, welches fünf Bedarfsgrade zuweisen kann. Insbesondere für dementiell Erkrankte dürfte es zu einer abweichenden Einstufung kommen gegenüber heute.

Die **Gruppe der dementiell Erkrankten** wird daher oftmals als zentral für die Abschätzung der Auswirkungen des neuen Pflegebegriffs heraus gestellt. Im Jahr 2002 wurden im Rahmen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes bereits erste Anpassungen für die Leistungen an Demente vereinbart, ohne jedoch auf die generelle Neudefinition von Pflegebedürftigkeit einzugehen. Weitere Verbesserungen sind geplant und umgesetzt worden.

Das **Gutachten des Beirats des Bundesministeriums für Gesundheit**, welcher den Pflegebegriff diskutierte und Vorschläge unterbreitete, betont, dass sich die Umsetzung des neuen Pflegebegriffs und des zugehörigen Assessments auch ohne Ausgabensteigerung umsetzen lässt. Gleichzeitig wird

jedoch auch darauf verwiesen, dass Absenkungen von Leistungen nicht befürwortet werden können.⁴⁴ Die kostenneutrale Umsetzung mit einer reinen Umverteilung zwischen Gruppen von Betroffenen (welche de facto Absenkungen der Auszahlungen oder Leistungen für Teilgruppen bedeuten müssten), wird denn auch von keiner Forschergruppe weiter verfolgt oder als realistisch eingeschätzt.

Eine quantitative Abschätzung der monetären Folgen des neuen Pflegebegriffs erfolgt durch ein zuleitendes Gutachten des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen (ZeS) an den Beirat und eine Diskussion innerhalb des Gutachtens des Beirats. Entscheidend für die Abschätzung ist dabei das Instrument des Bewertungsassessments. Grundlegend für dieses Instrument ist, dass es ein Kontinuum an Werten (Scores) den untersuchten potentiell Pflegebedürftigen zuweist. Je nachdem, ab welchem Score eine Auszahlungen und Anspruch auf Leistungen durch die Pflegeversicherung entsteht, können die (zusätzlichen) Kosten höher oder niedriger ausfallen.

Der Score aus dem neu entwickelten Bewertungsassessment kann Werte zwischen 0 und 100 annehmen. Auch kann der Übergang in höhere Bedarfsgrade (von insgesamt 5 Bedarfsgraden) abhängig von Scores variiert werden. Deutlich wird daran, dass die Neudefinition des Begriffs nicht unmittelbar eine Lösung der Finanzierung anbietet, sondern vollständig getrennt davon zu sehen ist: Aus einer ermittelten **Beeinträchtigung der Selbstständigkeit** kann nicht unmittelbar auf den **erforderlichen Finanzbedarf der Behebung dieser Beeinträchtigung abgeleitet werden**.

Je nach Variierung der Übergänge kommt der Beirat dabei zu einer Mehrbelastung der Pflegeversicherung zwischen 0 € und 3,4 Mrd. € pro Jahr. Die unteren Abschätzungen gingen dabei explizit von

43 BMG. Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: 2009.

44 BMG. Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: 2009, hier Seite 78f.

einer Kostenneutralität aus, somit von einer Umverteilung der Mittel und einer Leistungseinschränkung für einzelne Gruppen. Dieses Szenario wird überwiegend als nicht realistisch bezeichnet. Sollen also keine Leistungseinschränkungen gegenüber dem hergebrachten Pflegebegriff vorgenommen werden, scheiden diese Szenarien aus, sofern wie voraus gesagt insbesondere dementiell Erkrankte mit einer verbesserten Bewertung im Assessment rechnen können.

Im Bericht des Beirats werden Szenarien diskutiert, die von 1,96 Mio. Leistungsempfängern nach dem gültigen Pflegebegriff ausgehen, die Leistungsausgaben von 17,8 Mrd. € erhalten.⁴⁵ Je nach gerechneter Variante erhalten zwischen 1,84 Mio. und 2,02 Mio. Personen Leistungen nach dem neuen Pflegebegriff.

Die Kosten werden je nach Szenario zwischen plus 0,45 Mrd. € und plus 3,6 Mrd. € für die Pflegeversicherung liegen. Gegengerechnet werden müssten Minderausgaben der Sozialhilfeträger, die bei der Versorgung von Menschen mit Behinderung entstehen, die durch den neuen Pflegebegriff besser von der Pflegeversicherung erfasst und finanziell versorgt werden. Wesentlich für die Schwankungen der Abschätzungen ist die bereits erwähnte Festsetzung des Schwellenwertes aus dem Assessment, welcher die Stufe des Bedarfsgrades und damit die Höhe der Leistungen auslöst.

Ergänzend zu diesen Szenarien wurde im Gutachten des Beirats untersucht, welche **Gruppen, die bisher keine Antragstellung in der Pflegeversicherung unternahmen**, von einer Neufassung des Pflegebegriffs profitieren können. Dies sind insbesondere Personen ohne bisherige Erfolgsaussichten einer Antragstellung sowie Personen, die in Einrichtungen

der Hilfe für behinderte Menschen leben. Für die Pflegeversicherung ermittelt das Gutachten, dass diese Ausgaben etwa 400 Mio. € ausmachen können, allerdings auf unsicherer Datenbasis.

Rothgang et al. (2008) haben in ihrem ergänzenden Gutachten zu den finanziellen Auswirkungen die Angaben nochmals differenziert.⁴⁶ Demnach würden bei einem neuen Bewertungsassessment rund 20.000 Personen weniger als heute ambulante Leistungen erhalten, jedoch 80.000 Personen mehr als heute stationäre Leistungen. Neben diesem Mengeneffekt ermitteln die Autoren einen Struktureffekt, da innerhalb der Leistungsarten auch abweichende Einstufungen erfolgen können. Dieser Struktureffekt wird in seinen finanziellen Auswirkungen als bedeutender eingeschätzt als der reine Mengeneffekt.

Nicht alle diese Ausweitungen werden je nach Ausgestaltung von den Pflegekassen unmittelbar zu tragen sein, sondern teilweise von den Bewohnern bzw. zu Pflegenden selbst oder aber von den Sozialkassen, sofern eine finanzielle Überforderung der Betroffenen eintritt. Hier soll jedoch explizit argumentiert werden, dass auf einem Weg zu einer Vollversicherung die Übernahme der Kosten durch die Pflegekasse erfolgt.

Abschätzungen zur Anzahl der von neuem Pflegebegriff Betroffenen und den sich ergebenden Verschiebungen finden sich auch im Gutachten von Rothgang (2008).⁴⁷ Die dort skizzierten Zahlen haben den Vorteil einer empirischen Fundierung anhand einer vor Ort erhobenen Einschätzung bzw. Assessments. Allerdings sind die Fallzahlen vergleichsweise gering mit 242 Teilnehmern aus dem Gebiet Westfalen-Lippe. Eine Hochrechnung auf die Bundesrepublik ist daher mit Unsicherheiten verbunden.

45 BMG. Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: 2009, hier Seite 57f.

46 Rothgang H, Holst M, Kulik D, Unger R. Ergänzungsprojekt zum Modellprojekt »Entwicklung und Erprobung eines neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit«. Bremen: 2008.

47 a.a.O.

Weiter wurde von Rothgang et al. (2008) untersucht, wie groß die Gruppe der Personen ausfallen kann, die bisher keine positive Entscheidung über Leistungsbezug haben (»Pflegestufe 0«) und nach dem neuen Pflegebegriff jedoch Anspruch haben könnten. Basierend ebenfalls auf empirischen Daten ermitteln Rothgang et al., dass Ausgaben der Pflegeversicherung von rund 412 Mio. € erwartbar sind, wobei unterstellt wird, dass diesen Personen vorwiegend ambulante Leistungen zukommen und sie niedrige Einstufungen erhalten. Würden stationäre Leistungen verstärkt in Anspruch genommen oder auch höhere Einstufungen erreicht, so können die Abschätzungen nochmals stark steigen.⁴⁸ Die Angabe ging letztendlich auch in das Gutachten des Beirats ein.

Die Abschätzungen des Finanzbedarfs aus einer Neuformulierung des Pflegebegriffs sind insgesamt extrem heterogen und unterliegen vielen Annahmen der Gutachter. **Es scheint sich eine Spannweite von 2,0 Mrd. € bis 3,5 Mrd. € pro Jahr für die Mehrausgaben der Pflegeversicherung aus der Neudefinition des Pflegebegriffs abzuzeichnen.**

In dieser Abschätzung sind enthalten Mehrausgaben für an Demenz Erkrankte als auch Mehrausgaben für potentiell Pflegebedürftige, die bisher keinen Antrag gestellt haben oder keine Aussicht auf eine Pflegestufe hatten. Somit überschneiden sich diese Abschätzungen mit den oben ermittelten Werten für eine Vollversicherung in der Pflege.

Verbesserung der Ausbildung und Tarifstruktur für Beschäftigte in der Pflege

Pflege lebt wesentlich von motivierten und qualifizierten Menschen, welche die Leistungen erbringen. Umgekehrt machen **Personalkosten** rund 70 % der Gesamtkosten in der (stationären) Pflege aus. Gewollte Einsparungen gehen damit häufig zu Lasten

des größten Kostenblocks, den Personalkosten, und laufen so Gefahr, die **Qualität der Pflege** zu gefährden. In der Praxis kann die objektive Qualität der Pflege nur ungenau und unter großen methodischen Herausforderungen gemessen werden.

Für die Personalausstattung in der **stationären Langzeitpflege** sind Pflegesatzverhandlungen zwischen den Verbänden der Leistungsanbieter sowie den Kostenträgern (Pflegekassen) von entscheidender Bedeutung. In Rahmenverträgen (§ 75 SGB XI bzw. § 86 Abs. 3 SGB XI) sollen Mengengerüste für die Vollstellen pro zu versorgende Pflegebedürftige (Heimbewohner) vereinbart werden. Das Verfahren kann dazu führen, dass zwischen Ländern erhebliche Abweichungen der Personalmengengerüste auftreten können. Da sich andererseits die Auszahlungen der Pflegeversicherung nach Ländern nicht unterscheiden, besteht eine Diskrepanz zwischen finanzieller Ausstattung, regional vorgeschriebenem Personalschlüssel und auch Lohnhöhen. Ein erstes Ziel wäre somit, überhaupt eine realistische Abbildung des Personalbedarfs für eine gute und sichere Pflege zu bekommen.

In der **ambulanten Pflege** ergibt sich eine ähnliche Situation. Jedoch werden hier nicht Personalkennziffern verhandelt, sondern unmittelbar Leistungspauschalen. Verhandlungspartner sind hier die Gruppen der Kostenträger (Pflegekassen) und die einzelnen Anbieter von Leistungen. Über die Festlegung von Punktzahlen und Punktwerten werden definierten Leistungspaketen Preise bzw. Erlöse zugeordnet. Auch hierbei ergeben sich regionale Unterschiede zwischen Bundesländern, die teilweise erlauben, dass für gleiche Eurobeträge doppelt so viele Leistungen erbracht werden (müssen). Dies führt entweder dazu, dass die Qualität der Leistungen sinkt oder aber dass der Umfang der Leistungen reduziert werden muss.

⁴⁸ Rothgang H, Holst M, Kulik D, Unger R. Ergänzungsprojekt zum Modellprojekt »Entwicklung und Erprobung eines neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit«. Bremen: 2008:38

Neben dem diskutierten Umfang des Personaleinsatzes muss auch die derzeitige **Anreizsetzung für die Qualifizierung des Personals** kritisch hinterfragt werden. Der Gedanke, dass Pflege weitgehend eine Tätigkeit ist, die insbesondere Frauen praktisch aus sich selbst heraus beherrschen können, ist immer noch weit verbreitet. Besser ausgebildete Pflegekräfte können ein breiteres Aufgabenspektrum übernehmen und so andere Berufsgruppen, andere Sozialversicherungen und nicht zuletzt Angehörige entlasten. Zudem kann die Lebensqualität sowohl der zu betreuenden Personen als auch der Pflegekräfte steigen.

Verschiedene Aspekte einer verbesserten Ausbildung und Arbeitssituation in Pflegeberufen werden in der Literatur diskutiert:

- **Ausbildung und Qualifikation:** Die Ausbildung in Pflegeberufen muss attraktiver werden. Eine teilweise Bezahlung von Schulgeld durch die Auszubildenden für die theoretische Ausbildung vermindert die Attraktivität des Berufs. Umschulungen sollten bei bestehendem Arbeitskräftemangel finanziell gefördert werden. Die praktische Ausbildung muss zwischen Ausbildungsbetrieben finanziell ausgeglichen werden, um Schieflagen zwischen ausbildenden und später nachfragenden Betrieben zu vermeiden. Die Ausbildung muss prinzipiell auch Perspektiven für Leitungsfunktionen und spätere akademische Abschlüsse ermöglichen. Die Vergütung muss tariflich abgesichert sein und dem Stellenwert entsprechen, den die Gesellschaft einer würdigen und qualitätsgesicherten Pflege zumisst.
- **Einhaltung von Personaldichten:** Die Personaldichten müssen empirisch eine gute Pflege zulassen. Zudem muss sichergestellt sein, dass die Personaldichten auch eingehalten werden. Sie müssen nicht als Richtwert, sondern als Unterwert gelten.
- **Reha vor Pflege:** Durch Rehabilitation kann die Mobilität und Gesundheit der Pflegebedürftigen im Alltag verbessert werden und Erkrankungen aufgehalten werden. Rehabilitation erfordert Zeit und Engagement. Soll der Grundsatz der Rehabilitation vor (stationärer) Pflege umgesetzt werden, muss im häuslichen Bereich bereits mit Rehabilitation begonnen werden. Dies erfordert spezielle Ausbildungen und auch finanzielle Möglichkeiten.

Tabelle 26: **Pflegebedürftige und Pflegekräfte; Jahr 2009 und Abschätzung 2030.**

	2009	2030
Pflegebedürftige gesamt	2.34 Mio.	2.9 Mio.
in der Häuslichkeit versorgt	1.69 Mio.	1.81 Mio.
allein durch Angehörige versorgt	1.07 Mio.	1.03 Mio.
Angehörige und ambulante Pflegedienste	550.000	775.000
Beschäftigte in der ambulanten Versorgung (Vollzeitäquivalente)	177.000	231.000
in Heimen vollstationär versorgt	717.000	1.09 Mio.
Beschäftigte in Heimen (Vollzeitäquivalente)	453.000	657.000
Pflegekräfte in der Häuslichkeit	115.000	Keine Angabe

Quelle: Destatis

Bereits 2001 wies Rothgang darauf hin, dass durch den gewollten oder ungewollten Rückgriff auf die **Pflege durch Angehörige oder Ehrenamtliche (Laienpflege)** erhebliche Einsparungen in der Pflegeversicherung erzielt werden können.⁴⁹ Wird diese Laienpflege nicht oder nicht ausreichend bezahlt, sinken zwar die Ausgaben gegenüber einer professionellen Pflege, doch scheint diese Sichtweise verengend. Auf lange Sicht wird dieser ungesteuerte Einsatz von für die Pflege unqualifizierten Angehörigen zu Defiziten in der Qualität der Versorgung führen.

Tabelle 26 gibt einen Überblick über die Abschätzungen des Statistischen Bundesamtes zur **Entwicklung der Pflegebedürftigen und der Beschäftigten in Pflegeberufen**. Demnach ist durchweg mit einer zukünftigen Steigerung zu rechnen, die sich aus dem demografischen Umbau der Bevölkerung ergibt.⁵⁰ Wesentlicher Aspekt der Ausarbeitung ist jedoch der Wandel der **Struktur der benötigten Pflegepersonen**. Es wird davon ausgegangen, dass sowohl mehr Menschen in der Häuslichkeit versorgt werden als auch mehr Menschen in Pflegeheimen. Der Anstieg der stationären Pflege in Heimen soll prozentual jedoch stärker ausfallen. Dies bedeutet eine Ausweitung des Bedarfs an qualifiziertem Pflegepersonal.

Das Robert Koch Institut (RKI) machte im Jahr 2009 darauf aufmerksam, dass es keine genauen Angaben zu den **privat pflegenden Personen in Deutschland** gibt.⁵¹ Ihre Zahl wird weder regelmäßig erfasst, noch abgegrenzt. Auf die Prob-

lematik der ebenfalls notwendigen **Abgrenzung von hauswirtschaftlicher Hilfe und pflegender Hilfe** wurde bereits mehrfach hingewiesen. Das RKI verweist auf ein Gutachten mit Daten aus dem Jahr 1998, dass rund 1,2 Mio. private Hauptpflegepersonen in Deutschland tätig sind. Das RKI geht davon aus, dass diese Zahl eher als zu niedrig angesetzt ist, da »teilweise bis zu vier Hilfspflegepersonen um eine Pflegebedürftige bzw. einen Pflegebedürftigen kümmern.«⁵²

Unsere Ausarbeitung ab Seite 19 zeigte, dass rund 1,6 Mio. Haushalte mindestens eine pflegebedürftige Person aufweisen (Tabelle 4). In diesen Haushalten benötigen etwa zwei Drittel der Pflegebedürftigen auch Hilfe bei einfachen Tätigkeiten. (Tabelle 5). Die sich daraus ergebende Zahl von 1,0 Mio. Haushalten mit Pflegebedürftigen, die auch Unterstützung benötigen, stützt die älteren Abschätzungen des RKI auf niedrigerem Niveau.

Die angespannte Personallage hat die Pflege in Pflegeheimen mit der **Pflege in Krankenhäusern** gemein. Auch dort wird von wachsender Verdichtung, Überlastung und zunehmender Sorge vor Qualitätsmängeln berichtet.⁵³ Das Statistische Bundesamt zitiert aus der Erhebung im Rahmen des Mikrozensus 2007, der unter Pflegekräften im Krankenhaus durchgeführt wurde. Demnach sind dort mehr Fehltag festzustellen als bei anderen Berufen im Krankenhaus und der Allgemeinbevölkerung, höhere körperliche Belastungen aus der Arbeit und mehr stressbedingte Belastungen (Tabelle 27).⁵⁴ »Der Krankenstand in den Pflegeberufen liegt deut-

49 Rothgang H. Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte. Endbericht für eine Expertise für die Enquete-Kommission »Demographischer Wandel« des Deutschen Bundestages. Bremen: 2001.
 50 Destatis. Krankenpflege - Berufsbelastung und Arbeitsbedingungen. 18. August 2009. Aufgerufen im Nov 2011. http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2009__08/2009__08Belastung,templateId=renderPrint.psm#Link1
 51 RKI. Beschäftigte im Gesundheitswesen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 46. 2009: hier Seite 35.
 52 a.a.O.
 53 Isfort M, Weidner F. et al. Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln:2010.
 54 http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2009__08/2009__08Belastung,templateId=renderPrint.psm#Link2
 55 RKI. Pflege. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2004: hier Seite 41.

Tabelle 27: **Hauptbelastungsfaktoren bei der Arbeit, Jahr 2007.**

	Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Pfleger	Gesundheitsdienstberufe	Gesamtwirtschaft
Zeitdruck und Arbeitsüberlastung	33,2 %	24,3 %	14,5 %
Schwierige Körperhaltungen, Bewegungsabläufe oder Hantieren mit schweren Lasten	34,7 %	14,8 %	7,3 %

Die Angaben der Befragten beziehen sich auf die letzten zwölf Monate vor der Befragung; Quelle: Destatis, 2009 (dort über Mikrozensus)

lich über dem Gesamtdurchschnitt aller Berufsgruppen. Pflegekräfte haben jeweils etwa doppelt so viele Krankheitstage wegen Muskel- Skelett-Erkrankungen und psychiatrischen Erkrankungen als der Durchschnitt der Erwerbstätigen.«⁵⁵

Die Diskussion findet statt vor dem Hintergrund sinkender Verfügbarkeit von Pflegepersonal in der zeitlichen Perspektive der nächsten 10 Jahre. Es wird prognostiziert, dass sich ein **Mangel an Personal in Pflegeberufen** in der nächsten Dekade verstärken wird, in ungelernten Berufen früher als in gelernten Berufsausübungen.⁵⁶ Diese generellen Einschätzungen dürften Pflegeberufen mit vielen anderen Berufsbildern verbinden. Entscheidend ist daher die Analyse der Autoren, dass erstens eine Qualifikation entscheidend dazu beitragen kann, geeignete Personen im Berufsbild zu halten, und zweitens aus der Struktur der bisherigen Wechselbewegungen ein zukünftiges Auffangen von Arbeitskräftemangel über geringfügige Beschäftigungsverhältnisse nicht mehr erfolgversprechend ist. Beide Aspekte plädieren somit für eine Qualifizierung der Beschäftigten in der Pflege. Der Verbleib in dem Beruf wird erhöht, die Anzahl der geleisteten Stunden wird ausgeweitet.

Der Pflegeheim-Rating Report des RWI geht davon aus, dass der wachsende Bedarf an Pflegekräften zukünftig nur durch Anhebung der Löhne gedeckt werden kann: »Bis 2030 rechnen wir mit

insgesamt 170000 bis 290 000 zusätzlichen Stellen (Vollkräfte) in der stationären und mit 73000 bis 122000 in der ambulanten Pflege. Bei Pflegefachkräften erwarten wir bis 2030 einen zusätzlichen Bedarf zwischen 120000 bis 175000 in der stationären und ambulanten Pflege.«⁵⁷

Eine quantitative Abschätzung muss daher die Sicherstellung von Löhnen auf einem konkurrenzfähigen Niveau erreichen, die Sicherung der Attraktivität der Pflege als Ausbildungs- und Weiterbildungsberuf, um eine unregelmäßige Qualität der Pflege zu mindern, und eine Stärkung der Pflege als Vollzeitberuf, um den Verbleib im Berufsfeld und die leistbaren Arbeitsstunden zu erhöhen. Die Einführung des Mindestlohnes ist ein Schritt, reicht jedoch kaum aus.

Die **Abschätzungen der notwendigen zusätzlichen Ausgaben** für diese drei Ziele können nicht auf eine exakte Datenbasis gestützt werden. Jedoch können plausible Annahmen getroffen werden, die sich zu einer Abschätzung verdichten lassen. Unterstellt werden 236.000 Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten und 574.000 Beschäftigte in stationären Pflegebetrieben (Angaben Jahr 2007). Weiter wird davon ausgegangen, dass von diesen Beschäftigten derzeit zwischen 10,0 % (ambulante Pflegedienste) und 21,8 % (Pflegeheime) ungelernt sind und somit keine adäquate Ausbildung aufweisen. Hinzu kommen 18,0 % (ambulante Pflegeberufe)

56 Afentakis A, Maier T. Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. Statistisches Bundesamt Wirtschaft und Statistik 2010(11): 990-1002.
57 RWI. Pflegeheim Rating Report. Exekutive Summary Haft 68. Essen 2011.

Tabelle 28: **Mehrausgaben in der Pflegeversicherung für eine Lohnanpassung bei ungelerten und fachfremd ausgebildeten Arbeitskräften**

	Ambulante Pflegedienste	Stationäre Pflegeeinrichtungen
Anzahl Beschäftigte	236.000	574.000
Ohne Berufsausbildung in %	10,0	21,8
Ohne Berufsausbildung absolut	23.600	125.132
Fachfremde Berufsausbildung in %	18,0	24,1
Fachfremde Berufsausbildung absolut	42.480	138.334
Summe: Ohne Berufsausbildung und fachfremde Berufsausbildung	66.080	263.466
Aufzahlung bei monatlich 200 € pro Fachfremder Kraft und 400 € pro Ungelernter Kraft (Mio. € pro Jahr)	215,2	932,6
Szenario 1: Aufzahlung bei monatlich 150 € pro fachfremder Kraft und 350 € pro ungelerner Kraft (Mio. € pro Jahr)	175,6	774,6
Szenario 2: Aufzahlung bei monatlich 250 € pro fachfremder Kraft und 450 € pro ungelerner Kraft (Mio. € pro Jahr)	254,8	1.090,7

Quelle: Eigene Berechnungen.

bzw. 24,1 %, die berufsfremde Abschlüsse aufweisen und somit ebenfalls keine adäquate Ausbildung aufweisen.⁵⁸ (Tabelle 28, Tabelle 29, Angaben Jahr 2001).

Insgesamt sind unter diesen Annahmen 66 Tsd. Mitarbeiter in ambulanten Pflegediensten ohne adäquate Ausbildung und 263 Tsd. in stationärer Pflege (Tabelle 28).

Welche zusätzlichen Ausgaben notwendig wären, um diese Stellen mit ausgebildeten Kräften zu besetzen, hängt nicht nur von der Elastizität des Angebots von Arbeitsleistung ab, sondern auch von der Verfügbarkeit. Würden 200 € monatlich als derzeitiger Lohnabstand zwischen einer fachfremden Arbeitskraft und einer angemessen ausgebildeten Kraft angenommen und 400 € monatlich zwischen einer ungelerten Arbeitskraft und einer ausgebildeten Kraft, so ergäben sich Mehrausgaben von 215 Mio. € jährlich für ambulante Pflegedienste und 932 Mio. € jährlich für stationäre Pflegeheime. Die Summe beträgt 1,15 Mrd. €.

Bei einer Variierung des Lohnabstandes auf 150 € / 350 € bzw auf 250 € / 450 € ergäben sich entsprechend abweichende Werte, die jedoch eine robuste Abschätzung zeigen. Maßgeblich für die benötigte Summe ist die Zahl der Beschäftigten, weniger die konkrete Abschätzung des Lohnabstandes.

Die Abschätzung unterliegt mehreren **Einschränkungen**. Nicht einbezogen werden Lohnunterschiede innerhalb des Gefüges für ausgebildete Fachkräfte. Evtl. werden diese heute bereits durch den wettbewerblichen Druck unausgebildeter Kräfte mit zu geringen Löhnen in Bezug auf die erzielbare Qualität der Pflege vergütet. Dieser erforderliche Nachholeffekt wurde nicht berücksichtigt. Es würden sich höhere Gesamtsummen ergeben, sofern auch das Lohngefüge für ausgebildete Kräfte angepasst werden müsste.

Zudem kann pauschal nicht unterstellt werden, dass ungelerte oder fachfremd ausgebildete Kräfte **qualitativ hochstehende Pflege nicht leis-**

58 RKI. Pflege. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2004. Hier Seite 18 und 19.

ten können. Ebenso wenig kann nicht unterstellt werden, dass diese Kräfte pauschal zu gering bezahlt werden, da ihnen die Ausbildung im ausgeübten Beruf fehlt. Gilt jedoch generell der Zusammenhang, dass erstens für eine angemessene Ausübung eines Berufs eine entsprechende Ausbildung abgeschlossen werden muss und zweitens für eine Ausübung des Berufs eine höhere Bezahlung angenommen werden kann als für eine Ausübung ohne diese Aus-

bildung, so kann für die Gruppe an Beschäftigten in der Pflege ein Mehrbedarf an Ressourcen abgeleitet werden.

Die Abschätzung beinhaltet nur die Pflegeverhältnisse, welche heute bereits eine professionelle Komponente enthalten, also Haushalte, wo bereits ein Pflegedienst eingeschaltet worden ist. Zuvor wurde jedoch argumentiert, dass gerade den Haushalten ohne jede professionelle Unterstützung womöglich die größten Herausforderungen an eine qualitativ hochstehende Pflege begegnen, auch trotz der Besuche im Rahmen des § 37 Abs. 3 SGB XI durch die Pflegeversicherung in Privathaushalten.

In privaten Haushalten mit mindestens einer zu pflegenden Person finden sich in rund 279 Tsd. Haushalten private Pflegedienste und in 234 Tsd. Haushalten kirchliche Dienste. In Bezug auf die 1,6 Mio. Haushalte mit pflegebedürftigen Personen **sind somit 1,09 Mio. Haushalte, die keinerlei professionelle Hilfe** in Anspruch nehmen. Welche finanziellen Aufwendungen nötig sind, um dort Schulungen oder auch personelle Unterstützung anzubieten, kann kaum abgeschätzt werden. Ein solches Angebot muss zudem nicht immer auf Nachfrage stoßen.

Unberücksichtigt bleiben schließlich auch Investitionsausgaben für zusätzliche Ausbildungskapazitäten.

Es ergibt sich eine Spannweite von 0,95 Mrd. € bis 1,35 Mrd. € Mehrausgaben pro Jahr für die Mehrausgaben der Pflegeversicherung aus der Verbesserung der Ausbildung und der Tarifstruktur in der Pflege im ambulanten und stationären Umfeld.

Nicht berücksichtigt wurden Unterbezahlungen oder Verwerfung innerhalb der Tarifstruktur für ausgebildete Pflegekräfte. Ebenso wenig wurden mögliche Ausgaben für Pflegekräfte in einer erweiterten und dem legalen Beschäftigungsverhältnis zugeführten 24-Stunden Pflege berücksichtigt. Auch

Tabelle 29: **Personal in ambulanten Pflegediensten nach Qualifikationsgruppen, Jahr 2001.**

	Ambulante Pflegedienste
Gruppe	Anteil in %
Staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	14,9
Exam. Kranken/ Kinderkrankenschwester/ -pfleger	32,7
Helferberufe	21,5
Pflegeorientierter Studienabschluss	0,3
Sonstige Heil- und Pflegeberufe	2,7
Berufsfremder Abschluss	18,0
Ungelernte Kräfte	10,0
	100 %

Quelle: Schwerpunktheft Pflege: Seite 18

Tabelle 30: **Personal in stationären Pflegeeinrichtungen nach Qualifikationsgruppen, Jahr 2001.**

	Ambulante Pflegedienste
Gruppe	Anteil in %
Staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	20,3
Exam. Kranken/ Kinderkrankenschwester/ -pfleger	11,0
Helferberufe	19,3
Pflegeorientierter Studienabschluss	0,2
Sonstige Heil- und Pflegeberufe	3,2
Berufsfremder Abschluss	24,1
Ungelernte Kräfte	21,8
	100 %

Quelle: Schwerpunktheft Pflege: Seite 19

Verbesserungen der Ausbildung zur Pfl egetätigkeit in Haushalten ohne jede professionelle Unterstützung wurde nicht einbezogen. Diese letzte Position dürfte die größte Unsicherheit in der Kalkulation ausmachen. Unsere Abschätzung stellt somit eine Untergrenze dar. Nicht berücksichtigt wurden zudem Mehrausgaben im Umfeld ausschließlicher häuslicher Pflege durch Angehörige.

Zu beachten sind mehrere Punkte:

- **Zeitliche Perspektive:** Die zusätzliche Ausbildung von Pflegekräften erfordert Investitionen und Ausbildungskapazitäten. Diese Investitionen sind aus gesellschaftlicher Sicht zu begrüßen, sofern eine gute Pflege als wünschenswertes Ziel angesehen wird. Unklar bleibt jedoch, wer diese Investitionen trägt und welcher Zeithorizont eingeplant werden muss.
- **Nachfrage nach Pflegekräften:** Unterstellt wurde, dass sich die absolute Nachfrage nach Pflegekräften nicht verändert. Würden ausgebildete Kräfte eine höhere Produktivität aufweisen und entsprechend weniger Kräfte eingestellt werden, könnten sich geringere Kosten für die Pflegedienste ergeben als im Szenario ermittelt. Würde die Qualität der Versorgung steigen und damit die Nachfrage nach Pflegeleistungen, würde mehr Personal benötigt.
- **Lohnabstand:** Der Lohnabstand wurde nur pauschal angenommen und unterliegt regionalen und tariflichen Einflüssen. Läge der Abstand geringer (da bspw. der Arbeitsmarkt aufgrund von Knappheiten des Arbeitsangebotes generell auch für ungelernete Kräfte vergleichsweise hohe Löhne anbietet), so würden sich geringere Mehrausgaben ergeben.

Literatur

Berücksichtigte Literatur wurde aus Gründen der Lesbarkeit unmittelbar als volle Zitation in den Fußnoten berücksichtigt.

Datengrundlage

SOEP Daten: Welle 26 aus dem Jahr 2010. Zu Beginn der Datenauswertung war dies der aktuellste, verfügbare Datensatz.

Auf Grund der Art der Befragung beziehen sich die Fragebögen der Welle 26 auf das Jahr 2009. Da vollständige Einkommen nur für das Zurückliegende Jahr vorliegen, mussten hier die Daten Einkommen des Jahres 2008 verwendet werden.

Als Haushaltseinkommen wurden die Einkommen aller Personen im Haushalt berücksichtigt. Berücksichtigt wurden Lohn und Gehalt als Arbeitnehmer (inkl. Urlaubsgeld, 13., 14. Monatsgehalt, Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Gewinnbeteiligungen oder sonstige Sondervergütungen des Arbeitgebers. Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit oder Nebenerwerbstätigkeit, Rente oder Pension, zusätzlich wurden Einnahmen aus Zinsen, Dividenden und Gewinner aller Wertanlagen des Jahres 2008 berücksichtigt. Da dieses Merkmal sowohl als exakter Betrag, als auch als kategorielle Variable erhoben wird (falls der exakte Wert unbekannt ist), wurden im Falle, dass kein exakter Wert angegeben wurde auf den Wert der kategoriellen Variable zurückgegriffen. Für die Kategorien 250 bis 1.000 Euro, 1.000 bis 2.500, 2.500 bis 5.000, 5.000 bis 10.000 wurde jeweils die Mitte der Kategorie als Wert verwendet, d.h. bei 250 bis 1.000 Euro, wurde von einem Gewinn von 625 Euro ausgegangen. Bei der Kategorie unter 250 und über 10.000 Euro wurde das arithmetische Mittel der Gewinne aus den Haushalten die beim exakten Wert des Gewinnes unter 250 bzw. über 10.000 Euro lagen verwendet. In diesem Fall 80,3934 Euro bzw.

38.247,30 Euro. Ebenfalls wurden Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung als Haushaltseinkommen berücksichtigt.

Die Daten wurden wie folgt angepasst: Das beitragspflichtige Einkommen für die GKV wurden an die Zahlen des Schätzerkreises für das Jahr 2008 vom 30.03.2010 angepasst. Der so ermittelte Korrekturfaktor wurde im Anschluss für alle Einkommen verwendet, das heißt auch für Versicherte der privaten Versicherung (sofern in der Auswertung relevant) und auch für nicht beitragspflichtige Einkommen.

Für Hochrechnungen wurden, neben den SOEP eigenen Hochrechnungsfaktoren, Korrekturfaktoren verwendet, um die Haushaltsgröße an die Zahlen des Statistischen Bundesamtes anzupassen. Diese Korrekturfaktoren liegen zwischen 0,957 und 1,038.

Abbildung 1 zeigt den Auszug aus dem Fragebogen der SOEP Befragung, die wesentlich für Kapitel 5 war.

Abbildung 1: Auszug aus SOEP-Fragebogen, Haushaltsbogen 2010

Gibt es in Ihrem Haushalt ...?

56. Gibt es in Ihrem Haushalt jemand, der aus Alters- oder Krankheitsgründen oder wegen einer Behinderung dauernd hilfe- oder pflegebedürftig ist?

Ja
Nein → Sie springen auf Frage 62!

57. Welche Person ist das und bei welchen der folgenden Tätigkeiten braucht sie Hilfe?

Bitte Vornamen eintragen.
 Falls es mehr als eine hilfebedürftige Person im Haushalt gibt, tragen Sie bitte diejenige ein, die stärker hilfebedürftig ist.

Hilfebedürftige Person
Vorname

↓

Braucht Hilfe bei ...

Besorgungen und Erledigungen außer Haus

Haushaltsführung, Versorgung mit Mahlzeiten und Getränken

Einfacheren Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim An- und Auskleiden, Waschen, Kämmen und Rasieren

Schwierigeren Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim Umbetten, Stuhlgang usw.

58. Erhält die hilfebedürftige Person Leistungen aus der Pflegeversicherung?

Ja und zwar: Pflegestufe 1 ... Pflegestufe 2 ... Pflegestufe 3 ...

Nein

59. Von wem erhält die Person die benötigte Hilfe?

Von: – Angehörigen im Haushalt →

– öffentlicher / kirchlicher Gemeindegemeinschaft, Sozialhelfer

– privatem Pflegedienst

– Freunden / Bekannten

– Nachbarn

– Angehörigen außerhalb des Haushalts

Erhält diese Person dafür eine Bezahlung?

Ja Nein

60. Gibt es außer dieser Person noch weitere Personen im Haushalt, die hilfe- oder pflegebedürftig sind?

Nein Ja und zwar: weitere Person(en)

61. Entstehen durch die Hilfe oder Pflege regelmäßige Kosten?

Ja und zwar: Euro im Monat

Nein

ver.di Bundesverwaltung

Gesundheitspolitik

V.i.S.d.P.: Ellen Paschke,

Bearbeitung: Herbert Weisbrod-Frey,

Dietmar Erdmeier

Paula-Thiede-Ufer 10

10179 Berlin

Gestaltung: werkzwei, Detmold

Druck: Druckerei Tiemann, Bielefeld

1. Auflage – 3/2013

W-3211-02-0313

