

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 30)
Andreas Storm (Herausgeber)

Pflegereport 2019

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 30)

Pflegereport 2019

25 Jahre Pflegeversicherung: Kosten der Pflege – Bilanz und Reformbedarf

Herausgeber:

Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstands der DAK-Gesundheit
DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27–31, D-20097 Hamburg

Autor:

Prof. Dr. habil. Thomas Klie
Evangelische Hochschule Freiburg
Bugginger Str. 38, D-79114 Freiburg

Unter Mitarbeit von

Dr. Wilhelm Haumann, Dr. Helmut Hildebrandt, Laura Lange, Philip Lewin,
Dr. Christine Moeller-Bruker, Johanna Pfeil, Pablo Rischard, Timo Schulte

Hamburg/Freiburg
September 2019

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2019 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
www.medhochzwei-verlag.de



ISBN 978-3-86216-580-3

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Druck: mediaprint solutions GmbH, Paderborn
Titelbilder: Stethoskop © istock/cnythzl, 2 Frauen: © istock/Halfpoint
Titelbildgestaltung: Natalia Degenhardt
Printed in Germany

Vorwort

1994 traf der Bundestag eine historische Entscheidung: Die soziale Pflegeversicherung (SPV) sollte als fünfte Säule der Sozialversicherung eingeführt werden. Heute, 25 Jahre später, hat sich die SPV grundsätzlich als Erfolg erwiesen. Doch sie ist in die Jahre gekommen.

Ein wichtiges Ziel der Pflegeversicherung war schon 1994, die Abhängigkeit Pflegebedürftiger von Sozialhilfe zu verringern und die Quote in der stationären Pflege bei maximal 20 Prozent zu halten. Das ist anfangs gelungen, mittlerweile steckt jedoch jeder dritte Pflegeheimbewohner in der Fürsorgefalle. Der Grund sind steigende Eigenanteile, die viele Pflegebedürftige nicht mehr aufbringen können. Je nach Berechnungsmodell könnten die Eigenanteile in den nächsten 25 Jahren um weitere 150 bis 300 Prozent steigen. Diese Entwicklung entzieht einer Sozialversicherung die Legitimation. Zumal steigende Beiträge die Situation weiter verschärfen werden: Diese haben sich seit 1996 bereits auf aktuell 3,05 Beitragssatzpunkte verdoppelt. Für das Jahr 2045 prognostiziert die Bertelsmann-Stiftung 4,25 Punkte.

Die Politik hat das Thema erkannt. Das Bundesgesundheitsministerium verfolgt verschiedene Gesetzesinitiativen, um die Situation sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege zu verbessern. Zum Beispiel sollen mehr Fachkräfte generiert, die Entlohnung verbessert werden. Dies führt jedoch zwangsläufig zu erheblichen Kostensteigerungen. Die in letzter Zeit intensiv geführte Debatte zeigt: Es herrscht nahezu Einigkeit darüber, dass grundlegende Reformen nötig sind. Die Frage ist nur: Welche sind geeignet, die SPV zukunftsfest zu machen? Von einer Dynamisierung der Beiträge bis zur Vollversicherung liegen unterschiedliche Ideen auf dem Tisch.

Der Pflegereport 2019 soll die Debatte voranbringen, indem er die wichtigsten Reformvorschläge anhand von Modellrechnungen tiefer analysiert. Zu den Reformmodellen gehört auch der Sockel-Spitze-Tausch, der auf breiter Basis als gangbarer Weg anerkannt ist – unter anderem machen sich vier Bundesländer in einer Bundesratsinitiative dafür stark. Dieses Modell sieht vor, die Eigenanteile auf einen fixen Betrag zu begrenzen, alles darüber hinaus übernimmt die Pflegeversicherung. Der Sockel-Spitze-Tausch würde also das bislang angewandte Finanzierungssystem umkehren und zu einer deutlich besseren finanziellen Sicherheit der Betroffenen beitragen. Finanziert werden kann dieses Modell mit einem Steuerzuschuss, zu dem die DAK-Gesundheit als erste gesetzliche Krankenkasse eigene Vorschläge erarbeitet hat.

Ein wichtiges Element der Pflegereports ist erneut eine Bevölkerungsbefragung. Ein Ergebnis: Auch immer weniger Bürgerinnen und Bürger akzeptieren das derzeit gültige Modell zur Finanzierung der Pflegeheimkosten. Viele haben Angst, ihre Ersparnisse zu

verlieren oder die Pflege von Angehörigen selbst übernehmen zu müssen, weil ein Heim zu teuer wäre. Auch das zeigt die Dringlichkeit grundlegender Reformen – Pflege darf nicht zur Armutsfalle werden.

A handwritten signature in black ink, reading 'Andreas Storm'. The signature is fluid and cursive, with the first name 'Andreas' and the last name 'Storm' clearly distinguishable.

Andreas Storm

Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

Hamburg, Oktober 2019

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
1. Einführung	1
<i>Thomas Klie</i>	
2. Im Rückblick: 25 Jahre Pflegeversicherung	5
<i>Thomas Klie</i>	
3. Pflegekosten (fair) teilen: Analysen, Daten, Ergebnisse. Der Pflegereport 2019 kompakt. . .	19
<i>Thomas Klie</i>	
3.1 Ergebnis der Bevölkerungsbefragung: „Gut, dass es die Pflegeversicherung gibt“. Dennoch treten Defizite immer deutlicher hervor	21
3.2 Ergebnisse der SPV-Routinedaten-Analysen: Deutlich erhöhte Zahl von Leistungsempfängern und höhere Kosten – weiterhin große regionale Unterschiede . . .	28
3.3 Sozialhilfeausgaben und -beziehungen bald wieder auf dem Niveau von 1994? Ergebnisse der Auswertung von Pflege- und Sozialhilfestatistik	33
3.4 Einblick in lebensweltliche Bewältigungsstrategien von Pflegehaushalten: Ergebnisse der qualitativen Studie .	37
4. Finanzielle Belastungen durch die Pflege – Wie die Bevölkerung die Kosten der Pflege wahrnimmt.	43
<i>Wilhelm Haumann</i>	
4.1 Grundsätzlich Zustimmung zur Pflegeversicherung . .	47
4.2 Defizite der Pflegeversicherung: Armutsrisiko durch hohe Eigenanteile, Absicherungslücken, Pflegeengpässe.	50
4.3 Erlebte Belastungen durch die Eigenanteile	56
4.4 Der Beitrag zur Pflegeversicherung: Nur für wenige zu hoch, viele erwarten deutliche Steigerungen	57
4.5 Reformvorschläge für die Pflegeversicherung	59
4.6 Wahrnehmungen unterschiedlicher Pflegeangebote .	61
4.7 Finanzielle Erwägungen bei der Auswahl eines Pflegearrangements	67
4.8 Folgen: Furcht vor Absicherungslücken, Befürchtung, zur Last zu fallen, Zweifel an normativen Verpflichtungen	70
4.9 Anhang.	78
5. Entwicklung von Struktur und Kosten bei pflegebedürftigen Versicherten der DAK-Gesundheit – Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. . .	93
<i>Philip Lewin, Laura Lange, Timo Schulte, Helmut Hildebrandt</i>	
5.1 Einleitung.	94

5.2	Methodik und Datengrundlage	95
5.3	Entwicklung von Kosten pro Kalenderjahr im Zusammenhang mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff	97
5.3.1	Untersuchung der SPV-Routinedaten	97
5.3.2	Untersuchung von Sozialleistungen als Hilfe zur Pflege	118
6.	Leben mit Pflegebedarf zwischen Vorsorge und Zukunftsängsten	125
	<i>Christine Moeller-Bruker, Johanna Pfeil, Thomas Klie</i>	
6.1	Lebenswelten pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen	128
6.1.1	Heimunterbringung: Vermögen wird sukzessive aufgebraucht	128
6.1.2	Häusliche Versorgung: Verzicht der Ehefrau als „Preis“	131
6.1.3	In der Kritik: Intransparenz bei Leistungen und Kosten	136
6.1.4	Lebensmotto: Auch im Alter selbständig und finanziell unabhängig leben.	139
6.1.5	Trotz Vorsorge und doppelter Rente: Was passiert, wenn das Vermögen erschöpft ist?	143
6.1.6	Versorgung im Pflegeheim: angesichts der Leistungen zu teuer	148
6.1.7	Einschränkungen aufgrund von Pflegeaufgaben – bis hin zur Vernachlässigung der Selbstsorge	150
6.1.8	Hohe finanzielle Belastung durch Zuzahlungen	153
6.1.9	Organisation des „Hilfe-Mix“: Balanceakt zwischen Arbeit und Pflege	154
6.2	Kosten der Pflege – Erträge der Fallstudien	158
6.2.1	Pflegeheim-Leistungen nicht nur zu teuer, sondern auch zu intransparent	158
6.2.2	„Teure Knappheit“	160
6.2.3	„Damoklesschwert Heimversorgung“	161
6.2.4	Pflegeheim: Ohnmachtserfahrungen	162
6.2.5	Pflegebedürftigkeit: als privates Risiko angenommen und bearbeitet	162
6.2.6	Häusliche Versorgung: Familien werden zu Systemen im Dauerstress.	165
6.2.7	Kontext ambulant: Kosten und Belastungen.	168
6.2.8	Zwischen Unter- und Über-Regulierung: verschiedene Logiken im professionellen und informellen Bereich	171
6.2.9	Reform der Pflegeversicherung	173
7.	Die Kosten der Pflege in Deutschland – Auswertungen von Daten der Pflege- und Sozialhilfestatistik.	181
	<i>Pablo Rischard</i>	
7.1	Hintergrund und Ziel	181
7.2	Vorgehensweise und Methodik.	182

7.3 Überblick zur Grundstruktur von finanziellen Aufwänden in der ambulanten und stationären Pflege	184
7.4 Kosten in der stationären Langzeitpflege im Detail . . .	185
7.4.1 Kostenentwicklung für Pflege und Betreuung sowie Verpflegung und Unterkunft	185
7.4.2 Eigenanteile für Pflegebedürftige und Angehörige	193
7.4.3 Gesamtkosten für Pflegebedürftige und Angehörige	198
7.5 Leistungen der Sozialhilfe: Hilfe zur Pflege	199
7.5.1 Überblick zum Empfängerkreis	199
7.5.2 Unterschiede der Inanspruchnahme nach Bundesländern	204
7.5.3 Auswirkungen des PSG II auf die Hilfe zur Pflege	208
7.5.4 Diskussion zur zukünftigen Entwicklung der Anzahl an Empfänger*innen	213
7.6 Ausblick	217
8. Pflegepolitischer Handlungsbedarf und Reformoptionen	223
<i>Thomas Klie</i>	
Autor*innenverzeichnis.	241

1. Einführung

Thomas Klie

Die Pflegeversicherung wird 25 Jahre alt. Sie sollte seinerzeit ganz wesentlich dazu beitragen, die Kosten der Pflege fairer als in der Vergangenheit zu verteilen. Das Armutsrisiko Pflegebedürftigkeit sollte reduziert, die Kommunen finanziell entlastet und Pflegebedürftigkeit als allgemeines Lebensrisiko anerkannt werden. Inzwischen ist die Pflegeversicherung aus dem System der sozialen Sicherung in Deutschland nicht mehr wegzudenken. Wie aber schon bei Einführung der Pflegeversicherung prognostiziert, wird nicht zuletzt durch den demografischen Wandel die Finanzierung der Pflegeversicherung ein Dauerthema der Sozialpolitik bleiben. Die mit den Pflegestärkungsgesetzen I, II und III eingeführten Leistungsverbesserungen und mit der Ausweitung des Kreises der Pflegebedürftigen, mit der von Pflegeverbänden und Gewerkschaften geforderten „faireren“ Bezahlung von Pflegekräften und der auch von der Konzentrierten Aktion Pflege verfolgten besseren Personalausstattung werden allein im Bereich der stationären Pflege die Kosten deutlich steigen, die Belastung der Pflegebedürftigen durch Eigenanteile und der Kommunen durch ergänzende Sozialhilfeleistungen zunehmen. Im Bereich der häuslichen Pflege weisen die geschätzten 600.000 osteuropäischen Pflegekräfte darauf hin, dass das System der häuslichen Pflege keineswegs so funktioniert, wie es vom Gesetzgeber angenommen: Pflegenden Familien, unterstützt durch ambulante Pflegedienste gewährleisten die Pflege daheim. Von chronischer Überlastung und ausbeutungsähnlichen Verhältnissen ist in der häuslichen Pflege die Rede. Politischer Handlungsbedarf ist daher weiterhin gegeben und dies auch und gerade nach den durchaus bedeutenden Reformen der letzten Jahre.

Der DAK Pflegereport 2019 fokussiert Fragen der Kosten der Pflege und der Pflegeversicherung. In bewährter Koproduktion waren an dem Pflegereport 2019 wieder das Institut für Demoskopie in Allensbach, die OptiMedis AG und AGP Sozialforschung beteiligt. Allen drei Instituten danke ich für die vorzügliche Zusammenarbeit. Die Allensbach-Befragung, die sich durch ihre Anlage auch auf Bundesebene auswerten lässt – Länderreporte folgen –, macht deutlich: Die Pflegeversicherung genießt in der Bevölkerung eine hohe Zustimmung. Gleichzeitig werden die Kosten der Pflege, die im Fall der Pflegebedürftigkeit selbst aufzubringen sind, als Armutsrisiko gewertet. Die Einschätzung der häuslichen aber auch der Heimkosten durch die Bevölkerung sind weithin realistisch. Auch nach dem politischen Handlungsbedarf wurde die Bevölkerung gefragt. Die im DAK Pflegereport zur Diskussion gestellten Reformoptionen werden von der Bevölkerung weiterhin unterstützt.

Die OptiMedis AG hat wieder in bewährter Weise die DAK-Routinedaten analysiert, diesmal allerdings nur die der sozialen Pflege-

versicherung. Es zeigen sich deutliche Leistungsausweitungen, die im Zusammenhang mit der Erweiterung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und damit des berechtigten Personenkreises, aber auch mit Leistungsausweitungen stehen. Die Ausgabenanstiege sind deutlich. Wie schon im Pflegereport 2018 zeigt sich: Die Performance der Pflegeversicherung ist auch hinsichtlich der Kosten regional höchst unterschiedlich. Das zeigen die regionalisierten Datenanalysen.

Besondere Aufmerksamkeit wurde in diesem Jahr auf die Aufarbeitung der Sozialhilfedaten gelenkt: Was hat sich in den 25 Jahren Pflegeversicherung für die Sozialhilfeträger in Sachen Hilfe zur Pflege getan? Mit welchen Ausgabenentwicklungen ist in Zukunft zu rechnen? Dabei spielen die Kosten für die stationäre Pflege eine besondere Rolle, da für sie am ehesten Sozialhilfe in Anspruch genommen wird respektive werden muss.

AGP Sozialforschung und hier insbesondere Pablo Rischard zeigt mit den Analysen, welche Entlastungseffekte für die Sozialhilfe nach Einführung der Pflegeversicherung eingetreten sind. Dass allein unter Berücksichtigung demografischer Dynamiken in 25 Jahren das Niveau von 1994 wieder erreicht sein wird. Auch in der Sozialhilfe wird deutlich: Es gibt eklatante regionale Unterschiede. Diese beziehen sich auch auf die Höhe der Pflegesätze und die einrichtungseinheitlichen Eigenbeträge für die Bewohner*innen von stationären Pflegeeinrichtungen.

In der diesjährigen qualitativen Studie, die ebenfalls von AGP Sozialforschung durchgeführt wurde, im Wesentlichen durchgeführt und verantwortet von Christine Moeller-Bruker und Johanna Pfeil, wird auf den in der pflegepolitischen Diskussion häufig übersehene Blickwinkel der Betroffenen und der lebensweltlichen Bewältigungsstrategien eingegangen. Vertiefte Einblicke in die Lebenswirklichkeit und Lebenslage von auf Pflege angewiesene Menschen und ihren An- und Zugehörigen vermitteln häufig einen wesentlich differenzierteren und problemangemesseneren Einblick in die Wirklichkeit der Pflege als es quantitative Zahlen vermögen.

Die DAK-Gesundheit hat sich mit eigenen Politikvorschlägen zur Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung zu Wort gemeldet. Darum wird in einem ausführlichen Politikkapitel – mit Unterstützung von Heinz Rothgang und Thomas Kalwitzki, die erste Modellrechnungen vorgelegt haben, – auf die aktuell diskutierten pflegepolitischen Reformoptionen eingegangen, sie einander gegenübergestellt und in ihren finanziellen Auswirkungen skizziert. Damit bietet der Pflegereport 2019 (wieder) differenziertes Material für die aktuelle pflegepolitische Diskussion und gibt zugleich Impulse für die unabwiesbare politische Debatte um eine Weiterentwicklung respektive neue Finanzarchitektur der Pflegeversicherung.

Allen an der Studie Beteiligten und insbesondere der DAK-Gesundheit danke ich für die gute Zusammenarbeit und das Vertrauen. Dem

Pflegereport 2019 wünsche ich eine breite pflegepolitische Resonanz – in einer Zeit, in der Weichen für die Zukunft der Pflegeversicherung gestellt werden.

Prof. Dr. habil. Thomas Klie,
Freiburg/Berlin/Tutzing

2. Im Rückblick: 25 Jahre Pflegeversicherung

Thomas Klie

20 Jahre hatte es gebraucht, bis der initiale Impuls des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) aus dem Jahr 1974 unter der seinerzeitigen schwarz-gelben konservativ-liberalen Bundesregierung unter Helmut Kohl mit Norbert Blüm als Arbeits- und Sozialminister zur Einführung der Pflegeversicherung als fünfte Säule der deutschen Sozialversicherung führte. Im Jahr 1986 hatte das Kabinett Kohl noch gegen eine gesetzliche Pflegeversicherung gestimmt.

Geschichte der Pflegeversicherung

Fünf Phasen durchlief die Diskussion um die Pflegeversicherung in Deutschland: Die *erste Phase*, beginnend etwa ab Mitte der siebziger Jahre, war gekennzeichnet durch eine Aufarbeitung des Problems, wobei Ausgangspunkt der Diskussion die Situation älterer pflegebedürftiger Menschen in Heimen war. In einer *zweiten Phase* wurden Vorschläge an den Gesetzgeber gerichtet, wie er das Risiko Pflegebedürftigkeit durch sozialrechtliche Regelungen absichern könnte. Zu nennen sind hier die Vorschläge des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 1984 und der Vorschlag der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege 1983.

In einer *dritten Phase* befassten sich sowohl Landesregierungen als auch die Bundesregierung und die Bundestagsfraktionen mit Gesetzesentwürfen, wobei die Bundestagsfraktion der Grünen seinerzeit den ersten Entwurf einbrachte. In einer *vierten Phase* ab 1989 wurde im Rahmen der Reform des Krankenversicherungsrechts durch das Gesundheitsreformgesetz eine Einstiegslösung eingeführt, wonach häusliche Pflegehilfen für schwerpflegebedürftige Menschen sowie Ansprüche auf Leistungen der Kurzzeitpflege für krankenversicherte Personen eingeräumt wurden. Hiermit war der Durchbruch aus der Sozialhilfe in das Sozialversicherungsrecht geschaffen.

In der *fünften und letzten Phase* wurde z.T. ausgesprochen kontrovers über die unterschiedlichen Lösungsmodelle diskutiert: Sozialversicherungslösung oder Privatversicherung? Insbesondere die Bundestagsfraktion der FDP, zunächst auch das Land Baden-Württemberg, favorisierte eine private Pflichtversicherung. Die beiden großen Parteien CDU und SPD setzten sich schließlich mit der sozialversicherungsrechtlichen Lösung durch. Der Vorschlag einer steuerfinanzierten Regelung, der seinerzeit von den Grünen eingebracht wurde, wurde in dieser fünften Phase nicht mehr ernsthaft in Erwägung gezogen. Gescheitert wäre die Pflegeversicherung beinahe an der sogenannten Feiertagsfrage, d.h. an der Frage der Kompensation der Beiträge auf Seite der Arbeitgeber. Hier konnte in zähen Verhandlungen im April schließlich eine Lö-

sung gefunden werden, sodass das Pflegeversicherungsgesetz im Mai 1994 verkündet werden und – was die Beitragsseite betrifft – zum 01.01.1995 in Kraft treten konnte (nach Klie 1994).

Es war einer besonderen politischen Konstellation nach der Wiedervereinigung geschuldet, dass die Pflegeversicherung eine Chance bekam. Die Bundesregierung stand sozialpolitisch kräftig unter Druck. Erste gesetzgeberische Initiativen zur sozialen Absicherung des Pflegerisikos wurden von den Grünen eingebracht, sie legten ein steuerfinanziertes Konzept vor. Es folgten weitere, unterschiedliche Konzepte. Ein im Jahr 1990 im Bundesrat eingebrachter Vorstoß aus Baden-Württemberg ebnete den Weg zur Fachdiskussion und zur Verabschiedung der Pflegeversicherung 1994.

Kontroverse Debatte um die Pflege- versicherung	Die Debatte um die Pflegeversicherung wurde höchst kontrovers geführt: Steuerfinanzierte Modelle standen kapitalgedeckten gegenüber. Am Ende wurde die Pflegeversicherung als Sozialversicherung, angedockt an die Krankenversicherung, mit einer großen parlamentarischen Mehrheit verabschiedet. Damit wurde die Pflegebedürftigkeit als allgemeines Lebensrisiko anerkannt und auf ein neues Niveau sozialer Absicherung gehoben: aus dem „letzten sozialen Netz“ der Sozialhilfe auf das Niveau einer einkommensunabhängigen Sozialversicherung – allerdings nur für Teilleistungen und für Ausschnitte des Hilfebedarfes von auf Pflege angewiesenen Menschen. Sie wurde fälschlicherweise als Teilkasko-Versicherung bezeichnet.
Öffentliche Aufmerk- samkeit	Schon vor Einführung der Pflegeversicherung galten 1,7 Millionen Menschen als auf Pflege angewiesen. 1,2 Millionen lebten zu Hause, knapp eine halbe Million in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Es war nicht zuletzt der Haushaltslage der Kommunen geschuldet, die immer höhere Ausgaben für die Sozialhilfe im Bereich der Hilfe zur Pflege aufzubringen hatten, dass das Thema Pflegeversicherung entsprechenden politischen Druck und öffentliche Aufmerksamkeit erhielt. Immerhin: Unter anderem die Verabschiedung der Pflegeversicherung im Sommer 1994 sicherte Helmut Kohl die knappe Wiederwahl. Das Thema war tagespolitisch relevant geworden.
Ambivalenzen der Bevöl- kerung	Das war und ist keineswegs selbstverständlich, war und ist das Risiko der Pflegebedürftigkeit doch stets mit Ambivalenzen der Bevölkerung konfrontiert: Assoziationen und Befürchtungen in Richtung von Mehrausgaben für „die Alten“, von hohen Kosten angesichts der etwaigen Frage nach dem Wert eines Lebens unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit sowie Berichte über unwürdige Pflegesituationen spielten auch damals mit in die Debatten hinein. Auch der Umstand, dass Pflegeaufgaben überwiegend von Frauen – und das unentgeltlich – übernommen werden, trägt und trug trotz Initiativen wie „Care Revolution“ dazu bei, dass das Thema politisch „unter seinen Möglichkeiten“ blieb.

Die Politik tue zu wenig für die Pflege: Diese Ansicht der Bürger*innen bestätigten die Bevölkerungsumfragen regelmäßig (z. B. Haumann 2018). Trotzdem wurde das Thema Pflege allentscheidend (bislang) nicht (wieder) bearbeitet. Dieses Thema ist nicht sonderlich attraktiv, auch wenn es als ein immer drängenderes Problem einer Gesellschaft des langen Lebens im demografischen Wandel erkannt wurde.

Die Gründe, die zur Einführung der Pflegeversicherung führten, waren vielfältiger Art.

- Das Risiko, sozialhilfeabhängig zu werden, wurde von vielen, insbesondere von Mittelschichtsangehörigen, als Demütigung erlebt: Das Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit sollte für eine Mehrheit der Bevölkerung jenseits der Sozialhilfe abgesichert werden.
- Die finanzielle Last der Kommunen wuchs beständig. Im Jahr 1994, dem letzten Jahr vor Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes, betrugen die Nettoausgaben für die Hilfe zur Pflege 12,9 Milliarden Deutsche Mark. Nach Einführung der Pflegeversicherung sanken diese zunächst auf 4,5 Milliarden Deutsche Mark im Jahr 1998. Dies entspricht einem Rückgang von 65,4 Prozent des Ausgangswertes. Dabei entfielen in 1994 88 Prozent der Nettoausgaben auf den Bereich der vollstationären Pflege. Dort fielen die Nettoausgaben von 11,3 Milliarden Deutsche Mark in 1994 auf 3,7 Milliarden im Jahr 1998 (Roth und Rothgang 2001). Somit war die Entlastungswirkung der Einführung der Pflegeversicherung für die Kommunen, aber auch für die Bürger*innen in den ersten Jahren enorm. Die Zuzahlungen der Bürger*innen zu den Pflegeheimkosten betrugen insbesondere in den ostdeutschen Bundesländern null Deutsche Mark, im Rheinland etwa 77 Deutsche Mark, soweit sie sich auf die pflegebedingten Aufwendungen bezogen. Damit hatte die Pflegeversicherung kurzfristig eines ihrer wesentlichen Ziele erreicht: die Absenkung der Sozialhilfekosten und die Befreiung pflegebedürftiger Menschen aus dem Leistungsbezug der Sozialhilfe, die an einen Vermögensverbrauch, an den Einsatz des Einkommens aber auch an die Unterhaltsverpflichtung von Partner*innen, Kindern und Eltern geknüpft war – und bis heute ist.

Ein weiteres Ziel der Pflegeversicherung lag darin, pflegende Angehörige in ihrer Pflegebereitschaft zu stärken. Angesichts des demografischen und des sozialen Wandels wurde nicht mehr in gleicher Weise von der Pflegebereitschaft und -fähigkeit in deutschen (Groß-)Familien ausgegangen. Insofern sollten Anreize geschaffen werden, um die häusliche Pflege insbesondere durch die Gewährung von Pflegegeld, aber auch durch eine ausgebaute ambulante Pflege zu stabilisieren. In der häuslichen Pflege waren und sind lediglich ergänzende, die häusliche Pflege stabilisierende Sachleistungen vorgesehen, die sogenannten Leistungen der häuslichen

Pflegebereitschaft der Angehörigen stärken durch Anreize

Pflege. Sie waren niemals bedarfsdeckend konzipiert, sollten aber dennoch für den Personenkreis der „altersgebrechlichen“ Pflegebedürftigen einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung der häuslichen Pflege leisten – und dies auf einem Niveau qualitativ guter Pflege. Nur für einen kleinen Personenkreis von in der Regel jüngeren Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf wurden 24-Stunden-Versorgungen entweder über die gesetzliche Krankenversicherung (beatmungspflichtige Personen) oder über die Sozialhilfe (meist körperlich beeinträchtigte Menschen) finanziert.

Mit der durchgesetzten Wettbewerbsneutralität auf dem „Pflegemarkt“ sollten Impulse zum Ausbau der pflegerischen Infrastruktur gegeben werden: Ein freier Markt auf dem Pflegesektor sollte sowohl die Infrastruktur mit vollstationären Einrichtungen anregen und ausbauen als auch die ambulante Versorgung in der Fläche gewährleisten. Dies führte zum Erstarken gewerblicher Anbieter – sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Damit der Wettbewerb sich nicht zulasten der Qualität auswirkt, mussten Instrumente zur Qualitätssicherung geschaffen werden. Diese sollten gewährleisten, dass auf Pflege angewiesene Menschen die entsprechenden Leistungen auf dem Stand der jeweiligen pflegewissenschaftlichen Standards erhielten. Damit wurde ein zunächst eher experimentell zu nennendes, später im hohen Maße ausdifferenziertes und weithin bürokratisches Regime der Qualitätssicherung für die Langzeitpflege aufgebaut.

Die durch die Leistungen der Pflegeversicherung entlasteten Kommunen und Bundesländer sollten die eingesparten Mittel in den Ausbau der Infrastruktur investieren. Dies erwies sich allerdings aus verschiedenen Gründen als schwierig und voraussetzungsreich. Die Wettbewerbsneutralität der Pflegeversicherung erschwerte eine zielgerichtete Entwicklung der Infrastruktur, da letztlich alle Anbieter einen Anspruch auf Subventionierungen geltend machen konnten. Auch wurde die Entlastung von Sozialhilfeausgaben von den häufig unter Haushaltsrestriktionen agierenden Kommunen dankbar angenommen, zum Teil ohne dass entsprechende Investitionen getätigt wurden. Dabei entpflichtete bzw. entmachtete die Pflegeversicherung auch die Kommunen im Politikbereich der Pflege, was sich ex post als durchaus problematisch erwies und erweist.

Zudem waren gezielte Infrastruktureffekte beabsichtigt: So sollte die Entlastung von pflegenden Angehörigen durch teilstationäre Angebote befördert werden. Allerdings konnte erst mit der leistungsrechtlichen Privilegierung der Tagespflege ein Effekt des Ausbaus von Tagespflege auf einem noch immer niedrigen Niveau – mit deutlichen regionalen Unterschieden – verzeichnet werden.

Die später eingeführten Familienpflegegeldleistungen reflektierten das Dilemma, auf Erwerbsarbeit verzichten zu müssen, wenn häusliche Pflegeaufgaben übernommen werden: Eine weithin symbolische politische Anerkennung eines für viele pflegende Angehörige

dramatisch zu nennenden Belastungserlebens, insbesondere nach langjähriger Pflege.

Die Pflegeversicherung genoss von Anfang Sympathie in der Bevölkerung. Die „Cash-Leistungen“ des Pflegegeldes wurden präferiert, die Inanspruchnahme von häuslichen Pflegeleistungen blieb deutlich hinter den Erwartungen zurück. Dies stabilisierte die Ausgabenseite der Pflegeversicherung. Auch ein zunächst befürchteter „Heimsog-Effekt“ wurde durch die Pflegeversicherung nicht ausgelöst. Die Quote der Pflegebedürftigen, die in Heimen lebte und lebt, blieb immer etwa um 30 Prozent mit leicht abnehmender Tendenz, insbesondere nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes.

Der in der Pflegeversicherung zunächst verwendete Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde aus fachlicher Seite von Anfang an stark kritisiert. Er war durch eine Fokussierung auf somatische Hilfebedarfe gekennzeichnet. Unterstützungsbedarfe von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung, insbesondere aber auch von Menschen mit Demenz, wurden nicht (hinreichend) berücksichtigt. Dies führte sodann zu den vom Bundesverfassungsgericht und vom Bundessozialgericht eingeforderten Leistungsergänzungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Jahrelang wurde um einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gerungen. Im Jahr 2017 wurde er nach experimenteller Erprobung und Kostenabschätzung eingeführt.

Kritik am Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die deutsche Pflegeversicherung, die auch international beachtet wurde – insbesondere von Japan und Korea, die sich in ihren Kodifikationen teilweise an der deutschen Pflegeversicherung orientierten – baut auf die Pflegebereitschaft von Partner*innen und Angehörigen. Auch heute sieht noch eine Mehrheit der Bevölkerung eine moralische Pflicht zur Übernahme von Pflegeaufgaben innerhalb von Familien. Es sind ganz wesentlich Frauen, die Pflegeaufgaben übernehmen. Die ökonomische Zwangslage lässt zahlreichen Angehörigen kaum eine Wahl: Solange nicht eine das Haushaltseinkommen und -vermögen verzehrende Heimunterbringung unabwendbar erscheint, sieht man sich allein haushaltsökonomisch gezwungen, die Pflegeaufgaben selbst zu übernehmen. Da die meisten auf Pflege angewiesenen Menschen eine Heimunterbringung ablehnen und die Bürger*innen bis heute (s. Beitrag Haumann) sich an den Wünschen der pflegebedürftigen Angehörigen orientieren wollen, bleibt nur die Übernahme von Pflegeaufgaben innerhalb von Familien. Diese Settings sind nach Haubner jedoch durch Merkmale von Ausbeutung gekennzeichnet (2017). Auch die große Zahl von osteuropäischen Hilfskräften, die heute auf 300.000 bis 600.000 beziffert wird (Petermann et al. 2017; Arend und Klie 2017), zeigt, dass zumindest in den letzten Jahren nach Formen der Kompensation der entweder nicht vorhandenen oder überlasteten häuslichen Pflege durch An- und Zugehörige gesucht wird. Damit stellten sich zweierlei Prognosen ein, die mit der Einführung der Pflegeversicherung verbunden waren: Zum einen die deutliche Entlastung der Sozialhilfeträger,

zumindest kurz- und mittelfristig, und zum anderen die Problematisierung und Substituierung der Familienpflegebereitschaft, was sich in der großen Zahl osteuropäischer Haushaltshilfen symptomatisch niederschlägt.

**Sozial-
politisches
Neuland**

Mit der Pflegeversicherung wurde sozialpolitisches Neuland betreten: Die Pflegeversicherung folgt dem aus der gesetzlichen Krankenversicherung bekannten Sachleistungsprinzip, gewährt aber überwiegend Geldleistungen als Pflegegeld. Dabei „bedient“ sie sehr unterschiedliche „Welten“ in der Langzeitpflege: Hier die stationäre Pflege mit ganz eigenen betriebswirtschaftlichen Anforderungen und Erwartungen von Investoren, zudem recht strengen Qualitätsvorgaben in der „Vollversorgung“; dort lebensweltliche Pflegearrangements, die sowohl zwischen Milieus als auch zwischen Stadt und Land und insbesondere zwischen Haushaltsgößen sehr unterschiedlich sein können (Blinkert und Klie 2005). In diesem Zusammenhang ist zu erkennen, dass das Pflegegeld in einer bislang wenig untersuchten Weise in lebensweltliche Logiken der Lebensführung und Sicherstellung der Pflege eingebettet wird. Die häusliche Pflege als Sachleistung wird nur von einer Minderheit von Haushalten in Anspruch genommen und zeigt damit ihre geringe Attraktivität, sowohl hinsichtlich der Leistungshöhe als auch der angebotenen Leistungsinhalte. Diese werden im Leistungserbringungsrecht, das zwischen Leistungsträgern und Verbänden der Dienstleister ausgehandelt wird, stark reglementiert.

Auch wenn die Pflegeversicherung als Erfolgsgeschichte beschrieben wird und sicherlich auch Anzeichen einer solchen aufweist, war sie von Anfang an von stetigen Reformbestrebungen und -notwendigkeiten begleitet. So war es doch gewissermaßen ein recht experimentelles Vorgehen, das der Gesetzgeber mit der Pflegeversicherung gewählt hatte oder angesichts begrenzter Erkenntnisstände in diesem Feld wählen musste. 22 Reformgesetze (ohne Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz) wurden zwischen 1995 und 2019 vom Deutschen Bundestag verabschiedet.

Tabelle 1: Wesentliche Änderungen im Bereich der Pflegeversicherung

Jahr	Änderung
1995/1996	Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes (PflegeVG)
1995 (April)	Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit
1996	1. SGB-XI-ÄndG (Juni)
1998	Gesetz zur sozialrechtlichen Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen
1998	3. SGB-XI-ÄndG
1999	Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse (April)
1999 (August)	4. SGB-XI-ÄndG
2000	Haushaltssanierungsgesetz (HSanG)
2000	Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreform)
2002	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
2002	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG)
2005	Kinder-Berücksichtigungsgesetz
2005	Verwaltungsvereinfachungsgesetz
2007	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG)
2008 (Juli)	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
2012/2013	Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG)
2015	Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I)
2016	Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen
2016/2017	Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)
2017	Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III)
2018	Betriebsrentenstärkungsgesetz, Pflegepersonalstärkungsgesetz
2019	Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Beitragssatzanpassung

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Änderungen bezogen sich zum einen auf den Beitragssatz, der zunächst 1 Prozent betrug (nur ambulante Leistungen) und im Jahr 1995 auf 1,7 Prozent erhöht wurde. Eine Dynamisierung der Beitragssätze war zunächst nicht vorgesehen. Mit dem 01.07.2008 wurde der Beitragssatz auf 1,95 Prozent bzw. 2,2 Prozent für kinderlose Personen angehoben. Eine weitere Anhebung erfolgte 2015. Im Jahr 2019 beträgt der Beitragssatz 3,05 Prozent – wobei er höher ist als angesichts der Ausgaben erforderlich. Dies ermöglicht den Pflegekassen eine für die Zukunft bedeutsame Rücklagenbildung.

Andere Reformgesetze bezogen sich auf die Ausweitung von Leistungen, auf die Erweiterung des Personenkreises und die Privilegierung von teilstationären Angeboten zur Entlastung pflegender Angehöriger. Dabei waren die größten Reformschritte mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes im Jahr 2017 durch das Pflegestärkungsgesetz II verbunden. Dadurch wurde der Kreis der Leistungsberechtigten deutlich erweitert. Außerdem hat man Abschied von den eher defizitorientierten Pflegestufen zugunsten pflegewissenschaftlich begründungsfähiger Pflegegrade genommen, die den Grad der Selbständigkeit als zentrales Kriterium etablierten.

Fragen der Abgrenzung zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung blieben über die gesamten letzten 25 Jahre auf der Tagesordnung. In Heimen wurde immer wieder über die Zuordnung der Behandlungspflegekosten gestritten. Die Ruhensvorschrift des § 216 Abs. 4 Ziff. 1 RVO a. F. (Klie 1990) wurde erst, und dies halberzig, im Jahr 2018 teilweise aufgehoben. Auch die Grenzziehung zur Eingliederungshilfe ist letztlich nicht geklärt. Durch die semantische Abgrenzung zwischen Assistenz- und Teilhabeleistungen hier und den sog. Betreuungsleistungen dort wurde nicht inhaltlich, sondern lediglich begrifflich eine Trennlinie zwischen Assistenzleistungen, die Pflegebedürftigen zustehen, und Assistenzleistungen für Menschen mit Behinderungen gezogen. Die in dieser Weise vollzogene Trennung wurde nicht vom Hilfebedarf her entwickelt, sondern sie war von der Kostenträgerschaft motiviert. Mit Einführung des zweiten Teils des Bundesteilhabegesetzes in 2020 werden die Abgrenzungsfragen noch einmal komplizierter.

Qualitätssicherung

Auch Fragen der Qualitätssicherung stellten ein Dauerthema der Pflegeversicherung dar – bis heute. Mit dem Pflegequalitätssicherungsgesetz sollten einheitliche Standards durchgesetzt werden; mit der Einführung der Pflegenoten sollte den sogenannten Konsumenten von Pflegeleistungen ein ihre Kundensouveränität stärkendes Orientierungssystem angeboten werden. Bewährt haben sich die Ansätze nicht. Mit dem indikatorengestützten (ergebnisqualitätsbasierenden) im Jahr 2019 einzuführenden Qualitätssicherungskonzept wird ein neuer Weg beschritten, der wie der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff pflegewissenschaftlich hinterlegt ist. Gleichwohl ist es mit erheblichen Anforderungen – auch bürokratischer Art – an die Einrichtungen verbunden. Durch die ständig steigenden Qualitäts-

sicherungsanforderungen wird es für kleine Einrichtungen immer schwerer, sich an der Leistungserbringung zu beteiligen.

Die Langzeitpflege ist ihrerseits in Professionalisierungsbemühungen der Fachpflege eingebettet. Sie dokumentieren sich unter anderem in den dem SGB XI zugeordneten Qualitätsstandards, die vom „Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege“ in einem aufwändigen Konsensverfahren erarbeitet werden. § 113a SGB XI verortet die Kompetenz für die Themenwahl der zur Erarbeitung ausgewählten Qualitätsstandards bei den Leistungsträgern und -erbringern – und damit im korporatistischen System der Langzeitpflege. Dies verweist auf eine sehr begrenzte Autonomie der Pflegewissenschaft in der Entwicklung verbindlicher Qualitätsstandards. Ein Vergleich mit der Erarbeitung ärztlicher Leitlinien unterstreicht dies.

Langzeitpflege

Mit der lange angestrebten und diskutierten, international anschlussfähigen einheitlichen Pflegeausbildung, die mit dem Pflegeberufegesetz eingeführt wurde, wird die Sonderstellung der für die stationäre Pflege besonders bedeutsamen Altenpfleger*innen in Frage gestellt. Dies hat sowohl für die Ausbildungskapazitäten als auch für die Entlohnung der Pflegenden einige Bedeutung und dürfte die Pflegesätze der Zukunft verteuern. Der allgemeine Personalmangel in der Langzeit-, aber auch in der klinischen Pflege stellt Einrichtungen und Dienste vor größte Herausforderungen und verlangt nach neuen Instrumenten sowohl der Personalgewinnung als auch der Personalarbeit (ddn 2017) und erfordert kommunal verteilte Verantwortlichkeiten für die Gewährleistung einer ausreichenden Infrastruktur (Klie 2018; Klie und Monzer 2018).

Pflegeberufegesetz

25 Jahre Pflegeversicherung – die Empirie unterstreicht die Dynamiken im Bereich der Langzeitpflege. Die Pflegestatistiken dokumentieren die Zunahme pflegebedürftiger Menschen, aber zugleich auch, dass sich die Verteilung der Versorgungsarten kaum verändert haben. Allerdings bestehen deutliche Unterschiede zwischen Regionen und Bundesländern (Klie 2018). Der Altersdurchschnitt der Personen, die in Pflegeheimen leben, ist deutlich gestiegen, die Verweildauer hat sich weiter verkürzt.

Dominant bleibt dabei die häusliche Pflege durch An- und Zugehörige, wobei empirisch kaum ein systematischer Blick in die Wirklichkeit der häuslichen Pflegearrangements geworfen wird. Man weiß um Überforderungssituationen und um gewaltgeneigte Konstellationen in der häuslichen Pflege (Hantke und Görges 2019). Auch das Ausmaß freiheitsentziehender Maßnahmen gegenüber Menschen mit Demenz, die zu Hause versorgt werden, ist eklatant hoch (Klie 2011). Alarmierend sind die Zahlen, nach denen knapp 300.000 pflegende Angehörige lieber heute als morgen ihre Pflegeaufgaben niederlegen würden (Barmer GEK 2014). Die regionalen Unterschiede hinsichtlich der Versorgungspräferenzen, aber auch der Infrastrukturen sind eklatant (Lewin et al. 2018). Die in den DAK-

Pflegereporten regelmäßig durchgeführten Abgleiche zwischen GKV- und SPV-Kosten und Versorgungspfaden weisen darauf hin, dass die Abstimmung zwischen sozialer Pflegeversicherung und gesetzlicher Krankenversicherung keineswegs befriedigen kann. Desiderate gibt es in der Beratung Pflegebedürftiger (Klie et al. 2011).

Auch 25 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung ist das Reformprojekt „soziale Sicherung der Pflege“ keineswegs abgeschlossen. Für die nächsten 25 Jahre bleibt das Thema mit einer politisch herausfordernden Dynamik verbunden: Die Babyboomer-Generation kommt in die pflegenahen Jahrgänge und wird selbst vom Risiko der Pflegebedürftigkeit betroffen sein – und dies mit durchaus anderen Versorgungserwartungen als diejenigen Erwartungen, die in der Vergangenheit üblich und prägend waren.

Mit der „Konzertierten Aktion Pflege“, die 2019 ihre Ergebnisse und ihr Arbeitsprogramm vorgelegt hat, wurde die politische Relevanz des Pflege-themas erkannt und aufgegriffen. Die „großen“ Themen wie etwa die Frage, wie die Finanzierung der Langzeitpflege künftig sichergestellt werden soll, wie häusliche Arrangements in fairer Weise flankiert und stabilisiert werden können, wie lokal verfügbare Infrastrukturen sich sichern und ausbauen lassen: Sie bleiben, verbunden mit anderen Fragestellungen, die zum Teil bereits vor 25 Jahren aktuell waren, der „Dauerbaustelle Pflegeversicherung“ erhalten.

Die Pflegeversicherung, die heute – wie nicht zuletzt die Bevölkerungsumfrage im DAK-Pflegereport 2019 (s. Beitrag Haumann) unterstreicht – über eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung verfügt, war keineswegs unumstritten. Das zeigt die nachfolgend dokumentierte Skizze der damaligen Debatten.

Pflegeversicherung 1994 umstritten

Die Pflegeversicherung war bei ihrer Einführung sowohl im Hinblick auf ihre Konzeption als auch auf die vorgesehenen Leistungen umstritten. Von den einen wurde sie für unnötig gehalten. Nicht die Pflegebedürftigen, sondern Staat und Erben wurden als Gewinner der Pflegeversicherung ausgemacht. Andererseits wurde gegen das Konzept einer Pflegeversicherung eingewandt, dass sie eine Reihe von Brüchen mit den Funktionsprämissen des bisher geltenden Sozialversicherungssystems aufweise. Die Pflegeversicherung sähe einen neuen Leistungstyp vor, nämlich pauschalisierte und damit rationierte Geld- und Sachleistungen, mit der Konsequenz, dass in Zukunft ein voller Versicherungsschutz nur noch jenen Versicherten zustehen würde, die sich über die Grundversicherung hinaus (private) Zusatzversicherungen leisten können. Als weiteres neues Gestaltungselement wurde der Abschied vom Solidaritätsprinzip ausgemacht. Jeder Versicherte erhalte bei Pflegebedürftigkeit dieselben Leistungen, ungeachtet persönlicher Einkommens- und Vermögensverhältnisse. Dies führe zur Inkaufnahme von Mitnahmeeffekten und zu einer inversen Umverteilung, d. h. eine Umverteilung „von unten nach oben“.

Inwieweit die Pflegeversicherung auch für zukünftige Jahrzehnte eine demokratieverträgliche Lösung des Pflegeproblems darstellt, wurde angesichts der demografischen Verschiebungen grundsätzlich in Frage gestellt. Durch die ausschließlich (rein) umlagefinanzierte Pflegeversicherung und ihre Auswirkung werde die Gesellschaft über einen „billigen Eintrittspreis“ in eine Risikofalle gelockt, die spätestens mit der Überlastung der nächsten Generation zuschnappe.

Die Möglichkeit, die Gesellschaft bei erwachsener Altersquote über die Generationen hinweg einigermaßen gleichmäßig und damit tragbar zu belasten, werde verbaut, je länger dieses einseitige Finanzierungssystem bestehe. Die Pflegeversicherung gaukele vor, sie könne allein und vorständig auch das weit in der Zukunft liegende Pflegerisiko gesellschaftlich abdecken.

Als Faktoren, die in besonderer Weise zu einer zusätzlichen Beitragsbelastung führen werden, wurden u.a. ausgemacht: eine verbesserte Lohnstruktur zugunsten der Pflege, der Wegfall der „verdeckten Pflegearmut“ (Dunkelziffer der auf Sozialleistungen verzichtende Personen), die Erzeugung von Mitnahme- und Ausnutzungseffekten, die Zunahme von Einpersonenhaushalten, die Abnahme der häuslichen Pflegebereitschaft der jüngeren Generation, die Vergütungsangleichung für die häusliche Pflege und der medizinische Fortschritt. Dies müsse – trotz Grundsatz der Beitragssatzstabilität – zu Beitragssatzsteigerungen führen, die die nachfolgenden Generationen belasten und zu einer „zunehmenden Vergiftung“ der Beziehungen zwischen den Generationen führen könnten.

Schließlich wurden auch verfassungsrechtliche Bedenken angemeldet. Die Deutsche Hausfrauengewerkschaft sah eine Verfassungsklage gegen die Pflegeversicherung vor. Familien mit Kindern würden dreifach belastet. Sie leisteten einen Großteil der Pflege selbst, aber auch für die häusliche Pflege durch die Frauen werde in der Versicherung ein vergleichsweise geringer Satz veranschlagt. Ähnlich wie die Rentenversicherung verstoße auch die Pflegeversicherung auf der Beitragsseite gegen Art. 3 Abs. 1 i. V. m. Art. 6 GG (nach Klie 1994).

Einige der damaligen Diskussionslinien werden bei einer Debatte um eine Finanzierungsreform der Pflegeversicherung wieder aufgegriffen werden. An der breiten Akzeptanz einer Versicherungslösung für das Pflegerisiko im Prinzip mangelt es allerdings nicht mehr. Die Pflegeversicherung ist nach 25 Jahren zum festen Bestandteil des deutschen Systems der sozialen Sicherung geworden. Die Debatten gehen weiter.

Literaturverzeichnis

- Arend, Stefan; Klie, Thomas (Hg.) (2017): Wer pflegt Deutschland? Transnationale Pflegekräfte – Analysen, Erfahrungen, Konzepte. Hannover: Vincentz Network.
- Barmer GEK (Hg.) (2014): Pflegereport 2014 der Barmer GEK. Auswertungen zu Daten bis 2012; Schwerpunkt: Hautkrebs. Siegburg.
- Blinkert, Baldo; Klie, Thomas (2005): Solidarität in Gefahr? Veränderung der Pflegebereitschaften und Konsequenzen für die Altenhilfe und Pflege. In: Thomas Klie, Anke Buhl, Hildegard Entzian, Astrid Hedtke-Becker und Helmut Wallrafen-Dreisow (Hg.): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 293–315.
- Das Demographie Netzwerk e.V. (ddn) (Hg.) (2017): Schlüsselfaktoren für eine erfolgreiche Personalarbeit in der Langzeitpflege. Eine Arbeitshilfe für die Praxis. Ein Arbeitsergebnis des AGP-Projekts Herausforderung Pflege II. Unter Mitarbeit von Ulrich Christofczik, Berthold Dietz, Mona Frommelt, Gabriele Göhring, Birgit Heyden, Rudolf Kast et al. AGP Sozialforschung; BMG. Dortmund.
- Hantke, Lydia; Görges, Hans-Joachim (2019): Ausgangspunkt Selbstfürsorge: Strategien und Übungen für den psychosozialen Alltag. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Haubner, Tine (2017): Die Ausbeutung der sorgenden Gemeinschaft. Laienpflege in Deutschland. Frankfurt: Campus-Verlag.
- Haumann, Wilhelm (2018): Bilder und Erfahrungen der Pflege in Deutschland und in den Bundesländern. In: Thomas Klie: Pflegereport 2018. Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei, S. 31–108.
- Klie, Thomas (1990): Auswirkungen der Aufhebung der Ruhensvorschrift, § 216 Abs. 4 Ziff. 1 RVO a.F., durch das Gesundheitsreformgesetz für die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen für versicherte Rentner in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Veröffentlichung in der Schriftenreihe des KDA. Köln.
- Klie, Thomas (1994): Pflegeversicherung. Einführung, Lexikon, Gesetzestexte, Nebengesetze, Materialien. Hannover: Vincentz.
- Klie, Thomas (2011): ReduFix ambulant – Freiheitseinschränkende und -entziehende Maßnahmen in der häuslichen Pflege. Eine betreuungsrechtliche Betrachtung. In: *BtPrax* (4), S. 154–158.

- Klie, Thomas (2018): Pflegereport 2018. Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei.
- Klie, Thomas; Frommelt, Mona; Schneekloth, Ulrich; Behrend, Sabine; Göhner, Anne; Heislbetz, Claus et al. (2011): Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. Hg. v. GKV-Spitzenverband. AGP Sozialforschung; Hans-Weinberger-Akademie der Arbeiterwohlfahrt e.V.; TNS Infratest Sozialforschung. Berlin.
- Klie, Thomas; Monzer, Michael (2018): Regionale Pflegekompetenzzentren. Innovationsstrategien für die Langzeitpflege vor Ort. Heidelberg: medhochzwei.
- Lewin, Philip; Lange, Laura; Schulte, Timo; Hildebrandt, Helmut (2018): Regionale Unterschiede in der Pflegesituation sowie Analysen relativ zum Eintritt in die Pflegebedürftigkeit. Analyse von GKV-Routinedaten der DAK-Gesundheit für den Pflegereport 2018. In: Thomas Klie: Pflegereport 2018. Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei, S. 109–159.
- Petermann, Arne; Ebbing, Tobias; Paul, Michael (2017): Das Tätigkeitsprofil von Betreuungspersonen in häuslicher Gemeinschaft. Berufsakademie für Gesundheits- und Sozialwesen Saarland. Saarbrücken.
- Roth, Gerhard; Rothgang, Heinz (2001): Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit. Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34, S. 292–305.

3. Pflegekosten (fair) teilen: Analysen, Daten, Ergebnisse. Der Pflegereport 2019 kompakt.

Thomas Klie

Der Pflegereport 2019 fokussiert Fragen der Kosten der Pflege und dies in einer retro- und prospektiven Weise zugleich. 25 Jahre Pflegeversicherung geben Anlass darüber nachzudenken, ob die Ziele, die seinerzeit mit der Einführung der Pflegeversicherung verbunden wurden, erreicht werden konnten. Nicht – wie im Pflegereport 2018 der Fall – Fragen der Qualität der Pflege oder einer ausreichenden Infrastrukturversorgung bildet den Mittelpunkt der Analysen, sondern vielmehr die Frage nach den Kosten der Pflege steht im Fokus der diesjährigen Studien, die erneut multiperspektivisch angelegt sind.

Dabei sind mit den Kosten der Pflege nicht nur Ausgaben der Pflegeversicherung, Beitragssätze und finanzielle Belastungen von Pflegebedürftigen durch selbst zu tragende Kostenbeiträge für ihre Versorgung gemeint. Kosten der Pflege entstehen auch auf anderen Ebenen. Dazu gehören die Gesundheitskosten für pflegende Angehörige. Von diesen war bereits im DAK-Pflegereport 2015 die Rede. Sie sind nicht zu unterschätzen, liegen die Gesundheitsausgaben bei Pflegeangehörigen doch deutlich über denjenigen Ausgaben bei Personen, die keine Pflegeaufgaben übernehmen (DAK-Gesundheit 2015, S. 24–27). Weiterhin sind die gut untersuchten Aspekte von Opportunitätskosten für pflegende Angehörige zu berücksichtigen (Blinkert und Klie 2005). Der Verzicht auf Erwerbsarbeit, in Deutschland gerade für Frauen mit der Übernahme von Pflegeaufgaben im internationalen Vergleich sehr verbreitet, lässt sich auch als Opportunitätskosten interpretieren. Gleiches gilt für den Verzicht auf eine Lebensgestaltung nach eigenen Präferenzen. Die Opportunitätskosten der Pflege sind hoch und sie werden in Zukunft noch weiter zunehmen, da etwa die Erwerbsarbeit von Frauen, die gegenüber 1994 schon deutlich angestiegen ist, weiter steigen wird und steigen muss. Auch die verlängerte Lebensarbeitszeit wird die Opportunitätskosten im Zusammenhang mit der Pflege erhöhen. Gleichzeitig lässt der moderne Lebensstil, der in besonderer Weise auf Selbstverwirklichung und Individualisierung hin ausgerichtet ist, die Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeaufgaben sinken – trotz eines in der Bevölkerung weithin verankerten moralischen Verpflichtungsgefühls, Verantwortung für pflegebedürftige An- und Zugehörige zu übernehmen.

Kosten entstehen überdies durch die in Deutschland verbreiteten, zumeist illegalen Beschäftigungsverhältnisse in der häuslichen Pflege. Ihr Einsatz ist unter anderem als Reaktion auf die als hoch empfundenen und haushaltsökonomisch kaum zu verkraftenden Aus-

gaben zu verstehen, die bei legaler Beschäftigung oder bei einer intensiven Inanspruchnahme ambulanter Dienste anfallen. Durch den Einsatz osteuropäischer Pflegekräfte entstehen sowohl Kosten durch nicht entrichtete Sozialversicherungsabgaben und Steuern als auch Kosten, die in den Ländern, aus denen die pflegenden Haushaltshilfen stammen, entstehen (Rossow und Leiber 2019).

Pflegereport 2019

Der Pflegereport 2019 beleuchtet das Thema „Kosten der Pflege“ und dies, wie bereits erwähnt, aus verschiedenen Perspektiven. Der Bericht beginnt mit den Ergebnissen einer in enger Zusammenarbeit mit dem Institut für Demoskopie Allensbach entwickelten und von diesem durchgeführten Bevölkerungsbefragung. Sie geht der Frage nach, wie die Bevölkerung die Pflegeversicherung unter Kostengesichtspunkten einschätzt, wie hoch die Kosten in der Pflege generell taxiert werden und welches Wissen über die finanziellen Belastungen bei häuslicher und stationärer Versorgung verfügbar ist. Auch Vorstellungen zu einer Weiterentwicklung der Finanzierung der Pflegeversicherung wurden abgefragt (s. Beitrag Haumann).

Die Analyse der Routinedaten der DAK-Gesundheit, die zweite im Rahmen des Pflegereports 2019 durchgeführte Studie, legt den Fokus auf die Ausgaben in der Pflegeversicherung, die sich durch die Pflegestärkungsgesetze verändert haben. In diesem Zusammenhang wurde der Kreis der Leistungsberechtigten durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ausgeweitet, die Leistungsansprüche moderat angehoben. All dies bleibt auf Kostenseite nicht ohne Wirkungen (s. Beitrag Lewin et al.).

Als vor 25 Jahren die Pflegeversicherung eingeführt wurde, diente sie vor allem auch dazu, Menschen mit Pflegebedarf vor einem als demütigend erlebten Sozialhilfebezug zu schützen. Zudem sollten die Sozialhilfeträger entlastet werden. Sind diese Ziele eingetreten, konnten die Entlastungswirkungen stabilisiert werden? Um diese Fragen zu beantworten, wurden im Pflegereport 2019 die Sozialhilfeausgaben der letzten 25 Jahre unter die Lupe genommen (s. Beitrag Rischard und Klie).

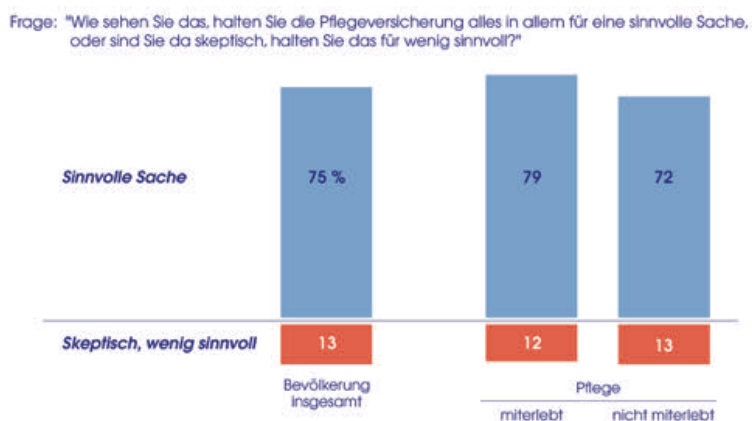
Schließlich darf in einem solchen multiperspektivischen Forschungsdesign der Blick auf die Lebenswelten pflegebedürftiger Personen und ihrer Angehörigen nicht fehlen. Die Notwendigkeit, die betroffenen Menschen im Fokus zu behalten, gerät allzu schnell „unter die Räder“, wenn die Stakeholder der Langzeitpflege über die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung beraten und verhandeln. In einer qualitativen Studie wird daher ausführlich den lebensweltlichen und haushaltsökonomischen Reflexionen zu den mit der Pflege verbundenen Kosten nachgegangen (s. Beitrag Moeller-Bruker et al.).

3.1 Ergebnis der Bevölkerungsbefragung: „Gut, dass es die Pflegeversicherung gibt“. Dennoch treten Defizite immer deutlicher hervor

Im Jahr 2018 bezogen 3,9 Millionen auf Pflege angewiesene Menschen Leistungen aus den Pflegeversicherungen, sowohl aus der sozialen als auch aus der privaten. In 1995 waren es 1,1 Millionen¹. Die Ausgaben der Pflegeversicherung stiegen mit der Zahl der Leistungsbezieher auf inzwischen 41 Milliarden Euro jährlich. Im Jahr 2018 überstiegen die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung die Höhe ihrer Einnahmen, sodass ein Teil ihrer Rücklagen aufgebraucht werden musste. Durch die Erhöhung der Beitragssätze zum Jahresbeginn 2019 wurde die Finanzierungslücke auf Zeit geschlossen. Die aktuelle Beitragserhöhung sichert die Finanzierung der Pflegeversicherung für einige Jahre. Ob allerdings das Finanzierungssystem mit den regelmäßigen Beitragsanpassungen auch den zukünftigen Entwicklungen gerecht wird, ist ebenso offen wie die Frage, ob die den pflegebedürftigen Menschen zugemuteten Zuzahlungen oder Eigenbeträge in Zukunft verlangt werden können. Die zukünftigen Entwicklungen könnten den Beitragssatz von derzeit 3,3 Prozent für kinderlose Personen auf 8 Prozent steigen lassen (s. Beitrag Rischard und Klie).

Wie bewertet die Bevölkerung die im Mittelpunkt der Einführung der Pflegeversicherung stehenden Fragen? Zu den wesentlichen Ergebnissen gehört zum einen, dass die Pflegeversicherung in der Bevölkerung ganz überwiegend befürwortet wird.

Abbildung 1: Drei Viertel der Bevölkerung befürworten die Pflegeversicherung



An 100 fehlende Prozent: unentschieden

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Altersbacher Archiv; DAK Pflegereport 2019

© IFO-Altenbach

Quelle: Haumann 2019.

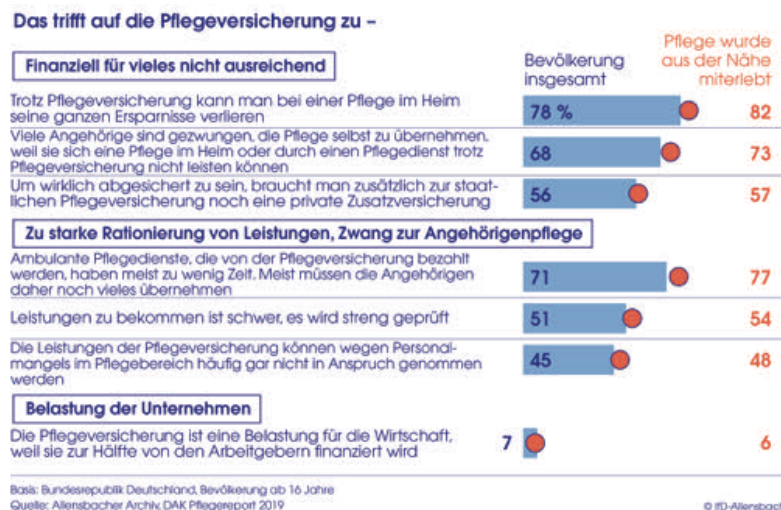
¹ Destatis (2018): Gesundheit. Pflege. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html sprg229164

Pflegeversicherung fester Bestandteil des sozialen Sicherungssystems

Auch wird sie als große Hilfe angesehen, wenn Fragen der Pflege und Pflegebedürftigkeit bewältigt werden sollen. Dies gilt unabhängig von verschiedenen Regionen in Deutschland, obwohl bundesweit zum Teil massive Unterschiede zwischen der Organisation und den Kosten der Pflege bestehen. Die Pflegeversicherung, die im Jahr 1994 bei ihrer Verabschiedung noch umstritten war, ist inzwischen offenbar ein fester Bestandteil des sozialen Sicherungssystems in Deutschland geworden.

Dieser Befund darf aber nicht die Defizite der Pflegeversicherung überdecken, die von einem großen Anteil der Bevölkerung ebenso wahrgenommen werden. So ist trotz Pflegeversicherung die Befürchtung verbreitet, dass man mit der Aufnahme in ein Pflegeheim sämtliche Ersparnisse verlieren kann.

Abbildung 2: Wahrgenommene Defizite der Pflegeversicherung



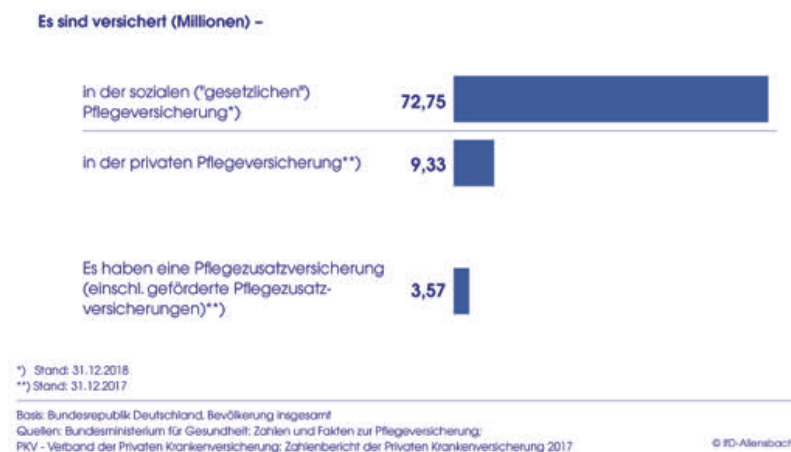
Quelle: Haumann 2019.

Auch der faktische Zwang für pflegende Angehörige, die Pflege selbst zu übernehmen, wird ausgesprochen kritisch gesehen. Dabei werden die Leistungen in der häuslichen Pflege aus Sicht der Befragten sowohl als teuer als auch als keineswegs ausreichend eingestuft. Die Einstellung, die sich hier zeigt, lässt sich wie folgt formulieren: Gut, dass es die Pflegeversicherung gibt. Eine ausreichende Antwort auf all die Belastungen und Aufwendungen, die in den Bereich der Pflegebedürftigkeit fallen, bietet sie jedoch nicht.

Absicherung über private Zusatzversicherung

Der Weg, die Sicherungslücken über eine private Zusatzversicherung zu schließen, wird nur von einer Minderheit der Bevölkerung genutzt.

Abbildung 3: Ergänzung private Pflegeversicherung



Quelle: Haumann 2019.

Es sind lediglich etwa 9 Prozent der Bevölkerung, die eine solche Versicherung abgeschlossen haben. Für die Bürger*innen bleibt offenbar unklar, welchen Sicherungsbeitrag eine private Zusatzversicherung leisten kann, wenn der Gesamtaufwand nicht beziffert und der Bedarf nicht ermittelt werden kann.

So unterschiedlich die Lebensverhältnisse und zum Teil auch die Deutungsmuster der Bürger*innen zwischen ost- und westdeutschen Bundesländern sind: Die Defizite der Pflegeversicherung werden sowohl in städtischen als auch in ländlichen Regionen in West- und Ostdeutschland ganz ähnlich wahrgenommen. Das gilt, obwohl die Infrastrukturen, die landesrechtlichen Rahmenbedingungen, die Höhe der Pflegesätze und die Sozialhilfequote sehr verschieden sind.

Abbildung 4: Negative Aspekte der Pflegeversicherung

	Bei Pflege im Heim kann man seine ganzen Ersparnisse verlieren	Ambulante Pflegedienste haben meist zu wenig Zeit – Angehörige müssen daher vieles übernehmen	Oft Angehörigenpflege notwendig, da Pflege im Heim oder durch einen Pflegedienst zu teuer	Man brauchte private Zusatzversicherung, um abgesichert zu sein	Leistungen sind schwer zu bekommen	Leistungen können wegen Personalmangels oft nicht in Anspruch genommen werden
Bevölkerung insgesamt (%)	78	71	68	56	51	45
Schleswig-Holstein	80	73	60	38	54	44
Hamburg	78	76	63	55	64	49
Bremen	67	50	64	66	49	54
Niedersachsen	77	64	65	52	41	40
Nordrhein-Westfalen	81	70	66	60	53	41
Hessen	79	76	77	57	43	49
Rheinland-Pfalz	75	71	71	53	54	58
Baden-Württemberg	81	73	78	66	49	52
Bayern	75	72	72	62	52	45
Saarland	72	56	79	53	47	27
Berlin	71	73	55	43	59	57
Brandenburg	74	71	64	44	53	38
Mecklenburg-Vorpommern	74	69	58	44	62	42
Sachsen	80	71	58	47	54	42
Sachsen-Anhalt	77	78	66	53	54	40
Thüringen	77	68	72	36	47	39

Grün/rot: Anteilswert für das Bundesland signifikant über oder unter Mittelwert (95-Prozent-Niveau)
 Blau: Abweichung des Anteilswerts vom Mittelwert nicht signifikant

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
 Quelle: Altenbacher Archiv DAK Pflegebericht 2019

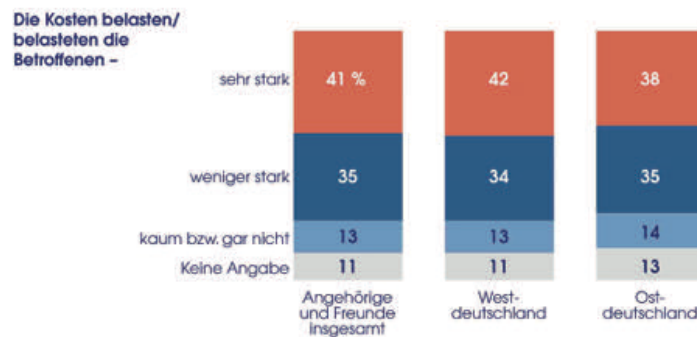
© IFO-Altenbach

Quelle: Haumann 2019.

Auch die subjektiv empfundene Belastung durch Pflegekosten wird trotz sehr unterschiedlicher Höhe der finanziellen Belastung in der bundesdeutschen Bevölkerung weitgehend gleich eingeschätzt. 40 Prozent geben an, durch Pflegekosten stark belastet zu werden.

Abbildung 5: Belastung durch Pflegekosten

Frage an (frühere) Angehörige und Freunde von Gepflegten, die in Heimen und Wohngruppen oder vom Pflegedienst gepflegt wurden:
 "Soweit Sie das sagen können: Wie stark belasten/belasteten die Kosten für die Pflege die Betroffenen?"



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Angehörige und Freunde von Gepflegten
 Quelle: Altenbacher Archiv DAK Pflegebericht 2019

© IFO-Altenbach

Quelle: Haumann 2019.

Die Erfahrung und die Erwartung einer hohen Kostenbelastung im Zusammenhang mit der Pflege von An- und Zugehörigen, auch als Betroffener selbst, unterstützen eine Offenheit für und das Interesse an einer Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung. Eine Mehrheit ist der Meinung, dass die Eigenanteile der auf Pflege angewiesenen Menschen und damit auch der An- und Zugehörigen begrenzt werden sollen. Eine Sockel-Spitze-Umkehrung in der Finanzierung von Pflegeaufwendungen wird von einer Mehrheit der Bevölkerung befürwortet. Diese Einstellungen in der Bevölkerung, die mit den aktuellen politischen Debatten korrespondieren, werden allerdings nicht von der Bereitschaft begleitet, höhere Beiträge zur Pflegeversicherung zu entrichten. Hierzu sind lediglich 24 Prozent der Bevölkerung bereit. Eine Pflegevollversicherung wird von etwa der Hälfte der Bevölkerung befürwortet.

Interesse an einer Reform der Finanzierung

Die notwendigen Kosten für eine bessere Finanzausstattung der Pflegeversicherung sollte, so die Mehrheit der Befragten, aus Steuermitteln getragen werden. Als Summa lässt sich formulieren: Gut, dass es die Pflegeversicherung gibt. Sie reicht aber keineswegs aus, um das Pflegerisiko in einer erträglichen Weise abzusichern. Reformen sind auch auf der Ebene der Finanzierung der Pflegeversicherung gefragt, so die Mehrheit der Bevölkerung.

Bezogen auf die Kostenbelastungen, die sich aus verschiedenen Pflegearrangements ergeben, wird deutlich, dass die unmittelbaren finanziellen Transferleistungen als besonders belastend empfunden werden. Sie schlagen besonders bei einer stationären Versorgung auf. Auch bei der Inanspruchnahme häuslicher Pflegedienste werden die Kosten als hoch eingestuft. Die Kosten, die etwa durch den Verzicht auf Erwerbsarbeit entstehen, werden in der Bevölkerung weniger als Kosten bewertet und problematisiert. Unter Kostengesichtspunkten fällt zum Beispiel der Einsatz von osteuropäischen Pflegekräften deutlich eher ins Gewicht als der Verzicht auf Erwerbsarbeit.

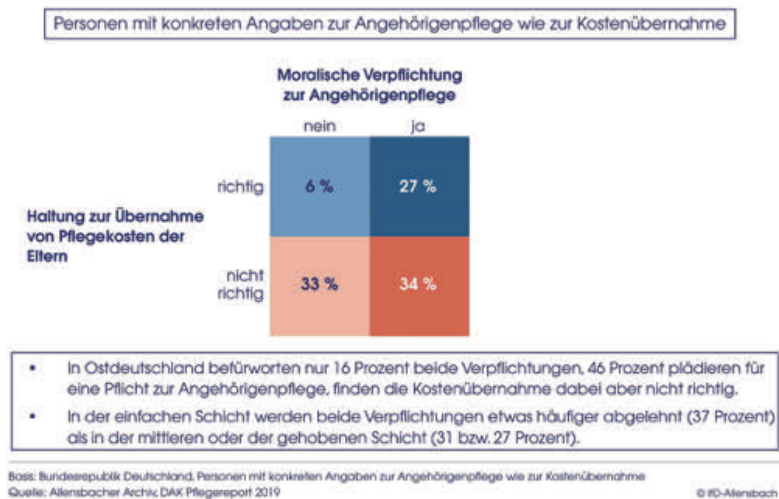
Angehörigenpflege

Dabei ist interessant, dass die Durchschnittswerte der Pflegekosten für den Heimbereich durchaus realistisch eingeschätzt werden. Die unterschiedlichen Entgeltniveaus in den verschiedenen Regionen Deutschlands spiegeln sich in den Antworten der Befragten wider. Ähnliches gilt für die Kosten für osteuropäische Pflegekräfte: Auch hier sind die Annahmen weitgehend realistisch. Dabei wird allerdings deutlich, dass man nicht auf legale Formen des Einsatzes dieser Pflegekräfte setzt, die deutlich teurer wären als die angegebenen Kosten. In den ostdeutschen Bundesländern, in denen der Einsatz von osteuropäischen Pflegekräften deutlich geringer ist als in den westdeutschen, werden die Kosten eher überschätzt und den Heimentgelten gleichgesetzt.

Bezogen auf intergenerative Formen der Unterstützung innerhalb der Familie offenbart die Bevölkerungsbefragung eine nur gering ausgeprägte Akzeptanz, bei sich selbst eine etwaige Abhängigkeit

zu tolerieren und die Solidaritätsleistung von An- und Zugehörigen anzunehmen. Es dominiert die Einstellung: Den Angehörigen bloß nicht zur Last fallen! Entsprechend befürwortet auch nur eine Minderheit sowohl die Pflicht zur Angehörigenpflege als auch die Pflicht zur Kostenübernahme durch Angehörige, die in Deutschland – anders als in den meisten Nachbarländern – weiterhin im Rahmen der Unterhaltspflicht verlangt wird.

Abbildung 6: Pflichten zu Angehörigenpflege und Kostenübernahme



Quelle: Haumann 2019.

Dabei bestehen deutliche regionale Unterschiede, insbesondere zwischen Ost und West.

Abbildung 7: Verpflichtung zur Übernahme von Pflegekosten: Ost-West-Unterschiede

	Es ist richtig, dass Kinder Pflegekosten ihrer Eltern übernehmen müssen	Keine Verpflichtung
Bevölkerung insgesamt (%)	24	53
Schleswig-Holstein	37	47
Hamburg	18	60
Bremen	32	40
Niedersachsen	33	44
Nordrhein-Westfalen	24	54
Hessen	25	49
Rheinland-Pfalz	25	45
Baden-Württemberg	25	49
Bayern	26	50
Saarland	19	59
Berlin	18	53
Brandenburg	17	66
Mecklenburg-Vorpommern	21	65
Sachsen	11	62
Sachsen-Anhalt	16	62
Thüringen	10	74

Grün/rot: Anteilswert für das Bundesland signifikant über oder unter Mittelwert (95-Prozent-Niveau)
Blau: Abweichung des Anteilswerts vom Mittelwert nicht signifikant

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK Pflegereport 2019

© IFD-Allensbach

Quelle: Haumann 2019.

Die im Unterhalts- und Sozialhilferecht verankerte Verpflichtung, sich finanziell an den Pflegekosten der Eltern und Partner zu beteiligen, findet in der bundesdeutschen Bevölkerung, wie bereits erwähnt, eine nur geringe Akzeptanz. Im Gegensatz dazu ist die moralische Verpflichtung, sich praktisch an der Angehörigenpflege zu beteiligen, – die im Übrigen auch moralökonomisch relevant ist (Schulz-Nieswandt 2006) – noch immer in der Mentalität der bundesdeutschen Bevölkerung verankert. Sie ist allerdings mit Störgefühlen sowohl auf Seite der pflegebedürftigen Personen als auch bei den An- und Zugehörigen verbunden: Die einen wollen nicht zur

Last fallen, die anderen sehen sich in ihren Handlungsspielräumen der eigenen Lebensgestaltung deutlich eingeschränkt.

Nachjustierung der Pflegeversicherung Das Versprechen der Pflegeversicherung, „Sozialhilfefreiheit“ zumindest für einen großen Teil der Bevölkerung zu gewährleisten, ist aus Sicht der Bevölkerung keineswegs eingelöst. Zugleich will man nicht auf die Pflegeversicherung verzichten. Die Bürger*innen präferieren deutlich eine Nachjustierung der Pflegeversicherung, wobei hier weder eine Ausweitung der privaten Vorsorge noch eine wesentliche Erhöhung der Sozialversicherungsbeiträge als tragfähige Wege gesehen werden. Als Kosten werden offenbar nur unmittelbar finanzielle und haushaltökonomisch relevante verstanden – im Sinne von Zahlungen für Pflegedienste und Heime. Sie werden problematisiert. Der Verzicht auf Erwerbsarbeit und gesundheitliche Einschränkungen werden von den meisten Bürger*innen hingenommen und nicht als „Kostendimensionen“ interpretiert und politisch problematisiert: Pflege bleibt eben (auch) Familienangelegenheit.

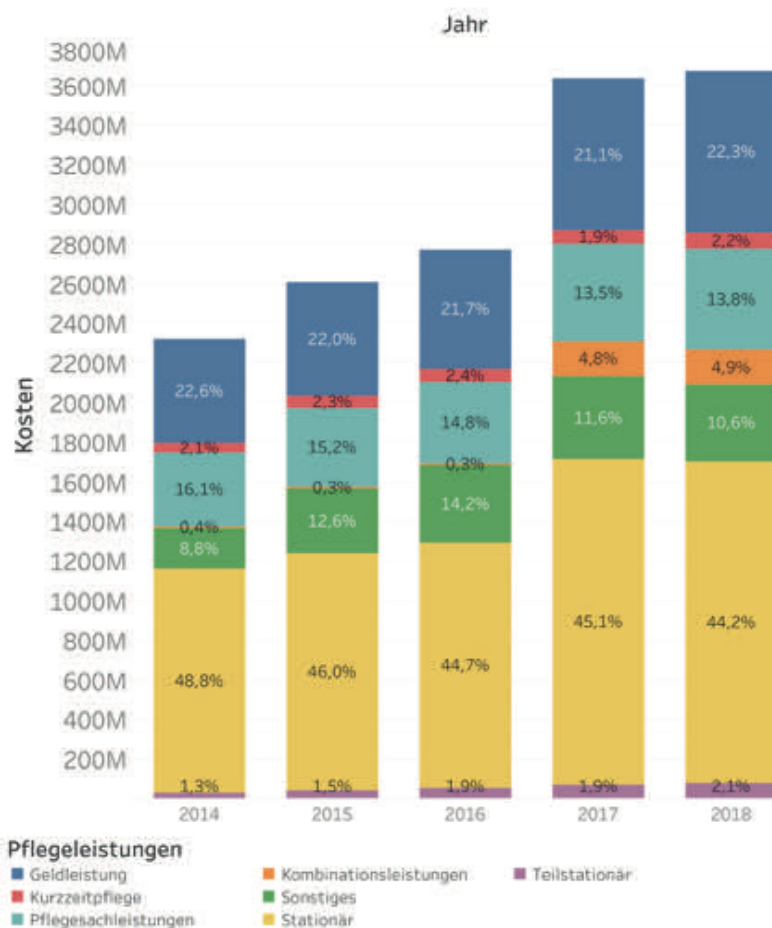
3.2 Ergebnisse der SPV-Routinedaten-Analysen: Deutlich erhöhte Zahl von Leistungsempfängern und höhere Kosten – weiterhin große regionale Unterschiede

Die Analyse der SPV-Routinedaten beschränkt sich in diesem Jahr auf die Ausgaben im Bereich der sozialen Pflegeversicherung sowie die dort erbrachten Leistungen. Im Fokus stehen dabei die Ausgabeneffekte nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und durch das weiter entwickelte Leistungsrecht mittels der Pflegestärkungsgesetze (PSG) II und III.

Die Analysen lassen für das Jahr 2017 einen deutlichen Anstieg der Gesamtausgaben pro pflegebedürftiger Person erkennen. Er liegt bei etwa 2.000 Euro – die Kosten sind von ca. 9.580 Euro auf etwa 11.500 Euro gestiegen. Der Ausgabenzuwachs ist im Folgejahr 2018 wieder rückläufig, was als „Sondereffekt“ der im PSG II vorgesehenen Übergangsregelungen zu bewerten ist. Pflegebedürftige Leistungsbezieher sollten durch die Einführung der neuen Pflegegrade keinesfalls schlechter gestellt werden als zuvor.

Betrachtet man die Entwicklung der Gesamtausgaben der DAK-Gesundheit pro Kalenderjahr, zeigt sich auch hier ein deutlicher Ausgabenanstieg zwischen 2016 und 2017. Dabei ist zu erkennen, dass der auf die einzelnen Pflegeleistungen entfallende Anteil weitgehend stabil bleibt.

Abbildung 8: Gesamtausgaben der DAK-Gesundheit für Pflegeleistungen (Kosten in Millionen Euro) und Anteile verschiedener Leistungsbereiche an den Gesamtausgaben pro Jahr (2014–2018)

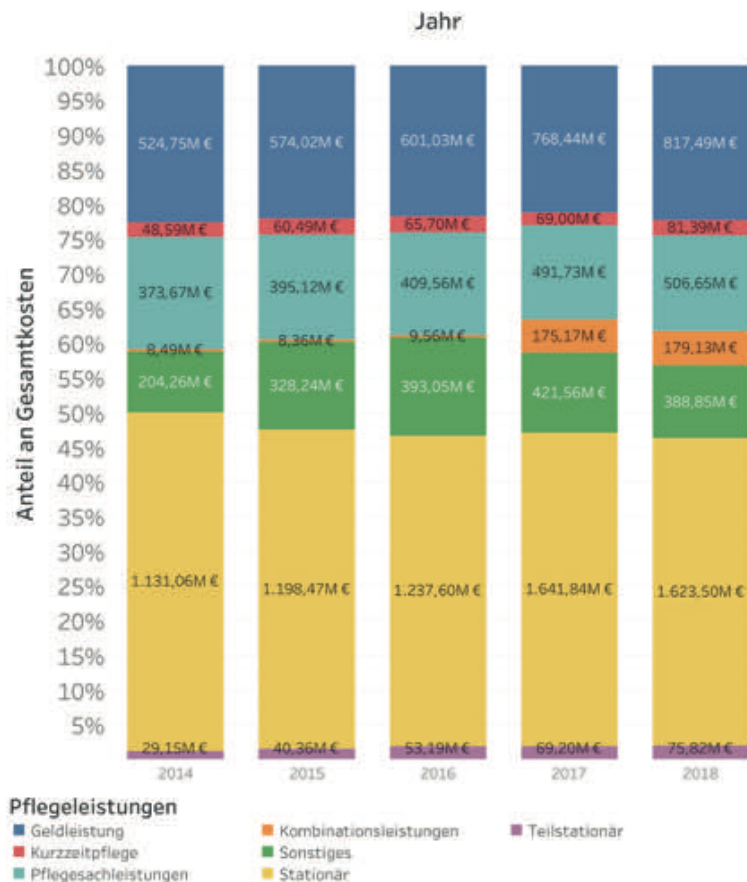


Quelle: Lewin et al. 2019.

Etwa 44 Prozent der Kosten werden für die stationäre Pflege aufgewandt, ca. 2 Prozent für die Tagespflege. Im Bereich der Pflegesachleistungen ist zu erkennen, dass nur etwa 27 Prozent der Versicherten diese in Anspruch nehmen, und dass ihr Anteil an den Gesamtkosten sogar geringer ist: Er liegt bei 14 Prozent. Die Geldleistung als Leistungsart, die die meisten Versicherten in Anspruch nehmen, macht lediglich – und dies stabil – etwa 22 Prozent der Gesamtausgaben aus. Somit fließen über 77 Prozent der Ausgaben der Pflegeversicherung – die Aufwendungen für die stationäre und teilstationäre Versorgung, Pflegesachleistungen und andere Sachleistungen – in das Sachleistungsregime.

Würde sich – wie bei Einführung der Pflegeversicherung vermutet – der Anteil der Leistungsbezieher von Pflegesachleistungen deutlich erhöhen, so würden die Ausgaben der Pflegeversicherung deutlich ansteigen. Insofern hat die tatsächliche Pflegegeldpräferenz der Haushalte einen die Finanzlage der Pflegeversicherung deutlich stabilisierenden bzw. entlastenden Effekt.

Abbildung 9: Anteile verschiedener Leistungsbereiche an den Gesamtausgaben und Ausgaben der DAK-Gesundheit für Pflegeleistungen (Kosten in Millionen Euro) pro Jahr (2014–2018)

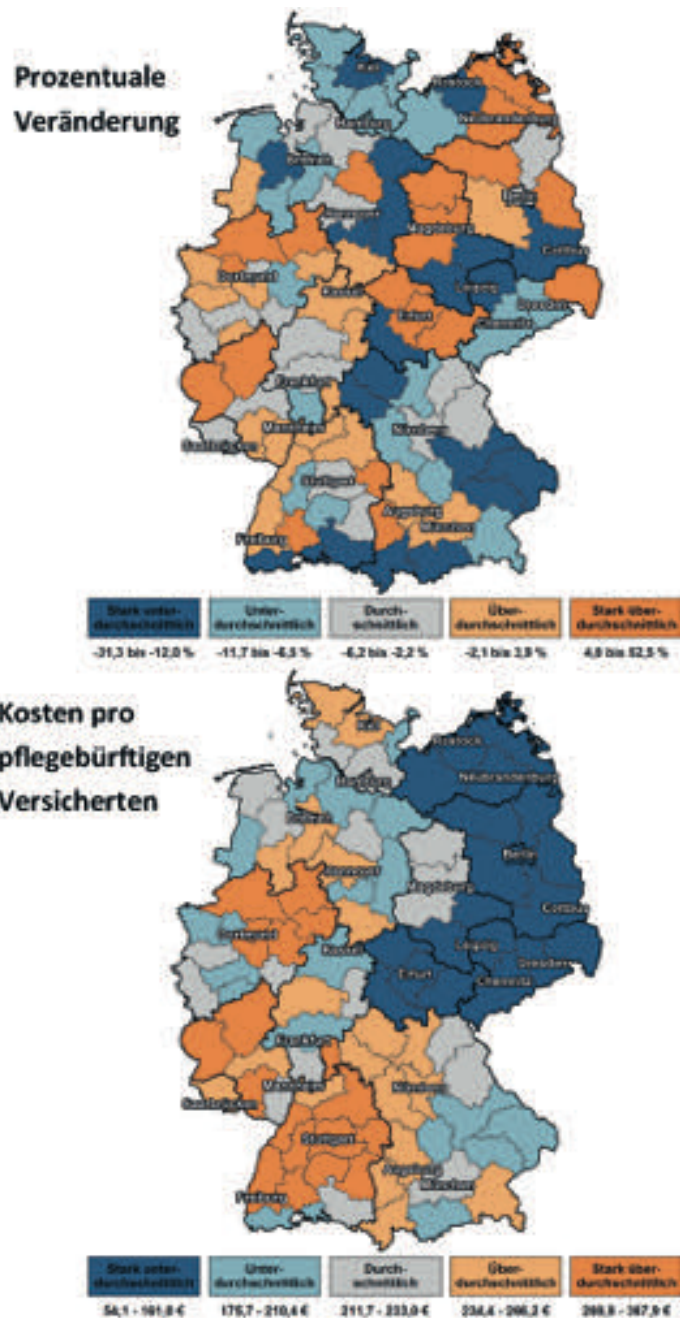


Quelle: Lewin et al. 2019.

Wie bereits im Pflegereport 2018 (Lewin et al. 2018), wurde auch im diesjährigen Pflegereport bei der Analyse der Routinedaten großer Wert auf die regionalen Unterschiede der Ausgaben(-entwicklung) gelegt. Wird der Kostenanstieg von 2016 zu 2017 in den verschiedenen Leistungsbereichen der DAK-Gesundheit in den Blick genommen, so zeigt sich, dass bei ambulanten Leistungen die SPV-Aus-

gaben pro pflegebedürftiger Person zwischen 20,1 Prozent (Region Mittelhessen) und 35,5 Prozent (Region Oberland) zugenommen haben. Auch im Bereich der stationären Versorgung bestehen große Unterschiede: Während in der Raumordnungsregion Lüneburg mit 9,7 Prozent der geringste Kostenanstieg zu verzeichnen ist, wurde für Berlin der höchste Anstieg dokumentiert. Insgesamt ist zu erkennen, dass die Kosten im ambulanten Bereich stärker als im stationären zugenommen haben. Dies ist auf die Ausweitung des Kreises der Leistungsberechtigten zurückzuführen, die durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in den „Genuss“ von SGB XI-Leistungsansprüchen kommen. Die größten Unterschiede bezogen auf die Leistungsausweitungen finden sich im teilstationären Bereich. Sie reichen von einer Abnahme von 3,4 Prozent bis zu einer Zunahme von 132,3 Prozent in der Region Oberland.

Abbildung 10: Prozentualer Anstieg der SPV-Leistungsausgaben für teilstationäre Leistungen pro Pflegebedürftigen (tagesgenau) von 2016 zu 2017 je Raumordnungsregion



Quelle: Lewin et al. 2019.

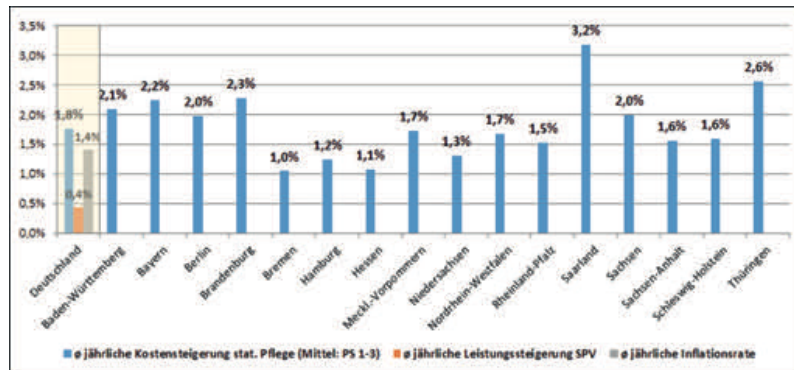
Ob die regionalen Kostensteigerungen mit einem Ausbau der Infrastruktur, einem anderen Beratungsverhalten oder anderen Einflüssen zu tun haben, wäre genauer zu untersuchen. Insofern gibt die Analyse der SPV-Routinedaten Anlass, Sondereffekten auf regionaler Ebene nachzugehen. Zudem bleibt der Befund: Von gleichwertigen Lebensbedingungen für auf Pflege angewiesene Menschen in Deutschland kann nicht ausgegangen werden – auch die Pflegestärkungsgesetze führen offenbar nicht zu einer Angleichung von Versorgungsniveaus und Infrastrukturen.

3.3 Sozialhilfeausgaben und -bezieher bald wieder auf dem Niveau von 1994? Ergebnisse der Auswertung von Pflege- und Sozialhilfestatistik

25 Jahre Pflegeversicherung: Welche Wirkungen hat die Pflegeversicherung auf die Inanspruchnahme von Sozialhilfe und die Ausgaben der Sozialhilfe entfaltet? Dieser Frage wurde im Rahmen der Analyse von Sozialhilfe- und Pflegestatistiken nachgegangen. Bei der Durchführung waren v.a. die Kosten in der stationären Pflege relevant: Gerade in der Heimversorgung entstehen die höchsten Sozialhilfeausgaben; dort sind die Bürger*innen am ehesten auf die Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen verwiesen und können ihnen nicht ausweichen. Bezogen auf eine Heimversorgung sind die Befürchtungen in der Bevölkerung am größten, dass sie ihr Ersparnis, ihr Vermögen und ihr gesamtes Einkommen einsetzen müssen. Auch die Befürchtung, den Angehörigen finanziell zur Last zu fallen, verbinden Pflegebedürftige am ehesten mit einer etwaigen Versorgung in der stationären Langzeitpflege.

Ein Blick in die nach Bundesland je unterschiedliche Entwicklung der Pflegesätze in der stationären Pflege (1999 bis 2015) zeigt, dass die Kostensteigerungen vergleichsweise moderat verliefen. Sie lagen zwischen 1 und 3,2 Prozent, im Schnitt bei 1,8 Prozent, und sie lagen damit in etwa in Höhe der Inflationsrate.

Abbildung 11: Jährliche Kostensteigerungen in der stationären Pflege 1999–2015 im Vergleich der Bundesländer

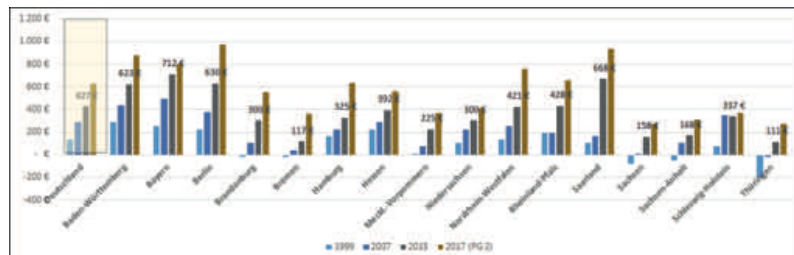


Quellen: Pflegestatistik 1999–2015, Statistisches Bundesamt 2019, eigene Darstellung.

Markant sind die unterschiedlichen absoluten Pflegesatzhöhen in den Bundesländern. Dies gilt auch für die Investitionskosten. Hier zeigen sich, insbesondere in den ostdeutschen Bundesländern, Wirkungen der Investitions- und Subventionsprogramme „Aufbau Ost“. Bezogen auf die pflegebedingten Aufwendungen erklärt das bis heute unterschiedliche Lohnniveau die deutlich niedrigeren Pflegesätze, die in den meisten ostdeutschen Bundesländern bestehen.

Mit dem PSG I wurde der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) eingeführt. Damit sollten Höherstufungen erleichtert werden und nicht am Widerstand der Pflegebedürftigen bzw. der An- und Zugehörigen scheitern, die nach altem Recht bei einer Höherstufung auch mit deutlich höheren Eigenanteilen konfrontiert waren. Vor 2017 haben sich die Eigenanteile für die Bewohner*innen zwischen den Pflegestufen deutlich unterschieden.

Abbildung 12: Durchschnittlicher Eigenanteil für Pflege und Betreuung in Pflegestufe 3/Pflegegrad 4 nach Bundesländern 1999–2017



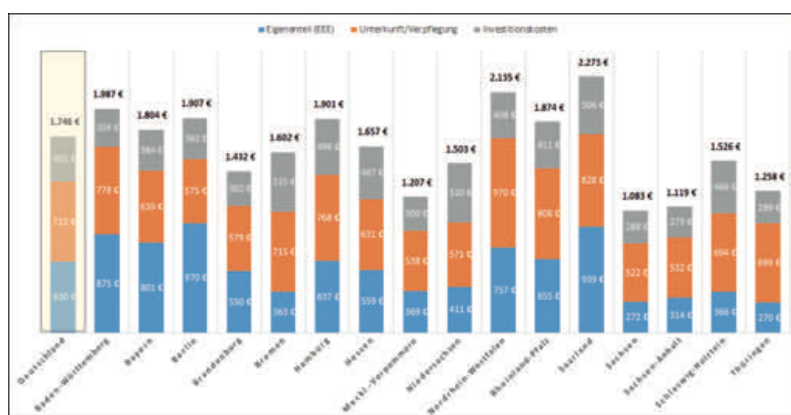
Quelle: Pflegestatistik 1999–2017, Kosten pro Monat, eigene Darstellung.

Die Analysen zeigen, dass insbesondere für die höheren Pflegestufen bzw. -grade eine deutliche Entlastung durch die Einführung des EEE erreicht wurde, die sich auch zugunsten der Sozialhilfeaus-

gaben auswirkte. Der EEE bezieht sich allerdings lediglich auf die pflegebedingten Aufwendungen, nicht auf die ansonsten von den Bewohner*innen zu tragenden Kosten. Im Bundesschnitt macht er lediglich ein Drittel der etwa 1.800 Euro von den selbst zu tragenden monatlichen Kosten aus. Er variiert deutlich zwischen den Bundesländern.

Die niedrigsten selbst zu tragenden monatlichen Kosten sind in Sachsen zu zahlen, die höchsten in Nordrhein-Westfalen und im Saarland. Auch innerhalb der Bundesländer gibt es große Unterschiede, insbesondere in Baden-Württemberg, aber auch in Nordrhein-Westfalen. Diese Unterschiede lassen sich nicht nur aus Investitionskostenzuschüssen und Subventionierungen erklären. Sie sind auch auf die keineswegs einheitliche Kostensituation in der Langzeitpflege (Tarifbindung) sowie unterschiedliche Personalschlüssel, die insbesondere zwischen den Bundesländern eklatant voneinander abweichen, zurückzuführen. Die sehr uneinheitliche Pflegesatzstruktur und -höhe wirft die Frage auf, wie eine Reform der Finanzierung der Pflegeleistungen und der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige in allen Bundesländern gleichermaßen angemessen ausgestaltet werden kann.

Abbildung 13: Durchschnittliche selbst zu tragende monatliche Kosten für Bewohner*innen in Pflegeheimen 2017



Quellen: Pflegestatistik 2017, Rothgang et al. 2017 (Investitionskosten), eigene Darstellung.

Die Höhe der Pflegesätze und die Höhe des Eigenanteils, der von den Bewohner*innen zu entrichten ist, haben unmittelbare Auswirkungen auf die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61 ff. SGB XII. Der vom Gesetzgeber 1994 angestrebte Effekt der Reduzierung der Sozialhilfeausgaben und der Zahl der Sozialhilfeempfänger*innen ist zunächst eingetreten.

Dies gilt insbesondere für die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen. Die Zahl der Empfänger dieser Leistung ist von 563.000 im Jahr 1994 auf 205.000 im Jahr 1998 gesunken. In 2016 lag die Zahl (wieder)

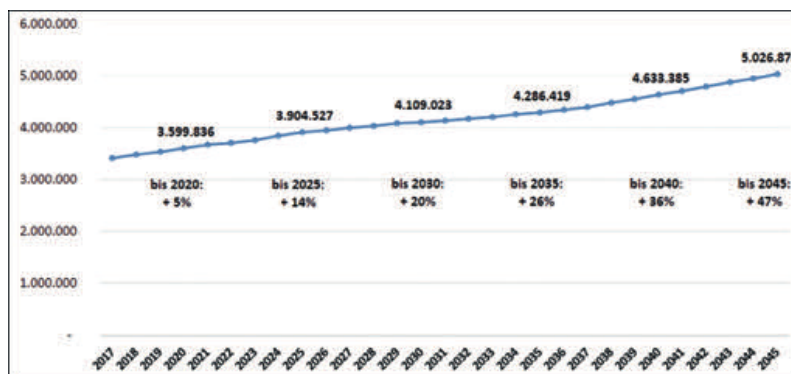
bei 317.000 Personen. Es ist festzustellen, dass sich auch beim Sozialhilfebezug die Bundesländer deutlich unterscheiden.

Dabei zeigt sich, dass die vergleichsweise niedrigen Pflegesätze in den ostdeutschen Bundesländern bei gleichzeitig eher hohen Durchschnittsrenten die Sozialhilfequote vergleichsweise gering halten. V.a. die Stadtstaaten, aber auch das Saarland, sind in besonderem Maße von Ausgaben der Hilfe zur Pflege betroffen. Unter Gendergesichtspunkten ist zu betonen, dass die Wahrscheinlichkeit, auf Sozialhilfe verwiesen zu werden, für Frauen deutlich höher ist als für Männer. Das hängt auch mit dem für sie wesentlich höheren Institutionalierungsrisiko zusammen.

Durch das PSG II wurden kurzfristig Sondereffekte in den Sozialhilfeausgaben bewirkt. Vertrauensschutzregelungen und moderate Leistungsverbesserungen haben im Jahr 2017 zu einem kurzfristigen Rückgang der Sozialhilfeausgaben geführt. Dieser wurde jedoch bereits 2018 durch höhere Pflegesätze und das Auslaufen von Vertrauensschutzregelungen aufgehoben. Im ersten Quartal 2019 sind die durchschnittlichen Sozialhilfeausgaben wieder deutlich gestiegen. Bei den zu erwartenden Steigerungen in den Pflegesätzen der vollstationären Pflege, die für die nächsten Jahre durch die Lohnharmonisierung zwischen Kranken- und Altenpflege, verbreitete Tarifbindung und einen erhöhten Personalschlüssel zu erwarten sind, wird auch und gerade in den ostdeutschen Bundesländern mit einer deutlichen Steigerung der Sozialhilfequote zu rechnen sein. In der Bevölkerung ist aber gerade die Aussicht, einmal auf Sozialhilfe verwiesen zu werden, eine der stärksten Befürchtungen.

Insofern steht die Pflegeversicherung im Jahre 2019 vor einer ganz ähnlichen Situation wie bei ihrer Einführung: Das Thema der Sozialhilfevermeidung respektive der Reduzierung der Zahl von Sozialhilfeempfängern steht auf der pflegepolitischen Tagesordnung. Auch die Kommunen als Sozialhilfeträger fordern entweder die Begrenzung des Eigenanteils oder eine grundlegend veränderte Finanzierung der Pflegeversicherung.

Abbildung 14: Zu erwartende Zahl der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege aufgrund demografisch bedingtem Anstieg der Anzahl an Pflegebedürftigen



Quelle: Eigene Berechnungen; Datenbasis: 14. koordin. Bevölkerungsvorausberechnung, Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019; Veränderungen in % i.V. zum Basisjahr 2017.

Ein Blick in die Zukunft zeigt: Allein der demographische Effekt würde – ohne Kostensteigerungen und Inflationsrate – im Jahre 2045 zu einer fast identischen Anzahl von Sozialhilfeempfängern unter den Pflegebedürftigen führen wie 1994: „Nachhaltig“ wirkt der Sozialhilfevermeidungseffekt der Pflegeversicherung nicht.

3.4 Einblick in lebensweltliche Bewältigungsstrategien von Pflegehaushalten: Ergebnisse der qualitativen Studie

Ohne einen vertieften Einblick in die Bewältigungsstrategien von Pflegehaushalten, ohne die Perspektive derer, denen die Leistungen der Pflegeversicherung dienen sollen und ohne Konfrontation mit ihrer alltäglichen Wirklichkeit lässt sich in verantwortlicher Weise keine Pflegeberichtserstattung gestalten: So zumindest die Überzeugung, die hinter dem DAK-Pflegereport steht. Welche Kosten entstehen für die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen, wie gestalten sie die An- und Herausforderungen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit und wie bewältigen sie die Kosten, die auf sehr verschiedenen Ebenen entstehen? Diese und weitere Fragen standen im Fokus der qualitativen Untersuchung.

Neun ausführliche Fallstudien wurden für den DAK-Pflegereport 2019 angefertigt. Ursprünglich war eine Fallstudie je Bundesland vorgesehen. Aus Gründen des Feldzuganges war dies allerdings nicht möglich – nur in manchen Ländern konnten Interviewpartner*innen gewonnen werden. Wie aus dem Case Management bekannt, lässt sich aus Einzelfällen, auch wenn sie keine Repräsentativität für sich beanspruchen können, häufig sehr viel mehr lernen als aus quantitativen Zahlenbetrachtungen. Die Lebenswirklichkeit der Menschen scheint nicht durch Statistiken hindurch.

Neun ausführliche Fallstudien

Pflegebedürftigkeit, das zeigen die wieder sehr eindrücklichen Fallstudien, wird von den Betroffenen weiterhin als ein privates –und weniger als solidarisch getragenes und zu tragendes – Schicksal verstanden und gestaltet. Man sieht sich den Anforderungen, die vor allem als persönliche Anforderungen interpretiert werden, weitestgehend ausgeliefert. Die Leistungen der Pflegeversicherung werden dabei zwar geschätzt und in Anspruch genommen: Als eine maßgebliche Hilfe werden sie jedoch nicht wahrgenommen. Vielfach bleiben die Leistungen der Pflegeversicherung unbekannt, gerade dort, wo regional Beratungsangebote nur unzureichend ausgebaut sind. Zudem sind – insbesondere für belastete Haushalte – die mit einer Nutzung von Leistungen verbundenen Transaktionskosten (Erschließen von Informationen, ggf. Inanspruchnahme von Beratung, Klärung von Zuständigkeiten, Antragstellung etc.) vielfach hoch, örtlich zu hoch, um Leistungen für sich erschließen zu können.

Folglich wird im Zusammenhang mit der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit das reziprozitätsbasierte, hoch flexible Familiensystem genutzt und bis an seine Leistungsgrenzen ausgeschöpft. Die Ressourcen und Kompetenzen, die in der Familie aus anderen Lebensphasen bekannt sind, werden auch für den Umgang mit Pflegebedürftigkeit eingesetzt. Die Erwartung an staatliche Unterstützung ist zwar ausgeprägter als die Leistungen tatsächlich genutzt und erlebt werden. Gleichwohl überwiegt die Position: Wir müssen uns mit der Situation arrangieren.

Unter Kostengesichtspunkten werden insbesondere die von vielen befürchteten Heimszenarien problematisiert. Heime seien teuer, in gewisser Weise zu teuer, wenn man die dort wahrgenommenen Leistungsgrenzen und die begrenzt gute Qualität kennengelernt hat. Entgeltsteigerungen, die in den letzten Jahren zu verzeichnen waren, werden ebenso wenig mit Akzeptanz quittiert wie dies für die zu erwartenden deutlichen Preissteigerungen der Fall sein wird. Mehr zahlen für die weiterhin als unzureichend erlebten Leistungen?

Heimversorgung und Ohnmachtserfahrung

Die Befürchtung, das gesamte Ersparte einsetzen zu müssen, das Erbe nicht weitergeben zu können, kein Geld für die eigene Beerdigung übrig zu haben, Autonomieverlust zu erleiden: Dies alles – verbunden mit antizipierten Ohnmachtserfahrungen – lässt die Heimversorgung, auch wenn sie als im Einzelfall unausweichlich angesehen wird, als Damoklesschwert der Pflegekarriere erscheinen.

Die Fallvignetten machen ebenso wie die Bevölkerungsumfrage (s. Beitrag Haumann) deutlich, dass die Akzeptanz von Heimen deutlich steigen würde, wenn der Eigenanteil an den Kosten in einer Weise begrenzt würde, dass diese als beherrschbar und akzeptabel erschienen. Zudem weisen sie darauf hin, dass die Akzeptanz von Heimen auch durch eine größere Transparenz hinsichtlich der Zusammensetzung der Kosten(-steigerungen) und der durch das jeweilige Heim zu erbringenden Leistungen erreicht werden könnte. Bezogen auf die Heimversorgung und die mit ihr gesammelten Er-

fahrungen bzw. die mit ihr verbundenen Erwartungen und Befürchtungen spiegeln die Fallstudien somit ziemlich exakt das wider, was die Diskurse vor Einführung der Pflegeversicherung 1994 geprägt hat. All die Bemühungen um Qualitätssicherung schlagen sich in den lebensweltlichen Auseinandersetzungen mit einem Leben und einer Versorgung im Heim nicht nieder.

Das, was schon in den 1980er Jahren als „Abschreckungsfunktion“ von Heimen identifiziert wurde (Hummel 1982; Klie 1987), wirkt auch heute weiter. Die aus Sicht der Betroffenen unzureichende Finanzierung von Heimen, die erwarteten Eigenbeiträge, der Verbrauch von Vermögenswerten und Wohneigentum sowie Vorstellungen einer qualitativ nicht guten und in ihrer Leistungs- und Finanzierungsstruktur intransparenten stationären Pflege stabilisieren die Bereitschaft von Familien, die Pflege in der eigenen Häuslichkeit innerhalb der Familie zu gestalten. Im Bedarfsfall auch, indem Hilfen, die im Pflegeversicherungssystem eigentlich nicht vorgesehen sind, hinzugezogen werden.

Die häusliche Pflege wird in Deutschland ganz wesentlich von den Familien selbst gemanagt – der Anteil der Personen mit Pflegegeldbezug liegt bei 48 Prozent (Pflegestatistik 2015; vgl. Statistisches Bundesamt 2017). In den hier vorgestellten Fallstudien waren Pflegesachleistungen in der Regel Bestandteil des Arrangements, was statistisch betrachtet demnach eher unwahrscheinlich ist, denn lediglich 24 Prozent der Privathaushalte nehmen diese in Anspruch (Pflegestatistik 2015; vgl. Statistisches Bundesamt 2017). Die Fallstudien zeigen, dass auch dort, wo Pflegesachleistungen genutzt werden, diese nur einen geringen Sicherungsbeitrag für das Pflegearrangement leisten – so unisono die Einschätzung der Befragten. Dabei ist es weniger eine zeitliche Entlastung, die eine Rolle spielt, als vielmehr die Entlastung von pflegerisch anspruchsvollen und von möglicherweise die Beziehung zum*r Pflegebedürftigen beeinträchtigenden Tätigkeiten, die Pflegediensten übertragen werden (können).

Häusliche Pflege

Die sehr unterschiedlichen Bewältigungsstrategien und Kalküle sowie die Belastungssituationen, die in den Fallstudien zum Teil in ihrer Dramatik deutlich hervortreten, sind ausgesprochen kontext-, personen- und beziehungsabhängig. Stolz, die Pflegesituation bewältigen zu können, verbindet sich mit Geschichten der Erschöpfung und Grenzerfahrung. Zieht man, wie in den vergangenen Pflegereporten geschehen (Klie 2017, 2018), das Konzept der Bedingungen guten Lebens nach Nussbaum (Nussbaum 2016) heran, so lässt sich auf der einen Seite feststellen, dass in den häuslichen Pflegearrangements in beeindruckender Weise soziale Beziehungen und Emotionalität gelebt und die Erfahrung der Bedeutsamkeit für andere Menschen vermittelt wird. Auf der anderen Seite muss festgehalten werden, dass gerade für die pflegenden Angehörigen elementare Bedingungen, die die Möglichkeiten der Gestaltung eines guten Lebens ausmachen, eingeschränkt sind. Dazu gehören die

Unter- schiedliche Bewältigungs- strategien

Möglichkeiten der Freizeitgestaltung, Zeit für sich, die Gestaltung der Beziehung zu anderen Personen, aber auch der individuellen Selbstsorge und Gesunderhaltung.

In einem subsidiären Verständnis von Sozialstaatlichkeit, das auch in der Pflegeversicherung prägend ist (Heinze et al. 2015), setzt man auf die Kraft der kleinen Lebenskreise und ihre Fähigkeit, füreinander zu sorgen. Reflektiert man den Subsidiaritätsgrundsatz im Lichte moderner Sozialstaatlichkeit, so wird man die Vorleistungspflicht des Staates mit bedenken müssen: Leisten der Staat, die Pflegeversicherung, die Kommunen und die gesetzliche Krankenversicherung ihren Beitrag dazu, dass Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen unter verträglichen Bedingungen Aufgaben der Pflege übernehmen können? Dieses moderne Verständnis von Subsidiarität, das auch vom Siebten Altenbericht der Bundesregierung aufgenommen wurde, prägt das Erleben der in den Fallstudien interviewten Personen kaum. Sie sehen sich im Wesentlichen einer „Laissez-faire-Interpretation“ von Subsidiarität ausgesetzt, die eher einer Haltung von „Die Familien werden es schon irgendwie schaffen“ entspricht. Eine systematische Begleitung der und eine anteilnehmende Aufmerksamkeit für die Betroffenen wird nicht erlebt – und auch nicht eingefordert.

Letzteres hat sicherlich auch damit zu tun, dass die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung mit weiteren Kosten und Belastungen verbunden wird. Zudem ist die Bereitschaft, selbst finanziell zu investieren, also Geld und Eigenmittel für Pflegeleistungen einzusetzen, ausgesprochen gering ausgeprägt. Die Bereitschaft, andere Kosten in Kauf zu nehmen, vor allem Gesundheits- und Opportunitätskosten durch den Verzicht auf Erwerbsarbeit, ist im Gegensatz dazu deutlich größer.

Eine insbesondere in der feministischen Literatur artikulierte Empörung über die informelle Care-Arbeit mit ihren ausbeutungsähnlichen Strukturen² (Haubner 2017) findet sich im Selbsterleben der Pflegehaushalte kaum wieder. Dominanter ist eher die Befürchtung, das soziale Sicherungssystem, auch das der Pflegeversicherung, könnte ausgenutzt werden – auch durch die eigene Inanspruchnahme. Insofern ist die Konzeption der Pflegeversicherung als Teilleistungssystem mit der hohen familiären Verpflichtung bzw. der fiskalischen Kalkulation auf der Pflegebereitschaft der Familien in den Mentalitäten der aktuell Pflegenden durchaus verankert. Für den „Pflegefall“ muss man persönlich Vorsorge treffen – und man sollte weder der Familie noch dem Staat zur Last fallen.

Die Bevölkerungsumfrage (s. Beitrag Haumann) macht deutlich, dass in der Zukunft bei Pflegebedürftigkeit mit einer deutlich ausgeprägteren Erwartung an die sozialstaatliche Absicherung zu rechnen ist. Dies zeigt sich auch in den Fallanalysen, gerade in der

2 Care Revolution (2019): Netzwerk Care Revolution feiert 5 Jahre, <https://care-revolution.org>; zuletzt aufgerufen am 26.08.2019.

Offenheit und Akzeptanz gegenüber Reformüberlegungen, die aktuell die pflegepolitische Diskussion bestimmen: Sowohl die Begrenzung des Eigenanteils als auch ein Sockel-Spitze-Tausch werden ausdrücklich begrüßt, wenngleich vereinzelt Aspekte der Leistungsgerechtigkeit und damit Traditionen sozialversicherungsrechtlicher Äquivalenz zur Sprache gebracht werden. Hier zeigt sich deutlich, dass und wie die Zuordnung der Pflegeversicherung in das Sozialversicherungssystem auch die Erwartungen an die soziale Sicherung im Falle der Pflegebedürftigkeit mit beeinflussen.

Literaturverzeichnis

- Blinkert, Baldo; Klie, Thomas (2005): Solidarität in Gefahr? Veränderung der Pflegebereitschaften und Konsequenzen für die Altenhilfe und Pflege. In: Thomas Klie, Anke Buhl, Hildegard Entzian, Astrid Hedtke-Becker und Helmut Wallrafen-Dreisow (Hg.): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 293–315.
- DAK-Gesundheit (Hg.) (2015): Pflege-Report 2015. So pflegt Deutschland. Hamburg.
- Haubner, Tine (2017): Die Ausbeutung der sorgenden Gemeinschaft. Laienpflege in Deutschland. 1. Aufl. Frankfurt: Campus-Verlag.
- Heinze, Rolf G.; Klie, Thomas; Kruse, Andreas (2015): Subsidiarität revisited. In: *Sozialer Fortschritt* 64 (6), S. 131–138.
- Hummel, Konrad (1982): Öffnet die Altersheime! Gemeinwesenorientierte, ganzheitliche Sozialarbeit mit alten Menschen. Weinheim: Beltz.
- Klie, Thomas (1987): Heime im normativen Konflikt. In: Hans Brandt, Eva-Maria Dennebaum und Willi Rückert (Hg.): Stationäre Altenhilfe. Problemfelder – Rahmenbedingungen – Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 47–57.
- Klie, Thomas (2017): DAK Pflegereport 2017. Gutes Leben mit Demenz: Daten, Erfahrungen und Praxis. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei.
- Klie, Thomas (2018): Pflegereport 2018. Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei.
- Lewin, Philip; Lange, Laura; Schulte, Timo; Hildebrandt, Helmut (2018): Regionale Unterschiede in der Pflegesituation sowie Analysen relativ zum Eintritt in die Pflegebedürftigkeit. Analyse von GKV-Routinedaten der DAK-Gesundheit für den Pflegereport 2018. In: Thomas Klie: Pflegereport 2018. Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Hg. v. And-

- reas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei, S. 109–159.
- Nussbaum, Martha C. (2016): *Gerechtigkeit oder das gute Leben*. Gender Studies. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Rossow, Verena; Leiber, Simone (2019): Kein Schattendasein mehr. Entwicklungen auf dem Markt für „24-Stunden-Pflege“. In: *Politik und Zeitgeschichte* 33–34/2019. Bonn: bpb.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Runte, Rebecca; Unger, Rainer (2017): *Barmer GEK-Pflegereport 2017*. Berlin: BARMER GEK.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2006): *Sozialpolitik und Alter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2017): *Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige*. Wiesbaden.

4. Finanzielle Belastungen durch die Pflege – Wie die Bevölkerung die Kosten der Pflege wahrnimmt

Wilhelm Haumann

Seit Jahrzehnten wächst die Zahl der Pflegebedürftigen. Diese Entwicklung wird sich in Zukunft fortsetzen, wenn immer stärkere Jahrgänge zunächst das Rentenalter erreichen und dann jenes Alter, in dem erhebliche Teile einer Alterskohorte auf Pflege angewiesen sind. Zugleich hat die Lebenserwartung in den zurückliegenden Jahrzehnten deutlich zugenommen. Durch verbesserte medizinische Verfahren wuchs insbesondere auch die Lebenserwartung von Menschen, die an schweren Krankheiten leiden. Am Ende ihres Lebens steht für viele deshalb eine Phase der Dauerpflege. 27 Prozent derer, die in den zurückliegenden Jahren verstarben, mussten nach Auskunft ihrer Angehörigen zuvor schon „längere Zeit“ gepflegt werden.³ Zumindest kurzfristig hatten von den Verstorbenen sogar zwei Drittel der Frauen und etwa die Hälfte der Männer Pflege in Anspruch genommen.⁴ Das bringt große Probleme mit sich. Öffentlich diskutiert wird derzeit vor allem das Personaldefizit, also das Fehlen ausgebildeter Pflegefachkräfte. Erhebliche Schwierigkeiten entstehen aber auch für die Finanzierung der Pflege. Durch die größere Zahl der Pflegebedürftigen erhöht sich der Finanzbedarf. Zugleich werden aufgrund des demografischen Wandels weniger Beschäftigte, die am Ende ihrer Berufslaufbahn vergleichsweise hohe Einkommen erzielen, in die Pflegeversicherung einzahlen.

Gleichwohl behält die Pflegeversicherung ihre zentrale Bedeutung für die finanzielle Absicherung im Pflegefall. Die soziale bzw. „gesetzliche“ Pflegeversicherung wurde 1995 als Pflichtversicherung für gesetzlich Krankenversicherte eingeführt; privat Krankenversicherte sind verpflichtet, eine private Pflegeversicherung abzuschließen. Heute ist die soziale Pflegeversicherung für fast 73 Millionen Versicherte und mitversicherte Angehörige zuständig⁵; zur privaten Pflegeversicherung – nicht zu verwechseln mit möglichen Pflegezusatzversicherungen⁶ – gehören über 9 Millionen der Bürgerinnen und Bürger in Deutschland.⁷

Kurz nach dem Start der sozialen Pflegeversicherung Ende 1995 erhielten erst 1,1 Millionen Personen Leistungen aus dieser Versicherung. Durch die Zunahme der Pflegebedürftigen sowie durch die

3 Thomas Klie (2016): DAK Pflegereport 2016. Heidelberg: medhochzwei. S. 38.

4 Bezogen auf die 2008 Verstorbenen. Heinz Rothgang u.a. (2009): GEK Pflegereport 2009. Schwäbisch Gmünd. S. 141.

5 Bundesministerium für Gesundheit (2019): Pflegeversicherung: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand: Mai 2019. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>.

6 Vgl. Abbildung 3.

7 Verband der privaten Krankenkassen (PKV; 2019): Zahlen und Fakten zur privaten Krankenversicherung. <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/>

breitere Anerkennung des Pflegebedarfs wuchs die Zahl der Leistungsempfänger dann aber stetig. 2005 waren es rund 2 Millionen, bis 2015 stieg die Zahl auf 2,7 Millionen. Eine deutliche Erweiterung ergab sich in der Folge der Pflegestärkungsgesetze. Nach der zuletzt veröffentlichten Statistik betrug die Zahl der Leistungsempfänger am 31. Dezember 2018 bereits 3,7 Millionen. Aus der privaten Pflegeversicherung bezogen zu diesem Zeitpunkt weitere 200.000 Personen Leistungen, sodass an der Jahreswende 2018/2019 insgesamt bereits 3,9 Millionen Berechtigte Leistungen aus den Pflegeversicherungen bekamen.⁸

Zusammen mit der Zahl der Leistungsbezieher wuchsen auch die Ausgaben der Pflegeversicherungen. In der sozialen Pflegeversicherung nahmen die Ausgaben zuletzt zwischen 2015 und 2018 von 29 auf 41 Milliarden im Jahr zu. Die Einnahmen hielten nicht Schritt; sie stiegen von rund 31 auf rund 38 Milliarden Euro jährlich. 2017 und 2018 überschritten die Ausgaben die Einnahmen um rund 2,4 bzw. um 3,6 Milliarden Euro. Als Folge schrumpften die Rücklagen der Versicherung von rund 9 Milliarden im Jahr 2016 auf nur noch rund 3 Milliarden Ende 2018.

Um einer drohenden Finanzierungslücke vorzubeugen, erhöhte der Bundestag die Beitragssätze zur sozialen Pflegeversicherung zum Jahresbeginn 2019 um 0,5 Prozentpunkte auf derzeit 3,05 Prozent des versicherungspflichtigen Einkommens. Kinderlose zahlen einen Zuschuss von 0,25 Prozent. Da bei Arbeitnehmern die Hälfte des Beitrags vom Arbeitgeber gezahlt wird, entrichten Arbeitnehmer mit Kindern in den allermeisten Bundesländern⁹ 1,525 Prozent und Arbeitnehmer ohne Kinder einschließlich des voll zu zahlenden Zuschusses 1,775 Prozent; Rentner zahlen den vollen Beitragssatz.

Beitrags- erhöhungen

Die aktuelle Beitragserhöhung sichert die Finanzen der Versicherung zumindest für die nähere Zukunft.¹⁰ Allerdings stellt sich die Frage, ob das Finanzierungssystem mit regelmäßigen Beitragsanpassungen auch den zukünftigen Entwicklungen noch gerecht wird.

Besondere Finanzierungsprobleme entstehen im Bereich der Langzeitpflege, insbesondere der Pflege im Heim. Dort werden sich vor allem durch die angestrebte Verbesserung der Personalschlüssel sowie durch die vorgesehene bessere Bezahlung von Pflegekräften deutliche Kostensteigerungen ergeben. Solche Kostensteigerungen würden bei unveränderten Leistungen der Pflegeversicherung al-

8 Bundesministerium für Gesundheit (2019): Pflegeversicherung: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand: Mai 2019. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>.

9 In Sachsen gilt für Arbeitnehmer ein geringfügig höherer Beitrag zur Pflegepflichtversicherung.

10 Durch die Beitragserhöhung 2019 werden Mehreinnahmen von 7,6 Milliarden Euro erwartet; damit soll der Beitragssatz bis 2022 stabil gehalten werden können. Bundesministerium für Gesundheit (2018): Warum höhere Beiträge zur Pflegeversicherung notwendig sind. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten/warum-hoehere-beitraege-zur-pflegeversicherung-notwendig-sind.html>.

lein die Gepflegten treffen. Denn im aktuellen Leistungssystem der Pflegeversicherung erhalten die Pflegebedürftigen jeweils nur einen Sockelbetrag; darüber hinausgehende Kosten müssen durch einen Eigenanteil selbst aufgebracht werden. Bei Pflege im Heim liegen die Leistungen der Versicherung je nach Pflegegrad zwischen 770 (Pflegegrad 2) und 2.005 Euro im Monat (Pflegegrad 5). Aber die Kosten für Behandlungspflege wie auch für Unterbringung, Verpflegung, Investitionen des Heimes usw. sind in der Regel weitaus höher. Im Durchschnitt betragen die von den Gepflegten zu tragenden Eigenanteile für die Pflege im Heim deshalb derzeit 1.830 Euro im Monat.¹¹ Noch 2017 lagen die entsprechenden Eigenanteile erst bei durchschnittlich rund 1.700 Euro.¹² Weitere Kostensteigerungen würden also zunächst die Gepflegten und deren Angehörige treffen.

Vor diesem Hintergrund wäre zu überlegen, ob Finanzierung und Leistungsprinzipien der Pflegeversicherung nicht reformiert werden müssten, und wie Veränderungen aussehen könnten.

Für solche Überlegungen sind nicht allein die Fachdiskussionen der Sozialpolitiker und Fachleute maßgebend. Eine wichtige Rolle spielen auch die Erfahrungen und Wahrnehmungen der Bürger*innen, an die sich die Leistungen der Pflegeversicherung richten. Aus deren Perspektive geht es vor allem um die Absicherung gegen die Risiken, die mit der Pflege verbunden sind.

In der aktuellen Bevölkerungsumfrage für den DAK Pflegereport 2019 (Projektleitung: Professor Thomas Klie, Evangelische Hochschule Freiburg) wurden deshalb relevante Einstellungen der Bevölkerung zu den Kosten und zur Finanzierung der Pflege ermittelt. Dazu musste etwa gefragt werden, in wie weit man sich persönlich durch das bestehende System gegen die finanziellen Risiken der Pflege abgesichert fühlt. Wie erlebt man die Pflegeversicherung; was empfindet man als gut, wo sieht man Defizite? Wie nimmt man die möglicherweise entstehenden Kosten der Pflege wahr? Welchen Einfluss haben finanzielle Aspekte bei der Wahl einer bestimmten Pflegeform? Und inwiefern empfindet man eine normative Verpflichtung zur Angehörigenpflege, die in der Pflegeversicherung durch das Pflegegeld für Angehörige auch finanziell vergleichsweise attraktiv ist?

Bevölkerungs- umfrage

Das gemeinsam mit Professor Klie entwickelte Fragenprogramm wurde in zwei bevölkerungsrepräsentative Mehrthemenumfragen des Allensbacher Instituts eingeschlossen. Zudem wurden in einigen Bundesländern ergänzende Interviews durchgeführt. Die mündlich-persönlichen Interviews dafür fanden zwischen dem 1. April und dem 2. Juni 2019 statt. Über 700 Interviewer befragten 3.146 Per-

11 Verband der Ersatzkassen (VDEK; 2019): Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege. Stand: 1. Januar 2019. Anlage zu: Pflegebedürftige im Land müssen immer mehr zuzahlen. Pressemeldung vom 6.2.2019. <https://www.vdek.com/LVen/BAW/Presse/Pressemitteilungen/2019>.

12 Statistik des Verbands der Privaten Krankenkassen PKV für 2017. Hier nach: Zuzahlungen im Pflegeheim steigen weiter. In: Aertzblatt.de, 27.7.2018.

sonen ab 16 Jahren im gesamten Bundesgebiet. Die gewichteten Gesamtergebnisse sind repräsentativ für die deutsche Wohnbevölkerung in Privathaushalten.

Regionale Unterschiede

Bei diesen Ermittlungen galt es, beträchtliche Unterschiede der Pflegekosten zwischen den Bundesländern zu berücksichtigen. Beispielsweise variiert der durchschnittliche monatliche Eigenanteil für eine Pflege im Heim zwischen 1.220 Euro in Sachsen und 2.250 Euro in Nordrhein-Westfalen.¹³ Deshalb stellte sich auch die Frage, ob die regional unterschiedlichen Kosten der Pflege vielleicht mit regional unterschiedlichen Erfahrungen, Vorstellungen und Präferenzen verbunden sind. Um diese Frage beantworten zu können, wurde die Stichprobe so angelegt, dass in jedem Bundesland wenigstens 100 Personen Auskunft geben. Entsprechende Analysen für die Bundesländer können sich damit auf Teilstichproben von 103 bis 598 Personen stützen. Hierbei wurde zudem darauf geachtet, dass relevante soziodemografische Verteilungen in den Teilstichproben der Bundesländer repräsentativ für die Verteilungen sind, die nach der amtlichen Statistik erwartet werden müssen. Zudem wurde der disproportionale Ansatz der Stichprobe in den Gesamtergebnissen durch eine faktorielle Gewichtung ausgeglichen.

Für die Gesamtstichprobe der 3.146 Befragten beträgt der maximale Zufallsfehler aufgrund von statistisch erwartbaren Schwankungen etwa $\pm 1,8$ Prozentpunkte. In den Teilstichproben für die einzelnen Bundesländer ist die Betrachtung selbstverständlich wegen der geringeren Befragtenzahlen weniger trennscharf.¹⁴ Trotz der möglicher Abweichungen eröffnet das Instrument aber die fundierte Erkenntnis, ob die Verteilung von Meinungen im jeweiligen Bundesland mit den weitaus genauer erfassten bundesweiten Haltungen im Wesentlichen übereinstimmt, oder ob sich vielleicht statistisch signifikante Abweichungen von diesen Haltungen ergeben (Abbildung 15).

13 VDEK: Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege. Stand: 1. Januar 2019. A.a.O.

14 Der maximale Zufallsfehler in den Landesergebnissen reicht von ± 4 Prozentpunkte (für Nordrhein-Westfalen) über ± 5 bis ± 6 Prozentpunkte (in Baden-Württemberg und Bayern) bis hin zu maximal ± 10 Prozentpunkte (in Mecklenburg-Vorpommern, im Saarland, in Bremen, Brandenburg und in Sachsen-Anhalt).

Abbildung 15: Befragte für den DAK Pflegereport 2019

Befragte für den DAK-Pflegereport 2019					
	Befragte (Anzahl)	Frauen- anteil – Umfrage (%)	Frauen- anteil – Mikro- zensus 2017 (%)	Anteil 45 Jahre und älter – Umfrage (%)	Anteil 45 Jahre und älter – Mikrozensus 2017 (%)
Bevölkerung insgesamt	3146	51	51	61	62
Schleswig-Holstein	122	52	51	63	64
Hamburg	107	52	52	57	55
Bremen	106	51	52	63	62
Niedersachsen	274	51	51	61	62
Nordrhein-Westfalen	598	52	52	61	62
Hessen	212	51	51	59	62
Rheinland-Pfalz	142	51	51	64	63
Baden-Württemberg	325	51	51	61	61
Bayern	413	51	51	60	61
Saarland	104	52	52	62	65
Berlin	135	52	52	50	58
Brandenburg	114	51	51	67	68
Mecklenburg-Vorpommern	103	51	51	67	66
Sachsen	170	51	51	65	65
Sachsen-Anhalt	112	51	51	65	68
Thüringen	109	51	51	66	66

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv DAK Pflegereport 2019

© IFO-Allensbach

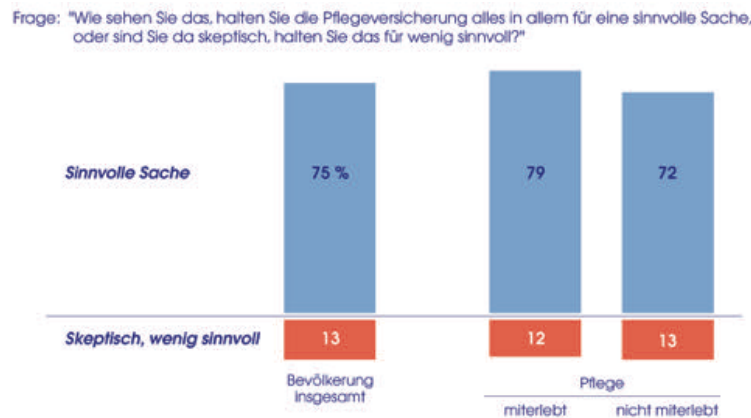
4.1 Grundsätzlich Zustimmung zur Pflegeversicherung

Pflege im Heim oder durch einen Pflegedienst gilt als teuer und viele befürchten, die Kosten für eine solche Pflege ohne Unterstützung nicht aufbringen zu können. Von daher ist die grundsätzliche Notwendigkeit einer sozialen Pflegeversicherung unbestritten. Drei Viertel der Bevölkerung in Deutschland bewerten die Pflegeversicherung als eine sinnvolle Sache (75 Prozent). Nur 13 Prozent haben einen anderen Eindruck, in der Regel, weil sie sich noch mehr

**Notwendigkeit
einer sozialen
Pflegever-
sicherung
unbestritten**

Unterstützung aus der Pflegeversicherung wünschen würden. Überdurchschnittlich groß ist die Zustimmung bei Älteren über 60 Jahre (79 Prozent) sowie bei Personen, die Pflege von Angehörigen oder Freunden schon einmal aus der Nähe miterlebt haben (79 Prozent). Jüngere Leute unter 30 Jahren sowie Migranten, die das Pflegesystem in Deutschland zum Teil noch nicht gut kennen, bleiben zwar etwas häufiger unentschieden als der Bevölkerungsdurchschnitt. Insgesamt gibt es in aber keiner der soziodemografisch relevanten Teilgruppen der Bevölkerung eine deutlich abweichende Meinung; der Anteil derer mit grundsätzlich positivem Bild der Pflegeversicherung liegt in keiner Gruppe unterhalb von 65 Prozent (Abbildung 16).

Abbildung 16: Drei Viertel der Bevölkerung befürworten die Pflegeversicherung



An 100 fehlende Prozent: unentschieden

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv DAK Pflegereport 2019

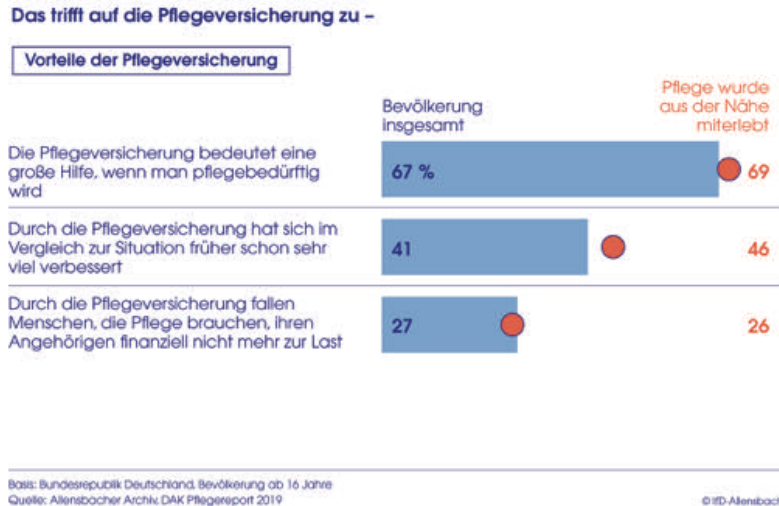
© IFO-Allensbach

Zwei Drittel der Bevölkerung stufen die Pflegeversicherung zudem als große Hilfe für Pflegebedürftige ein (67 Prozent). Auch jene, die Pflege bereits aus der Nähe kennen, sehen es zu etwa gleichem Anteil so (69 Prozent). Deutliche Verbesserungen im Vergleich zur Situation vor Einführung der Versicherung nehmen 41 Prozent der Bevölkerung wahr, Ältere ab 60 Jahren (48 Prozent) selbstverständlich deutlich häufiger als jüngere Leute, die wenig über die Situation in der Pflege vor 1995 wissen (32 Prozent der unter 30-Jährigen).

Nur eine Minderheit erklärt jedoch darüber hinaus: „Durch die Pflegeversicherung fallen Menschen, die Pflege brauchen, ihren Angehörigen nicht mehr zur Last“ (27 Prozent). Auch von den Augenzeugen der Pflege haben lediglich 26 Prozent solche Erfahrungen gemacht (Abbildung 17). Die Mehrheit sieht also trotz Pflegeversicherung die Möglichkeit, durch die Pflege von Angehörigen finanziell spürbar belastet zu werden. Dabei haben die Befragten vor allem die mögliche Kostenübernahme von Pflegekosten durch Partner und Kinder vor Augen, weniger die „Opportunitätskosten“ durch den

Wegfall von Einkommen, wenn die Pflege der Angehörigen selbst übernommen wird.

Abbildung 17: Die Pflegeversicherung: Große Hilfe für viele



Regionale Ausprägungen

Die grundsätzlich starke Befürwortung der Pflegeversicherung ist in allen Bundesländern etwa gleich verbreitet. Bei diesen wie bei den allermeisten regionalen Analysen der gestellten Fragen finden sich zwar einige signifikante Abweichungen vom bundesweiten Mittelwert. Allerdings ergeben sich daraus keine grundsätzlich abweichenden Wahrnehmungen. Damit wiederholt sich der Kernbefund des DAK Pflegereports 2018 im Hinblick auf die regionalen Wahrnehmungen:

Kernbefund:
Einstellungen
stimmen
regional meist
überein

Trotz zum Teil großer regionaler Unterschiede in Organisation und Kosten der Pflege prägen sich Vorstellungen und Haltungen zur Pflege in den untersuchten Regionen und Ländern im Wesentlichen übereinstimmend aus. Die Wahrnehmungen und Einstellungen unterscheiden sich weitaus weniger als die konkreten Umstände vor Ort. Hier ergibt sich offensichtlich eine Tendenz zu eher einheitlichen Einstellungen, deren Ursachen vor allem im nivellierenden Mediendiskurs zur Pflege liegen dürften.

Als „gute Sache“ wird die Versicherung von nicht weniger als 69 Prozent (Brandenburg) bis hin zu 82 Prozent (Niedersachsen) eingestuft. Ähnlich sieht es mit der Wahrnehmung der Pflegeversicherung als große Hilfe für die Pflegebedürftigen (Werte zwischen 60 Prozent in Berlin und 77 Prozent in Schleswig-Holstein und Hamburg) sowie als deutliche Verbesserung der Situation im Vergleich mit der Situation vor 1995 aus. Signifikante Abweichungen von den bundesweiten Durchschnittswerten ergeben sich lediglich im Hinblick auf

die Frage, ob die Angehörigen von Gepflegten aufgrund der Pflegeversicherung nicht mehr finanziell belastet würden: Überdurchschnittlich häufig finden sich solche Vorstellungen im nördlichen Westdeutschland, in Schleswig-Holstein (33 Prozent), Hamburg (40 Prozent), Bremen (50 Prozent) und Niedersachsen (35 Prozent). Unterdurchschnittlich häufig sieht man es im südlichen Westdeutschland so, insbesondere in Baden-Württemberg (20 Prozent) und Bayern (22 Prozent) sowie in Rheinland-Pfalz (23 Prozent; Anhang, Abbildung 40).

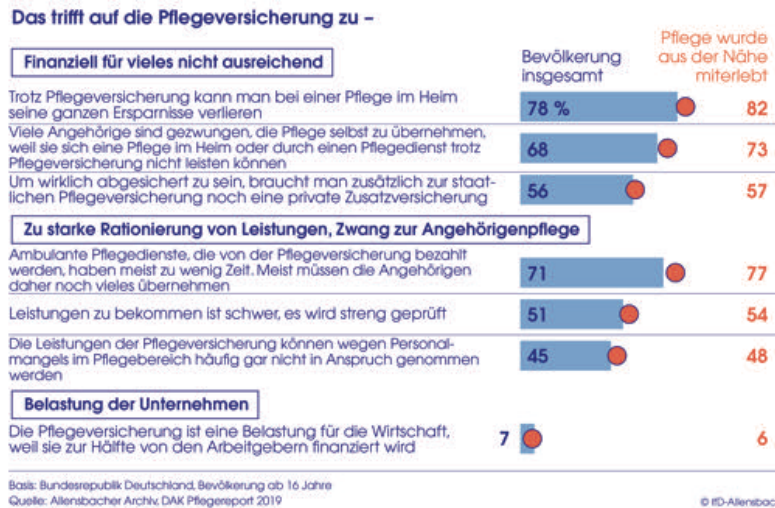
Zugleich wirken sich die Siedlungsregionen aus: In westdeutschen Großstädten sowie in ländlichen Regionen in Ostdeutschland fällt die Zustimmung zur Pflegeversicherung etwas verhaltener aus als in den übrigen Siedlungsregionen in West und Ost (Anhang, Abbildung 41).

4.2 Defizite der Pflegeversicherung: Armutsrisiko durch hohe Eigenanteile, Absicherungslücken, Pflegeengpässe

Noch stärker als von der grundsätzlich positiven Einstellung zur Pflegeversicherung wird deren Bild in der Bevölkerung aber von wahrgenommenen Defiziten bestimmt. Obenan steht die Furcht vor den finanziellen Folgen einer Pflege im Heim: 78 Prozent stellen fest, dass man bei einer solchen Pflege trotz Unterstützung aus der Pflegeversicherung seine gesamten Ersparnisse verlieren könne. Obwohl die Pflegeversicherung bei einer Pflege im Heim bis zu 2.000 Euro im Monat zuzahlt, gelten die oft realistisch eingeschätzten Eigenanteile für eine solche Pflege als sehr hoch.¹⁵ Wer so viel bezahlen muss, könne leicht seine Ersparnisse verlieren. Viele dürften dabei auch an ihre Wohnimmobilien denken, die dem Partner oder Kindern und Enkeln vererbt werden sollen (Abbildung 18).

¹⁵ Derzeit durchschnittlich 1.830 Euro im Monat (vgl. Abbildung 28).

Abbildung 18: Wahrgenommene Defizite der Pflegeversicherung



Oft hängen solche Befürchtungen eng mit der Angst zusammen, im Pflegefall auf Sozialhilfe angewiesen zu sein. Insbesondere Ältere hegen solche Befürchtungen. Sogar von jenen, die sich um die eigene Pflege keine finanziellen Sorgen machen, sehen noch 70 Prozent für andere Armutsrisiken durch die Pflege im Heim. Dementsprechend gehen auch 68 Prozent davon aus, dass viele Angehörige gezwungen seien, die Pflege selbst zu übernehmen, weil weder die Pflegebedürftigen noch die Angehörigen sich eine Pflege durch einen Pflegedienst oder eine Pflege im Heim leisten könnten. Personen, die schon einmal eine Pflege aus der Nähe miterlebt haben, erklären das noch häufiger als andere (73 gegenüber 64 Prozent).

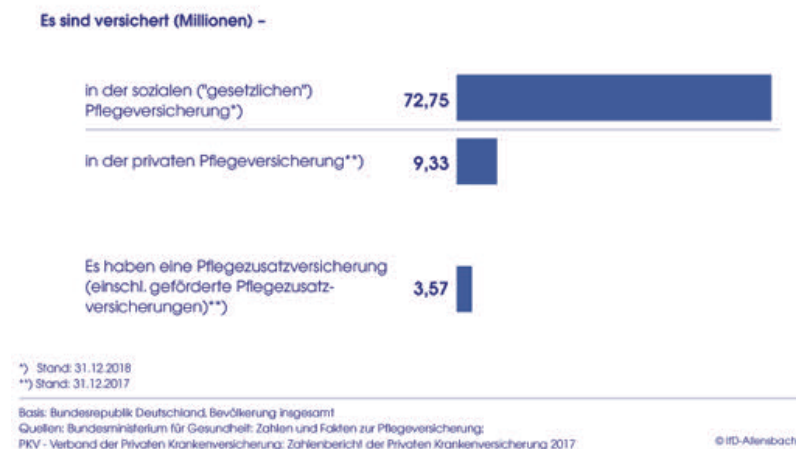
Eine vollständige Absicherung sei derzeit nur durch eine private Zusatzversicherung zur gesetzlichen Pflegeversicherung möglich, so 56 Prozent der Bevölkerung. Personen mit höheren Einkommen denken etwas eher an solche Zusatzversicherungen als andere. Weit unterdurchschnittlich erwarten vor allem Ostdeutsche eine bessere Absicherung durch private Zusatzversicherungen zur Pflege (45 Prozent).¹⁶ Allerdings haben bislang nur wenige eine private Pflegezusatzversicherung abgeschlossen. Nach der Statistik des Verbands der Privaten Krankenversicherungen PKV verfügen lediglich 3,57 Millionen Bürgerinnen und Bürger über eine solche Zusatzversicherung. Über 78 Millionen (das sind etwa 95 Prozent der deutschen Bevölkerung) wären damit nach heutigem Stand im Alter allein auf die Leistungen der sozialen (bzw. „gesetzlichen“) oder der privaten Pflegeversicherung angewiesen (Abbildung 19). Ergebnisse einer fallstarken Umfrage zeigen die Schichtabhängigkeit dieser

Ängste, was die Finanzierung der Pflege betrifft

¹⁶ Vgl. Abbildung 19 sowie die Erläuterungen zu den regionalen Ausprägungen.

Absicherung: Personen mit höheren Einkommen leisten sich eine private Zusatzabsicherung deutlich eher als andere.¹⁷

Abbildung 19: Nur eine Minderheit verfügt über eine Pflegezusatzversicherung



Zwang zur Angehörigenpflege?

Ein Zwang zur Angehörigenpflege ergibt sich nach Ansicht vieler nicht nur durch die Höhe der Eigenbeiträge bei professioneller Pflege, sondern zum einen auch durch die Zeitknappheit der ambulanten Pflegedienste: Die von der Pflegeversicherung bezahlten Dienste hätten meist zu wenig Zeit für die Pflegebedürftigen. Auf der Strecke blieben nicht allein Zuwendung und menschlicher Austausch; auch pflegerische Aufgaben blieben unerledigt. 71 Prozent der Bevölkerung sehen deshalb einen Zwang für die Angehörigen, diese unerledigten Aufgaben zu übernehmen. Von den Augenzeugen der häuslichen Pflege durch einen Pflegedienst sehen das sogar 79 Prozent so. Zum anderen nehmen 45 Prozent auch aufgrund von Personalmangel in Pflegediensten und Heimen einen Zwang zur Angehörigenpflege wahr. Manche könnten die Leistungen der Pflegeversicherung überhaupt nicht in Anspruch nehmen, weil nicht genügend Pflegerinnen und Pfleger bereitstünden. Vor diesem Hintergrund richten sich derzeit große Erwartungen an die Politik, genügend Pflegepersonal zu gewinnen sowie Abhilfe für den Zeitmangel der Pflegenden zu schaffen.¹⁸ Aufgrund solcher Defizite ergebe sich die systemische Verpflichtung zur Angehörigenpflege.

Allerdings muss man bei diesen kritischen Aussagen zur Pflegeversicherung im Auge behalten, dass gleichzeitig etwa die Hälfte der Bevölkerung eine moralische Verpflichtung zur Angehörigenpflege durchaus bejaht.¹⁹ Dahinter steht ein anhaltend stabiler Zusammen-

¹⁷ Allensbacher Archiv, AWA 2019.

¹⁸ Vgl. etwa Thomas Klie (2018): DAK Pflegereport 2018. Heidelberg: medhochzwei. S. 37, 89.

¹⁹ Vgl. Abbildung 36.

halt der Familien, den 47 Prozent der Bevölkerung in der eigenen Familie als stark und weitere 35 Prozent sogar als sehr stark erleben.²⁰ Vor allem wegen solcher Grundeinstellungen erklärten bei einer Umfrage über 50 Prozent der jüngeren Bevölkerung, sie könnten die Pflege ihrer Eltern bei Bedarf übernehmen.²¹ Während die freiwillige Angehörigenpflege also für viele eine selbstverständliche familiäre Verpflichtung ist, wird der Zwang zur Angehörigenpflege, den viele in der Anlage des Pflegesystems erleben, eher abgelehnt.

51 Prozent bewerten die Prüfungen des Medizinischen Diensts, der den Pflegebedarf feststellt, als streng. Es sei schwer, überhaupt Leistungen aus der Versicherung zu erhalten. Von den Augenzeugen der Pflege geben das 54 Prozent zu Protokoll. Überdurchschnittlich häufig berichten Personen mit einfacher Bildung über derartige Schwierigkeiten (57 Prozent), die höher Gebildete etwas seltener erleben (44 Prozent):²² Hier gibt es möglicherweise einen leichten „Schwelleneffekt“, d. h. ein etwas stärkeres Zurückschrecken von Personen mit einfacher Bildung vor der medizinischen Begutachtung.

Feststellung des Pflege- bedarfs

Nur wenige nehmen die Pflegeversicherung dagegen als Belastung für die Wirtschaft wahr (7 Prozent), obwohl ja die Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge zahlen: Da auch die eigenen Beiträge zur Pflegeversicherung nur von einer Minderheit als besonders hoch eingestuft werden, fällt der Anteil der Arbeitgeber zur Pflegeversicherung in den Augen der Mehrheit kaum ins Gewicht.

Personen, die eine grundsätzlich kritische Haltung gegenüber der Pflegeversicherung einnehmen, stellen die Armutsrisiken durch eine Pflege im Heim noch häufiger heraus als andere (87 Prozent). Vor allem betrachten sie aber die Versicherung nur selten als gute Unterstützung der Pflegebedürftigen (20 Prozent). Substanzielle Kritik an der Unterstützungsleistung der Versicherung führt also offenbar am ehesten zum Verlust der Akzeptanz (Anhang, Abbildung 42).

Regionale Ausprägungen

Die Defizite der Pflegeversicherung werden in städtischen und ländlichen Regionen West- wie Ostdeutschlands ganz ähnlich gesehen. Hier wie dort berichten deutliche Mehrheiten über das mit der Pflege im Heim verbundene Risiko, die Ersparnisse und eventuell auch noch anderen Besitz zu verlieren. Vor allem wird überall von jeweils mehr als 60 Prozent ein stillschweigender Zwang zur Angehörigenpflege erlebt, sei es, weil die Pflege im Heim zu teuer ist, sei es, weil der Pflegedienst nur einen Teil der notwendigen Aufgaben übernimmt (Anhang, Abbildung 43).

Dementsprechend unterscheiden sich die kritischen Wahrnehmungen auch zwischen den Bundesländern nur wenig. Am ehesten

20 Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 11058 (2016).

21 Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 10064 (2010).

22 Entsprechende Befunde in allen Altersgruppen, allerdings weniger stark ausgeprägt.

gleichförmig sind die Antwortmuster zum Armutsrisiko durch eine Pflege im Heim sowie zur Notwendigkeit der Angehörigenpflege aufgrund von Zeitmangel der ambulanten Dienste. Lediglich in einigen westdeutschen Ländern werden die Aussagen zum Zeitmangel nicht ganz so häufig gemacht wie im Bundesdurchschnitt. Allerdings sehen auch in Bremen, Niedersachsen und im Saarland noch große Teile der Bevölkerung einen Zwang zur Angehörigenpflege, weil die Pflegedienste nicht alle Aufgaben übernehmen (Bremen: 50 Prozent, Niedersachsen: 64 Prozent, Saarland: 56 Prozent; Bundesdurchschnitt: 71 Prozent).

Etwas mehr Unterschiede zwischen den Einstellungen in den Bundesländern ergeben sich im Hinblick auf die Kosten der Pflege und mögliche Zusatzversicherungen. So wird der Zwang zur Angehörigenpflege aufgrund hoher Kosten der professionellen Pflege am ehesten in jenen Bundesländern beklagt, in denen tatsächlich hohe Pflegekosten entstehen. Signifikant überdurchschnittlich wird diese Vorstellung in Baden-Württemberg und im Saarland zu Protokoll gegeben (durchschnittliche Zuzahlung bei Pflege im Heim: 2.120 bzw. 2.220 Euro²³); unterdurchschnittlich häufig in Berlin (1.850 Euro), Schleswig-Holstein (1.580 Euro) Mecklenburg-Vorpommern (1.370 Euro) und Sachsen (1.280 Euro).

Ganz ähnlich sieht das regionale Muster bei der Aussage zur Notwendigkeit einer zusätzlichen Versicherung aus: „Um wirklich abgesichert zu sein, braucht man zusätzlich zur staatlichen Pflegeversicherung noch eine private Zusatzversicherung“. Auch diese Aussage wird überdurchschnittlich häufig in Ländern mit vergleichsweise hohen Eigenanteilen bei der Pflege im Heim gemacht und eher selten in den ostdeutschen Ländern sowie in Berlin. Dahinter dürften aber nicht nur die eher geringeren Kosten der Pflege in Ostdeutschland stehen, sondern zudem auch die dort engeren finanziellen Spielräume. Eine private Zusatzversicherung könnten sich in Ostdeutschland eher weniger Personen leisten als in Westdeutschland. Hinzu kommen unterschiedliche Tendenzen der Absicherung in Ost und West: In Ostdeutschland richten sich die Erwartungen zur sozialen Absicherung generell stärker auf staatliche oder öffentliche Maßnahmen und Institutionen als in Westdeutschland.

Über strenge Prüfungen des Medizinischen Dienstes wird am häufigsten aus Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern berichtet. Dass man „Sachleistungen“ der Pflegeversicherung aufgrund von Personalmangel nicht in Anspruch nehmen könne, heißt es häufiger als im Durchschnitt (45 Prozent) in Rheinland-Pfalz (58 Prozent), Baden-Württemberg (52 Prozent) und Berlin (57 Prozent). Solche

23 VDEK (2019): Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege. Stand: 1. Januar 2019. Anlage zu: VDEK: Pflegebedürftige im Land müssen immer mehr zuzahlen. Pressemeldung vom 6.2.2019. <https://www.vdek.com/LVen/BAW/Presse/Pressemitteilungen/2019>. Hier auf 10 Euro gerundete Beträge.

Defizite stehen den Saarländern dagegen unterdurchschnittlich häufig vor Augen (27 Prozent; Abbildung 20).

Abbildung 20: Pflegeversicherung: Negative Aspekte in den Bundesländern

	Bei Pflege im Heim kann man seine ganzen Ersparnisse verlieren	Ambulante Pflegedienste haben meist zu wenig Zeit – Angehörige müssen daher vielen übernehmen	Oft Ange- hörige notwendig, da Pflege im Heim oder durch einen Pflegedienst zu teuer	Man braucht private Zu- satzver- sicherung, um abgesichert zu sein	Leistungen sind schwer zu bekommen	Leistungen können wegen Personalmangels oft nicht in Anspruch genommen werden
Bevölkerung insgesamt (%)	78	71	68	56	51	45
Schleswig-Holstein	80	73	60	38	54	44
Hamburg	78	76	63	55	64	49
Bremen	67	50	64	66	49	54
Niedersachsen	77	64	65	52	41	40
Nordrhein-Westfalen	81	70	66	60	53	41
Hessen	79	76	77	57	43	49
Rheinland-Pfalz	75	71	71	53	54	58
Baden-Württemberg	81	73	78	66	49	52
Bayern	75	72	72	62	52	45
Saarland	72	56	79	53	47	27
Berlin	71	73	55	43	59	57
Brandenburg	74	71	64	44	53	38
Mecklenburg-Vorpommern	74	69	58	44	62	42
Sachsen	80	71	58	47	54	42
Sachsen-Anhalt	77	78	66	53	54	40
Thüringen	77	68	72	36	47	39

Grün/rot: Anteilswert für das Bundesland signifikant **über** oder **unter** Mittelwert (95-Prozent-Niveau)
Blaue: Abweichung des Anteilswerts vom Mittelwert nicht signifikant

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
 Quelle: Allensbacher Archiv, DAK Pflegebericht 2019

© ID-Allensbach

4.3 Erlebte Belastungen durch die Eigenanteile

Tatsächlich oft hohe Eigenanteile

Die verbreiteten Befürchtungen, durch hohe Eigenanteile bei einer professionellen Pflege stark belastet zu werden, sind nicht übertrieben. Darauf deuten die Angaben jener hin, die Auskunft über eine Pflege im Heim, in einer Wohngruppe oder durch einen Pflegedienst geben können. Danach wurden die Gepflegten bzw. deren Angehörige in der Mehrzahl der Fälle (75 Prozent) trotz Leistungen aus der Pflegeversicherung durch die Kosten finanziell belastet. Darunter haben 41 Prozent sogar eine starke Belastung erlebt. Überdurchschnittlich groß war der Anteil der stark Belasteten bei einer Pflege im Heim: 49 Prozent. Die Befürchtungen der Bevölkerung resultieren hier also durchaus auch aus konkreten Beobachtungen im Nahbereich (Abbildung 21).

Abbildung 21: Über 40 Prozent werden stark durch die Pflegekosten belastet

Frage an (frühere) Angehörige und Freunde von Gepflegten, die in Heimen und Wohngruppen oder vom Pflegedienst gepflegt wurden:
"Soweit Sie das sagen können: Wie stark belasten/belasteten die Kosten für die Pflege die Betroffenen?"

Die Kosten belasten/belasteten die Betroffenen –	Angehörige und Freunde insgesamt %	Ort der Pflege		
		zu Hause durch Pflegedienst %	im Heim %	andersonwo %
sehr stark	41	38	49	32
weniger stark	35	38	27	40
kaum bzw. gar nicht	13	12	13	16
Keine Angabe	11	12	11	12
	100	100	100	100

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Angehörige und Freunde von Gepflegten
Quelle: Altenbacher Archiv; DAK Pflegereport 2019

© IFO-Altenbach

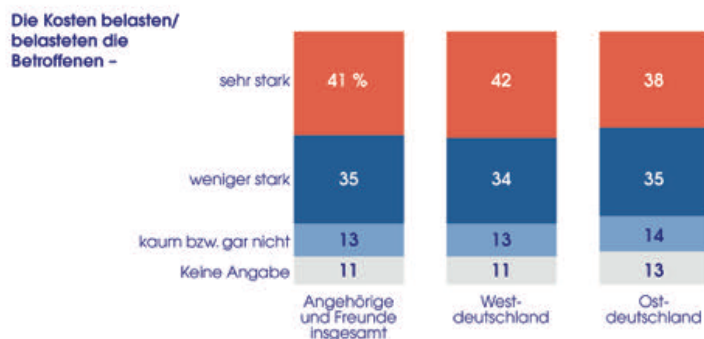
Regionale Ausprägungen

Die Analyse für West- und Ostdeutschland zeigt ganz ähnliche Erfahrungen in beiden Landesteilen: Obwohl in Ostdeutschland weit aus geringere Eigenanteile bei einer Pflege im Heim bezahlt werden müssen als in Westdeutschland, ist der Anteil der dadurch stark Belasteten (38 Prozent) nur unwesentlich kleiner als im Westen (42 Prozent). Offensichtlich erzeugen die geringeren Einkommen und engeren finanziellen Spielräume der Bürgerinnen und Bürger in Ostdeutschland ähnliche Belastungsgefühle (Abbildung 22).

Abbildung 22: Annähernd gleiche Belastung durch Pflegekosten in Ost und West

Frage an (frühere) Angehörige und Freunde von Gepflegten, die in Heimen und Wohngruppen oder vom Pflegedienst gepflegt wurden:

"Soweit Sie das sagen können: Wie stark belasten/belasteten die Kosten für die Pflege die Betroffenen?"



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Angehörige und Freunde von Gepflegten
Quelle: Allensbacher Archiv DAK Pflegerreport 2019

© IFO-Allensbach

4.4 Der Beitrag zur Pflegeversicherung: Nur für wenige zu hoch, viele erwarten deutliche Steigerungen

Der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung beträgt, wie bereits dargestellt, 3,3 Prozent des versicherungspflichtigen Einkommens bei Kinderlosen und 3,05 Prozent bei Müttern und Vätern. Arbeitnehmer und Arbeitgeber tragen diesen Beitrag hälftig, Rentner bezahlen den vollen Satz. Auch wenn der Beitrag zu Jahresbeginn 2019 um 0,5 Prozentpunkte erhöht wurde, stufen ihn auch heute nur 25 Prozent der Bevölkerung als „sehr hoch“ ein. Sogar Personen mit niedrigem gesellschaftlich-wirtschaftlichem Status empfinden das nicht signifikant häufiger so als der Bevölkerungsdurchschnitt. Im Vergleich zu den Beitragssätzen der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung (derzeit 14,6 bzw. 18,6 Prozent) fällt der Beitrag zur Pflegeversicherung erst wenig ins Gewicht (Abbildung 23).

Abbildung 23: Beitrag zur Pflegeversicherung: Viele erwarten Steigerungen, wenige wären bereit zu zahlen

	Bevölkerung insgesamt %	Gesellschaftlich- wirtschaftlicher Status		
		einfach %	mittel %	hoch %
Die Beiträge zur Pflegeversicherung sind sehr hoch	25	28	24	20
Ich erwarte für die Zukunft deutlich höhere Beiträge zur Pflegeversicherung	45	39	47	52
Falls nötig, wäre ich bereit, höhere Beiträge für die Pflegeversicherung zu zahlen	24	18	24	34

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv DAK Pflegereport 2019

© IFO-Allensbach

Fast die Hälfte der Bevölkerung rechnet aber bereits mit deutlich steigenden Beiträgen zur Pflegeversicherung (45 Prozent). Solche Erwartungen werden nicht allein durch Medienmeldungen genährt, der Beitrag zur Pflegeversicherung könne bis auf 8 Prozent steigen²⁴, sondern auch durch Wahrnehmungen der fortschreitenden Bevölkerungsalterung und, damit verbunden, Erwartungen eines zunehmenden Pflegebedarfs.

Zahlungsbereitschaft begrenzt

Hierbei hält sich die freiwillige Zahlungsbereitschaft in Grenzen. Nur eine Minderheit erklärt sich bereit, bei wachsendem Bedarf höhere Beiträge zur Pflegeversicherung zu zahlen (24 Prozent). Auch die verbreiteten Wünsche nach mehr Leistungen der Pflegeversicherung werden also nicht ohne weiteres durch eine entsprechende Zahlungsbereitschaft begleitet. Das heißt zwar nicht, dass es in Zukunft energischen Widerstand gegen weitere Beitragserhöhungen geben würde. Dennoch verweist der Befund auf die schwierige Aufgabe, einen gangbaren Mittelweg zu finden, um die breit wahrgenommenen Defizite der Pflegeversicherung auszuräumen, ohne die Versicherten über Gebühr mit zusätzlichen Beiträgen zu belasten.

Regionale Ausprägungen

In allen Bundesländern stuft nur etwa ein Viertel der Bevölkerung die Beiträge als „sehr hoch“ ein. Signifikant häufiger als im Bevölkerungsdurchschnitt fallen allein die Wahrnehmungen in Mecklenburg-Vorpommern aus (39 Prozent), wo die verfügbaren Haushaltsein-

²⁴ Verband der privaten Krankenkassen (PKV; 2019): Beitrags-Prognose: Soziale Pflegeversicherung unter Druck. Pressemeldung vom 2. Mai 2019. <https://www.pkv.de/presse/meldungen/beitrags-prognose-soziale-pflegeversicherung-unter-druck/>

kommen relativ klein sind. Die Höhe des Wertes könnte allerdings auch durch einen statistischen „Ausreißer“ bedingt sein.

Die Erwartung steigender Beiträge findet sich dann deutlich häufiger in Westdeutschland (48 Prozent) als in Ostdeutschland (33 Prozent), wo die jetzt gerade erfolgte Beitragserhöhung noch etwas klarer vor Augen steht. Im Westen werden derartige Erwartungen überdurchschnittlich häufig in Hamburg (59 Prozent), Hessen (56 Prozent) und Baden-Württemberg (54 Prozent) geäußert. Im Osten bleibt die Häufigkeit der Nennungen vor allem in Sachsen (37 Prozent), Sachsen-Anhalt (31 Prozent) und Thüringen (24 Prozent) deutlich unter dem bundesweiten Durchschnitt.

Einheitlich gering ist dann die Bereitschaft, höhere Beiträge zu zahlen. Eine kleinere Abweichung nach oben findet sich lediglich in Hamburg (38 Prozent), wo man zugleich von der Notwendigkeit steigender Beiträge deutlich überdurchschnittlich überzeugt ist. Signifikant niedriger als im Schnitt (24 Prozent) ist die Bereitschaft zu Beitragserhöhungen dagegen in Mecklenburg-Vorpommern (13 Prozent), was dort häufig mit dem Gefühl einhergeht, dass die Beiträge schon jetzt „sehr hoch“ seien: Die Antworttendenzen sind hier also konsistent (Anhang, Abbildung 44).

4.5 Reformvorschläge für die Pflegeversicherung

Angesichts der wahrgenommenen Defizite würden sich erhebliche Teile der Bevölkerung Änderungen bei der Pflegeversicherung wünschen. Lediglich 4 Prozent finden, es könne alles so bleiben, wie es ist. Zur Messung wurden den Befragten unterschiedliche Vorschläge, die einander zum Teil widersprachen, vorgestellt; dann wurde gefragt, welche der Vorschläge sie für sinnvoll hielten. Damit entspricht die Abfrage hier weniger einem „Volksentscheid“, bei dem bereits klare, eingeschränkte Alternativen einander gegenüberstehen, sondern eher der aktuellen öffentlichen Diskussion, in der unterschiedliche Ansätze miteinander konkurrieren. Welche Ansätze finden am ehesten Zustimmung?

Wunsch nach Änderung der Pflegever- sicherung

Rund drei Viertel der Bürgerinnen und Bürger sprechen sich für zwei Vorschläge zur Deckelung der Eigenbeiträge bei einer Pflege im Heim oder durch einen Pflegedienst aus (ohne Doppelnennungen 74 Prozent). Hierbei findet der eher unbestimmte Vorschlag mehr Zustimmung als die konkretere Forderung: 60 Prozent der Bevölkerung befürworten, dass „die Eigenanteile, die Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen für ein Pflegeheim bezahlen müssen, (...) nach oben begrenzt sein“ sollten. Etwa die Hälfte der Bevölkerung macht sich aber auch die konkretere Forderung eines einheitlichen festen Eigenanteils und der Übernahme aller erforderlichen Leistungen durch die Pflegeversicherung zu eigen: 47 Prozent finden, die Eigenanteile für Pflege im Heim wie Pflege durch einen Pflegedienst sollten einheitlich nicht mehr als etwa 200 bis 400 Euro betragen

und zudem solle die Pflegeversicherung auch die Kosten für bis jetzt nicht bezahlte erforderliche Aufgaben übernehmen (Abbildung 24).

Abbildung 24: Viele wünschen sich eine Deckelung der Eigenanteile bei der Pflege

Diese Reformvorschläge zur Pflegeversicherung halte ich für sinnvoll –

Für eine Begrenzung der Eigenanteile insgesamt (ohne Doppelnennungen)

74 %

und zwar:

Die Eigenanteile, die Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen für ein Pflegeheim bezahlen müssen, sollten nach oben begrenzt sein

60

Sowohl für die Pflege im Pflegeheim wie auch für die Pflege durch einen Pflegedienst sollten die Pflegebedürftigen nur einen festen Eigenanteil von etwa 200 bis 400 Euro pro Monat selbst zahlen müssen. Ansonsten sollte die Pflegeversicherung anders als bisher alle erforderlichen Leistungen zahlen

47

Für eine vollständige Kostenübernahme

Die Pflegeversicherung sollte die vollständigen Kosten der Pflege übernehmen, es sollte keinen Eigenanteil mehr geben

46

Finanzierung der Pflege

Wenn die Pflegeversicherung mehr Geld benötigt, sollten diese Mehrkosten aus Steuern finanziert werden

58

Die Bürger sollten dazu verpflichtet werden, mehr privat für eine eventuelle Pflegebedürftigkeit vorzusorgen

19

Es sollte alles so bleiben, wie es ist

4

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK Pflegereport 2019

© IfD-Allensbach

33 Prozent der Bevölkerung sprechen sich gleich für beide Vorschläge zur Deckelung der Eigenanteile aus. Zum Teil überschneiden sich diese Wünsche nach einer Deckelung aber auch mit Wünschen nach einer vollständigen Abschaffung der Eigenanteilenteile und nach einer vollständigen Übernahme der Pflegekosten durch die Pflegeversicherung, die hier insgesamt von 46 Prozent der Bevölkerung zu Protokoll gegeben werden. 32 Prozent der Bevölkerung plädieren sowohl für eine Deckelung der Eigenbeiträge wie auch für deren vollständige Abschaffung. Dem entspräche etwa die Aussage: „Wenn schon keine Abschaffung der Eigenbeiträge, dann wenigstens“

tens eine Begrenzung“. Solche Überschneidungen deuten darauf hin, dass der Prozess der Meinungsbildung an dieser Stelle noch nicht abgeschlossen ist. Zugleich ist aber klar erkennbar, dass die große Bevölkerungsmehrheit zumindest eine Deckelung der Eigenbeiträge verlangt.

Zur Finanzierung der Pflegeversicherung fänden es 58 Prozent richtig, künftige Mehrausgaben der Pflege aus Steuereinnahmen zu bezahlen, um die Beiträge nicht weiter zu erhöhen. Solche Forderungen werden etwas überdurchschnittlich häufig von jenen mit einfachem Status erhoben (62 Prozent); von den Personen mit höherem gesellschaftlich-wirtschaftlichem Status stimmen aber immerhin auch noch 52 Prozent zu (Anhang, Abbildung 45).

Eine Verpflichtung zu mehr privater Vorsorge für eine Pflegebedürftigkeit wäre dagegen unpopulär. Lediglich 19 Prozent machen sich entsprechende Forderungen zu eigen, auch von den Bürgerinnen und Bürgern mit höherem Status nicht viel mehr als ein Viertel (26 Prozent).

4.6 Wahrnehmungen unterschiedlicher Pflegeangebote

Die Pflege in einem Pflegeheim gilt dem allergrößten Teil der Bevölkerung als finanziell belastend; selbst wenn man Unterstützung aus der Pflegeversicherung erhalte, sei die Pflege dort „besonders teuer“ (86 Prozent). Weitaus kleinere Gruppen stufen auch die Pflege durch eine 24-Stunden Pflegekraft, etwa aus Osteuropa (31 Prozent), die Aufnahme in eine Wohngruppe (26 Prozent) oder die Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst (11 Prozent) als besonders teuer ein. Fast niemand kommt dagegen auf die Idee, dass eine Pflege durch Angehörige in der eigenen Wohnung besondere Kosten verursache (3 Prozent). Gerade im Hinblick auf die 24-Stunden-Kraft ist der Unterschied der Einstufungen gegenüber der Heimpflege etwas überraschend: Schließlich liegen die geschätzten Kosten für eine solche Pflegekraft durchschnittlich nicht allzu weit unter dem Eigenanteil, der für eine Pflege im Heim veranschlagt wird. Beim Stichwort der „besonders teuren“ Pflege wird aber zuerst an die Pflege im Heim gedacht (Abbildung 25).

Abbildung 25: Bewertung unterschiedlicher Pflegeformen

	Bevölkerung insgesamt		
	für Pflege- bedürftige am angenehmsten	*besonders teuer, selbst wenn man Unterschätzung durch die Pflege- versicherung bekommt*	*hohe Pflege- qualität ist gewähr- leistet*
	%	%	%
Pflege durch Angehörige zuhause	76	3	43
Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst	47	11	19
Pflege durch eine Pflegekraft, die dauerhaft bei dem Betroffenen wohnt (z.B. Pflegekraft aus Osteuropa)	32	31	30
Aufnahme in eine ambulant betreute Wohngruppe von Menschen, die gepflegt werden	30	26	23
Versorgung in einem Pflegeheim	15	86	33

(Mehrfachnennungen)

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
 Quelle: Allensbacher Archiv, DAK Pflegebericht 2019

© IFO-Allensbach

Aber nur 33 Prozent sehen eine besondere Qualität der Pflege im Heim. Weitaus häufiger wird der häuslichen Pflege durch Angehörige eine hohe Qualität attestiert (43 Prozent). Offensichtlich hängt die Pflegequalität also zumindest für einen erheblichen Teil Bevölkerung nicht vollständig von einer besonderen fachlichen Qualifikation der Pflegenden ab. Vor allem sei die Angehörigenpflege aber für die Gepflegten von allen Möglichkeiten noch die angenehmste (76 Prozent). Immerhin 47 Prozent fänden auch die Pflege durch einen Pflegedienst vergleichsweise angenehm, 32 Prozent die Pflege durch eine Pflegekraft und 30 Prozent die Pflege in einer Wohngruppe. Dass die Pflege im Heim besonders angenehm sein könnte, nehmen lediglich 15 Prozent der Bevölkerung an, unter jenen, die eine Pflege im Heim miterlebt haben, nicht wesentlich mehr (21 Prozent).

Pflege im Heim gilt als beson- ders teuer

In allen relevanten soziodemografischen Gruppen gilt die Pflege im Heim als „besonders teuer“. Die Anteilswerte für diese Aussagen liegen im engen Korridor zwischen 85 und 89 Prozent der jeweiligen Gruppe (Anhang, Abbildung 46). Für diese Einstufungen spielt auch das erzielte Einkommen der Befragten kaum eine Rolle. Selbst jene mit weit überdurchschnittlichem Haushaltseinkommen, die sich eine Pflege im Heim am ehesten leisten könnten, bewerten diese Form der Pflege fast durchgehend als „besonders teuer“. Auch die Kosten anderer Pflegeformen werden weitgehend unabhängig vom Einkommen beurteilt (Anhang, Abbildung 47).

Um erkennen zu können, ab welcher Höhe der Eigenanteile die Bevölkerung die Pflege im Heim als „besonders teuer“ beurteilt, wurden die Befragten auch um eine konkrete Schätzung gebeten, wie hoch die Eigenanteile bei einer Pflege im Heim sind, wenn man durch die Pflegeversicherung unterstützt wird. Zum Vergleich wurde ebenfalls um eine Schätzung der Kosten für eine 24-Stunden-Pflege

gekraft, etwa aus Osteuropa gebeten. Daraufhin macht zwar nur etwa die Hälfte der Bevölkerung konkrete Angaben, die zudem einen vergleichsweise weiten Bereich aufspannen (minimal: kein Eigenanteil, maximal: 5.000 Euro im Monat). Rund zwei Drittel der konkreten Angaben liegen jedoch in einem realistischen Bereich, der für die Eigenanteile einer Pflege im Heim von etwa 1.000 bis 2.500 Euro im Monat reicht. Zudem errechnen sich jeweils Mittelwerte, die nah an den statistischen Durchschnittswerten der tatsächlichen liegen. Für die Pflege im Heim wird ein Eigenanteil von durchschnittlich 1.900 Euro veranschlagt, also nur etwas mehr als der tatsächliche Durchschnittswert von 1.830 Euro.²⁵ Die Kosten der Pflege durch eine häusliche Pflegekraft, etwa aus Osteuropa, veranschlagt die Bevölkerung im Durchschnitt mit 1.640 Euro im Monat. Für beide Einschätzungen gibt es erkennbare Unterschiede zwischen den Teilgruppen der Bevölkerung: Entsprechend den tatsächlichen Kostenverteilung veranschlagen Westdeutsche im Schnitt deutlich höhere Beträge als Ostdeutsche. Jeweils überdurchschnittlich sind ebenfalls die Kostenschätzungen von Männern gegenüber Frauen, von Älteren gegenüber Jüngeren sowie von Bewohnern größerer Städte gegenüber den Bewohnern von Kleinstädten oder Dörfern. Am nächsten am statistischen Wert von 1.830 Euro sind die Schätzungen derer, die schon einmal eine Pflege im Heim miterlebt haben, im Durchschnitt 1.850 Euro (Abbildung 26).

25 Verband der Ersatzkassen (VDEK): Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege. Stand: 1. Januar 2019. Anlage zu: Pflegebedürftige im Land müssen immer mehr zuzahlen. Pressemeldung vom 6.2.2019. <https://www.vdek.com/LVen/BAW/Presse/Pressemitteilungen/2019>

Abbildung 26: Durchschnittswerte der erwarteten Pflegekosten



Für die Schätzungen der Kosten einer Pflege durch eine 24-Stunden-Kraft bilden sich ganz ähnliche Muster heraus wie für die Schätzungen der Heimkosten. Allerdings ergeben sich weniger starke Ost-West-Unterschiede. Dementsprechend veranschlagen die Ostdeutschen im Mittel eher etwas geringere Kosten für die Pflege im Heim als für die Pflege durch eine 24-Stunden-Kraft. Auch das dürfte ein wichtiger Grund dafür sein, dass diese Form der häuslichen Pflege in Ostdeutschland nur wenig Akzeptanz findet.

Überraschenderweise wirken sich solche konkreten Kostenvorstellungen dann aber nur schwach auf andere kostenrelevante Einstellungen aus: Selbst jene, die vergleichsweise kleine Eigenanteile für die Pflege im Heim veranschlagen, nehmen mit großer Mehrheit an, dass man bei einer Pflege im Heim seine ganzen Ersparnisse ver-

lieren könne, oder dass die Pflege im Heim zu teuer für viele Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sei. Auch der Übernahme von Pflegekosten der Eltern stimmen jene, die nur geringe Kosten erwarten, lediglich unwesentlich häufiger zu als andere (Abbildung 27). Ähnlich gehen auch die Bewertungen von Pflegeformen als „besonders teuer“ aus: Von jenen, die Eigenanteile von unter 1.000 Euro monatlich für die Pflege im Heim veranschlagen, bewerten 84 Prozent die Pflege im Heim als „besonders teuer, selbst wenn man Unterstützung durch die Pflegeversicherung bekommt“. Bei jenen, die dafür besonders hohe Eigenanteile von über 2.000 Euro veranschlagen, liegt der entsprechende Wert nur unwesentlich höher: 87 Prozent. Offensichtlich wird das Bild der Pflegekosten also weniger stark durch eigene Kostenschätzungen geprägt.

Abbildung 27: Nur geringe Auswirkungen der erwarteten Kosten auf grundsätzliche Einstellungen zur Pflege

	Bevölkerung insgesamt %	Erwarteter Eigenanteil bei Pflege im Heim (Euro/Monat)		
		unter 1.000 Euro %	1.000 bis unter 2.000 Euro %	ab 2.000 Euro %
Trotz Pflegeversicherung kann man bei einer Pflege im Heim seine ganzen Ersparnisse verlieren	78	80	82	85
Viele Angehörige sind gezwungen, die Pflege selbst zu übernehmen, weil sie sich eine Pflege im Heim oder durch einen Pflegedienst nicht leisten können	68	69	71	74
Übernahme von Pflegekosten der Eltern durch die Kinder –				
ist richtig	24	32	26	25
ist nicht richtig	52	46	52	55
Unentschieden	24	22	22	20

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Altenbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2019

© IFD-Altenbach

Regionale Ausprägungen

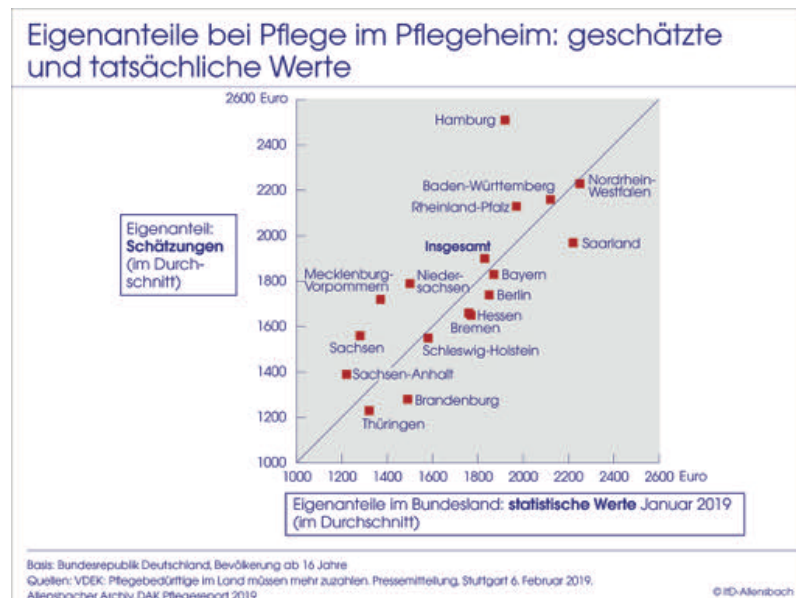
Dementsprechend unterscheiden sich die eher allgemeinen Wahrnehmungen der Pflegekosten bei unterschiedlichen Pflegearrangements auch regional nur geringfügig. Signifikant überdurchschnittlich gilt die Pflege im Heim in Baden-Württemberg als besonders teuer (91 Prozent). Etwas seltener als im Durchschnitt wird diese Einstufung in ostdeutschen Ländern vorgenommen, wo tatsächlich auch etwas geringere Eigenanteile entstehen. Signifikant unterdurchschnittlich sind die entsprechenden Anteile in Mecklenburg-Vorpommern (69 Prozent) und in Sachsen (78 Prozent). Hohe Kosten durch eine 24-Stunden-Kraft werden dagegen überdurchschnittlich häufig in ostdeutschen Ländern wahrgenommen, wo diese Form der Pflege nach den Erfahrungen der Bevölkerung oft höhere Kosten verursacht als eine Pflege im Heim. Insbesondere in Sachsen (37 Prozent) und Mecklenburg-Vorpommern (40 Prozent) heißt es

Bei Schätzung der Pflegekosten deutliche Unterschiede

vergleichsweise häufig: Eine 24-Stunden-Kraft ist besonders teuer. Unterdurchschnittlich häufig kommen die Baden-Württemberger zu einem entsprechenden Urteil (23 Prozent; Anhang, Abbildung 48).

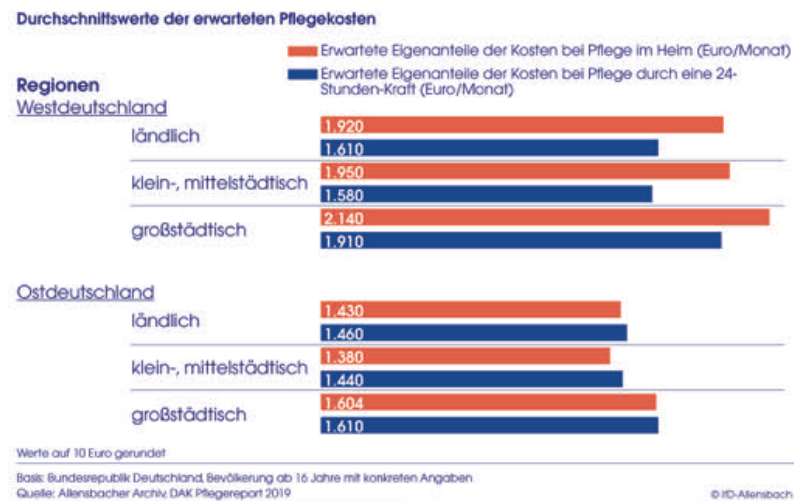
Deutlich stärkere Unterscheidungen ergeben sich dagegen für die konkreten Schätzungen der Pflegekosten. Hier liegen die geschätzten Anteile in der Regel im Durchschnitt nah an den Kosten, die in den unterschiedlichen Bundesländern im Durchschnitt tatsächlich entstehen; der Korrelationskoeffizient zwischen den geschätzten und tatsächlichen regionalen Durchschnittswerten liegt bei 0,78. Eine deutliche Überschätzung der tatsächlichen Werte gibt es allein in Hamburg; angesichts der Fallzahlen könnte es sich um einen statistisch möglichen „Ausreißerwert“ handeln (Abbildung 28).

Abbildung 28: Eigenanteile bei Pflege im Pflegeheim: geschätzte und tatsächliche Werte



Bedeutsam sind hier auch die schon kurz erwähnten Stadt-Land-Unterschiede: Sowohl in West- wie in Ostdeutschland werden in Großstädten durchschnittlich deutlich höhere Kosten für die Pflege wahrgenommen als in kleineren Städten oder ländlichen Regionen. Das betrifft nicht allein die Pflege im Heim, sondern auch die Pflege durch eine häusliche Pflegekraft (Abbildung 29).

Abbildung 29: Höhere Kostenerwartungen in Großstädten in West wie Ost



4.7 Finanzielle Erwägungen bei der Auswahl eines Pflegearrangements

Vorstellungen und Wahrnehmungen möglicher Kosten wirken sich stark auf die Wahl eines Pflegearrangements aus. Bei der Auswahl einer Pflege für einen Angehörigen würden die meisten sich zwar vor allem danach richten, wo der oder die Betroffene sich am wohlsten fühlt (79 Prozent) und wo die beste Pflegequalität gewährleistet wäre (68 Prozent). Ein zentraler Aspekt wäre aber auch, „ob ich bzw. wir die Kosten für ein Pflegeheim oder einen Pflegedienst tragen könnten“ (60 Prozent). Besonders stark fallen solche Kostenerwägungen bei jenen ins Gewicht, die sich Sorgen um ihre finanzielle Absicherung im Pflegefall machen (68 Prozent). Da Pflegeaufgaben tendenziell eher von Nichtberufstätigen übernommen werden, ergibt sich die Frage nach möglichen Einkommensverlusten durch die Pflege nur für einen Teil der Bevölkerung. Doch immerhin noch 40 Prozent würden sich zudem Gedanken machen, „was es für mich finanziell bedeuten würde, wenn ich für die Pflege meine Berufstätigkeit reduzieren oder aufgeben würde“. Von den Berufstätigen zögen das 52 Prozent mit in Erwägung, Berufstätige mit niedrigen Einkommen ebenso häufig wie Personen mit höheren Einkommen.

Neben diesen finanziellen Aspekten würde auch berücksichtigt, ob man sich selbst die Übernahme einer Pflege zutraut (51 Prozent), ob man sich den damit verbundenen Belastungen gesundheitlich gewachsen fühlt (46 Prozent) und wie sich eine Pflege mit der Familie oder dem Beruf vereinbaren ließe (42 bzw. 40 Prozent). Nur für wenige käme mit in Betracht, „ob ich für die Pflege auf Urlaube, Hobbys oder anderes verzichten müsste“ (23 Prozent, Abbildung 30).

Abbildung 30: Auswahl der Pflegeform: Was die Entscheidung beeinflussen würde

Frage: "Einmal angenommen, ein naher Angehöriger von Ihnen wird pflegebedürftig und Sie müssten mitentscheiden, wie die Pflege geregelt werden soll. Welche Punkte von dieser Liste würden Ihre Entscheidung beeinflussen, was würde da eine Rolle spielen?"

Das würde meine Wahl der Pflegeform beeinflussen



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK Pflegereport 2019

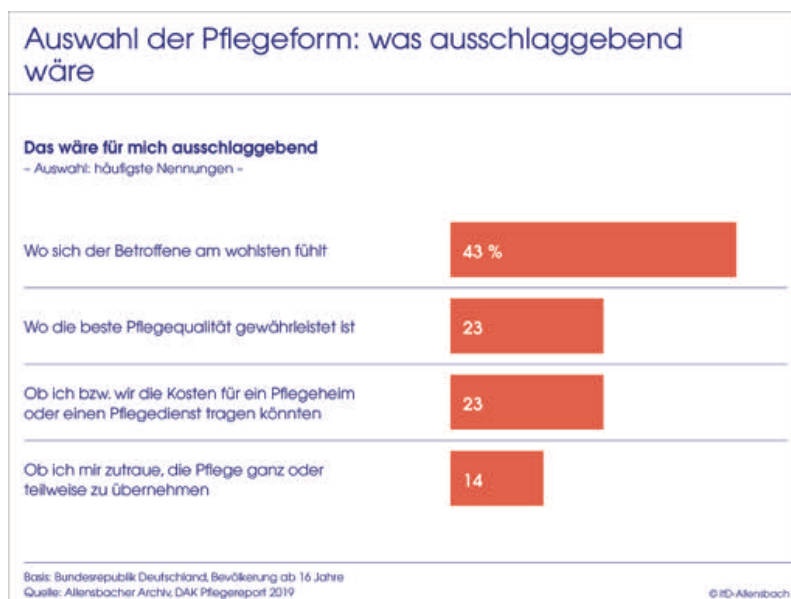
© IFO-Allensbach

Solche Einflussfaktoren auf die Wahl einer Pflegeform sehen in den unterschiedlichen Schichten ganz ähnlich aus: Sowohl von den Personen mit höherem gesellschaftlich-wirtschaftlichem Status, die Pflegekosten eher vollständig selbst aufbringen könnten, wie auch von den Personen mit einfachem Status würden jeweils annähernd 60 Prozent vor allem auch auf die Kosten schauen, wenn es um die Wahl einer Pflegeform geht (Anhang, Abbildung 49).

Allerdings sind die Kosten nur für 23 Prozent der Bevölkerung das ausschlaggebende Motiv für die Wahl eines Pflegearrangements. Als wichtigstes Motiv nennen 43 Prozent, „wo sich der oder die Betroffene am wohlsten fühlt“. Für ebenfalls 23 Prozent gäbe die Pflegequalität den Ausschlag, „wo die beste Pflegequalität gewährleistet

ist“ (Abbildung 31). Weitere Motive sind dann nur noch für kleinere Gruppen ausschlaggebend. Damit liegt für die große Mehrheit eine Entscheidung für die häusliche Pflege durch Angehörige oder allenfalls einen Pflegedienst nahe, denn diesen Pflegeformen attestieren ja die größten Bevölkerungsgruppen, sowohl für die Gepflegten noch am angenehmsten zu sein wie auch eine hohe Pflegequalität und weniger hohe Kosten.²⁶ Die Entscheidung von 79 Prozent der Leistungsempfänger aus der sozialen Pflegeversicherung für eine ambulante Pflege ergibt sich aus solchen Einstellungen.²⁷

Abbildung 31: Auswahl der Pflegeform: Was ausschlaggebend wäre



Regionale Ausprägungen

Die Auswahl der Pflegeform folgt im Wesentlichen einheitlichen Bewertungsmustern. Selbst wenn einige Prozentwerte für einzelne Bundesländern statistisch signifikant von den bundesweiten Durchschnittswerten abweichen, sind diese Abweichungen doch nicht so groß, dass sich in diesen Ländern grundsätzlich unterschiedliche Auswahlkriterien ergäben. So sind das Wohlbefinden der Betroffenen, die Pflegequalität sowie Erwägungen zu den Pflegekosten in allen Ländern die zentralen Kriterien für eine solche Auswahl.

In einigen ostdeutschen Bundesländern würde bei der Auswahl einer Pflegeform nicht ganz so häufig wie in Westdeutschland darauf geschaut, wo die Betroffenen sich am wohlsten fühlen. Während das

²⁶ Vgl. Abbildung 25.

²⁷ Bundesministerium für Gesundheit (2019): Pflegeversicherung: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand: Mai 2019. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>.

im Bundesdurchschnitt 79 Prozent berücksichtigen, legten in Brandenburg (66 Prozent), Sachsen (72 Prozent) und Sachsen-Anhalt (68 Prozent) jeweils etwas kleinere Bevölkerungsanteile Wert darauf.

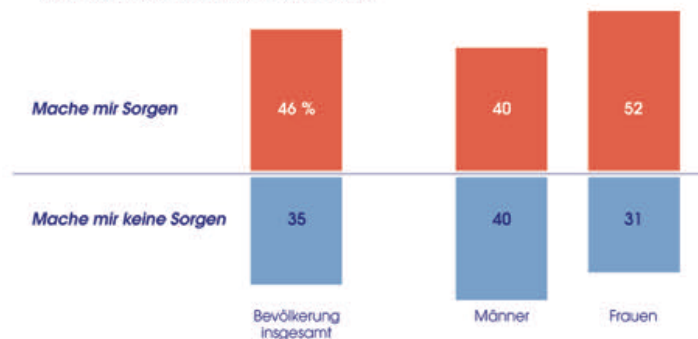
Auf die Kosten wird überdurchschnittlich häufig in Bremen und Baden-Württemberg geschaut, unterdurchschnittlich häufig in Berlin und Brandenburg, wo die Eigenbeiträge für eine Pflege im Heim deutlich kleiner wären. Im Hinblick auf die Pflegequalität reichen die Abweichungen vom Mittelwert (68 Prozent) in einzelnen Ländern von 56 (Sachsen) bis 79 Prozent (Hamburg). Doch auch in Ländern, in denen die Anteile signifikant vom Mittelwert abweichen, steht das Kriterium nach der Häufigkeit der Nennungen damit jeweils an zweiter oder dritter Stelle. Für die Auswahl der Pflege gibt es damit in allen Ländern zuletzt ganz ähnlich gewichtete Motive (Anhang, Abbildung 50).

4.8 Folgen: Furcht vor Absicherungslücken, Befürchtung, zur Last zu fallen, Zweifel an normativen Verpflichtungen

Angesichts der wahrgenommenen Pflegerisiken, die nicht von der sozialen Pflegeversicherung abgedeckt werden, hegen viele die Befürchtung, für den Pflegefall finanziell nicht ausreichend abgesichert zu sein. 46 Prozent der Bevölkerung machen sich Sorgen über solche Absicherungslücken, nur 35 Prozent fühlen sich hinreichend sicher. 17 Prozent bleiben unentschieden und 2 Prozent geben an, bereits jetzt dauerhaft pflegebedürftig zu sein. Frauen, die zu größerem Anteil im Heim gepflegt werden als Männer, sind weitaus häufiger besorgt (52 Prozent) als jene (40 Prozent, Abbildung 32).

Abbildung 32: Zu geringe Absicherung für den Pflegefall?

Frage: "Manchmal fragt man sich ja, ob man selbst einmal pflegebedürftig wird und ob man für diesen Fall finanziell ausreichend abgesichert ist. Geht Ihnen das auch so, machen Sie sich Sorgen, dass Sie persönlich in einem solchen Fall finanziell nicht ausreichend abgesichert sind, oder machen Sie sich darüber keine Sorgen?"



An: 100 fehlende Prozent: unentschieden, weiß nicht, keine Angabe bzw. bin selbst pflegebedürftig

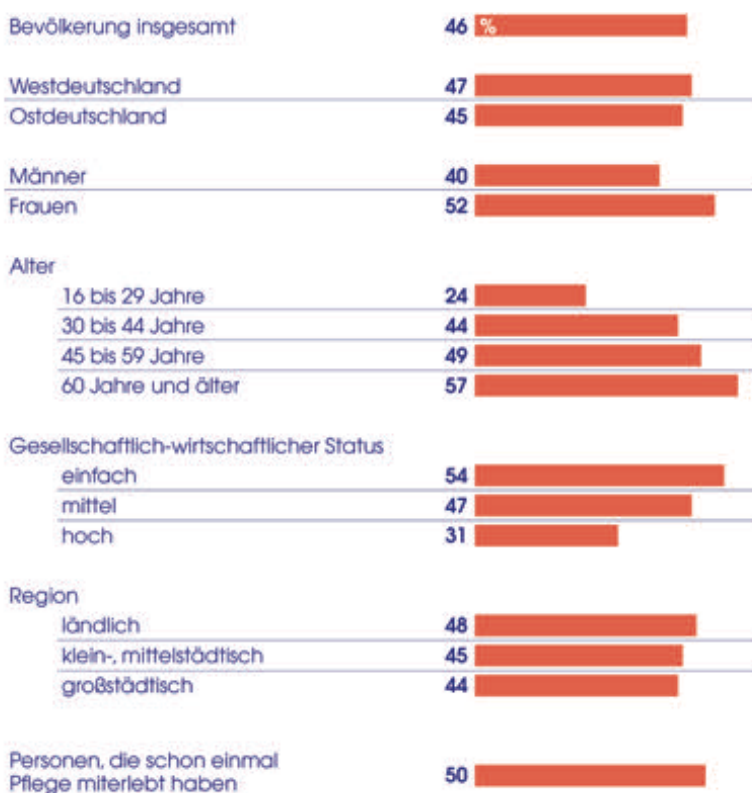
Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Altenbacher Archiv DAK, Pflegereport 2019

© IFO-Altenbach

60-Jährige und ältere, denen bis zum wahrscheinlichen Pflegealter kaum noch Zeit zur Vorsorge bleibt, äußern etwas häufiger Besorgnis (57 Prozent) als Personen im mittleren Alter. Doch auch von den Jüngeren unter 30 Jahren machen sich bereits 24 Prozent Sorgen über solche Probleme, die meist erst in ferner Zukunft auf sie warten. Klar erkennbar ist ein Zusammenhang mit den wirtschaftlichen Ressourcen: Von den Personen mit einfachem wirtschaftlich-sozialem Status haben 54 Prozent Angst vor möglichen Vorsorgelücken, von jenen mit höherem Status lediglich 31 Prozent. Deshalb finden sich auch in ländlichen Regionen etwas mehr Besorgte als in größeren Städten, wo die Bevölkerung im Schnitt etwas jünger und auch besser situiert ist (Abbildung 33).

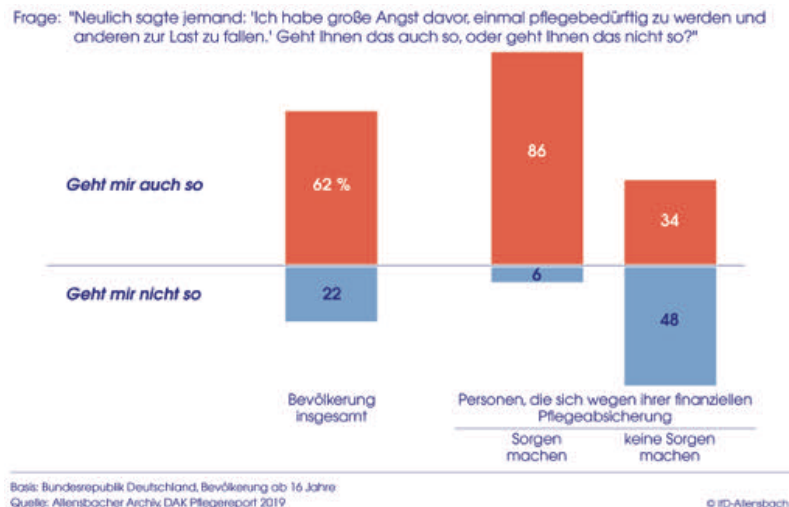
Abbildung 33: Furcht vor zu geringer Absicherung

Ich mache mir Sorgen, finanziell nicht ausreichend abgesichert zu sein, falls ich pflegebedürftig werde



Die Sorge um eine zu geringe Absicherung für den Pflegefall trägt meist zur Befürchtung bei, später einmal pflegebedürftig zu werden und dann anderen zur Last zu fallen. Annähernd zwei Drittel der Bevölkerung (62 Prozent) äußern solche Befürchtungen. Selbstverständlich ergeben sich derartige Besorgnisse zu überwiegendem Teil aus generellen Befürchtungen von Unselbständigkeit und Abhängigkeit von anderen, etwa bei Alltagsverrichtungen. Dass beim möglichen „zur Last fallen“ aber auch finanzielle Konnotationen mit im Spiel sind, zeigt eine Verknüpfung solcher Angaben mit den Aussagen zur Befürchtung finanzieller Vorsorgelücken im Pflegefall: Von jenen, die Lücken der finanziellen Pflegevorsorge fürchten, geben hier 86 Prozent zugleich die Furcht zu Protokoll, im Pflegefall anderen zur Last fallen zu müssen. Von jenen, die ihre Absicherung für den Pflegefall ausreichend finden, äußern lediglich 34 Prozent entsprechende Besorgnis (Abbildung 34).

Abbildung 34: Furcht vor der Pflege: Enger Zusammenhang mit Sorgen um die finanzielle Pflegeabsicherung



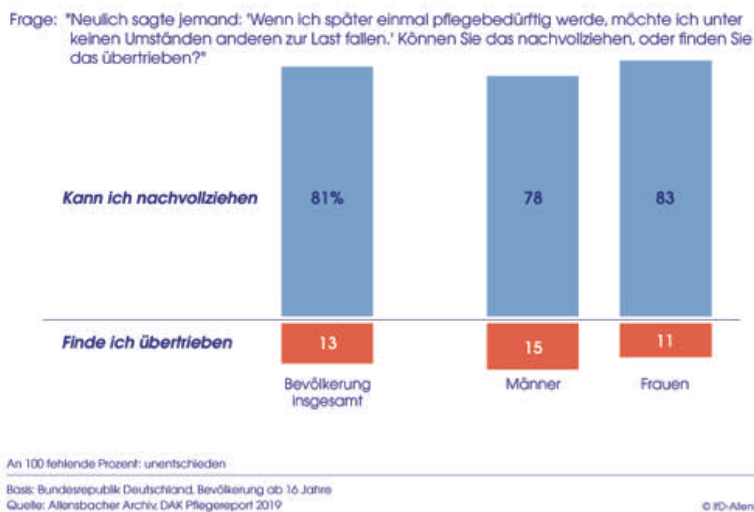
Furcht davor, als Pflegebedürftige(r) anderen zur Last zu fallen, haben Ältere ab 60 Jahre (76 Prozent) weitaus häufiger als Jüngere. Und auch Personen mit einfachem Status sind eher betroffen als solche mit mittlerem und höherem Status (Anhang, Abbildung 51).

Angst, zur Last zu fallen

Im Konflikt stehen diese Befürchtungen alltagspraktischer wie auch finanzieller Abhängigkeit von anderen mit dem weit verbreiteten Wunsch, auch bei Pflegebedarf unter keinen Umständen anderen zur Last zu fallen. 81 Prozent der Bevölkerung können die Aussage nachvollziehen: „Wenn ich später einmal pflegebedürftig werde, möchte ich unter keinen Umständen anderen zur Last fallen.“ Lediglich 13 Prozent finden diese Aussage übertrieben (Abbildung 35). Da der mögliche Ausweg einer privaten Pflegezusatzversicherung nur für eine Minderheit naheliegt, erwächst aus diesem Konflikt für

viele eine unbehagliche Situation: Sie möchten auf keinen Fall anderen zur Last fallen, fürchten aber, dass eine solche Situation bei Pflegebedarf durchaus eintreten könnte. Für diesen Fall hoffen sie darauf, dass lediglich solche Formen der Pflege notwendig werden, die sie und ihre Angehörigen finanziell nicht übermäßig belasten. Vor allem eine Pflege im Heim erscheint ihnen hierbei als größtmögliche finanzielle Belastung, die es zu vermeiden gilt. In solchen Wahrnehmungen der Bevölkerung wird die praktische Umsetzung des Versicherungsgrundsatzes „ambulant vor stationär“, der den Pflegepräferenzen einer großen Bevölkerungsmehrheit grundsätzlich entspricht, nicht selten als Bedrohung empfunden.

Abbildung 35: Unter keinen Umständen anderen zur Last fallen

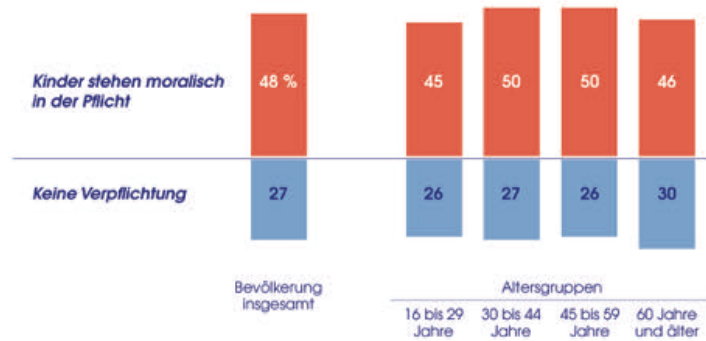


Viele Pflegebedürftige können auch in Zukunft mit einer Pflege durch ihre Angehörigen rechnen, selbst wenn sie diesen nicht zur Last fallen wollen. Darauf deutet die weiterhin verbreitete Zustimmung zur Angehörigenpflege hin, insbesondere auch zur Pflege der Eltern durch die Kinder. Fast die Hälfte der Bevölkerung sieht Kinder in der moralischen Pflicht, die Pflege der Eltern zu übernehmen, wenn dies irgendwie möglich ist (48 Prozent). Lediglich 27 Prozent lehnen eine solche moralische Verpflichtung ab. Angesichts der ganz unterschiedlichen Bedingungen und Voraussetzungen in den Familien, die bei moralischen Güterabwägungen eine Rolle spielen würden, überrascht der hohe Anteil derer, die sich ohne alle Vorbehalte für eine solche Verpflichtung aussprechen und die sich nicht – wie weitere 25 Prozent der Bevölkerung – in dieser Frage für unentschieden erklären. Besonders bedeutsam ist, dass dieses moralische Prinzip von jüngeren Leuten unter 30 Jahre nicht viel seltener befürwortet wird als von der mittleren und älteren Generation (Abbildung 36). Hier gibt es also eine ungebrochene Bereitschaft zur Familiensolidarität, auch wenn sich die praktischen Möglichkeiten zur Familienpflege verringern.

Pflege der Eltern durch die Kinder

Abbildung 36: Moralische Pflicht, die Pflege der Eltern zu übernehmen

Frage: "Wie sehen Sie das, wenn Eltern pflegebedürftig werden: Stehen die Kinder dann moralisch in der Pflicht, die Pflege zu übernehmen, wenn dies irgendwie möglich ist, oder sehen Sie da keine Verpflichtung für die Kinder?"



An 100 fehlende Prozent: unentschieden

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Altersbacher Archiv, DAK Pflegereport 2019

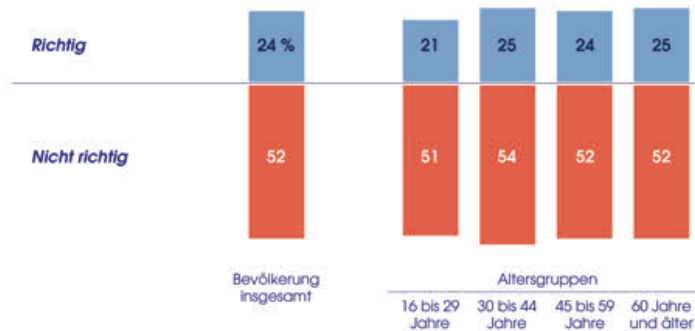
© IFD-Altenbach

Finanzielle Verantwortung der Kinder für die Pflege der Eltern

Sehr viel kritischer bewertet die Bevölkerung die Verpflichtung von Kindern, sich bei Bedarf an den Kosten einer Heimpflege ihrer Eltern zu beteiligen. Lediglich 24 Prozent finden es richtig, dass die Kinder dazu von den Sozialämtern mit herangezogen werden. Als Träger der „Hilfe zur Pflege“ decken die Sozialämter zunächst jene Eigenbeiträge ab, für die Einnahmen und Vermögen der Gepflegten und ihrer Lebenspartner nicht ausreichen. Je nach ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit müssen dann die Kinder zumindest einen Teil der entstandenen Kosten ersetzen. Als „nicht richtig“ wird diese Praxis heute von 52 Prozent der Bevölkerung eingestuft. 24 Prozent bleiben unentschieden (Abbildung 37). 2005, als diese Einstellungen zum ersten Mal gemessen wurden, hatten bereits 48 Prozent das Prinzip abgelehnt: Die Ablehnung durch etwa die Hälfte der Bevölkerung ist also stabil und seit 2005 eher noch etwas gewachsen. Noch am ehesten stimmen Personen mit gehobenem wirtschaftlich-gesellschaftlichem Status der Verpflichtung zu; doch auch in dieser Gruppe überwiegt die Ablehnung die Zustimmung noch deutlich (44 gegenüber 33 Prozent). Am weitesten verbreitet ist die Ablehnung in Ostdeutschland (64 Prozent).

Abbildung 37: Zweifel an der Verpflichtung, Pflegekosten der Eltern zu übernehmen

Frage: "Wenn ältere Menschen in ein Pflegeheim kommen und die eigenen Ersparnisse aufgebraucht sind, müssen in der Regel die Kinder die Pflegekosten übernehmen, soweit sie dazu finanziell in der Lage sind. Finden Sie es richtig, dass in diesem Fall Kinder für die Pflege ihrer Eltern bezahlen müssen, oder finden Sie das nicht richtig?"



An 100 fehlende Prozent: unentschieden

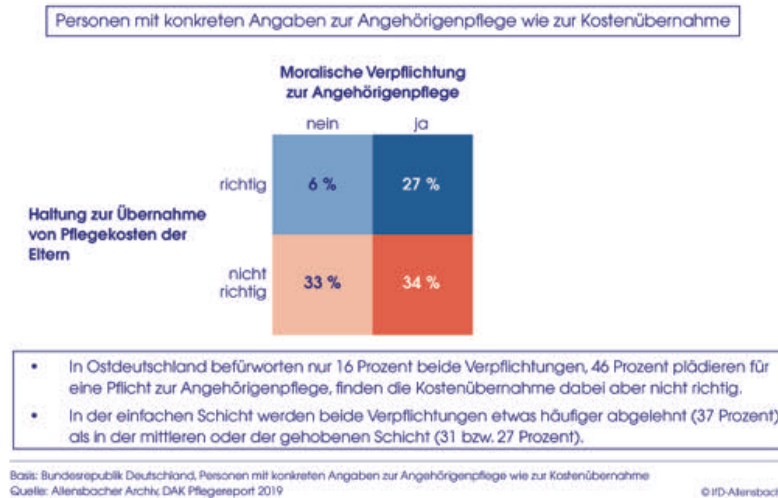
Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv DAK Pflegereport 2019

© IFD-Allensbach

Eine Einteilung derjenigen, die konkrete Angaben zu beiden Fragen machen, zeigt das Spannungsfeld von familiärer Solidarität und empfundener materieller Überforderung bei der Heimpflege der Eltern.

Danach sehen nur 27 Prozent sowohl eine moralische Pflicht zur Übernahme der Pflege der Eltern wie auch eine Berechtigung der Pflicht zur Kostenübernahme bei Pflege der Eltern im Heim. Größer ist die Gruppe derer, die zwar die Pflicht zur persönlichen Pflege bejahen, die Kostenübernahme für die Heimpflege aber ablehnen (34 Prozent). 33 Prozent sehen grundsätzlich keine weitreichende Pflicht der Kinder gegenüber den pflegebedürftigen Eltern, weder zur persönlichen Pflege noch zur Kostenübernahme einer Pflege im Heim. Solidarische Haltungen überwiegen also bei Weitem, allerdings wird die Verpflichtung zur Kostenübernahme eher als Überbeanspruchung der familiären Solidarität gewertet (Abbildung 38).

Abbildung 38: Nur eine Minderheit befürwortet sowohl die Pflicht zur Angehörigenpflege wie auch die Pflicht zur Kostenübernahme



Regionale Ausprägungen

Die Furcht vor einer zu geringen finanziellen Absicherung für den Pflegefall prägt sich in allen Bundesländern unabhängig von den zum Teil sehr unterschiedlichen finanziellen Eigenanteilen bei der Pflege etwa gleich stark aus. Lediglich in Bremen (61 Prozent) gibt es signifikant mehr Besorgte als im bundesweiten Durchschnitt (46 Prozent). Hier gilt wiederum, dass das eher allgemeine Bild der Pflege samt den zugehörigen Befürchtungen durch allgemeine Vorstellungen noch stärker geprägt wird als durch die konkreten Bedingungen und Ausprägungen der Pflege vor Ort (Anhang, Abbildung 52).

Ganz ähnlich sehen die regionalen Befunde zur moralischen Verpflichtung von Kindern zur Übernahme der Pflege ihrer Eltern aus. Auch dabei weichen die Ergebnisse in den Bundesländern nicht nennenswert vom bundesweiten Durchschnittswert ab. Lediglich im Hinblick auf die Verpflichtung von Kindern, die Kosten für die Heimpflege der Eltern zu übernehmen, ergeben sich größere Unterschiede: Die Zustimmung in Westdeutschland liegt eher über dem Durchschnittswert von 24 Prozent. Insbesondere in Schleswig-Holstein, Bremen und Niedersachsen stimmen vergleichsweise viele zu (37 Prozent, 32 Prozent, 33 Prozent), wobei aber auch in diesen Ländern jeweils relative Mehrheiten eine solche Kostenübernahme nicht richtig finden (46 Prozent, 40 Prozent, 44 Prozent). Auf der anderen Seite wird eine solche Verpflichtung in allen neuen Bundesländern signifikant überdurchschnittlich abgelehnt. Bis zu 74 Prozent (Thüringen) finden es dort nicht richtig, dass Kinder bei

Bedarf zu den Kosten der Heimpflege ihrer Eltern mit herangezogen werden (Abbildung 39). Dahinter dürfte weniger ein Blick auf die konkreten Kosten stehen als vielmehr ein verklärtes Bild der DDR-Vergangenheit. Damals fielen für die Pflege im Heim kaum Kosten an, wobei diese Pflege heute im Rückblick aber meist auch kritisch bewertet wird.²⁸

Abbildung 39: Verpflichtung zur Übernahme von Pflegekosten: deutliche Ost-West-Unterschiede

	Es ist richtig, dass Kinder Pflegekosten ihrer Eltern übernehmen müssen	Keine Verpflichtung
Bevölkerung insgesamt (%)	24	53
Schleswig-Holstein	37	47
Hamburg	18	60
Bremen	32	40
Niedersachsen	33	44
Nordrhein-Westfalen	24	54
Hessen	25	49
Rheinland-Pfalz	25	45
Baden-Württemberg	25	49
Bayern	26	50
Saarland	19	59
Berlin	18	53
Brandenburg	17	66
Mecklenburg-Vorpommern	21	65
Sachsen	11	62
Sachsen-Anhalt	16	62
Thüringen	10	74

Grün/rot: Anteilswert für das Bundesland signifikant über oder unter Mittelwert (95-Prozent-Niveau)
 Blau: Abweichung des Anteilswerts vom Mittelwert nicht signifikant

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
 Quelle: Allensbacher Archiv, DAK Pflegereport 2019

© IHD-Allensbach

²⁸ Vgl. Klaus Schroeder: Faktencheck DDR. Seniorenheime auf unterstem Niveau. In: Thüringer Allgemeine, 12.01.2011.

4.9 Anhang

Abbildung 40: Pflegeversicherung: positive Aspekte

	Pflege- versicherung bedeutet große Hilfe	Pflege- versicherung hat die Situation bereits deutlich verbessert	Durch Pflege- versicherung fallen Gepflegte Angehörigen nicht mehr zur Last
Bevölkerung insgesamt (%)	67	41	27
Schleswig-Holstein	77	44	33
Hamburg	77	41	40
Bremen	72	51	50
Niedersachsen	71	48	35
Nordrhein-Westfalen	67	43	30
Hessen	66	39	24
Rheinland-Pfalz	67	37	23
Baden-Württemberg	64	39	20
Bayern	67	43	22
Saarland	64	51	26
Berlin	60	30	32
Brandenburg	62	37	17
Mecklenburg-Vorpommern	61	31	19
Sachsen	70	38	30
Sachsen-Anhalt	72	36	35
Thüringen	67	51	21

Grün/rot: Anteilswert für das Bundesland signifikant über oder unter Mittelwert (95-Prozent-Niveau)
 Blau: Abweichung des Anteilswerts vom Mittelwert nicht signifikant

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
 Quelle: Allensbacher Archiv, DAK Pflegereport 2019

© IFO-Allensbach

Abbildung 41: Weniger Zustimmung zur Pflegeversicherung in westdeutschen Großstädten und ländlichen Regionen in Ostdeutschland

Das trifft auf die Pflegeversicherung zu –	Regionen in –					
	Westdeutschland			Ostdeutschland		
	ländlich %	klein-, mittel- städtisch %	groß- städtisch %	ländlich %	klein-, mittel- städtisch %	groß- städtisch %
Die Pflegeversicherung ist eine sinnvolle Sache	77	77	71	71	75	75
Die Pflegeversicherung bedeutet eine große Hilfe, wenn man pflegebedürftig wird	70	68	61	59	72	71

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv DAK Pflegereport 2019

© IFD-Allensbach

Abbildung 42: Wie Kritiker die Pflegeversicherung sehen

	Bevölkerung insgesamt %	Einstufung der Pflege- versicherung als –	
		sinnvoll %	nicht sinnvoll %
Trotz Pflegeversicherung kann man bei einer Pflege im Heim seine ganzen Ersparnisse verlieren	78	79	87
Die Pflegeversicherung bedeutet eine große Hilfe, wenn man pflege- bedürftig wird	67	80	20
Leistungen zu bekommen ist schwer, es wird streng geprüft	51	50	66
Die Leistungen der Pflegeversicherung können wegen Personalmangels im Pflegebereich häufig gar nicht in Anspruch genommen werden	45	44	57
Durch die Pflegeversicherung hat sich im Vergleich zur Situation früher schon sehr viel verbessert	41	50	15
Die Beiträge zur Pflegeversicherung sind sehr hoch	25	21	47

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK Pflegereport 2019

© IFD-Allensbach

Abbildung 43: Zwang zur Angehörigenpflege – in den Regionen ähnlich erlebt

Das trifft auf die Pflegeversicherung zu –	Regionen in –					
	Westdeutschland			Ostdeutschland		
	ländlich	klein-, mittel- städtisch	groß- städtisch	ländlich	klein-, mittel- städtisch	groß- städtisch
	%	%	%	%	%	%
Ambulante Pflegedienste, die von der Pflegeversicherung bezahlt werden, haben meist zu wenig Zeit. Meist müssen die Angehörigen daher noch vieles übernehmen	69	70	74	70	72	75
Viele Angehörige sind gezwungen, die Pflege selbst zu übernehmen, weil sie sich eine Pflege im Heim oder durch einen Pflegedienst trotz Pflegeversicherung nicht leisten können	70	70	67	60	65	63
Die Leistungen der Pflegeversicherung können wegen Personalmangels im Pflegebereich häufig gar nicht in Anspruch genommen werden	45	44	50	35	44	50

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv; DAK-Pflegereport 2019

© IFD-Allensbach

Abbildung 44: Pflegeversicherung: Beiträge

	Erwarte steigende Beiträge	Beiträge sind sehr hoch	Wäre bereit, höhere Beiträge zu zahlen
Bevölkerung insgesamt (%)	45	25	24
Schleswig-Holstein	42	21	31
Hamburg	59	19	38
Bremen	35	21	30
Niedersachsen	49	21	24
Nordrhein-Westfalen	46	25	25
Hessen	56	27	22
Rheinland-Pfalz	36	23	18
Baden-Württemberg	54	28	25
Bayern	45	26	22
Saarland	45	26	25
Berlin	37	29	25
Brandenburg	39	23	25
Mecklenburg-Vorpommern	43	39	13
Sachsen	37	18	21
Sachsen-Anhalt	31	20	21
Thüringen	24	19	21

Grün/rot: Anteilswert für das Bundesland signifikant über oder unter Mittelwert (95-Prozent-Niveau)
Blau: Abweichung des Anteilswerts vom Mittelwert nicht signifikant

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK Pflegereport 2019

© IFD-Allensbach

Abbildung 45: Eine Deckelung der Eigenanteile wird von allen Schichten gleichermaßen befürwortet

Diese Reformvorschläge zur Pflegeversicherung halte ich für sinnvoll –	Bevölkerung insgesamt	Gesellschaftlich-wirtschaftlicher Status		
	%	einfach %	mittel %	hoch %
<u>Für eine Begrenzung der Eigenanteile insgesamt (ohne Doppelnennungen)</u>	74	73	75	73
<u>Für eine vollständige Kostenübernahme</u>				
Die Pflegeversicherung sollte die vollständigen Kosten der Pflege übernehmen, es sollte keinen Eigenanteil mehr geben	46	51	45	37
<u>Finanzierung der Pflege</u>				
Wenn die Pflegeversicherung mehr Geld benötigt, sollten diese Mehrkosten aus Steuern finanziert werden	58	62	58	52
Die Bürger sollten dazu verpflichtet werden, mehr privat für eine eventuelle Pflegebedürftigkeit vorzusorgen	19	17	16	26

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
 Quelle: Allensbacher Archiv DAK Pflegereport 2019

© IFD-Allensbach

Abbildung 46: Heimpflege steht fast allen als besonders teuer vor Augen

"Versorgung im Pflegeheim ist besonders teuer, auch wenn man Unterstützung durch die Pflegeversicherung bekommt."

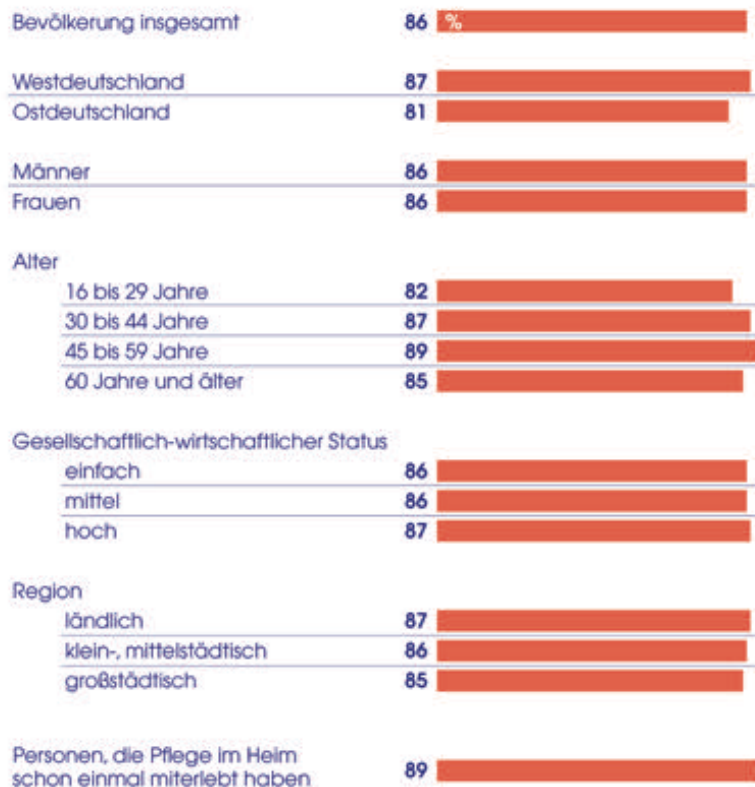


Abbildung 47: Kostenwahrnehmungen der Pflege sind weitgehend unabhängig vom eigenen Einkommen

Frage: "Welche Formen der Pflege sind besonders teuer, selbst wenn man Unterstützung durch die Pflegeversicherung bekommt?"

	Bevölkerung insgesamt %	Haushaltsnettoeinkommen (monatlich)		
		unter 2.000 Euro %	2.000 bis unter 3.500 Euro %	ab 3.500 Euro %
Versorgung in einem Pflegeheim	86	84	86	89
Pflege durch eine Pflegekraft, die dauerhaft bei dem Betroffenen wohnt (z.B. Pflegekraft aus Osteuropa)	31	31	30	31
Aufnahme in eine ambulant betreute Wohngruppe von Menschen, die gepflegt werden	26	28	28	24
Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst	11	12	9	10
Pflege durch Angehörige zuhause	3	3	3	2

(Mehrfachnennungen)

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK Pflegereport 2019

© IFD-Allensbach

Abbildung 48: Welche Pflegeform teuer ist: regionale Wahrnehmungen

Diese Pflegeform ist sehr teuer	Versorgung im Pflege- heim	24-Stund- den Pflege- kraft, z.B. aus Ost- europa	am- bulant betreute Wohn- gruppe	Pflege durch ambu- lanten Pflege- dienst
Bevölkerung insgesamt (%)	86	31	26	11
Schleswig-Holstein	83	25	20	4
Hamburg	90	24	31	9
Bremen	81	31	25	14
Niedersachsen	83	30	24	9
Nordrhein-Westfalen	87	34	29	13
Hessen	84	23	26	4
Rheinland-Pfalz	89	29	26	17
Baden-Württemberg	91	23	28	11
Bayern	89	34	31	11
Saarland	84	26	28	12
Berlin	85	32	23	13
Brandenburg	84	29	29	14
Mecklenburg-Vorpommern	69	40	28	10
Sachsen	78	37	15	6
Sachsen-Anhalt	84	30	12	8
Thüringen	89	37	21	9

Grün/rot: Anteilswert für das Bundesland signifikant über oder unter Mittelwert (95-Prozent-Niveau)
 Blau: Abweichung des Anteilswerts vom Mittelwert nicht signifikant

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
 Quelle: Allensbacher Archiv, DAK Pflegereport 2019

© IFD-Allensbach

Abbildung 49: Auswahl der Pflegeform: Ähnliche Entscheidungsmuster in den sozialen Schichten

Das würde meine Wahl der Pflegeform beeinflussen – Auswahl aus den Angaben –	Bevölkerung insgesamt %	Gesellschaftlich- wirtschaftlicher Status		
		einfach %	mittel %	hoch %
Wo sich der Betroffene am wohlsten fühlt	79	75	81	82
Wo die beste Pflegequalität gewährleistet ist	68	62	70	73
Ob ich bzw. wir die Kosten für ein Pflegeheim oder einen Pflegedienst tragen könnten	60	60	62	55
Wie gut sich die Pflege mit meiner Berufs- tätigkeit vereinbaren lassen würde *)	53	52	54	50
Was es für mich finanziell bedeuten würde, wenn ich für die Pflege meine Berufstätigkeit reduzieren oder aufgeben würde *)	52	56	52	46
*) Nur Berufstätige				
Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre Quelle: Altenbacher Archiv DAK Pflegereport 2019		© IFO-Altenbach		

Abbildung 50: Auswahl der Pflegeform: Regionale Schwerpunkte

Es würden bei der Wahl der Pflegeform berücksichtigen... – Auszug: häufigste Nennungen –	wo sich der Betroffene am wohlsten fühlt	wo die beste Pflegequalität gewährleistet ist	ob ich/wir die Kosten tragen könnten	ob ich mir zu- traue, die Pflege zu übernehmen
Bevölkerung insgesamt (%)	79	68	60	51
Schleswig-Holstein	78	65	61	50
Hamburg	92	79	63	47
Bremen	82	75	69	44
Niedersachsen	81	68	49	47
Nordrhein-Westfalen	82	75	60	52
Hessen	81	61	58	50
Rheinland-Pfalz	77	58	62	52
Baden-Württemberg	78	68	68	52
Bayern	79	67	63	55
Saarland	65	64	59	41
Berlin	85	78	48	40
Brandenburg	66	65	50	41
Mecklenburg-Vorpommern	78	62	56	43
Sachsen	72	56	62	51
Sachsen-Anhalt	68	66	55	50
Thüringen	74	61	62	58

Grün/rot: Anteilswert für das Bundesland signifikant über oder unter Mittelwert (95-Prozent-Niveau)
 Blau: Abweichung des Anteilswerts vom Mittelwert nicht signifikant

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
 Quelle: Ailensbacher Archiv, DAK Pflegereport 2019

© ifD-Ailensbach

Abbildung 51: Wer sich besonders vor Pflegebedürftigkeit fürchtet

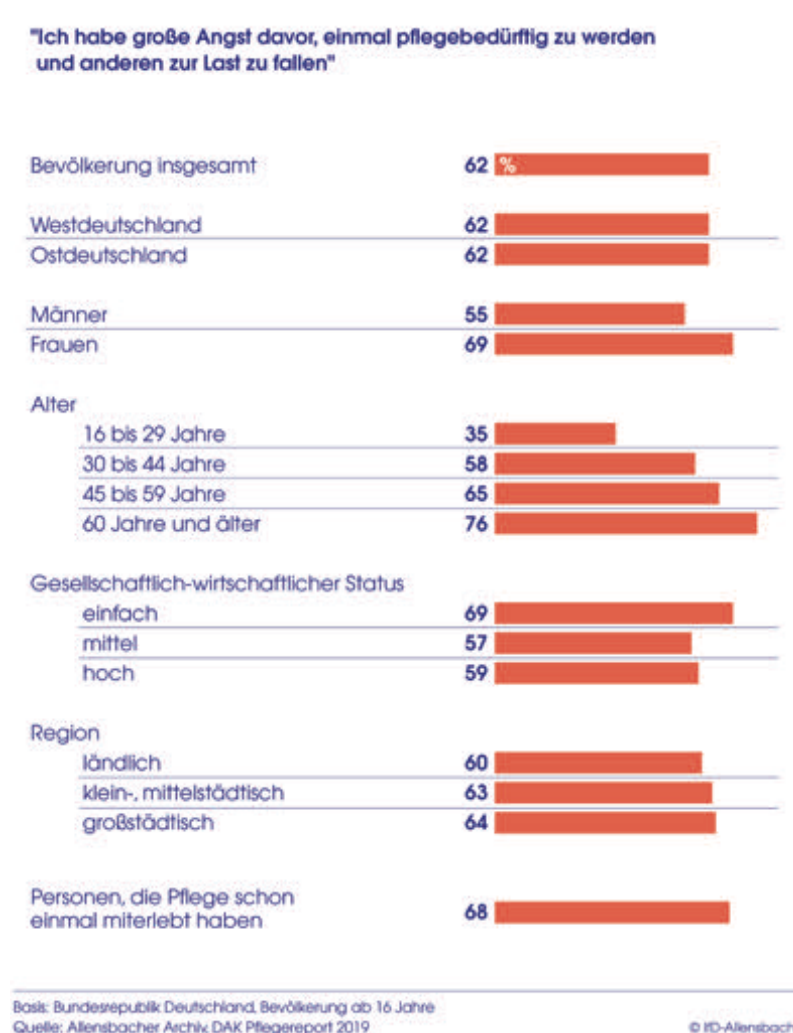


Abbildung 52: Befürchtung, sich zu wenig abgesichert zu haben

Möglicher Pflegebedarf: Erwartungen im Hinblick auf die finanzielle Absicherung	Es befürchten, nicht genügend abgesichert zu sein	Es machen sich keine Sorgen
Bevölkerung insgesamt (%)	46	35
Schleswig-Holstein	50	37
Hamburg	53	27
Bremen	61	24
Niedersachsen	48	34
Nordrhein-Westfalen	47	34
Hessen	45	37
Rheinland-Pfalz	43	38
Baden-Württemberg	47	32
Bayern	45	39
Saarland	43	41
Berlin	40	42
Brandenburg	53	36
Mecklenburg-Vorpommern	49	31
Sachsen	41	37
Sachsen-Anhalt	38	43
Thüringen	51	29

Grün/rot: Anteilswert für das Bundesland signifikant über oder unter Mittelwert (95-Prozent-Niveau)
 Blau: Abweichung des Anteilswerts vom Mittelwert nicht signifikant

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
 Quelle: Allensbacher Archiv, DAK Pflegereport 2019

© IFD-Allensbach

Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit (2019): Pflegeversicherung: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand: Mai 2019. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>.

Klie Thomas: Pflegereport 2016. Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei.

- Klie, Thomas (2018): DAK Pflegereport 2018. Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei.
- Rothgang, Heinz u. a. (2009): GEK Pflegereport 2009. Schwäbisch Gmünd.
- Schroeder, Klaus: Faktencheck DDR. Seniorenheime auf unterstem Niveau. In: *Thüringer Allgemeine*, 12.01.2011.
- Verband der Ersatzkassen (VDEK) (2019): Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege. Stand: 1. Januar 2019. Anlage zu: Pflegebedürftige im Land müssen immer mehr zuzahlen. Pressemeldung vom 6.2.2019. <https://www.vdek.com/LVen/BAW/Presse/Pressemitteilungen/2019>.
- Verband der privaten Krankenkassen (PKV) (2019): Zahlen und Fakten zur privaten Krankenversicherung. <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/>
- Verband der privaten Krankenkassen (PKV) (2019): Beitrags-Prognose: Soziale Pflegeversicherung unter Druck. Pressemeldung vom 2. Mai 2019. <https://www.pkv.de/presse/meldungen/beitrags-prognose-soziale-pflegeversicherung-unter-druck/>

5. Entwicklung von Struktur und Kosten bei pflegebedürftigen Versicherten der DAK-Gesundheit – Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Analyse von SPV-Routinedaten der DAK-Gesundheit für den Pflegereport 2019

Philip Lewin, Laura Lange, Timo Schulte, Helmut Hildebrandt

Kernergebnisse

Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

- Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt nach Einführung der Pflegereform Anfang 2017 deutlich an. Regional ist dieser Anstieg unterschiedlich stark ausgeprägt.
- Von 2016 bis 2017 steigt der Anteil ambulant versorgter Pflegebedürftiger um 2,75 %, während der Anteil vollstationär gepflegter Versicherter um fast 5,85 % sinkt – diese Entwicklung ist von 2017 auf 2018 weiterhin zu beobachten.
- Rund 80 % der ambulant gepflegten Versicherten besitzen in den Jahren 2017 und 2018 Pflegegrad 2 oder 3. Etwa 80 % aller stationär Gepflegten besitzen die Pflegegrade 2 bis 4.
- Aufgrund der gesetzlich geregelten großzügigen Überleitungsregelung (§ 140 SGB XI) werden 2017 mehr Pflegebedürftige in die Pflegegrade 4 und 5 eingestuft als zuvor in Pflegestufe III. Insgesamt besitzen 24,2 % der Pflegebedürftigen im Jahr 2017 den Pflegegrad 4 oder 5.

Entwicklung SPV-Kosten

- Die mittlere prozentuale Kostensteigerung von 2016 zu 2017 im ambulanten Sektor liegt mit 26,8 % deutlich höher als im stationären Bereich mit 20,0 %.
- Die Gesamtkosten pro Pflegebedürftigen steigen mit der neuen Pflegereform von 2016 auf 2017 um 20,0 %. Von 2017 auf 2018 sinken die Ausgaben pro Versicherten wieder um 7,1 %.
- Je nach Bundesland steigen die Pro-Kopf-Gesamtkosten von 2016 auf 2017 zwischen 17,3 % in Niedersachsen und 26,8 % in Berlin.
- Der prozentuale Anstieg der SPV-Kosten je Raumordnungsregion für ambulante Leistungen pro Pflegebedürftigen von 2016 zu

2017 variiert zwischen 20,1 % in der Region Mittelhessen und 35,5 % in der Region Oberland.

- Die Region mit dem geringsten Kostenanstieg im stationären Bereich von 2016 zu 2017 ist die Raumordnungsregion Lüneburg mit 9,7 %. Die Region mit dem höchsten Anstieg ist Berlin mit 31,8 %.
- Von 2016 auf 2017 steigen sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor die Kosten pro Pflegebedürftigen um knapp 28 %. Von 2017 auf 2018 sinken die Kosten in beiden Sektoren wieder leicht, jedoch bei weitem nicht auf das Niveau von 2016.
- Die Pro-Kopf-Ausgaben pro Versicherten sind stationär und ambulant ab 2018 mit knapp 5.000 Euro fast identisch. Zuvor waren die Pro-Kopf-Ausgaben stationär deutlich höher als ambulant.
- In den Jahren 2017 und 2018 entstehen die höchsten Pro-Kopf-Kosten bei Pflegegraden 3 (etwa 3.600 Euro in 2017) und 4 (etwa 3.200 Euro in 2017).
- Die Raumordnungsregion mit der geringsten prozentualen Veränderung für Pflegegeld von 2016 bis 2017 ist Bayerischer Unterraum mit 4,7 %. In Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein sowie Teilen Baden-Württembergs und Bayerns hingegen steigen die Ausgaben für Pflegegeld prozentual mit 19,0 % bis 25,3 % am stärksten. Im Schnitt steigen die Pro-Kopf-Ausgaben für Pflegegeld um 16,6 %.

Untersuchung von Sozialleistungen als Hilfe zur Pflege (bei pflegebedürftigen Sozialhilfeempfängern)

- Durch die Einführung des neuen Pflegebegriffs 2017 werden die Pflegebedürftigen hinsichtlich ihres zu leistenden Eigenanteils entlastet. Diese zeigt sich besonders im ambulanten Sektor, wo 2017 fast 40 % weniger Pflegebedürftige Sozialhilfe zur Pflege erhalten.
- Der in den Jahren 2014 bis 2016 stabile Anteil ambulant gepflegter Sozialhilfeempfänger von ca. 29,0 % sinkt 2017 auf 20,7 % ab.
- Der allgemeine Rückgang der Anzahl Sozialhilfeempfänger von 2016 auf 2017 variiert regional stark.
- Im Gegensatz zu den Vorjahren sind 2017 die Pro-Kopf-Kosten der Sozialhilfeleistungen im ambulanten Sektor erstmals höher als im stationären Sektor.

5.1 Einleitung

Im Rahmen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes wurde am 1. Januar 2017 ein neuer Begriff der Pflegebedürftigkeit eingeführt. Seit-

dem bestimmt nicht mehr der zeitliche Aufwand das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit, sondern der Grad der Selbstständigkeit. Die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz oder mit geistigen oder psychischen Einschränkungen werden dabei ebenso berücksichtigt wie die von Menschen mit körperlichen Einschränkungen. Gleichzeitig wurde das Prinzip „ambulant vor stationär“ gestärkt: Pflegebedürftige sollen demnach vorrangig zu Hause versorgt werden. Statt der zuvor geltenden drei Pflegestufen gibt es fünf Pflegegrade. Die Einstufung berücksichtigt die Lebensbereiche Mobilität, geistige und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen und deren Bewältigung sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Vor 2017 wurde lediglich der körperliche Unterstützungsbedarf anhand der vier Bereiche Körperpflege, Mobilität, Ernährung und Haushaltsführung zur Einschätzung der Schwere der Pflegebedürftigkeit begutachtet (Bundesministerium für Gesundheit 2019(1) und pflege.de 2019).

In diesem Teil des Pflegereports wird insbesondere der Frage nachgegangen, wie sich die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und die Leistungsausweitungen durch die Pflegestärkungsgesetze (PSG) II und III auf die Leistungen und Ausgaben der Pflegeversicherung auswirken.

Dafür wird zunächst die Gesamtpopulation der Pflegebedürftigen der DAK-Gesundheit (DAK-G) innerhalb der Jahre 2014 bis 2018 deskriptiv dargestellt. Anschließend werden die Populationen für jedes Jahr sowohl hinsichtlich der Pflegestufen bzw. Pflegegrade als auch der Pflegeleistungen näher untersucht. Hierbei werden Anteile, Alters- sowie Geschlechtsverteilungen und Ausgaben betrachtet. Weiterhin werden regionale Unterschiede hinsichtlich der zuvor für Gesamtdeutschland betrachteten Merkmale auf Ebene der Bundesländer sowie der Raumordnungsregionen herausgearbeitet.

5.2 Methodik und Datengrundlage

Die Analysen in diesem Kapitel basieren vollständig auf den Abrechnungsdaten der DAK-G aus den Leistungsbereichen der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Bei sämtlichen Schritten der Datenaufbereitung und -auswertung wurden die Empfehlungen der Guten Praxis Sekundärdatenanalyse berücksichtigt (Swart et al. 2014).

Insgesamt wurden vier Datensätze mit Informationen für die Jahre 2014 bis 2018 zur Verfügung gestellt. Neben zwei Datensätzen zu den Stammdaten der Versicherten und deren Versichertenzeiten standen zwei Datensätze für die SPV-Leistungsbereiche zu Pflegezeiten und Pflegeleistungen zur Verfügung. Derartig umfangreiche Routinedaten erlauben es, neben Prävalenz und Inzidenz insbesondere das Inanspruchnahme-Verhalten gut abzubilden.

**Datensätze
für die Jahre
2014–2018**

Ausgewertet wurden Daten aller pflegebedürftigen Patienten aus den Jahren 2014 bis 2018. Als Pflegebedürftige galten dabei all diejenigen Versicherten, bei denen bereits eine Pflegestufe bzw. ein Pflegegrad dokumentiert war oder die innerhalb des entsprechenden Zeitraums nach einer Erstbegutachtung als pflegebedürftig eingestuft wurden. Von der Analyse ausgeschlossen wurden Personen, die innerhalb des Betrachtungsjahres nicht durchgängig bei der DAK-G versichert waren. Davon wurden in diesem Zeitraum geborene oder gestorbene Versicherte ausgenommen. Weiterhin wurden Versicherte ohne gültige Postleitzahl nicht in die Analysen einbezogen. Als Kosten für Pflegeleistungen wurden immer die Kosten betrachtet, bei denen das Beginn-Datum der entsprechenden Leistung in dem jeweiligen Jahr liegt. Alle Zahlen ohne explizite Quellenangabe in diesem Teil stammen von der DAK-G.

Im ersten Teil der Sekundärdaten-Analyse wurden Prävalenz und Inzidenz der Pflegebedürftigkeit auf Basis der Abrechnungsdaten der DAK-G analysiert und nach Pflegestufe/-grad und Versorgungsform differenziert. Da der gesellschaftliche Wandel regional sehr unterschiedliche Ausprägungen annehmen kann, wurden im folgenden Teil regionale Verteilungen pflegebedürftiger Versicherter der DAK-G grafisch aufbereitet. Nach Qualitätsprüfung und entsprechender Datenbereinigung (z. B. wurden Versicherte mit nicht plausiblen Zeitangaben aus der Analyse entfernt) konnten Daten von insgesamt 664.118 Versicherten für die Jahre 2014 bis 2018 ausgewertet werden. Die Auswertung sämtlicher Daten für dieses Kapitel erfolgte über die Statistiksoftware R (R Core Team 2019), grafische Darstellungen wurden zudem mit Microsoft Excel und Tableau (Tableau 2019) erstellt.

5.3 Entwicklung von Kosten pro Kalenderjahr im Zusammenhang mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff

5.3.1 Untersuchung der SPV-Routinedaten

Tabelle 2: Demografische Parameter der Population der pflegebedürftigen DAK-G-Versicherten für 2014–2018;

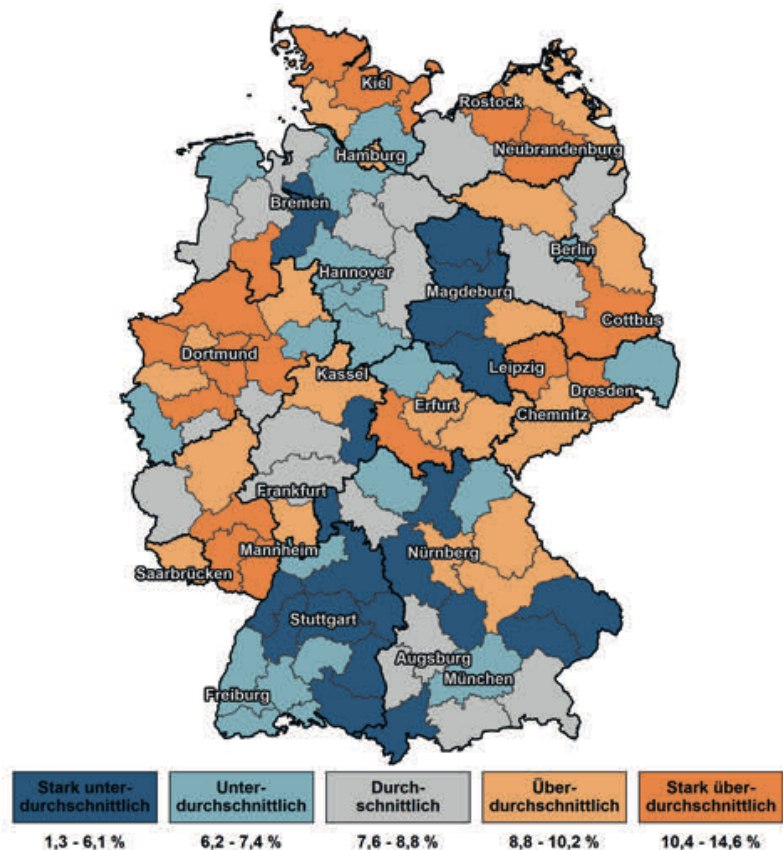
	2014	2015	2016	2017	2018
Anzahl Pflegebedürftige	322.662	340.504	357.603	387.208	416.025
Prävalenz Δ % zum Vorjahr	4,29	4,54 5,83 %	5,01 10,35 %	5,56 10,98 %	6,18 11,15 %
Inzidenz Δ % zum Vorjahr	--	1,23	1,35 9,76 %	1,61 19,26 %	1,67 3,73 %
% weiblich	67,43	67,46	67,22	67,29	67,42
Ø Alter	76,0	76,2	76,3	76,4	76,4
% verstorben Δ % zum Vorjahr	17,01	17,64 3,70 %	16,47 -6,63 %	15,95 -3,16	15,49 -2,88
Ø Dauer Pflegebedürftig* (Jahre)	3,42	3,52	3,53	3,58	3,74
Ø Dauer Pflegebedürftig** (Jahre)	4,83	4,85	4,81	4,64	4,70

*bei Tod in Jahr 20XX; **zum Stichtag 31.12.20XX

Die Anzahl pflegebedürftiger DAK-G-Versicherter steigt von 2014 mit 322.662 Versicherten bis 2018 auf 416.025 Versicherten stetig an (vgl. Tabelle 2). Anhand der Prävalenz und Inzidenz ist zu erkennen, dass mit Einführung des neuen Pflegebegriffs zum 01.01.2017 die Anzahl Pflegebedürftiger zunimmt. Ein erhöhter Anstieg der Prävalenz ist schon ab 2016 zu erkennen (10,35 % höher als im Vorjahr). In den Jahren 2017 und 2018 steigt die Prävalenz erneut um jeweils etwa 11 % auf einen Wert von 5,56 % in 2017 und 6,18 % in 2018. Die Prävalenz für Gesamtdeutschland liegt laut statistischem Bundesamt 2017 bei 4,12 % und ist somit bei der DAK-G überdurchschnittlich hoch. Besonders bei der Inzidenz, also dem Anteil neu hinzugekommener Pflegebedürftiger, ist der Anstieg von 2016 auf 2017 um 19,26 % von 1,35 % auf 1,61 % im Vergleich zum Vorjahr (9,76 %) besonders groß. Dies ist wohl durch die Einführung des Pflegegrades 1 zu erklären, da nunmehr Versicherte als pflegebedürftig gelten, die zuvor noch keinen Leistungsanspruch hatten. 2018 steigt die Inzidenz lediglich um 3,73 % auf 1,67 %. In Abbildung 53 ist der prozentuale Anstieg der Anzahl Pflegebedürftiger von 2016 zu

2017 in einzelnen Regionen Deutschlands zu sehen. Besonders im Süden Deutschlands sowie in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt steigt die Anzahl Pflegebedürftiger eher unterdurchschnittlich stark, wie auch in der Raumordnungsregion Bremen, die den geringsten Anstieg von 1,3 % zu verzeichnen hat. Im Osten, Westen und hohen Norden hingegen gibt es von 2016 auf 2017 einen überdurchschnittlich hohen Anstieg von Pflegebedürftigen. Die Raumordnungsregion mit dem größten Anstieg ist mit 14,6 % Lausitz-Spreewald.

Abbildung 53: Prozentualer Anstieg der Anzahl Pflegebedürftiger von 2016 auf 2017 je Raumordnungsregion. Die hervorgehobenen Grenzlinien kennzeichnen die 16 Bundesländer

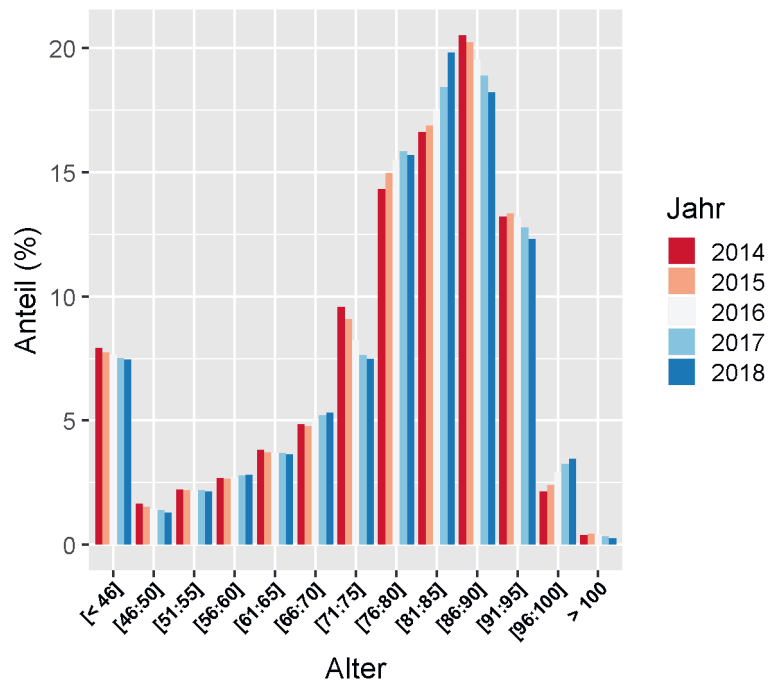


Quelle: Eigene Darstellung.

Etwas mehr als zwei Drittel aller Pflegebedürftigen der DAK-G sind weiblich (vgl. Tabelle 2). Dieser Anteil ändert sich von 2014–2018 kaum. Im Vergleich zur amtlichen Pflegestatistik liegt der Frauenanteil bei der DAK-G damit etwa 4 Prozentpunkte höher (Statistisches Bundesamt 2019(3)). Der Anteil verstorbener Pflegebedürftiger liegt vor Einführung des neuen Pflegebegriffs bei 16 bis 17 % und da-

nach bei 15 bis 16 %, sinkt also – besonders ab 2016. Der geringere Anteil verstorbener Pflegebedürftiger nach 2016 ließe sich ebenfalls durch die in Pflegegrad 1 eingestuft und neu hinzugekommenen Pflegebedürftigen erklären. Die Ø-Dauer der Pflegebedürftigkeit von Versicherten, die im betrachteten Jahr versterben, erhöht sich ab 2017 leicht: von 3,53 Jahre (2016) auf 3,58 (2017) und 3,74 (2018). Da durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff weniger kranke Versicherte als pflegebedürftig gelten und diese eine längere Überlebenschance haben, erklärt sich auch die längere Pflegebedürftigkeitsdauer. Anders sieht es aus, wenn man die Ø-Dauer der Pflegebedürftigkeit zum Stichtag 31.12. des betrachteten Jahres untersucht. Diese sinkt von 2016 auf 2017 leicht um 3,53 % auf eine Dauer von 4,64 Jahren, obwohl sie in den Vorjahren mit 4,83, 4,85 und 4,81 Jahren recht stabil war. 2018 steigt die Pflegedauer schon wieder auf durchschnittliche 4,70 Jahre. Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff haben mehr Personen als zuvor Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit nach dem neuen System ist einfacher geworden. Personen mit dem Pflegegrad 1 sind nur in geringem Ausmaß in ihrer Selbstständigkeit beeinträchtigt und hätten nach dem alten System keinen oder nur geringen Anspruch auf Pflegeleistung. Das hat zur Folge, dass die Pflegedauer im Durchschnitt sinkt. Dieser Effekt verringert sich 2018 bereits wieder. Das durchschnittliche Alter beträgt 2014 76,0 Jahre (m: 70,0; w: 78,9) und 2018 76,4 Jahre (m: 70,7; w: 79,2). Im Vergleich zur amtlichen Pflegestatistik sind die pflegebedürftigen DAK-G-Versicherten älter, was eine Besonderheit dieser Population darstellt und die nachfolgenden Ergebnisse prägen wird. Während 20 % der Pflegebedürftigen der DAK-G 90 Jahre oder älter sind, sind dies laut Pflegestatistik lediglich 16 % (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019). Ein Einfluss der Pflegereform zum 01.01.2017 auf das Durchschnittsalter lässt sich nicht erkennen. Auch wenn sich das Durchschnittsalter mit der neuen Pflegereform nicht verändert, so sieht man doch eine Verschiebung innerhalb der Altersklassen (vgl. Abbildung 54). In den Klassen 0–55, 71–75, 86–95 und > 100 sinkt die Anzahl Versicherter, wohingegen sie in den Klassen 56–60, 66–70, 76–85 und 96–100 von 2014–2018 steigt.

Abbildung 54: Anteil Pflegebedürftige in Altersklassen für die Jahre 2014–2018



Quelle: Eigene Darstellung.

Hinsichtlich des Ausmaßes der Beeinträchtigung der Pflegebedürftigen in ihrer Selbstständigkeit wird in dieser Auswertung unterschieden zwischen Leistungsempfängern der Pflegestufen 0, I, II und III (gemäß dem bis zum 01.01.2017 gültigen Pflegebegriff) und Leistungsempfängern der ab dem 01.01.2017 geltenden Pflegegrade 1 bis 5. Personen in Pflegestufe I gelten im Sinne des alten, eher somatischen Pflegebegriffs als erheblich pflegebedürftig (angewiesen auf Hilfsleistungen mindestens einmal täglich). Personen in Pflegestufe II gelten als schwer pflegebedürftig (angewiesen auf Hilfeleistungen mindestens dreimal täglich) und Personen in Pflegestufe III als schwerst-pflegebedürftig (mindestens vierständiger Hilfebedarf rund um die Uhr). Ein darüberhinausgehender Pflegebedarf im Sinne der sogenannten Härtefälle wird im Rahmen dieser Analysen ebenfalls Pflegestufe III zugeordnet. In Pflegegrad 1 hingegen wird von einer geringen Beeinträchtigung der Selbstständigkeit ausgegangen, in Pflegegrad 2 von einer erheblichen Beeinträchtigung, in Pflegegrad 3 von einer schweren Beeinträchtigung, in Pflegegrad 4 von einer schwersten Beeinträchtigung und in Pflegegrad 5 von einer schwersten Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Wenn für die in der jeweiligen Analyse betrachtete Zeitspanne zwei unterschiedliche Meldungen zu Pflegestufen/Pflegegraden bei einem Versicherten vorlagen, wurde die niedrigere Pflegestufe durch die höhere überschrieben.

In Tabelle 3 ist die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegestufen bzw. ab 2017 auf die Pflegegrade abgebildet. Von 2014 bis 2016 machen die Pflegestufen I und II knapp 80 % aller Pflegebedürftigen aus. Die Pflegegrade 2 und 3 vereinen etwas mehr als 70 % der Pflegebedürftigen in den Jahren 2017 und 2018. Gemeinsam mit Pflegegrad 4 sind fast 90 % aller Pflegebedürftigen abgedeckt. Lediglich 3,22 % aller Pflegebedürftigen im Jahr 2017 gehören Pflegegrad 1 an. Dies ist nicht verwunderlich, da es sich hierbei generell um inzidente Fälle handelt. Der Anstieg im Jahr 2018 auf 5,52 % lässt sich daher auch dadurch erklären, dass nun sowohl die inzidenten als auch die bestehenden Fälle aus 2017 dieser Pflegestufe zugerechnet werden. Die Anteile in den Pflegegraden 2, 4 und 5 nehmen von 2017 bis 2018 geringfügig ab. Aufgrund der gesetzlich geregelten großzügigen Überleitungsregelung (§ 140 SGB XI) besteht eine Überrepräsentation der höheren Pflegegrade (Rothgang und Kalwitzki 2015). Fast ein Viertel aller Pflegebedürftigen gehört den Pflegegraden 4 oder 5 an, wohingegen nur knapp 11 % aller Pflegebedürftigen vor 2017 Pflegestufe III zugesprochen wurde. Diese Überrepräsentation ist jedoch bereits von 2017 auf 2018 leicht rückläufig. Die Anteile in den Pflegegraden sowie die Entwicklungen von 2017 zu 2018 sind mit den vom BMG (Bundesministerium für Gesundheit 2019(2)) veröffentlichten Zahlen vergleichbar und unterscheiden sich nur minimal. Lediglich bei Pflegegrad 1 sind die Anteile bei der DAK-G vergleichsweise etwas niedriger (2017: 3,2 % vs. 5,1 % und 2018: 5,5 % vs. 9,4 %).

Tabelle 3: Anteil Pflegebedürftiger nach Pflegestufe/Pflegegrad für 2014–2018

Pflegestufe	0		I	II	III inkl. Härtefälle
2014	4,74		52,85	30,15	12,25
2015	5,52		53,24	29,47	11,77
2016	6,28		53,68	28,78	11,26
Pflegegrad	1	2	3	4	5
2017	3,22	43,52	29,06	16,28	7,92
2018	5,52	42,95	29,23	15,24	7,07

Tabelle 4: Durchschnittsalter der Pflegebedürftigen pro Jahr und Pflegestufe/Pflegegrad

Pflegestufe	0	I	II	III inkl. Härtefälle	
2014	64,40	75,83	75,37	71,76	
2015	64,11	76,12	75,48	71,88	
2016	63,96	76,39	75,81	72,29	
Pflegegrad	1	2	3	4	5
2017	77,60	75,84	74,39	75,23	72,83
2018	77,55	75,74	74,59	75,18	72,35

**Durchschnitts-
alter in den
Pflegestufen/
Pflegegraden**

Betrachtet man das Durchschnittsalter in den Pflegestufen bzw. Pflegegraden (siehe Tabelle 4), so fällt auf, dass dieses in den mittleren Stufen I und II mit etwa 75,3 bis 76,4 Jahren und in den mittleren Graden 2 bis 4 mit etwa 74,4 bis 75,8 Jahren jeweils recht ähnlich ist. Interessanterweise sind die Pflegebedürftigen in Pflegestufe 0 deutlich jünger als in den übrigen Pflegestufen (etwa 64,2 Jahre) und die Versicherten in Pflegegrad 1 sind durchschnittlich älter (77,6 Jahre in 2017) als in den höheren Pflegegraden. Das hohe Durchschnittsalter von 77,6 Jahren in Pflegegrad 1 ist eventuell durch die hohe Altersstruktur der DAK-G-Versicherten und die Schaffung des neuen Pflegegrades zu erklären. Diesen bekommen nur Versicherte, die vor 2017 keiner Pflegestufe angehörten. Auffällig ist ebenfalls, dass die Versicherten mit Pflegestufe III (etwa 72,0 Jahre) und Pflegegrad 5 (etwa 72,6 Jahre) deutlich jünger sind als in den übrigen Gruppen (ausgenommen Pflegestufe 0). Da die Einstufung in Pflegestufe III bzw. Pflegegrad 5 auch bei einigen Behinderungen erfolgen kann – wie z. B. Trisomie 21 bei Kindern – und die Morbidität und damit einhergehend die Mortalität vieler älterer Pflegeleistungsempfänger in Pflegestufe III bzw. Pflegegrad 5 höher ist, wird vermutlich das Alter der Kinder und Jugendlichen in dieser Pflegestufe bzw. diesem Pflegegrad das Durchschnittsalter absenken. Denkbar wäre auch, dass besonders schwere Unfälle mit beispielsweise der Folge einer Querschnittslähmung sofort zu einem sehr hohen Pflegegrad führen, was wiederum das Durchschnittsalter innerhalb des Pflegegrades senkt.

In Tabelle 5 ist der Anteil der Frauen in den jeweiligen Pflegestufen/-graden zu sehen. Dieser ist in den Pflegestufen I und III sowie den Pflegegraden 2 und 5 mit etwa 69,5 % am höchsten. Das Verhältnis von Männern zu Frauen ist in Pflegestufe 0 mit knapp 61 % deutlich niedriger, was vermutlich auf das geringere Durchschnittsalter in dieser Gruppe zurückzuführen ist. Obwohl das Durchschnittsalter in Pflegegrad 5 und Pflegestufe III auch vergleichsweise niedrig ist (wenn auch in geringerem Ausmaß als bei Pflegestufe 0), ist hier dieser Effekt nicht zu beobachten. In den Daten des BMG (Bundes-

ministerium für Gesundheit 2019(2)) liegt der Frauenanteil innerhalb aller Pflegegrade deutlich unterhalb der Zahlen der DAK-G. Dies war zu erwarten, da, wie bereits diskutiert, der Gesamtanteil von Frauen innerhalb der Population der pflegebedürftigen DAK-G-Versicherten überdurchschnittlich hoch ist. Die relativen Unterschiede der Anteile zwischen den verschiedenen Pflegegraden innerhalb der Daten des BMG und der DAK-G-Daten sind jedoch vergleichsweise groß.

Tabelle 5: Anteil Frauen unter den Pflegebedürftigen pro Jahr und Pflegestufe/Pflegegrad in Prozent

Pflegestufe	0	I	II	III inkl. Härtefälle	
2014	62,06	69,42	66,81	69,29	
2015	61,64	69,47	66,63	68,83	
2016	60,95	69,23	66,74	68,66	
Pflegegrad	1	2	3	4	5
2017	76,05	69,38	65,41	66,63	69,78
2018	76,50	69,42	65,30	66,23	69,12

Die höchsten Ausgaben pro Versicherten werden von 2014 bis 2018 durch die Pflegebedürftigen in den Stufen I und II erzeugt (etwa 3.900 Euro im Jahr 2016, vgl. Tabelle 5). 2017 und 2018 entstanden diese innerhalb der Pflegegrade 3 (etwa 3.600 Euro 2017) und 4 (etwa 3.200 Euro 2017). Dies lässt sich leicht durch den hohen Anteil Versicherter mit diesen Stufen/Graden erklären. Pro Versicherten in der entsprechenden Pflegestufe steigen die Ausgaben mit der Höhe der Pflegestufe. Bei den Pflegegraden ist dies genauso. Ein Pflegebedürftiger mit Pflegegrad 1 erzeugt in der SPV 2017 im Schnitt Kosten von 772 Euro. In Pflegegrad 2 sind dies schon 4.955 Euro, in Pflegegrad 3 waren es 9.165 Euro, in Pflegegrad 4 13.089 Euro und in Pflegegrad 5 sogar 15.632 Euro. Abgesehen von Pflegegrad 1, in dem die Ausgaben 2018 auf 931 Euro ansteigen, sinken diese in allen übrigen Pflegegraden.

Tabelle 6: Ausgaben in Euro je Pflegestufe/Pflegegrad. Fällt eine Pflegeleistung in den Zeitraum zweier unterschiedlicher Pflegestufen/Pflegegrade, so geht diese Leistung in beide Gruppen ein. In schwarz Ausgaben pro Versicherten mit der Pflegestufe, in grau Ausgaben pro Versicherte insgesamt (tagesgenau)

Pflegestufe Kosten pro Vers. aus Pflegestufe Kosten pro Vers. ges.	0	I	II	III inkl. Härfefälle	
2014	1.900 € 125 €	4.724 € 3.345 €	8.141 € 3.620 €	11.011 € 2.103 €	
2015	2.080 € 159 €	5.179 € 3.732 €	8.714 € 3.867 €	11.434 € 2.178 €	
2016	2.152 € 182 €	5.322 € 3.864 €	8.972 € 3.882 €	11.693 € 2.138 €	
Pflegegrad Kosten pro Vers. aus Pflegegrad Kosten pro Vers. ges.	1	2	3	4	5
2017	772 € 27 €	4.955 € 2.797 €	9.165 € 3.581 €	13.089 € 3.171 €	15.632 € 1.964 €
2018	931 € 68 €	4.663 € 2.608 €	8.767 € 3.458 €	12.440 € 2.883 €	14.459 € 1.669 €

Tabelle 7: Anteil Pflegebedürftiger nach Pflegeart (%).

Pflegeart	2014	2015	2016	2017	2018
ambulant	66,45	67,04	68,04	69,91	70,85
stationär	33,55	32,96	31,96	30,09	29,15

Ambulant vor stationär

Ein Ziel des zum 01.01.2017 neu eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriffes ist das Prinzip „ambulant vor stationär“. Das heißt, wenn irgendwie möglich, sollen Pflegebedürftige zuhause versorgt werden. Von 2016 auf 2017 ist der Anteil ambulant versorgter Pflegebedürftiger von knapp 68 % auf fast 70 % um 2,75 % gestiegen. Gleichmaßen ist der Anteil vollstationär gepflegter Versicherte um fast 5,85 % gesunken von 31,96 % auf 30,09 %. Diese Entwicklung ist von 2017 zu 2018 weiterhin zu beobachten. Im Vergleich zu den durch das BMG (Bundesministerium für Gesundheit 2019(2)) veröffentlichten Zahlen, liegt der Anteil stationär versorgter Pflegebedürftiger bei der DAK-G-Population deutlich höher, was auf das überdurchschnittlich hohe mittlere Alter der Versichertenpopulation der DAK-G zurückzuführen ist. 2014 liegt der Anteil stationär versorgter Pflegebedürftiger

tiger laut Daten des BMG bei 29,23 %, 2015 bei 28,44 %, 2016 bei 28,19 %, 2017 bei 23,31 % und 2018 bei 21,17 %. Wie bei den Daten der DAK-G sinken auch hier die Anteile von Jahr zu Jahr. 2017 gibt es einen großen Sprung von 17,33 %, der wesentlich deutlicher ausfällt als bei der DAK-G.

Ambulant gepflegte Versicherte sind mit 74,5 Jahren im Jahr 2018 über sechs Jahre jünger als stationär gepflegte (81,1 Jahre). Hier ist von 2014 bis 2016 im Vergleich zu 2017 bis 2018 keine unterschiedliche Entwicklung festzustellen (vgl. Tabelle 8). Interessant ist jedoch, dass das Durchschnittsalter der ambulant gepflegten Versicherten von 2014 bis 2018 stetig steigt, während das durchschnittliche Alter der stationär versorgten Versicherten von 2014 auf 2015 nur leicht ansteigt, danach jedoch bis 2018 wieder sinkt.

Ebenso unterscheiden sich stationär und ambulant gepflegte Versicherte auch stark hinsichtlich des Anteils an Frauen (siehe Tabelle 9). Unter den ambulant versorgten Pflegebedürftigen sind etwa zwei Drittel weiblich, unter den stationär behandelten Pflegebedürftigen etwa drei Viertel. Die Tendenz ist hierbei ein steigender Anteil an Frauen unter den ambulant Gepflegten und ein sinkender Anteil unter den stationär versorgten Pflegebedürftigen. Jedoch ist auch hier, wie beim Alter, kein Effekt des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erkennen.

Die Gesamtausgaben pro Pflegebedürftigen steigen mit der neuen Pflegereform von 2016 auf 2017 um 20,0 % (siehe Abbildung 55). Der durchschnittliche Anstieg der Kosten von 2014 bis 2016 betrug 4,4 %. 2016 erzeugte ein Pflegebedürftiger im Schnitt 9.582 Euro und in 2017 waren es 11.501 Euro. Von 2017 auf 2018 sinken die Ausgaben pro Versicherten wieder um 7,1 % auf 10.688 Euro. Ein Anstieg der Pro-Kopf-Leistungen von 2016 zu 2017 ist auch bei der Statistik des BMG (Bundesministerium für Gesundheit 2019(2)) zu beobachten, jedoch nur ein sehr geringer Anstieg von 1,1 % von 10.512 Euro zu 10.631 Euro. Auch hier sinken die Ausgaben pro Pflegebedürftigen zu 2018 wieder auf 10.365 Euro. Die Daten des BMG sind hinsichtlich der Einführung der neuen Pflegereform zum 01.01.2017 bezüglich der Pro-Kopf-Leistungsausgaben im Gegensatz zu den DAK-G-Daten nicht auffällig. Ein Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben der SPV-Leistungen der DAK-G ist von 2016 zu 2017 deutschlandweit zu beobachten (vgl. Abbildung 56). Je nach Bundesland steigen die Ausgaben zwischen 17,3 % in Niedersachsen und 26,8 % in Berlin. Betrachtet man die Raumordnungsregionen, so ist der geringste Anstieg mit 13,1 % in der Raumordnungsregion Lüneburg nur halb so groß wie der größte Kostenanstieg in Berlin mit 26,8 %. Im Vergleich zu den anderen Regionen in Deutschland steigen die SPV-Kosten pro Person im Osten, Westen und im nördlichen Baden-Württemberg durch die Pflegereform 2017 überdurchschnittlich stark an. In Mitteldeutschland vom Norden bis Baden-Württemberg und im nördlichen Bayern hingegen war der Kostenanstieg vergleichsweise unterdurchschnittlich. Im Vergleich

zu den SPV-Pflegekosten von 2014 bis 2016, wie sie im DAK-G-Pflegereport 2018 (Lewin, Lange, Schulte, Hildebrandt 2018) dargestellt wurden, fällt auf, dass tendenziell in den Regionen mit zuvor unterdurchschnittlich hohen Kosten die Ausgaben von 2016 zu 2017 relativ stark steigen als in den Regionen mit zuvor höheren Kosten. Trotzdem ändert sich die Verteilung der Höhe der Gesamtausgaben innerhalb Deutschlands in 2017 nur unwesentlich (siehe Abbildung 57). Lediglich auffällig sind die Regionen in Schleswig-Holstein. Durch den geringen Kostenanstieg von 2016 zu 2017 gehört dieser Teil Deutschlands in 2017 zu den Regionen mit stark unterdurchschnittlichen Kosten, wohingegen diese Regionen in Schleswig-Holstein im Mittel von 2014 bis 2016 zu den Regionen mit tendenziell überdurchschnittlich hohen Pro-Kopf-Leistungsausgaben gehörten.

Die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben pro Versicherten sind stationär und ambulant in 2018 mit knapp 5.000 Euro fast identisch (Abbildung 55), in den vorherigen Jahren waren sie bei den stationär versorgten Versicherten immer etwas höher, als bei den ambulant gepflegten Versicherten. Die Durchschnittskosten in den Pflegearten pro Versicherten mit der entsprechenden Leistungsart sind in Tabelle 10 dargestellt. Von 2016 auf 2017 steigen sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor die Kosten pro Pflegebedürftigen um knapp 28 %. In den Jahren vor der Pflegereform betrug der durchschnittliche Kostenanstieg weniger als 2 %. Von 2017 auf 2018 sinken die Kosten in beiden Sektoren wieder leicht, jedoch bei weitem nicht auf das Niveau von 2016.

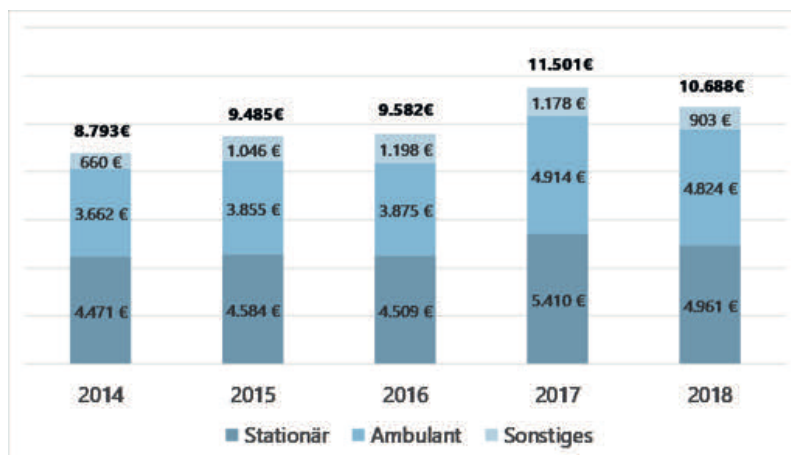
Tabelle 8: Durchschnittsalter Pflegebedürftiger nach Pflegeart

Pflegeart	2014	2015	2016	2017	2018
ambulant	73,41	73,72	73,97	74,25	74,51
stationär	81,17	81,37	81,32	81,28	81,05

Tabelle 9: Anteil pflegebedürftiger Frauen (%) nach Pflegeart

Pflegeart	2014	2015	2016	2017	2018
ambulant	63,44	63,59	63,65	64,27	64,78
stationär	75,34	75,32	74,83	74,31	73,83

Abbildung 55: Gesamtausgaben pro Pflegebedürftigen (tagesgenau) sowie unterteilt nach stationären (Vollstationäre Pflege und Kurzzeitpflege), ambulanten (Pfleagesachleistung, Pflegegeld, teilstationäre Pflege, Kombinationsleistung und Verhinderungspflege) und sonstigen Leistungen

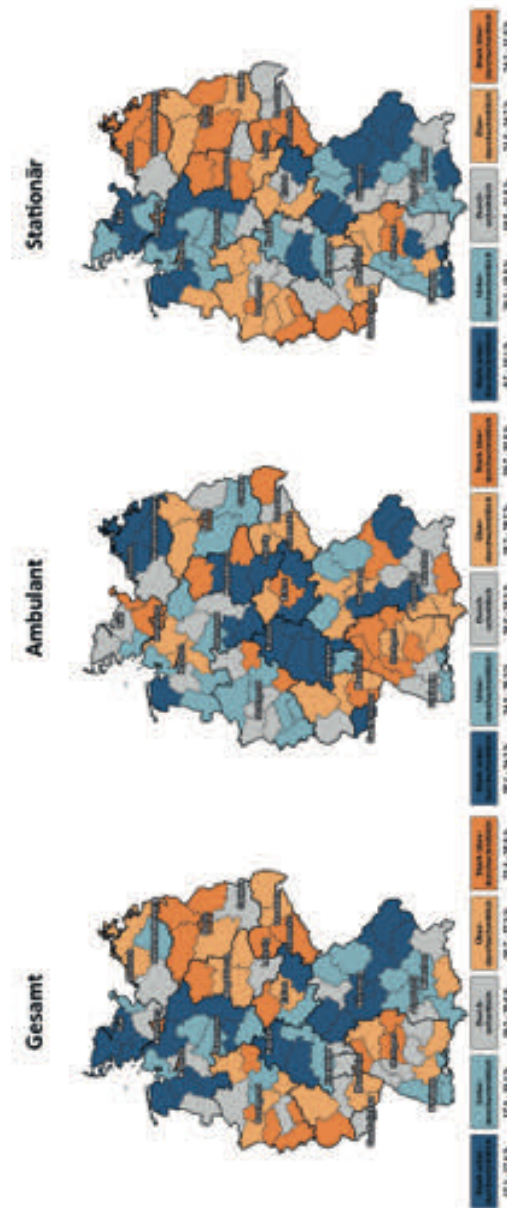


Quelle: Eigene Darstellung.

Der prozentuale Anstieg der SPV-Ausgaben je Raumordnungsregion für ambulante Leistungen pro Pflegebedürftigen (tagesgenau) von 2016 auf 2017 variiert zwischen 20,1 % in der Region Mittelhessen und 35,5 % in der Region Oberland (siehe Abbildung 56). Im stationären Bereich ist die Spannweite hier deutlich größer. Die Region mit dem geringsten Kostenanstieg von 2016 zu 2017 ist die Raumordnungsregion Lüneburg mit 9,7 %. Die Region mit dem höchsten Anstieg ist Berlin mit 31,8 %. Wie bereits Abbildung 55 zeigt, liegt die mittlere prozentuale Kostensteigerung im ambulanten Sektor mit 26,8 % deutlich höher als im stationären Bereich mit 20,0 %. Beim Vergleich der unterschiedlichen Veränderungsraten der Ausgaben von 2016 zu 2017 innerhalb von Deutschland fällt auf, dass in Nordrhein-Westfalen der prozentuale Anstieg der ambulanten Pflegekosten durchschnittlich bis unterdurchschnittlich ist und der Anstieg der stationären Kosten überdurchschnittlich bis stark überdurchschnittlich. Ebenso unterscheiden sich der Osten von Mecklenburg-Vorpommern sowie das Saarland deutlich. Die ambulanten Ausgaben sind in diesen Regionen stark unterdurchschnittlich gestiegen, während die stationären stark überdurchschnittlich zugenommen haben. Ein Vergleich der Verteilung der Höhe der SPV-Ausgaben pro Kopf im ambulanten und stationären Sektor innerhalb Deutschlands (vgl. Abbildung 57) zeigt fast konträre Karten. In den Regionen mit überdurchschnittlich hohen stationären Pro-Kopf-Ausgaben, wie beispielsweise dem Süden Deutschlands, sind die ambulanten Ausgaben eher unterdurchschnittlich. Andersherum zeigen sich in Gebieten mit stark unterdurchschnittlichen stationären

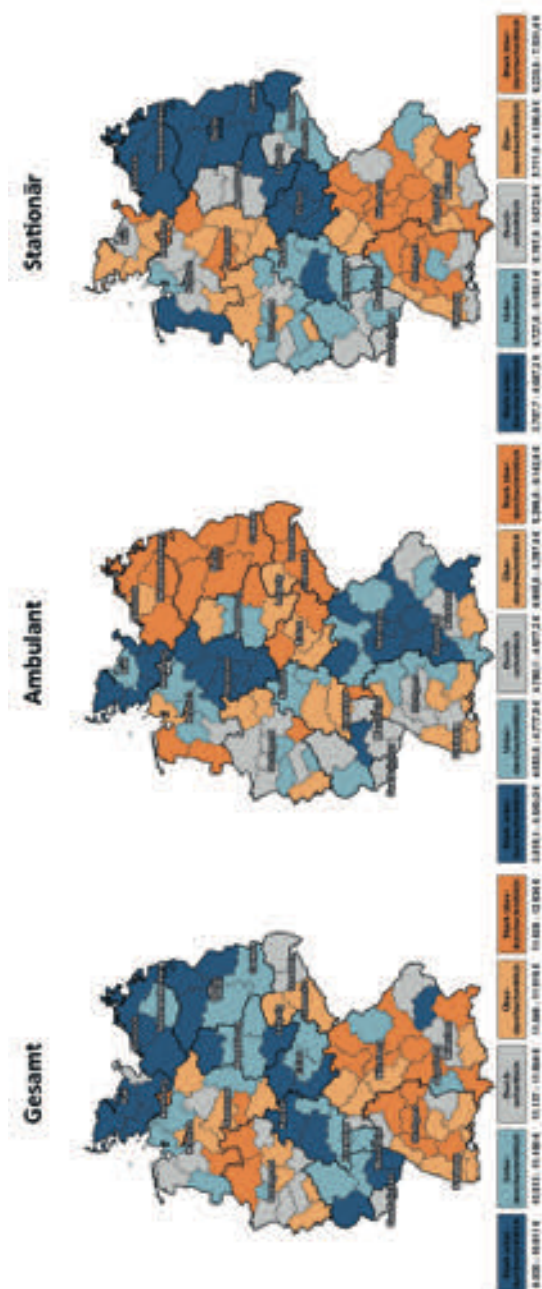
ren Leistungsausgaben, wie dem Osten Deutschlands, stark überdurchschnittlich hohe ambulante Pro-Kopf-Kosten.

Abbildung 56: Prozentualer Anstieg der SPV-Gesamtausgaben sowie der ambulanten und stationären Leistungsausgaben pro Pflegebedürftigen (tagesgenau) von 2016 auf 2017 je Raumordnungsregion. Die hervorgehobenen Grenzlinien kennzeichnen die 16 Bundesländer



Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 57: SPV-Gesamtausgaben sowie ambulante und stationäre Leistungsausgaben pro Pflegebedürftigen (tagesgenau) 2017 je Raumordnungsregion. Die hervorgehobenen Grenzlinien kennzeichnen die 16 Bundesländer



Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle 10: Leistungsausgaben pro Pflegebedürftigen (tagesgenau in Euro) unterteilt nach stationären (Vollstationäre Pflege und Kurzzeitpflege), ambulanten (Pflegetagesleistung, Pflegegeld, teilstationäre Pflege, Kombinationsleistung und Verhinderungspflege) und sonstigen Leistungen.

Pflegeart	2014	2015	2016	2017	2018
stationär	10.595	10.926	11.045	14.041	13.681
ambulant	5.121	5.334	5.341	6.839	6.738
sonstiges	848	1.183	1.321	1.299	1.178

Tabelle 11: Anteil Pflegebedürftiger je Pflegestufe/Pflegegrad aller ambulant gepflegten Pflegebedürftigen.

Pflegestufe ambulant	0	I	II	III inkl. Härtefälle	
2014	6,49	58,75	26,70	8,06	
2015	7,31	59,01	26,01	7,67	
2016	8,18	59,46	25,11	7,25	
Pflegegrad ambulant	1	2	3	4	5
2017	4,25	51,44	28,31	11,49	4,52
2018	7,24	50,27	28,10	10,48	3,92

Der Großteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen gehört Pflegestufe I (fast 60 %) bzw. Pflegegrad 2 (etwa 50 %) an (siehe Tabelle 11). Rund 85 % der ambulant gepflegten Versicherten besitzen entweder Pflegestufe I oder II bzw. rund 80 % Pflegegrad 2 oder 3. Die Pflegestufen 0 und III sind mit jeweils rund 7 % deutlich geringer besetzt, ebenso wie die Pflegegrade 1 und 5 mit rund 5 %. Es sind die gleichen Entwicklungen von 2017 auf 2018 wie in Tabelle 2 zu beobachten. Die Ergebnisse sind vergleichbar mit denen der Leistungsempfängerstatistik PG 2 (Rothgang 2019). Besonders 2016 sind die Anteile innerhalb der Pflegestufen fast gleich. Ab 2017 ist der Anteil ambulant gepflegter Pflegebedürftiger in Pflegegrad 1 bei der DAK-G etwas geringer als in der Statistik PG 2, was zuvor bereits ebenfalls bei der allgemeinen Verteilung der Versicherten innerhalb der Pflegegrade zu sehen war. Die Entwicklung von 2017 zu 2018 ist analog.

In Tabelle 12 sind die Anteile der stationär gepflegten Versicherten an den einzelnen Pflegestufen/Pflegegraden dargestellt. Der Großteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen gehört Pflegestufe I (fast 40 %) oder Pflegestufe II (etwa 38 %) bzw. Pflegegrad 2 bis 4 (etwa 23 %, 31 % und 29 %) an. Somit besitzen 2014 bis 2016 fast 80 % aller stationär Gepflegten die Pflegestufen I und II und in den Jahren 2017 und 2018 verteilen sich diese 80 % der Versicherten auf die Pflegegrade 2 bis 4. Versicherte mit Pflegestufe 0 bzw. Pfe-

gegrad 1 werden so gut wie gar nicht stationär gepflegt. Im Vergleich zu der Leistungsempfängerstatistik PG 2 (Rothgang 2019) ähneln sich die Anteile der Statistik PG2 und die der DAK-G-Daten. Es ist jedoch tendenziell zu erkennen, dass in den Jahren 2014 bis 2016 die Anteile in den höheren Pflegestufen bei der DAK-G etwas höher sind als bei der Statistik PG 2. 2017 und 2018 sind die Anteile der Pflegebedürftigen in den einzelnen Pflegegraden im Vergleich der beiden Statistiken fast gleich.

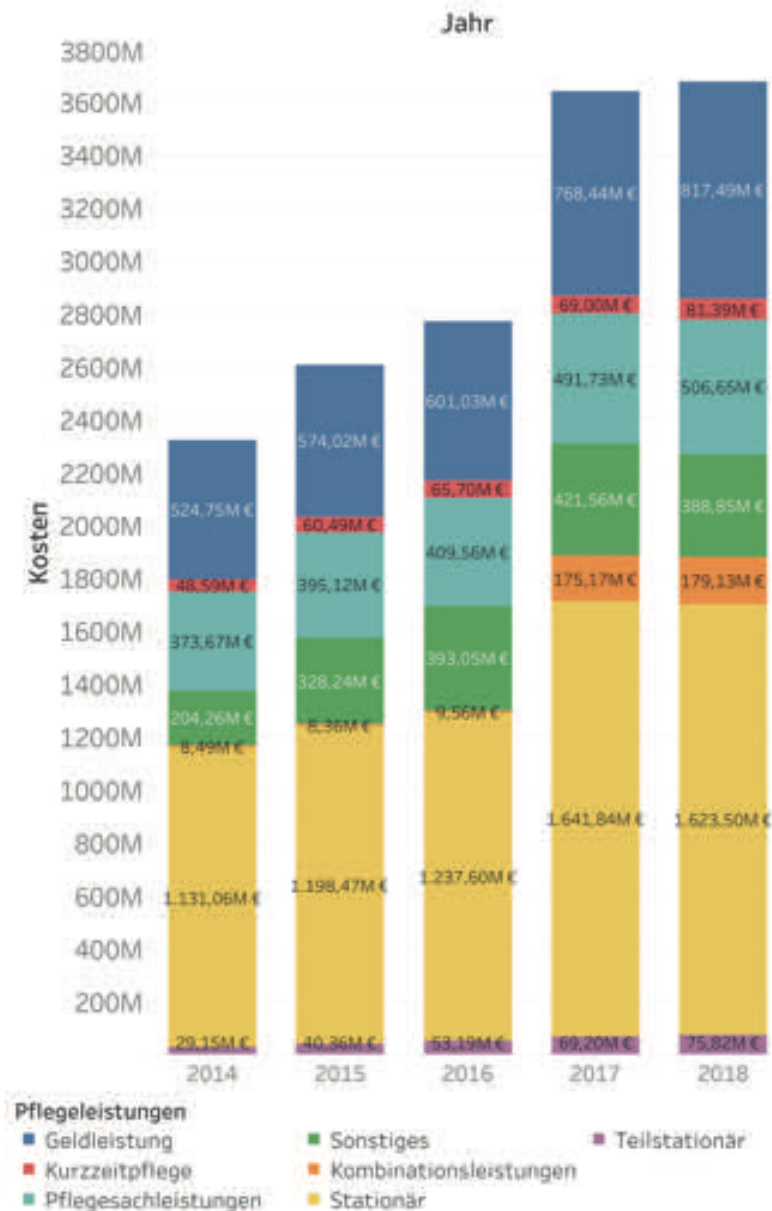
Tabelle 12: Anteil Pflegebedürftiger je Pflegestufe/Pflegegrad aller stationär gepflegten Pflegebedürftigen.

Pflegestufe stationär	0	I	II	III inkl. Härtefälle	
2014	0,87	39,74	37,80	21,58	
2015	1,39	39,93	37,47	21,22	
2016	1,73	39,84	37,59	20,85	
Pflegegrad stationär	1	2	3	4	5
2017	0,51	22,80	31,05	28,81	16,81
2018	0,63	22,20	32,43	28,71	16,02

In den Abbildungen 58 und 59 sind die Gesamtausgaben für Pflegeleistungen pro Jahr und unterteilt in verschiedene Leistungsbereiche dargestellt. Einmal abhängig von der Höhe der Ausgaben (Abbildung 58) und einmal abhängig vom prozentualen Anteil an den Gesamtkosten (Abbildung 59). Die Gesamtausgaben für Pflegeleistungen steigen von 2016 auf 2017 um 31 % stark an, was zumindest teilweise sicherlich durch die ebenfalls steigende Anzahl Versicherter in 2017 bedingt ist. Obwohl die Kosten in allen Leistungsbereichen steigen, ändert sich deren Anteil an den Gesamtkosten kaum. Lediglich der enorme Anstieg der unter „Kombinationsleistungen“ (hier zusammengesetzt aus den Leistungen „Kombination Sachleistungen mit § 45b SGB XI“ und „Kombipflegegeld“) fallenden Kosten ist sehr auffällig. Dieser begründet sich vor allem durch die Pflegegereform 2017. Hiernach können seitdem Entlastungsbeträge nach § 45b SGB XI von sämtlichen, sich in häuslicher Pflege befindlichen, Personen aller Pflegegrade in Anspruch genommen werden. Durch Personen, denen ab 01.01.2017 erstmalig ein Pflegegrad 1 zugesprochen wird, erhöhen sich damit insgesamt die Kosten für Entlastungsleistungen. Die Entwicklung der vollstationären Leistungsausgaben von 2014 auf 2018 bei der Leistungsempfängerstatistik Pflegegrad 2 ist deutlich rückläufig, mit einem Anteil an den Gesamtkosten von 43,4 % in 2014 und 35,0 % in 2018. Diese Entwicklung ist innerhalb der Daten der DAK-G nicht zu erkennen, was vermutlich daran liegt, dass hier der Anteil stationär versorgter Pflegebedürftiger über die Jahre nur leicht sinkt (33,6 % 2014 und 29,2 % 2018),

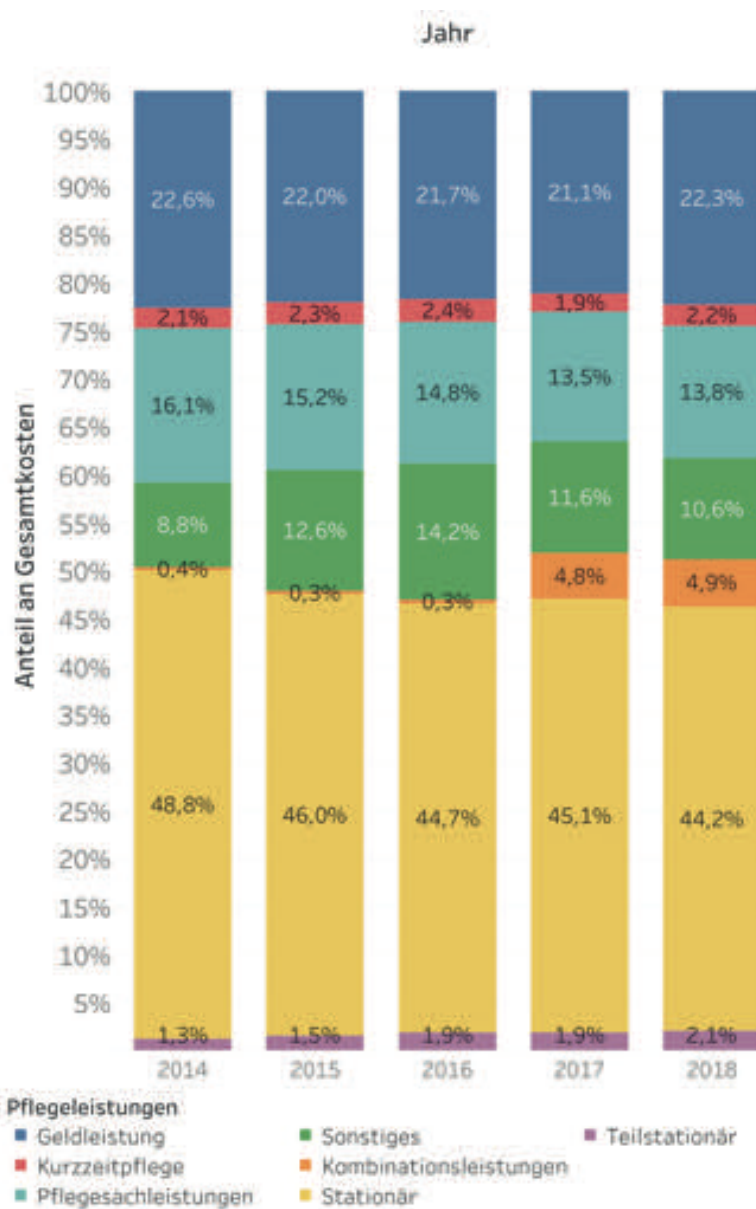
während der Anteil bei den Daten der Statistik PG 2 deutlich stärker abfällt (28,1 % in 2014 und 21,2 % in 2018).

Abbildung 58: Gesamtausgaben pro Jahr (2014–2018) für Pflegeleistungen unterteilt in verschiedene Leistungsbereiche



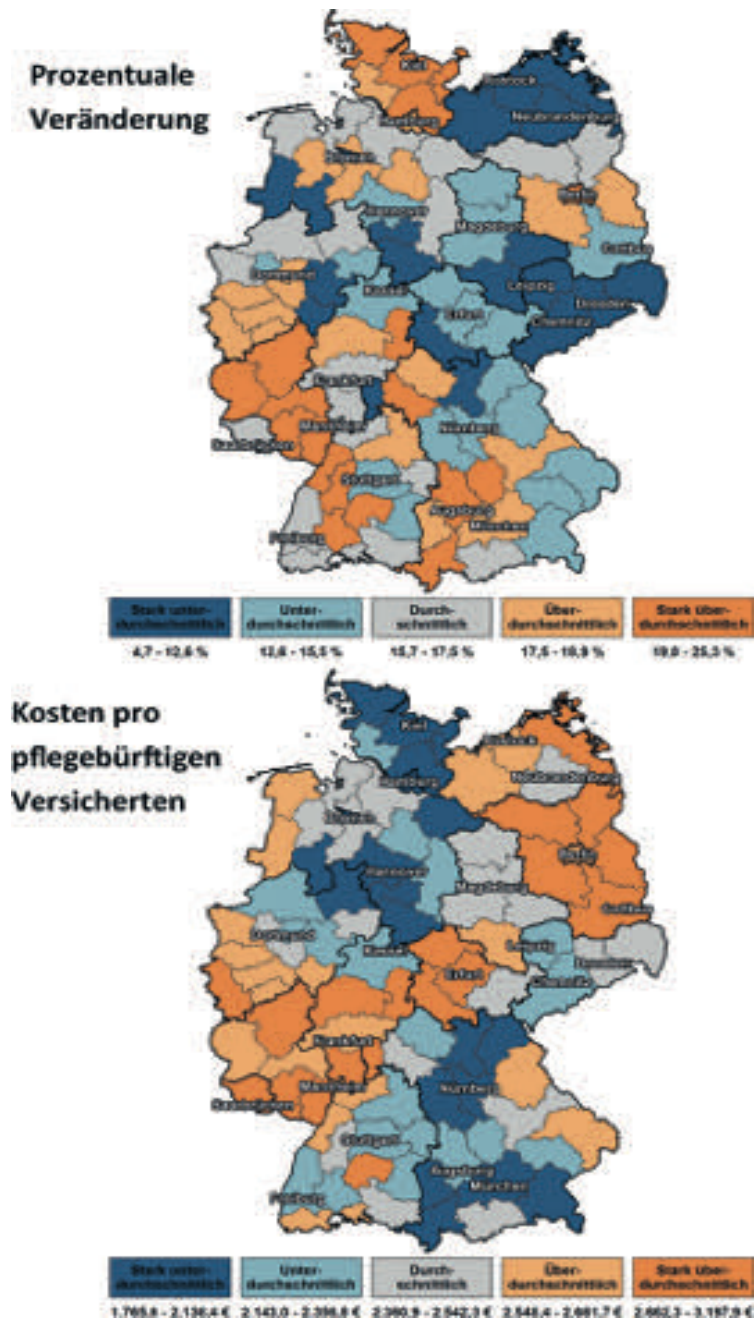
Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 59: Anteil der Ausgaben in verschiedenen Leistungsbereichen an den Gesamtausgaben 2014–2018 für Pflegeleistungen pro Jahr



Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 60: Prozentualer Anstieg der SPV-Leistungsausgaben für Pflegegeld pro Pflegebedürftigen (tagesgenau) von 2016 zu 2017 je Raumordnungsregion. Die hervorgehobenen Grenzlinien kennzeichnen die 16 Bundesländer



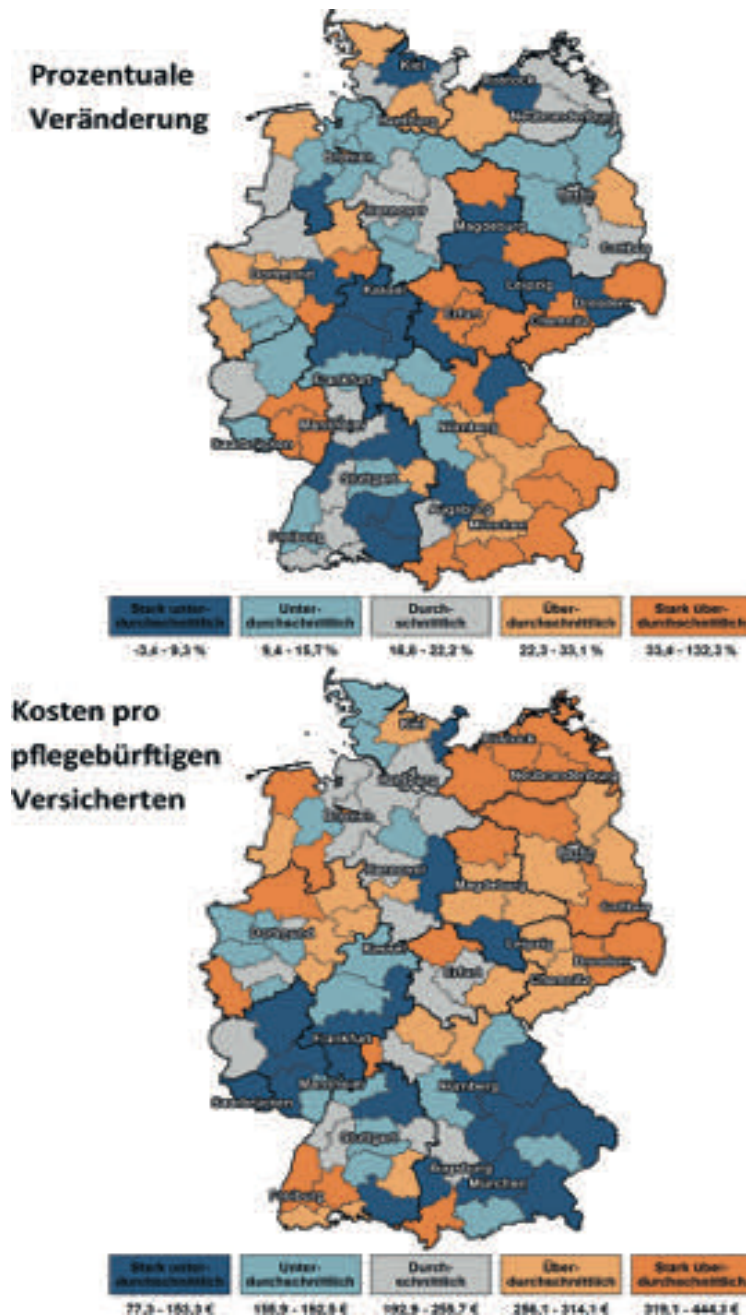
Quelle: Eigene Darstellung.

Der prozentuale Anteil der SPV-Leistungsausgaben für Pflegegeld pro Pflegebedürftigen ist von 2016 zu 2017 in Gesamtdeutschland gestiegen (siehe Abbildung 60). In Mecklenburg-Vorpommern, sowie Sachsen stieg er nur gering und im Vergleich zu den übrigen Regionen Deutschlands stark unterdurchschnittlich. Die Raumordnungsregion mit der geringsten prozentualen Veränderung ist Bayerischer Untermain mit 4,7 %. In Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein sowie Teilen Baden-Württembergs und Bayerns hingegen stiegen die Ausgaben für Pflegegeld prozentual am stärksten. In der Raumordnungsregion Rheinpfalz gab es den höchsten Anstieg mit 25,3 %. Hieraus lässt sich jedoch nicht zwangsweise schließen, dass in den Regionen mit hohem Anstieg im Jahr 2017 generell höhere Leistungsausgaben zu verzeichnen sind. In der Grafik mit der Kosten-Verteilung ist beispielsweise zu sehen, dass in Schleswig-Holstein, wo die Pflegeleistungen pro Person stark überdurchschnittlich gestiegen sind, die Höhe der Leistungsausgaben in 2017 stark unterdurchschnittlich ist.

Der prozentuale Anteil der SPV-Leistungsausgaben für teilstationäre Leistungen pro Pflegebedürftigen ist von 2016 zu 2017 in Gesamtdeutschland größtenteils gestiegen, jedoch gibt es ein paar wenige Raumordnungsregionen, in denen dieser gesunken ist (siehe Abbildung 61). Die Spannweite ist mit -3,4 % in der Region Ostthessen und 132,3 % in der Region Oberland sehr groß. Auffällig ist der östliche Teil Bayerns, in welchem die Kosten für teilstationären Leistungen pro Pflegebedürftigen von 2016 zu 2017 überdurchschnittlich bis stark überdurchschnittlich stiegen. Die Kosten in 2017 sind in dieser Region jedoch stark unterdurchschnittlich.

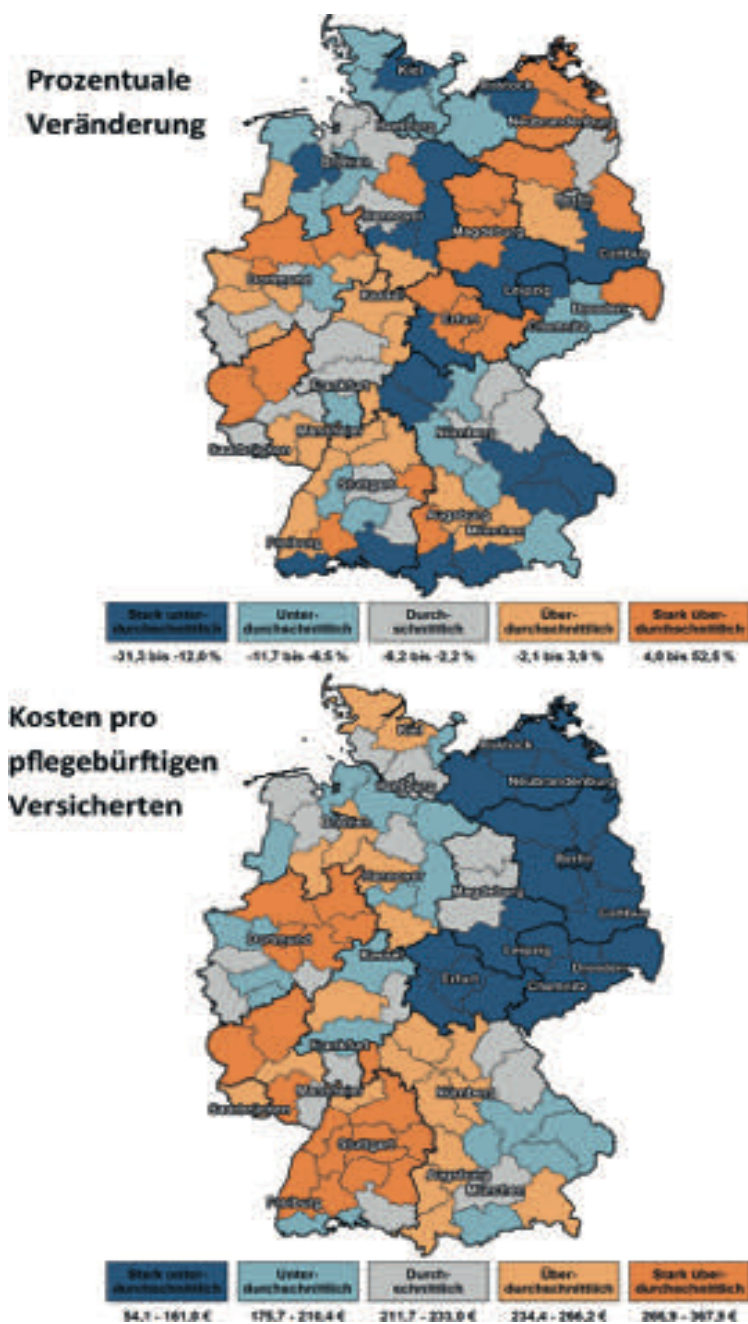
Die Ausgaben für Leistungen in der Kurzzeitpflege pro Pflegebedürftigen sinken von 2016 auf 2017 in großen Teilen Deutschlands (siehe Abbildung 62). Die Kosten nehmen mit 31,3 % in Landshut am stärksten ab, in der Raumordnungsregion Mecklenburgische Seenplatte mit einem Wert von 52,6 % am meisten zu. Räumlich gesehen scheint es kein besonderes Muster zu geben, nach dem die Kosten in den Raumordnungsregionen steigen und sinken. Auffällig ist jedoch, dass in Ostdeutschland die Pro-Kopf-Kosten für Kurzzeitpflege flächendeckend stark unterdurchschnittlich sind, was darauf hindeutet, dass in diesen Gebieten die Leistung der Kurzzeitpflege seltener in Anspruch genommen wird als in den übrigen Regionen Deutschlands. Stark überdurchschnittliche Kosten für Kurzzeitpflege pro Pflegebedürftigen sind 2017 in Baden-Württemberg, dem nördlichen Nordrhein-Westfalen sowie Rheinland-Pfalz und Saarland zu verzeichnen.

Abbildung 61: Prozentualer Anstieg der SPV-Leistungsausgaben für teilstationäre Leistungen pro Pflegebedürftigen (tagesgenau) von 2016 zu 2017 je Raumordnungsregion. Die hervorgehobenen Grenzlinien kennzeichnen die 16 Bundesländer



Quelle: Eigene Darstellung.

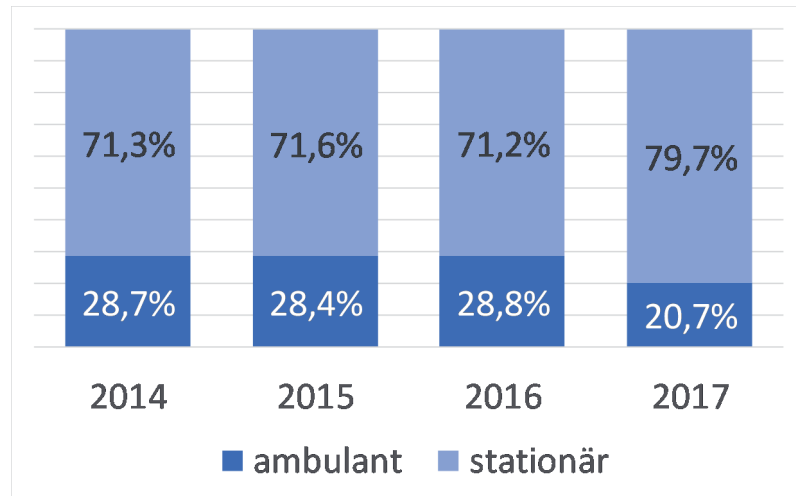
Abbildung 62: Prozentualer Anstieg der SPV-Leistungsausgaben für Leistungen der Kurzzeitpflege pro Pflegebedürftigen (tagesgenau) von 2016 zu 2017 je Raumordnungsregion. Die hervorgehobenen Grenzlinien kennzeichnen die 16 Bundesländer



Quelle: Eigene Darstellung.

5.3.2 Untersuchung von Sozialleistungen als Hilfe zur Pflege

Abbildung 63: Anteil ambulant/stationär versorgter Sozialleistungsempfänger mit Leistungen „Hilfe zur Pflege“



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019(1), eigene Berechnung und Darstellung.

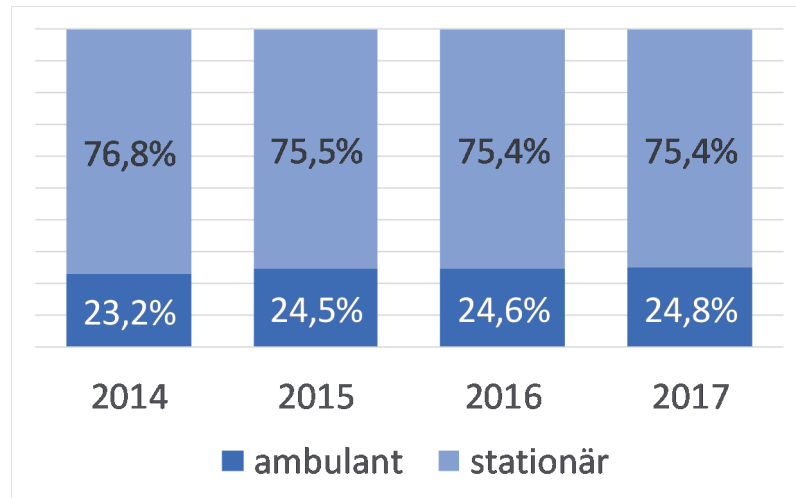
Der Anteil ambulant gepflegter Sozialhilfeempfänger sinkt 2017 von 28,8 % auf 20,7 % stark ab (siehe Abbildung 63). Die Anzahl Versicherter mit Leistungen der Sozialhilfe, die ambulant außerhalb von Einrichtungen versorgt werden, reduziert sich ebenfalls stark um 39,8 %. Die der stationär innerhalb von Einrichtungen Gepflegten fällt nur schwach um 4,9 %. Dass trotz steigender SPV-Kosten pro Person, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich die Sozialleistungsempfänger 2017 sinken, lässt darauf schließen, dass die Pflegebedürftigen hinsichtlich ihres zu leistenden Eigenanteils mit Einführung des neuen Pflegebegriffs in 2017 entlastet wurden. Sowohl ambulant als auch stationär gibt es hierbei regional große Unterschiede (vgl. Abbildung 65). Im ambulanten Sektor sank die Anzahl der Leistungsempfänger für „Hilfe zur Pflege“ von 2016 auf 2017 im Saarland am stärksten mit 54,4 % und am schwächsten in Hamburg mit 22,3 %. Auch im stationären Sektor gab es im Saarland den stärksten Rückgang an Empfängerzahlen, nämlich 13,6 %. Im Gegensatz dazu stiegen die Empfängerzahlen von „Hilfe zur Pflege“ in Sachsen-Anhalt um 4,3 %. Nahezu gleich blieben die Empfängerzahlen im stationären Sektor in Bayern, Rheinland-Pfalz und Hessen. In den übrigen Bundesländern sanken die Empfängerzahlen.

Die Gesamtausgaben sinken 2017: ambulant um 9,1 %, stationär um 11,2 % (siehe Tabelle 13). Der Anteil an Ausgaben für ambulant und stationär versorgte Sozialleistungsempfänger mit Leistungen „Hilfe zur Pflege“ an den Gesamtausgaben hat sich von 2014 bis 2017 kaum verändert (vgl. Abbildung 63). Die Ausgaben pro Fall sind ambulant deutlich um 33,8 % gestiegen und stationär um -5,8 %

gesunken. Im Gegensatz zu den Vorjahren sind 2017 die Pro-Kopf-Kosten im ambulanten Bereich erstmals höher als im stationären. Das Sinken der Pro-Kopf-Kosten im stationären Sektor ist vermutlich durch den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil bedingt. Auch regional zeigen sich hier Unterschiede, wie in Abbildung 66 zu sehen ist. So sinken die Ausgaben für Leistungen „Hilfe zur Pflege“ für Sozialleistungsempfänger in Schleswig-Holstein von 2016 auf 2017 am stärksten um 22,1 %. In Bayern hingegen ist mit 0,3 % höheren Leistungsausgaben nahezu keine Veränderung zu verzeichnen. Die nächst höhere Kostenabnahme ist mit 6,6 % in Sachsen verortet.

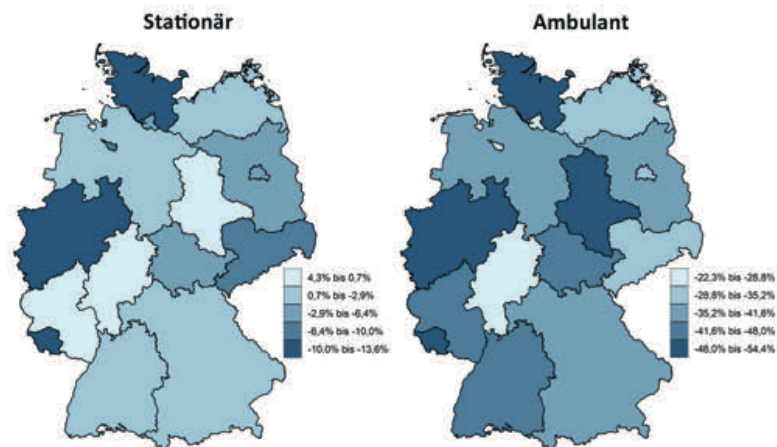
Aufgrund der lediglich bis 2017 öffentlich verfügbaren Sozialdaten für „Hilfe zur Pflege“, ist nicht ersichtlich, ob die finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen nur ein kurzer Effekt der Einführung des neuen Pflegebegriffs in 2017 ist, oder sich fortlaufend abzeichnet. Jüngste Untersuchungen weisen aber darauf hin, dass dies nicht der Fall ist. So berichtet das Ärzteblatt, dass der Eigenanteil im ersten Halbjahr 2019 auf 1.891 Euro pro Monat gestiegen sei. Dies mache 120 Euro mehr aus als noch im Januar des Vorjahres. Ebenfalls gebe es große regionale Unterschiede zwischen den Bundesländern. Den höchsten Eigenanteil zahle man demnach in Nordrhein-Westfalen (2.337 Euro) und den geringsten mit 1.331 Euro in Sachsen-Anhalt (aerzteblatt.de 2019). Aufgrund dieser Entwicklung wird der Ruf nach einer Sockel-Spitzen-Verkehrung, die den steigenden Eigenanteil begrenzen und die starren Sektorengrenzen auflösen würde, immer lauter (Evangelische Heimstiftung GmbH). Eine Entlastung der Angehörigen Pflegebedürftiger soll auch durch das erst kürzlich durch das Bundeskabinett beschlossene Gesetz erreicht werden, welches festlegt, dass Eltern und Kinder von Pflegebedürftigen erst ab einem Jahreseinkommen von 100.000 Euro brutto für die Heimkosten ihrer Angehörigen aufkommen müssen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2019).

Abbildung 64: Anteil Ausgaben für ambulant/stationär versorgte Sozialleistungsempfänger mit Leistungen „Hilfe zur Pflege“ an den Gesamtausgaben



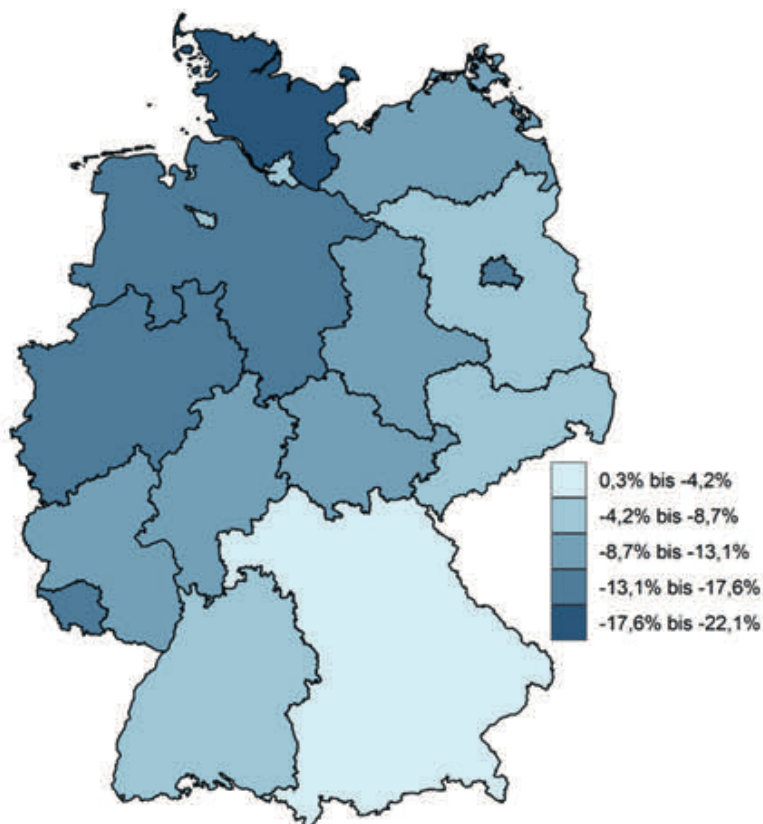
Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019(2), eigene Darstellung.

Abbildung 65: Prozentuale Veränderung der Leistungsempfänger-Anzahl von 2016 zu 2017 für Sozialhilfeleistungen „Hilfe zur Pflege“ je Bundesland



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019(2), eigene Darstellung.

Abbildung 66: Prozentuale Veränderung der Bruttoausgaben der Sozialhilfe für die Sozialhilfeart „Hilfe zur Pflege“ von 2016 zu 2017 je Bundesland



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019(2), eigene Darstellung.

Tabelle 13: Kennzahlen der Sozialhilfe zur Pflege von 2014–2017

Sozialhilfe zur Pflege	2014	2015	2016	2017
Empfängerzahlen				
Ambulant Δ % zum Vorjahr	131.496	129.498 -1,5 %	128.066 -1,1 %	77.040 -39,8 %
Stationär Δ % zum Vorjahr	326.766	326.613 -0,0 %	317.286 -2,9 %	301.784 -4,9 %
Gesamtausgaben (Brutto, in Tsd.)				
Ambulant Δ % zum Vorjahr	928.982	1.001.406 7,2 %	1.066.331 6,1 %	969.580 -9,1 %
Stationär Δ % zum Vorjahr	3.078.298	3.079.183 0,0 %	3.263.885 5,7 %	2.934.711 -11,2 %
Pro Kopf Ausgaben (Brutto, je Pflegeart)				
Ambulant Δ % zum Vorjahr	7.065	7.733 8,6 %	8.326 7,1 %	12.585 33,8 %
Stationär Δ % zum Vorjahr	9.420	9.428 0,1 %	10.287 8,4 %	9.725 -5,8 %

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019(2) und eigene Berechnungen.

Literaturverzeichnis

aerzteblatt.de. (19. 08 2019): Kosten für Pflegeheime steigen weiter.
Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/105104/Sozialverband-kritisiert-finanzielle-Ueberforderung-vieler-pflegender-Angehoeiger>.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales: (2019). Online verfügbar unter <https://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze/angehoerigen-entlastungsgesetz.html>.

Bundesministerium für Gesundheit: (2019(1)). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflege-grade-neuer-pflegebeduerftigkeitsbegriff.html#c7651>.

- Bundesministerium für Gesundheit (2019(2)): Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>.
- Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung unterhaltsverpflichteter Angehöriger in der Sozialhilfe und in der Eingliederungshilfe. (19. August 2019). Online verfügbar unter <https://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze/angehoerigen-entlastungsgesetz.html>.
- Evangelische Heimstiftung GmbH: Sockel-Spitze-Tausch für bezahlbare Eigenanteile in der Pflege. Initiative Pro-Pflegereform beauftragt Prof. Rothgang mit zweitem Gutachten.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2019): Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Gemeinsam getragen von RKI und Destatis: Pflegebedürftige (Anzahl und Quote). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=25691459&nummer=510&p_sprache=D&p_indsp=105&p_aid=75553031.
- Lewin, Philip; Lange, Laura; Schulte, Timo; Hildebrandt, Helmut (2018): Regionale Unterschiede in der Pflegesituation sowie Analyse relativ zum Eintritt in die Pflegebedürftigkeit. In: Thomas Klie: Pflegerreport 2018. Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- pflege.de (2019): Online verfügbar unter <https://www.pflege.de/>.
- R Core Team (2019): R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria, Online verfügbar unter <https://www.R-project.org/> [abgerufen am 15.07.2019].
- Rothgang, Heinz (2019): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) Los 4: Statistische Untersuchung. Universität Bremen: im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
- Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas (2015). Pflegestärkungsgesetz II – eine erstaunlich großzügige Reform. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen* 69(5) S. 46–54.
- Soziales, B.f. (19. August 2019). Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung unterhaltsverpflichteter Angehöriger in der Sozialhilfe und in der Eingliederungshilfe. Online verfügbar unter <https://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze/angehoerigen-entlastungsgesetz.html>.

- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019(1)): Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII: Statistik d. Empfänger v. Leist.(5.-9.Kap.SGB XII). Empfänger von Sozialleistungen: Hilfe zur Pflege. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019(2)): Bruttoausgaben der Sozialhilfe: Deutschland, Jahre, Statistik d. Ausgaben u. Einnahmen der Sozialhilfe, Hilfe zur Pflege. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019(3)): Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegestufe. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html>.
- Swart, E., Gothe, H., Geyer, S., Jaunzeme, J., Maier, B., Grobe, T., & Ihle, P. (2014): Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen 3. Fassung; Version 2012/2014. Gesundheitswesen, S. 77: 120–126. DOI 10.1055/s-0034-1396815.
- Tableau (2019): 2019.2.2 [Software]. Online verfügbar unter <https://www.tableau.com/>.

6. Leben mit Pflegebedarf zwischen Vorsorge und Zukunftsängsten

Fallstudien über Kosten, Belastungen und die Finanzierung von Hilfe.

Christine Moeller-Bruker, Johanna Pfeil, Thomas Klie

Einzelfallstudien für den DAK-Pflegereport 2019

Ergänzend zur Analyse der GKV-Routinedaten (s. Beitrag Lewin et al.), zu den Ergebnissen der Bevölkerungsumfrage (s. Beitrag Haumann) und zur Analyse der Pflegeausgaben in Deutschland (s. Beitrag Rischard und Klie) wurden im Rahmen des DAK-Pflegereports 2019 neun qualitative Interviews geführt. Die daraus entstandenen Fallstudien fokussieren die Thematik der Kosten und Finanzierung in der Langzeitpflege und binden diese in die individuelle Lebenswelt von Menschen mit Pflegebedarf und pflegenden Angehörigen ein.²⁹

Insofern illustrieren die Fallstudien die statistischen Ergebnisse des Pflegereports, nehmen aber auch eine eigene, zusätzliche Perspektive ein: Ihr lebensweltorientierter Schwerpunkt liegt auf dem Individuum und seinen Erfahrungen, seinen Handlungsmustern und Bewältigungsstrategien im Alltag (vgl. Grunwald und Thiersch 2014). Die Einzelfallstudien ermöglichen es, ein tiefenscharfes Bild des individuellen Versorgungssettings zu zeichnen, das alle Akteure in den Blick nimmt, die an der Pflege und Sorge beteiligt sind: nicht nur jene, bei denen finanzielle Kosten entstehen, sondern auch unentgeltliche Hilfen, wie etwa soziale und technische Unterstützung. Auf diese Weise können die Fallvignetten exemplarisch zeigen, inwieweit nicht „nur“ Kosten finanzieller Art, sondern auch emotionale und mentale Belastungen, Grenzen und Einschränkungen entstehen. Sie decken auf, welche Wünsche und Hoffnungen, aber auch Ängste mit der Finanzierung von Pflegebedürftigkeit verbunden sind und welche Werte und Überzeugungen „dahinter“ stehen. Dabei wird auch – wo es passend erscheint – der biografische Kontext einbezogen (vgl. zur Einzelfallanalyse Mayring 2016).

Diese Elemente der Lebenswelt werden immer auch von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und sozialem Wandel beeinflusst – und stellen so eine Schnittstelle zwischen strukturellen Gegebenheiten und subjektiven Deutungen bzw. Handlungen dar. Somit dienen die Einzelfallstudien als Ergänzung, Erweiterung und möglicherweise auch als Korrektiv (vgl. Lamnek und Krell 2016; Brüsemeister 2008) statistischer bzw. quantitativer Makro-Perspektiven des DAK-Pflegereports 2019.

²⁹ Die Einzelfallstudien wurden unter der Mitarbeit von Sabrina Schwierk, Nora Schroeder und Pauline Michel erstellt.

Für die Fallstudien wurden sowohl Personen mit Pflegebedarf gem. § 14 SGB XI als auch pflegende Angehörige interviewt. Zum Zeitpunkt des Interviews waren die pflegebedürftigen Personen zwischen 64 und 97 Jahre alt; die meisten von ihnen erhielten Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegegrad drei oder vier. Dabei konnten eine Vielfalt an Versorgungssettings abgebildet werden: Circa die Hälfte der Personen mit Pflegebedarf lebt im Pflegeheim, andere werden in der Häuslichkeit versorgt und beziehen Pflegesachleistungen (gem. § 36 SGB XI), Pflegegeld (gem. § 37 SGB XI) oder Kombinationsleistungen (gem. § 38 SGB XI). Um Besonderheiten bestimmter Bundesländer berücksichtigen zu können – etwa landesspezifische Zusatzleistungen – wurden Personen aus unterschiedlichen Regionen Deutschlands ausgewählt. Dabei gestaltete es sich insgesamt als schwierig, Gesprächspartner*innen für diese Interviews zu gewinnen. Möglicherweise spiegelt sich in der eher zurückhaltenden Resonanz wider, was auch in den Ergebnissen der Bevölkerungsumfrage sichtbar ist: Pflegebedürftigkeit im Alter – gerade auch bzgl. Fragen der Kosten und Finanzierung von Hilfen – sind Themen, die für viele Personen mit Zukunftssorgen, Ängsten und finanziellen Risiken verbunden sind (s. Kap. 4.8). Zahlreiche Bürger*innen möchten sich mit diesen eher belastenden Themen nur ungern auseinandersetzen.

Die Interviews hatten eine Länge von 30 bis 45 Minuten und wurden telefonisch durchgeführt. Sie wurden aufgenommen und im Anschluss transkribiert bzw. paraphrasiert sowie anonymisiert. Die Gespräche orientieren sich an folgenden Leitfragen:

- Welche Erfahrungen haben Sie mit der Pflege gemacht? Wer unterstützt Sie im Alltag?
- Mit welchen Belastungen ist die Pflege für Sie verbunden (finanziell, körperlich, psychisch)? Worauf müssen Sie verzichten?
- Welche Kosten oder auch andere finanzielle Nachteile entstehen Ihnen durch die Pflege (z. B. Heimkosten, Kosten für Pflegedienst oder Haushaltshilfe)?
- Mussten Sie aufgrund der Pflege Ihre Berufstätigkeit reduzieren oder aufgeben (Opportunitätskosten)?
- Wie finanzieren Sie die erforderliche Unterstützung (über Pflegeversicherung, privates Vermögen, private Zusatzversicherung, Hilfe von Angehörigen, Sozialhilfe)?
- Fühlen Sie sich gut darüber informiert, auf welche Leistungen Sie Anspruch haben und wie man diese beantragt?

Außerdem wurde den Teilnehmenden ein aktuell diskutierter Vorschlag zur Reform der Pflegeversicherung vorgestellt – der sogenannte Sockel-Spitze-Tausch – und sie um ihre Einschätzung dazu gebeten.

Die interviewten Personen bzw. ihre Angehörigen haben überwiegend einen eher hohen sozioökonomischen Status, was anhand verschiedener Indikatoren festgestellt wurde. Zunächst wurden die Interviewten anhand einer Skala von 1 bis 10 um eine Selbsteinschätzung ihres sozioökonomischen Status gebeten. Dabei sollte (mit Blick auf die eigene Biografie als auch auf die aktuelle Situation) Vermögen, Bildung und berufliche Position berücksichtigt werden.³⁰

Auf Basis der Informationen aus den Interviews wurde zudem eine Fremdeinschätzung der aktuellen finanziellen Lage vorgenommen (von 1 „Interviewte*r befindet sich in prekärer finanzieller Situation“ bis 5 „Interviewte*r ist finanziell unabhängig“). Es zeigte sich, dass im Rahmen dieser Studie eher finanziell gut situierte Personen bzw. Personen mit einem erhöhten sozioökonomischen Status erreicht werden konnten. So besitzen die meisten Interviewten etwa ein Eigenheim; ergänzende Sozialhilfe-Leistungen der Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII wurden von keinem bezogen.

Bemerkenswert ist, dass trotz des vergleichsweise hohen sozioökonomischen Status auch schwierige finanzielle Lagen, Grenzen und Sorgen abgebildet werden können. Dadurch wird umso deutlicher: Auch Menschen, die sich als „gut situiert“ bezeichnen würden, können durch eine Pflegebedürftigkeit an ihre finanziellen Grenzen geraten.

Insgesamt berichteten die Interviewpartner*innen über ihre Lebenslage in einer sehr reflektierten und differenzierten Weise. Sie waren bereit, nicht nur Leistungserfolge oder Ressourcen zu thematisieren, sondern auch Zukunftsängste, Belastungen und Grenzsituationen. Umso mehr bedanken wir uns an dieser Stelle bei allen interviewten Personen für ihre Teilnahme und für ihre Offenheit, auch über persönliche und emotional besetzte Themen zu sprechen.

Basierend auf den Interviews wurde für jede interviewte Person eine Einzelfallstudie erstellt (s. Abschnitt 6.1). Indem jedes Interview zunächst einzeln ausgewertet wird, soll der Fall in seiner Einzigartigkeit dargestellt werden, ohne dass die Inhalte sich zu weit von der individuellen Erfahrungsgeschichte entfernen. Diese Fallstudien bilden die Grundlage für eine zusammenfassende, interpretierende Auswertung (s. Abschnitt 6.2). Das Vorgehen zur fallübergreifenden Analyse der Interviews orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2016), insbesondere an der inhaltlichen Strukturierung, und basierte ganz wesentlich auf einem reflexiven und interaktiven Prozess der Forschenden.

30 Die Gründe dafür, dass eine Selbsteinschätzung des sozioökonomischen Status gewählt wurde, liegen darin, dass die „klassischen“ Indikatoren (Bildung, Einkommen und berufliche Position) bei älteren Menschen aufgrund des Rentenstatus wegfallen oder – wie beispielsweise der Schulabschluss – mit aktuellen Klassifikationen nicht mehr vergleichbar sind. Studien zeigen, dass die Selbsteinschätzung des sozioökonomischen Status durchaus mit einer Fremdeinschätzung anhand standardisierter Kennzahlen vergleichbar ist (vgl. bspw. Demakakos et al. 2008).

6.1 Lebenswelten pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen

6.1.1 Heimunterbringung: Vermögen wird sukzessive aufgebraucht

Eigenständige Lebensführung	Frau Fischer ist über 90 Jahre alt und lebt in Baden-Württemberg. Sie war mehr als 40 Jahre lang berufstätig und ist Mutter eines Sohnes – Herr Fischer. Dieser ist bereits vor vielen Jahren von Zuhause ausgezogen. Frau Fischer war ihr Leben lang alleinstehend. Sie sei nie auf jemanden angewiesen gewesen, habe ihr Leben stets eigenständig bestritten.
Umzug ins Pflegeheim, zahlreiche Besuche	Vor drei Jahren zog Frau Fischer in ein Pflegeheim. In der nahen Umgebung lebt ihr Sohn mit seiner Familie. „Sie hat an und für sich regen Besuch“, erzählt Herr Fischer, der – zusammen mit seiner Frau und den Söhnen – die alte Dame regelmäßig besucht. Zudem telefonierten sie bei Gelegenheit. Auch Freund*innen besuchten sie in ihrem neuen Zuhause. Zu entfernter lebenden Freund*innen bestehe telefonischer Kontakt.
Körperliche Gebrechlichkeit nimmt zu	Herr Fischer erzählt, dass seine Mutter „[...] geistig hundertprozentig noch da ist“ und sich gut verständigen könne, auch „[...] wenn ihr irgendetwas nicht passt“. Frau Fischer trage in der Regel auch selbst dafür Sorge, dass sie die richtigen Medikamente nehme. Allein körperlich werde sie schwächer. So mache sich mittlerweile ein Gewichtsverlust bemerkbar. Auch ihre Anfälligkeit für Infektionskrankheiten sei gestiegen und sie brauche in der Regel recht lange, um sich von diesen zu erholen. Zudem benötige sie viel Schlaf: „Das sind halt alles solche Symptome, dass halt das Alter auch den Körper gerade ein bisschen zurücksetzt“, berichtet er.
Unterstützung durch ambulanten Pflegedienst	Vor wenigen Jahren habe man gemerkt, dass es für Frau Fischer schwieriger werde, alleine zu leben und sich eigenständig um alles zu kümmern. Herr Fischer berichtet, dass er seine Mutter habe bremsen müssen. Für kurze Zeit habe die alte Dame einen ambulanten Pflegedienst und „Essen auf Rädern“ in Anspruch genommen. Abends und morgens sei der Dienst zu ihrer Unterstützung gekommen. Einmal die Woche habe sie Hilfe beim Duschen erhalten. Die Unterstützung und Pflege selbst zu übernehmen kam für ihren Sohn, Herr Fischer, nicht in Betracht. Er berichtet: „Für uns wäre das ein zu hoher Aufwand gewesen, sie irgendwie zu Hause zu pflegen – wollte sie sowieso nicht.“
Entscheidung für das Pflegeheim	Die ambulante Pflege sei jedoch ebenfalls nicht ideal gewesen, da seine Mutter in dieser Zeit tagsüber immer alleine gewesen sei: „Die ganze Zeit war sie an und für sich alleine zu Hause und hat gewartet, bis halt irgendjemand kommt.“ Über die Unterstützung durch eine 24-Stunden-Hilfe hätten sie zu dieser Zeit nachgedacht, doch bestanden bauliche Hindernisse: Die Wohnung, in welcher Frau Fischer zu jener Zeit lebte, war zu klein. „Deswegen“, so Herr Fischer,

„haben wir uns also darauf eingeschossen, dass sie dementsprechend ins Pflegeheim kommt.“

Die Erfahrung mit dem Pflegeheim benennt Herr Fischer als gut. Er beschreibt die Wohneinheit als eine Art offene Wohngesellschaft – die Betreuungskräfte selbst würden für alle zusammen kochen. Das genieße die alte Dame. Zudem sei ihr Zimmer verhältnismäßig groß, sogar mit einem eigenen barrierefreien Badezimmer. „Also da kann man sehr zufrieden sein“, gibt Herr Fischer an.

Gute Erfahrung mit der stationären Versorgung

Dennoch übt er Kritik an der dortigen Versorgung: Er bemängelt, dass seine Mutter nicht mehr als einmal pro Woche geduscht und nur einmal im Monat gewogen werde. Beides empfindet Herr Fischer als unzureichend. Gewichtsverluste seiner Mutter würden damit nur spärlich dokumentiert. Er kritisiert jedoch nicht das Personal und deren Kompetenzen, sondern vielmehr deren zeitliche Kapazitäten, die es nicht erlaubten, allen Bewohner*innen täglich Unterstützung beim Duschen anzubieten. Die Fluktuation des Personals sei derweil sehr hoch, was es Frau Fischer schwierig mache, sich auf Betreuungs- und Pflegekräfte einzulassen. Er führt den ständigen Wechsel des Personals auf die Arbeitsbedingungen in der Einrichtung zurück. Die Angestellten seien dort für die Betreuung, Pflege und das Kochen zugleich verantwortlich. Sein Eindruck sei, dass das nicht allen „liege“.

Und dennoch: Kritik

Der Pflegebedarf von Frau Fischer führt aktuell zu einer Graduierung in Pflegegrad 3. Dies sei „in Ordnung“ und seine Mutter sei damit „gut bedient“. Gleichzeitig merkt er mehrfach an, dass die Pflegeleistungen „mehr sein könnten“. Weder Frau Fischers staatliche wie betriebliche Rente, noch das Geld der Pflegeversicherung reichen aus, um die Versorgung im Pflegeheim zu finanzieren. „Das Pflegeheim kostet sicher 4.000 Euro und so viel Rente kriegt sie nicht und so viel Unterstützung von der Pflegekasse auch nicht.“ Zurzeit finanzieren sie das Pflegeheim durch Rückgriff auf Frau Fischers angespartes Vermögen. Er fügt ergänzend hinzu: „Jetzt geht [...] einiges aus ihrem eigenen Kapital weg. Also, wie gesagt: Wir müssen garantiert jedes Jahr ca. 15.000 bis 20.000 Euro aus der eigenen Kasse zusteuern.“

Privates Vermögen muss eingesetzt werden

Dabei zeichne sich ab, dass Frau Fischers Vermögen nicht mehr lange ausreicht: „Ein bisschen Vermögen“ sei noch da, „aber bis 100 reicht es garantiert nicht. Ich schätze mal vielleicht noch zwei Jahre oder so etwas und dann muss man irgendwie mal etwas anders machen“. Er spricht von einer Grenze, die sich deutlich abzeichnet, ab der die Finanzierung des Heims problematisch wird – gerade, wenn die Eigenbeteiligung weiterhin ansteige: „Zum ersten Januar geht es dann noch einmal ein paar Euro hoch. Dann sind wir schon wirklich an der Grenze, wo ich sagen kann: Also, okay. Jetzt müssen wir langsam aufpassen, wie wir mit dem Geld, das sie noch hat, haushalten.“

Vermögen ist bald, vermutlich in zwei Jahren, aufgebraucht

- „... auf Schokolade und Obst verzichten ...“** Herr Fischer verfügt über keine Strategie, um mit den steigenden Kosten und dem sich abzeichnenden „Zur-Neige-Gehen“ des Eigenkapitals umzugehen. Er plant stattdessen, Einsparungen in der Lebensführung vorzunehmen: „Dann gibt es halt keine Luxusartikel mehr. Dann muss sie die Hose tragen und muss sie dementsprechend auf Schokolade und Obst verzichten und nur das nehmen, was im Pflegeheim zur Verfügung steht.“
- Zusätzliche Kosten** Neben den Kosten des Pflegeheims berichtet Herr Fischer von einer Vielzahl zusätzlicher Kosten. Dazu gehören Rezeptgebühren, Kosten für Nahrungsergänzungsmittel (die seine Mutter bei extremem Gewichtsverlust zu sich nimmt), Körperpflege- und Hygieneprodukte (die das Pflegeheim nicht bereitstellt), Kleidung sowie Nahrungsmittel (die sie sich besonders wünscht). Eine Befreiung von den Rezeptkosten habe Herr Fischer beantragt, allerdings ohne Erfolg. Gelegentlich besorgten Herr Fischer und seine Kinder „Alltägliches“ selbst, zum Beispiel Produkte zur Körperpflege. Die Kosten trägt er dann in Teilen. Er betont: „Ich würde nicht ein Pfund darauf abrechnen mit ihr.“ Selbstverständlich tätige er für seine Mutter Ausgaben, diese seien „[...] aber nicht gravierend. Es ist höchstens³¹ Wenn es mal irgendwie etwas Größeres ist. Sie braucht einen Rock, eine Hose, Schlafanzug oder irgendwas. Da kann es sein, dass wir da auch mal an ihre Kasse gehen.“
- Ambivalente Haltung gegenüber der Pflegeversicherung** Seine Haltung gegenüber der Pflegeversicherung ist ambivalent. Zum einen ist er „[...] ja froh, dass es sie überhaupt gibt“. In Anbetracht der steigenden Pflegekosten, des hohen erforderlichen Eigenanteils und der Ausgaben, welche darüber hinaus anfallen, hält er die Leistungen der Pflegeversicherung jedoch für gering und hält eine Erhöhung um 200–300 Euro für angebracht.
- Kritik: Intransparenz der Pflegeversicherung** Er kritisiert im Hinblick auf die Pflegeversicherung zudem die Intransparenz, insbesondere bei der Erhöhung der Pflegekosten. Die Kosten – besonders die Eigenanteile der Heimkosten – würden steigen. Doch es sei nicht ersichtlich, wofür das Geld erforderlich sei bzw. ausgegeben werde, denn die erbrachten Leistungen des Pflegeheims und auch die Bezahlung der Pflegekräfte blieben unverändert. Er sagt: „Ich möchte an und für sich, dass [...] meine Mutter die Leistung auch weiterhin bekommt und wenn sie 100 Euro mehr zahlt, dann muss sie auch 100 Euro Leistung mehr bekommen“. Dabei fügt er hinzu: „Es kommt nicht an. Also die Leistung bleibt gleich, kann man sagen. Die Pfleger bekommen von dem Geld auch nicht viel. Das ist mehr dann irgendwo in der oberen Etage der Leute Sachen- [...] Irgendwo verpuffen die ganzen Sachen“.
- Wahrscheinlich kein Erbe mehr übrig** Herr Fischer gibt an, dass ihm die hohen Kosten und das schwindende Vermögen nicht „wehtun“ – seine Mutter leide allerdings darunter. Mit ihrem Vermögen habe sie ihren Sohn und seiner Familie eine finanzielle Sicherheit bieten wollen, was nun nicht mehr möglich sei: „Ihr tut es schon ein bisschen weh, weil sie hat einiges an-

³¹ Satzabbrüche werden mit einem „-“ markiert.

gespart gehabt und sie wollte auch, dass wir gut abgesichert sind, und das ist natürlich jetzt nicht mehr möglich durch das, dass sie jetzt in der Pflege ist.“

6.1.2 Häusliche Versorgung: Verzicht der Ehefrau als „Preis“

Nach einem Krankenhausaufenthalt ihres Mannes – die Entlassung erfolgte vier Monate zuvor – war es Frau Schwarz ein Anliegen, dass ihr Ehemann nicht auf Kurzzeitpflege und im Anschluss auf ein Pflegeheim angewiesen ist, sondern dass er wieder nach Hause kommt und dort von ihr und weiteren Unterstützer*innen versorgt und begleitet wird. Sie betont, dass es wichtig für ihren an Demenz erkrankten Mann sei, dass er bei bekannten Personen sei und sich im gewohnten Umfeld aufhalten könne. Ansonsten würde sich seine Erkrankung verschlimmern. Ergänzend stellt sie heraus: „Wir haben einen kleinen Garten hinter dem Haus und jetzt, wenn es nicht allzu heiß ist, sitzen wir dann nachmittags draußen und das genießt mein Mann. Also ich kann Ihnen gar nicht sagen, da blüht er richtig auf. Er kann seine Bedürfnisse nicht mehr mitteilen. Also er sagt mir nicht, ob er Hunger, Durst oder sonst etwas hat, er sagt mir nicht, wenn er auf die Toilette muss, ich muss das alles abfragen mit einfachen Sätzen, dass er nur Ja oder Nein sagen kann. Aber er macht hier einen zufriedenen Eindruck, also er ist auch nicht depressiv, also er ist irgendwie in seiner Welt zufrieden. Und allein das ist es schon wert, dass wir ihn Heim geholt haben. [...] Ich habe auch so das Gefühl, wenn wir da draußen im Garten sitzen, da sind die Vögel und Schmetterlinge, da sieht er die Blumen oder dann geht einmal ein Nachbar vorbei, der winkt dann. Dann winkt er zurück und wenn er fort ist, dann fragt er mich: ‚Wer war denn das?‘ [Die Interviewte lacht]“.

Das Ehepaar – beide etwas älter als 80 Jahre – lebt in Rheinland-Pfalz und besitzt ein Einfamilienhaus, das es selbst seit mehr als 50 Jahren bewohnt. Herr Schwarz ist in Pflegegrad 4.

Frau Schwarz verantwortet den größten Teil der Betreuung und Pflege ihres Mannes. Sie berichtet: „Ich mache selbst sehr viel. Ich tue ihm seinen Zucker messen und Insulin spritzen, dann hole ich ihn aus dem Bett und dann gehen wir auf die Toilette. Das Zähneputzen mache ich auch selbst mit ihm und dann ziehe ich ihn an, dann spritze ich ihm sein Insulin vorher noch, dann ziehe ich ihn an und dann gehen wir langsam runter. Dann tun wir eine Kleinigkeit frühstücken“.

Tagsüber begleitet sie ihn mehrmals beim „Sich-Hinlegen“ und Aufstehen und in seiner Mobilität: „Er kann ein paar Schritte- Also das mit der Treppe, das geht jetzt, weil ich ja dabei bin. Ich bin vor und hinter ihm und so. An und für sich laufen mit dem Rollator kann er, ganz kurze Strecken, vielleicht 15 Meter, und dann muss er sich wieder setzen. Dann wieder ein paar Meter, dann muss er sich wieder

Nach Krankenhausaufenthalt: Entlassung nach Hause

Unterstützung durch pflegende Ehefrau

Intensive Begleitung

setzen. Ich geh auch mit ihm spazieren, er muss ja laufen, er darf ja nicht nur sitzen und liegen und so machen wir das halt“.

**„... ich muss
den ganzen
Tag aufpas-
sen.“**

Wesentlich seien zudem die Toilettengänge: „Also, wenn er halt auf die Toilette muss, dann sagt er das auch nicht. Ich muss also regelmäßig mit ihm gehen und so bisschen habe ich ihn jetzt schon dran gewöhnt, dass wir wenigstens die große Toilette, dass wir das jetzt so hinbringen, dass das nicht alles in der Windel ist. Also, aber wie gesagt, ich muss den ganzen Tag aufpassen. Also morgens nach dem Essen oder wenn er nachmittags was gegessen hat, gehe ich jedes Mal mit ihm auf die Toilette, damit ein bisschen Gewöhnung wieder in diesen ganzen Ablauf da kommt. Aber, wie soll ich sagen? Das ist nun mal so. Ich denke halt, das Leben, unser Leben ist halt so“.

Dabei betont Frau Schwarz, dass die ersten Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus für sie extrem schwierig gewesen seien. Ihre Unterstützung werde dadurch erleichtert, dass ihr Mann „sehr friedlich“ und zufrieden sei, dass er keine Schmerzen habe, nachts durchschlafe und sich gegenüber Besucher*innen sehr freundlich verhalte. Über das Verhalten ihres Mannes berichtet sie: „Mein Mann ist von seiner Art her sehr ruhig, er ist nicht aggressiv, er schläft viel, er tut eigentlich alles, was man ihm sagt, soweit er es versteht. Er versteht vieles schon gar nicht mehr, aber, also er ist, wie soll ich sagen? Wie so ein kleines Kind, das aber brav ist und hört.“

**Pflegedienst,
Physiotherapie
und Tages-
pflege**

Zum Versorgungssetting, das Frau Schwarz in den vergangenen vier Monaten aufgebaut hat, gehört zudem ein ambulanter Pflegedienst. Dieser habe sie zu Beginn morgens und abends unterstützt. Nun seien die Pflegekräfte nur noch morgens im Einsatz. Zudem werde Herr Schwarz regelmäßig von einem Physiotherapeuten behandelt. Durch die Therapie könne ihr Mann wieder mit Hilfe eines Rollators gehen. Seitdem könne er auch die Tagespflege besuchen. Sie erzählt: „Er geht zweimal wöchentlich in die Tagespflege, wieder nach zwei Monaten, weil er wieder etwas laufen kann. Dort hat er auch einen Rollator, wo er sich bewegen kann. Und das finde ich eine sehr gute Einrichtung“.

**Kinder des
Ehepaares**

Herr Schwarz werde zudem von den Kindern des Ehepaares besucht. Frau Schwarz berichtet: „Wir haben drei Kinder, sie kommen regelmäßig und besuchen ihn, kommen wie es halt die Zeit erlaubt, sie sind ja auch berufstätig. Aber sie kommen wöchentlich, jeder einmal. Das tut ihm halt auch gut. Er antwortet dann auch, sie haben auch schon gelernt, ihm Fragen zu stellen, die einfach sind und so antwortet er dann auch, aber nicht in Sätzen, er spricht nur Worte. [...] Also sie kommen eigentlich nur zum Kaffeetrinken, wir machen uns da eine gemütliche Stunde, oder zwei Stunden. Da werden auch keine Probleme- Gut, sie sagen mir das schon, mein Mann versteht das ja gar nicht mehr. Aber sie sind jetzt auch so eingestellt, dass sie mich nicht mehr belasten mit ihren eigenen Problemen und sie wollen halt vor allen Dingen, wenn irgendwas passiert hier, immer

gleich Bescheid wissen. Und das ist für mich ja auch sehr angenehm, also sie sind für uns da. Sie können mir zwar jetzt direkt nicht helfen, das können sie nicht. Es sei denn mal sonntags, wenn sie frei haben oder samstags. Da helfen sie mir schon auch mal im Garten“. Manchmal übernehme ein Sohn bzw. eine Tochter auch die Fahrt zu einem*r Ärzt*in.

Eine privat organisierte Hilfskraft unterstützt das Ehepaar in der Gartenarbeit und beim Fensterputzen. Frau Schwarz bezeichnet diese Unterstützung als „große Erleichterung“. Sie führt aus: „Da kommt einmal wöchentlich ein junger Mann und pflegt meinen Garten, was da alles zu machen ist. Und wenn ich will, putzt er mir die Fenster und er hat mir sogar einen Gartenzaun gestrichen. Also das sind lauter solche Sachen, die ich einfach nicht machen kann, wo einfach keine Zeit mehr dafür da ist. Ja, das ist sehr positiv, sage ich mal“.

**Privat
organisierte
Hilfskraft**

Das Ehepaar könne zudem auf nachbarschaftliche Unterstützung zählen: „Wir haben eine gute Nachbarschaft und das ist für mich auch sehr gut. Ja, sie kennen halt jetzt alle meine Situation, sie sind auch alle sehr hilfsbereit, wenn mal was mitzubringen ist“. Einmal habe eine Nachbarin ihren Mann betreut, solange sie einen Arzttermin hat wahrnehmen müssen.

**Unterstützung
durch Nach-
barschaft**

Mit diesem Setting seien zahlreiche Kosten unterschiedlicher Art verbunden: Das Ehepaar hat Ausgaben für Hygieneartikel (wie etwa Inkontinenz-Slips) zu tragen, weil die Pauschale der Pflegekasse von 40 Euro nicht ausreicht. Außerdem seien Zuzahlungen für den Pflegedienst und die Tagespflege erforderlich. Finanzielle Unkosten entstünden außerdem aufgrund von Taxifahrten, die für Arztbesuche notwendig seien. Dass Pflegebedürftige u.a. mit Pflegegrad 4 seit Januar 2019 für ärztlich verordnete Krankenfahrten mit Taxi oder Mietwagen keine Genehmigung ihrer Krankenkasse mehr benötigen, ist offenbar nicht bekannt. Ausgaben entstünden zudem, um die Aushilfe für die Gartenarbeiten und den Fensterputz zu bezahlen. Diese ist anteilig über das Pflegegeld bzw. den Entlastungsbetrag gem. § 45 SGB XI finanziert.

**Entstehende
Kosten**

Insgesamt ist Frau Schwarz der Ansicht, dass Pflegeleistungen – insbesondere der ambulante Pflegedienst – vergleichsweise teuer sind: „Und die Pflege, muss ich sagen, also ich finde die Pflege zu teuer. Die Frauen, die da morgens kommen und meinen Mann waschen und frisch anziehen, sie sind- sie machen das sehr gut. Mein Mann macht einen sehr gepflegten Eindruck, aber in einer viertel Stunde ist das erledigt. Und die Frauen, die das machen, sie sind sehr abgehetzt, weil sei von einem Termin zum anderen rennen müssen, damit sie ihre Termine einhalten können. Und, also das tut mir wirklich leid, und ich kann nicht nachvollziehen, wieso die Pflege so teuer ist. Das kann ich einfach nicht, denn ich weiß, dass diese Frauen nicht sehr viel verdienen und sie sind auch eigentlich nur Ausländerinnen. Das sind osteuropäische Frauen und aus der Tschechoslowakei, es ist eine deutsche Frau dabei. Also ich habe

**Einschätzung:
Pflegeleistungen
sind ver-
gleichsweise
teuer**

jetzt nur Erfahrung mit vier, aber das wird allgemein so sein. Also, sie sind sehr nett, sehr freundlich und gehen auch sehr liebevoll mit meinem Mann um und machen ihre Sache sehr gut. Aber wenn ich jetzt mal einen anderen Termin haben möchte und ich rufe bei der Firma an, das ist unmöglich, das klappt nicht. [...] Also ich habe einen Pflegeplan gekriegt anfangs, ich nehme den jetzt schon gar nicht mehr an und da hat überhaupt gar nichts gestimmt, da hat nichts gestimmt.“

**Finanzierung
und Aufwen-
dungen**

Im Hinblick auf Fragen der Finanzierung wird deutlich, dass Herr und Frau Schwarz die meisten Kosten mithilfe von Leistungen der Pflegeversicherung begleichen: mittels Kombinationsleistung gem. § 38 SGB XI kann der Pflegedienst (anteilig) sowie die Bezahlung der Aushilfe (anteilig) erfolgen. Auch der Entlastungsbetrag gem. § 45b SGB XI wird für die Aushilfe herangezogen. Allerdings hat das Paar auch privates Vermögen einzusetzen, insbesondere für die Zuzahlungen gegenüber Pflegedienst und Tagespflege. Dazu berichtet Frau Schwarz: „Wir haben auch ein bisschen Geld gespart. Also wir haben schon vorgesorgt, also wir haben das eigene Häuschen, das haben wir sehr schnell zurückgezahlt, dass wir da keine Schulden haben mehr. Wir zahlen schon mal keine Miete. Und dann- Ich habe nur eine kleine Rente, weil ich durch die drei Kinder nicht viel arbeiten konnte. Und wir haben die Rente von meinem Mann. Also nur so kann man das finanzieren. Und dann halt noch ein bisschen das Sparguthaben. Wir haben schon immer darauf hingearbeitet, dass, wenn später mal etwas ist, dass unsere Kinder nicht für uns aufkommen müssen, finanziell sage ich mal. Und da haben wir jetzt auch ein bisschen Rücklagen.“

**Was tun, wenn
keine Rückla-
gen vorhanden
sind?**

Sie macht sich Gedanken über Personen, die im Laufe ihres Lebens keine Rücklagen haben bilden können: „Ich muss immer davon ausgehen, dass wir halt finanziell bisschen zurückgreifen können. Wenn ich mir vorstelle, Leute, bei denen alles auf ‚Null‘ geht, die haben schon große Schwierigkeiten.“

**Verzicht der
Ehefrau auf
Freizeit und
Erholung**

Ganz zentral wird das Versorgungssetting dadurch getragen, dass Frau Schwarz als Ehefrau auf Lebensinhalte, die ihr vor der Pflegebedürftigkeit ihres Mannes bedeutsam waren, verzichtet. Der Verzicht berührt ihre Freizeit und persönliche Lebensführung in mehrerlei Hinsicht. Er betrifft Hobbys wie das regelmäßige Singen in einem Chor, das Schwimmen und die Möglichkeit, in Ruhe einkaufen gehen zu können. Sie erzählt: „Früher hatten wir ein gutes Leben, wir haben auch viel unternommen und viel gemacht, jetzt hat sich das halt durch die Krankheit geändert und ich habe mich darauf eingestellt. Also für mich selbst persönlich bleibt nicht viel übrig, ich habe über 40 Jahre im Chor gesungen. Das musste ich jetzt alles aufgeben, das ist mir schwergefallen. Viele sagen: ‚Du kannst doch abends gehen.‘ [...] Aber ich habe einfach nicht mehr die Lust, die Energie. Ich bin abends froh, wenn ich mich dann bisschen ausruhen kann. Und da er ja früh, sehr frühzeitig ins Bett geht, da habe ich immer abends noch so zwei Stunden für mich und das ist halt ideal.“

[...] Und ich bin immer sehr gern schwimmen gegangen. Das habe ich jetzt auch schon gemacht, wenn er in der Tagespflege ist, aber die letzte Zeit jetzt nicht mehr, weil einfach zu viel anfällt, was ich dann da auch erledigen muss. Und wenn ich jetzt Schwimmen gehe, da fahre ich in einen anderen Ort, weil da ein schönes Schwimmbad ist und ich habe dann immer Angst, ich stehe im Stau, oder- Ich gehe nur Schwimmen, wenn ich wirklich den ganzen Tag mal nichts vorhabe und frei bin und auch Lust habe. Ich bin manchmal einfach nur zu müde. Ich bin einfach zu müde, mich zu bewegen, obwohl, wenn ich im Wasser bin, das tut mir sehr gut. Ich mache das auch schon- Ich mache das schon über 40 Jahre, wo ich regelmäßig Schwimmen gegangen bin. Seit wir so im Rentenalter sind haben wir uns trotzdem immer viel bewegt bis jetzt die Krankheit von meinem Mann anfang“.

Das Einkaufen betreffend erzählt sie: „Wenn ich jetzt selbst mal schnell zum Hausarzt muss, da komme ich auch schnell dran, weil sie meine Situation kennen. Dann versuche ich das morgens zu machen, in der Zeit, wo er schläft. Und sonst gehe ich eigentlich nirgends- Ich gehe morgens einkaufen, schnell. Und nachmittags bin ich halt zu Hause, dann bin ich einfach da, da gehe ich nicht mehr fort“.

Sie ergänzt: „Eigentlich gehe ich selbst gerne mal raus einkaufen, dass ich auch mal was Anderes sehe. Ich gehe gerne einkaufen, da treffe ich auch mal jemanden wo ich mal- Ja, ja, ja“.

Insgesamt bringt Frau Schwarz zum Ausdruck, dass sie Anstrengungen solcher Intensität nicht erwartet hätte. Sie sei froh über ihre vergleichsweise stabile gesundheitliche Situation und insbesondere die Tagespflege sei ihr eine wichtige Unterstützung geworden. Dazu führt sie aus: „Er geht zweimal wöchentlich in die Tagespflege [...] und das finde ich eine sehr gute Einrichtung. Also das ist, das ist für mich so eine große Erleichterung, dass ich die zwei Tage auch mal für Dinge habe, die ich mal machen will oder ich gehe eigentlich gar nicht viel aus dem Haus“.

Von den Pflegefachkräften des Pflegedienstes habe Frau Schwarz schon einiges lernen können. Sie sei sehr daran interessiert, so viel wie möglich alleine machen zu können. Dafür nennt sie zwei Gründe: Zum einen entspräche die Uhrzeit, die der Pflegedienst für die abendlichen Einsätze anbieten könne, nicht ihrem Tagesablauf. Sie habe mehrfach darum gebeten, dass der Pflegedienst abends später komme. Allerdings wären um diese Zeit keine Termine frei gewesen. Zum zweiten bestünden hierfür finanzielle Gründe. Frau Schwarz erzählt: „Wie gesagt, ich habe da immer aufgepasst, wie die Frauen das machen und das klappt jetzt ganz gut. Und dann habe ich das [die Unterstützung am Abend, Anm.] schon mal abbestellt bei der Pflegefirma und habe dadurch auch sehr, sehr viel Kosten gespart. Das macht ja unheimlich viel aus, wenn man da einige Sachen selbst übernimmt. Also ich kann Ihnen sagen, das

„Ich gehe morgens einkaufen, schnell.“

Ehefrau: große Anstrengung

Nach Möglichkeit: Pflegen lernen und „selbst machen“

macht für uns, für meine Situation 1.000 Euro aus, und das ist eine Menge Geld. Das ist eine Menge Geld“.

**Finanzierung
von Hilfen:
Pflegebera-
tung ist hoch
relevant**

Um über Unterstützungsleistungen informiert zu sein und sich diese ggf. auch erschließen zu können, war für Frau Schwarz die Pflegeberatung wesentlich. Sie bedauert, dass sie erst nach einiger Zeit mit der Pflegeberatung in Kontakt gekommen ist. Sie sagt: „Wie gesagt, wichtig wäre halt, ganz wichtig wäre halt, dass man vom ersten Tag an eine Beratung zur Seite gestellt kriegt, die nur speziell für die eigene Sache zuständig ist und die einem da helfen kann und sagen kann und beraten kann. Das wäre eine große Erleichterung, also wenn sich das in der Pflege ändern würde, das fände ich gut. Und ich habe ja erst nach 4 oder 6 Wochen erfahren durch ein Schreiben von der Pflegekasse, dass es sowas gibt, ich wusste es ja vorher gar nicht, gell“.

Bedeutend sei die Beratung auch im Hinblick auf die Finanzierung der Pflege, unabhängig davon, ob formelle oder informelle Hilfen erforderlich seien. „Und wie gesagt, ich muss nochmal sagen, mit der ganzen Antragstellung und dem Kram, da sollte wirklich am Anfang jemand da sein, der einem hilft, weil das ist einfach zu viel. Die Pflege – und das noch dazu – und vieles versteht man nicht und es gibt so viel, es gibt so viele Möglichkeiten, die man nicht weiß, und die man auch nicht ausschöpfen kann, weil man es nicht weiß. Und es könnte einem eigentlich eine Erleichterung bringen. Finanziell, sage ich jetzt einmal“. Auf diesem Weg habe sie zum Beispiel von der Möglichkeit des Entlastungsbetrages und der Kombinationsleistung erfahren.

6.1.3 In der Kritik: Intransparenz bei Leistungen und Kosten

**Pflegebedürf-
tigkeit seit
2017**

Frau Wagner ist Mitte 70 und lebt in Baden-Württemberg. Sie und ihr Ehemann sind Eltern von drei Kindern. Gemeinsam besitzen sie ein Eigenheim, in dem sie vor Frau Wagners Umzug in ein Pflegeheim gemeinsam wohnten. Herr Wagner arbeitete vor seiner Rente als Versicherungsvertreter; Frau Wagner übernahm die Arbeit im Haushalt und sorgte für die gemeinsamen Kinder. Seit 2017 ist Frau Wagner pflegebedürftig. Sie lebt mit einer Demenz und leidet an starken Angstzuständen. Zunächst verblieb Frau Wagner zu Hause, wo ein ambulanter Pflegedienst und ihr Mann sie unterstützen. Als sich jedoch ihre Angstzustände verschlimmerten, zog sie vor einiger Zeit in ein nahegelegenes Pflegeheim.

**Demenz und
starke Ängste**

Während das Langzeitgedächtnis der älteren Dame durch die Demenz weitgehend „intakt“ geblieben sei, wurde das Kurzzeitgedächtnis jedoch stark beeinträchtigt. Die Demenz ließe „[...] immer wieder Situationen entstehen, die also nicht leicht sind“. So würde Frau Wagner während Besuchen im Pflegeheim häufiger sagen, dass sie nun nachhause gehen wolle. Mit der vaskulären Demenz

habe Frau Wagner starke Angststörungen entwickelt, die man nun durch Medikamente nur „[...] relativ in den Griff bekommen“ habe.

Die Symptome der Demenz seien sehr schnell aufgetreten. Zur Unterstützung nahmen Herr und Frau Wagner zunächst einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch. Einen großen Teil der Unterstützung – vor allem die Betreuung – übernahm Herr Wagner jedoch selbst. Aufgrund der Ängste entwickelte die ältere Dame umfangreiche Hilfebedarfe, die auch eine Betreuung in der Nacht erforderlich machten: „Das war so, dass sie ständig, Tag und Nacht, umherlief, immer wieder mal nicht sitzen blieb, aufstand und in der Nacht anfang zu schreien. Sie meinte immer, sie ist allein, und wenn man sagte, man ist doch da, das hat dann für drei Minuten gereicht, dann hat sie wieder angefangen“. Nach einer gewissen Zeit sei dies „[...] dann nicht mehr haltbar“ gewesen: „Wenn das jeden Tag so ist, dass sie um 3 oder 4 Uhr rum anfängt, dann müssen Sie froh sein, dass zwei, drei Stunden Ruhe ist. Dann ist es natürlich auf die Dauer. Dann halten Sie das nicht mehr durch“.

**Nächtliche
Unruhe**

Frau Wagner musste zur medikamentösen Behandlung mehrfach in der Psychiatrie aufgenommen werden. Herr Wagner überlegte, eine 24-Stunden-Kraft anzustellen. Nach Aussage des Personals in der Psychiatrie sei jedoch nur noch die Unterbringung in einem Pflegeheim denkbar gewesen. Deshalb kam es zum Umzug in die stationäre Einrichtung. Diese befindet sich in unmittelbarer Nähe des gemeinsamen Hauses, sodass Herr Wagner es binnen 15 Minuten gut erreichen kann. Er besucht seine Frau drei bis fünf Mal wöchentlich. „Immer einmal oder so, einmal, zweimal ist bei mir auch eine Pause drin.“ Die drei Söhne des Ehepaares besuchen sie wöchentlich, auch seine Schwester und Freund*innen seien häufig dort.

**Im Anschluss
an stationäre
psychiatrische
Behandlung:
Aufnahme im
Pflegeheim**

Mit dem Pflegeheim ist Herr Wagner „relativ zufrieden“. Ein Problem sei die hohe Belastung des Personals: Die Pflegekräfte seien „[...] sehr stark in Anspruch genommen, weil einfach die Besetzung [...] in der Regel zu gering ist“. Dadurch fehle Zeit für die Bedürfnisse der einzelnen Bewohner*innen. Auch „[...] räumlich könnte dieses Pflegeheim besser sein“. Es gäbe nur einen zentralen Speisesaal, in dem eine große Unruhe herrsche. Herr Wagner würde eine Teilung in kleinere Wohneinheiten bevorzugen. Er erzählt, dass er aufgrund des Zeitmangels des Pflegepersonals die Unterstützung seiner Frau während des Abendessens selbst übernimmt: „In der Regel legen wir die Besuchszeit auf das Abendessen und helfen ihr beim Abendessen, weil eben grad die Pflegerinnen da teilweise nicht so viel Zeit haben und sie [Frau Wagner, Anm.] zum Beispiel spontan sagt ‚Jetzt habe ich keinen Hunger mehr‘, und eine Minute später hat sie das vergessen und isst weiter“. Indem man mit ihr sitzen bleibe und weiter esse, könne man sie dazu bewegen, auch weiter zu essen. Dem Personal fehle dafür in der Regel die Zeit. Zudem müsse er sich darum kümmern, Bekleidung oder andere Alltagsgegenstände zu besorgen. Auch die Begleitung zu Ärzt*innen obliege ihm.

**Private Unter-
stützung im
Pflegeheim
notwendig**

Einkommen über Renten und Mieteinnahmen	Mittels seiner Rente erhalte er monatlich 2.600 Euro. Diese werde er vollständig für die Versorgung seiner Ehefrau im Pflegeheim auf. Ihm selbst bleibe eine „reduzierte Teilrente“, die er aufgrund eines weiteren Arbeitsverhältnisses bezieht. Darüber hinaus erhält er Mieteinnahmen von einem der Söhne, der weiterhin im Haus des Ehepaares lebt. Herr Wagner hält fest: „Normalerweise verlangt man von den eigenen Kindern keine ortsübliche Miete [...], aber in dem Fall, man kann es jetzt sagen, entweder ich muss jetzt die ortsübliche Miete oder- Der Sohn zahlt im Grunde genommen eine Unterstützung für mich, dadurch, dass er jetzt die ortsübliche Miete bezahlt.“ Frau Wagner bekomme nur eine sehr geringe Rente, da sie lange aufgrund der Erziehungszeiten nicht berufstätig war. Mit Hilfe seiner zweiten Rente sowie der Mieteinnahmen kann Herr Wagner die laufenden Kosten decken. Für „unvorhergesehene Ereignisse“, wie Reparaturkosten im Haus könne er jedoch kein Geld zurücklegen. Zusatzkosten würden sich jedoch sehr schnell ergeben.
Sonstige Ausgaben – und Einsparungen	Für eine neue Brille seiner Frau und eine Teilprothese im Gebiss habe er hohe Eigenanteile zwischen 250 und 600 Euro zahlen müssen. Da er nicht in der Lage sei, große Reserven anzusparen, seien solche Kosten problematisch. „Das, was man vielleicht ein bisschen auf die Seite bekommt, ist dann schon wieder weg“, berichtet er. Auch die Rezeptgebühren, die seine Frau monatlich zu leisten habe, seien hoch. Sie beliefen sich auf 50 bis 60 Euro. Neben den Kosten, die aufgrund der Pflegebedürftigkeit anfallen, benennt Herr Wagner auch Einsparungen. So hätten sich sowohl die Wohnnebenkosten als auch die Steuerbelastungen reduziert.
Alle Einnahmen verbrauchen sich vollständig	Herr Wagner stellt heraus, dass es im Fall weiterer Erhöhungen der Eigenbeteiligung für den Heimplatz problematisch werde, für diese Kosten aufzukommen. „Dann kommt wohl die Argumentation wahrscheinlich, ‚Haus verkaufen‘ und so weiter“, erzählt er. Allein in den letzten 15 Monaten hätten sich die Zuzahlungen um etwa 150 Euro monatlich erhöht. Für seine kalkulatorische Sicherheit seien diese Zahlen jedoch absolut erforderlich.
Einschränkungen in der Freizeitgestaltung	Einschränkungen machten sich vor allem in seiner Freizeit bemerkbar. Er sagt: „Die eigenen Einschränkungen sind natürlich schon da. Ich kann zwar ab und zu mal vielleicht für acht Tage oder zehn Tage in den Urlaub gehen, einfach mal um Abstand zu gewinnen, aber mehr ist natürlich nicht mehr drin. Früher konnte man doch zusammen auch mal Schiffsreisen oder sonst etwas machen. Also, das sind natürlich diese Einschränkungen, die da sind, von der Freizeit her.“ Herr Wagner gibt an, dass er sich „[...] am Anfang und im Nachhinein oder so nicht so arg gut informiert gefühlt“ hat, zum Beispiel im Hinblick auf die Frage, welche sozialen Dienste er in Anspruch nehmen kann. Vor allem die Beratung und Information beim Übergang von der ambulanten zur stationären Versorgung sei problematisch

gewesen. Durch die stationäre Versorgung falle die Beratung durch eine*n persönliche*n Sachbearbeiter*in weg – häufig habe er nicht mit derselben Kontaktperson noch einmal sprechen können, sondern sei „[...] dann irgendwo weiterverbunden worden“.

Darüber hinaus kritisiert Herr Wagner die Undurchsichtigkeit der Rechnungen von Pflegeleistungen – sowohl was die ambulante Pflege als auch das Pflegeheim betrifft. Die Rechnungen enthielten „[...] keinerlei Hinweise, wie sich die Zahlungen zusammensetzen“ und es habe auch keine Abrechnungsschreiben über die Pflegegeldzahlungen gegeben. Herr Wagner gibt an, dass eine Einsicht in die genauen Abrechnungen notwendig wäre, um zu wissen, auf welche Leistungen des Pflegeheims oder des Pflegedienstes man Anspruch erheben kann: „Es fehlt dann auch vielleicht ein Hinweis, welche Leistungen das Pflegeheim eigentlich erbringen muss, für das, was die Kasse bezahlt. Da habe ich keinerlei Erinnerung, dass da irgendwas in der Richtung an Information an uns oder an mich gekommen ist. Dass man eigentlich nicht weiß, was ist, und wo man unter Umständen ja auch das Pflegeheim mehr in die Pflicht nehmen muss. Oder dass man weiß, was sie im Pflegeheim sozusagen zusätzlich machen.“

Einem etwaigen Sockel-Spitze-Tausch in der Pflegeversicherung steht Herr Wagner positiv gegenüber – wenn dabei die jeweiligen Einkommensverhältnisse berücksichtigt werden. Er verbindet damit die Hoffnung, dass Betroffene nicht mehr wie bisher finanziell an ihre Grenzen stoßen: „So, wie die Situation jetzt ist, ist es eben für manche- Sie kommen an die Grenze oder müssen dann eben- Das ist ja bis jetzt so die Einstellung, auch vom Gesetz her, sie müssen dann anfangen, ihr Vermögen aufzugeben.“

Unzureichende Beratung während des Übergangs von ambulanter zu stationärer Pflege

Herausfinden, welche Leistungen mit dem Pflegegeld vergütet werden

Sockel-Spitze-Tausch: befürwortet

6.1.4 Lebensmotto: Auch im Alter selbständig und finanziell unabhängig leben

Frau Blau arbeitete zunächst als Verkäuferin, bis sie ein Handwerk erlernte und dort ihre Laufbahn bis zum Meisterbrief weiterführte. Anschließend absolvierte sie nebenberuflich im Fern- und Abendstudium ein Ingenieurstudium. Zur Zeit des Interviews ist Frau Blau 80 Jahre alt. Seit Anfang 2019 nimmt sie die Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegegrad 2 in Anspruch.

Frau Blau lebt in einer Kleinstadt in Sachsen, wo sie ein Haus besitzt, das sie und ihr Mann vor zwanzig Jahren gebaut haben. Nach dem Tod ihres Mannes vor sieben Jahren lebt sie dort allein. Das Eigenheim und das dazugehörige große Grundstück gepflegt und sauber zu halten, ist ihr wichtig. Sie beschreibt, wie dies den Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes positiv auffällt: „Die Mädels, wenn die kommen, sagen: ‚Sie haben so ein schönes Haus und bei Ihnen ist es wie geleckert‘. [...] Ich meine, da fühle ich mich dann wieder ein bisschen geehrt.“

Besonderer beruflicher Werdegang

Eigenheim

**Wichtig im
Leben: Unab-
hängigkeit**

Kein Verständnis habe sie für Menschen, die sich gehen lassen. Ihren Alltag organisiert und gestaltet Frau Blau selbst. Sie entscheide, an welchen Stellen sie Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen möchte. Wichtig sei ihr hierbei ihre Unabhängigkeit.

Jeden Tag, um Viertel vor sieben, erzählt sie, rufe ihr Sohn sie an. „Kontrollanruf“ nennt sie das scherzhaft. Ein Rat ihres Sohnes sei ihr wichtig geworden: „Mutti, igel‘ dich nicht ein!“. Dazu berichtet sie: „Ich versuche, meine Beziehung mit meiner Familie, als auch mit meinem Freundeskreis aufrecht zu erhalten.“ Es komme immer wieder vor, dass der Sohn sie abends nicht erreiche, weil sie auf einem Geburtstag eingeladen sei oder ein Konzert besuche.

Ihren Interessen nachzugehen und Freundschaften zu erhalten, sei allerdings nicht immer einfach. Auf einige Tätigkeiten, denen Frau Blau früher nachgegangen ist, verzichtet sie lieber, als von anderen abhängig sein zu müssen. So besuche sie beispielsweise gerne das Theater, sei aber hierbei durch schlechte Parkmöglichkeiten zunehmend eingeschränkt. Von Freuden lässt sie sich nur ungern mitnehmen: „Man ist dann auch wieder abhängig“, gibt sie zu Bedenken.

**Vor 20 Jahren
mit der Vorsor-
ge begonnen**

Für den Fall einer Pflegebedürftigkeit haben Fr. Blau und ihr Mann schon beim Hausbau vor 20 Jahren vorgesorgt: „Wir haben natürlich großzügig gebaut und in weiser Voraussicht alles pflegeleicht gemacht“, so beispielsweise den Badewanneneinstieg. Aufgrund der Erkrankung ihres Mannes sei außerdem ein Treppenlift eingebaut. Diese vorsorglichen baulichen Maßnahmen seien von der Krankenkasse zunächst nicht bezuschusst worden. Sie berichtet: „Wir haben uns unsere Hilfe schon selber eingeplant und gemacht ohne, dass uns einer hilft. Das haben wir selber finanziert und sind jetzt aber glücklich darüber. Ich sage immer zu meinem Sohn: ‚Der Vati hat das gewusst, dass ich das mal brauche‘.“

**Unterstützung
durch Pfl-
gedienst und
Entlastungs-
betrag**

Aktuell nimmt Frau Blau Unterstützungsleistungen des Pflegedienstes in Anspruch, vor allem für Hilfe beim Baden. Diese werden über die Pflegeversicherung finanziert. Den Entlastungsbetrag verwendet Frau Blau für Unterstützung bei Arbeiten im Garten und im Haushalt, beispielsweise fürs Fensterputzen. Was über die 125 Euro hinausgeht, zahlt Frau Blau selbst. „Ich versuche alleine, so gut als möglich, klarzukommen. Aber es sind dann eben Sachen, wo ich dann sagen muss: ‚Hier brauche ich Hilfe.‘“

Nach vielen Jahren der Eigenständigkeit nun Unterstützung in Anspruch nehmen zu müssen, empfindet Frau Blau als schwierig. Dazu führt sie aus: „Ich war immer in leitenden Positionen tätig und jetzt das Abhängig-Sein ist eigentlich so das Schlimmste, was mir passieren kann.“

Besonders unangenehm sei ihr die Unterstützung beim Ankleiden: „Das ist einem schon peinlich, wenn die Mädels mich so betüddeln wollen, und BH zumachen und: ‚Kommen Sie, wir helfen Ihnen die

Hosen anzuziehen“. [...] Das ist nicht gerade erfreulich, dass man sich da so zeigen muss“

Frau Blau lebt schon seit vielen Jahren in einer lebendigen Nachbarschaft. Vor allem zu einem Nachbarn sei dabei über die Jahre eine vertrauensvolle Freundschaft entstanden. Auf ihre Nachbarn könne sie sich verlassen, wenn Notstand herrscht – so beispielsweise, als ihr Mann schwerkrank wurde. Sie berichtet: „Ich vermeide das tunlichst, aber ich muss zum Beispiel sagen mein Nachbar hat die ganzen Jahre als mein Mann krank wurde, praktisch 2008 bis jetzt, hat er mir jeden Winter immer den Schnee geschippt. Da hat er gesagt: ‚Du brauchst bloß zum Haus bis zur Straße machen. An der Straße vorne, das mache ich alles.‘ Und ich habe 40 Meter Straße zu schippen und das hat alles der Nachbar mitgemacht und so.“

Nachbarschaft und Freund*innen

Auch nach einer Hüftoperation übernahmen Nachbar*innen Einkäufe oder begleiteten sie zum Arzt. Im Gegensatz zu ihren Kindern, die vor allem am Wochenende da sein können, leisten ihre Nachbar*innen auch unter der Woche spontane und unkomplizierte Hilfe. Ihr Beitrag bestehe auch darin, einfach „da“ zu sein, aufeinander acht zu haben und auch „mal nach dem Rechten zu sehen“. Frau Blau berichtet von einer Begebenheit, als sie für längere Zeit nicht im Haus war. Einer Nachbarin fiel auf, dass sie Frau Blau schon länger nicht mehr gesehen habe: „Der [Nachbar, Anm.] hat gesagt: ‚Wir sind einmal eingebrochen. Du warst nicht da und du hast nichts gesagt‘. Ich sage: ‚Ich wollte etwas sagen, da wart ihr nicht da‘. Da sagt er: ‚Wir haben mal geguckt, ob du nicht irgendwo in der Ecke liegst, oder so, in deinem Haus.‘ Also das muss ich sagen, da sind sie sehr aufmerksam und lieb.“

Spontane, unkomplizierte Hilfe durch Nachbar*innen

Frau Blau ist es wichtig, ihren Nachbarn für ihre Unterstützung eine finanzielle „Entschädigung“ zu leisten – teils über gelegentliche Aufmerksamkeiten: „Ich bin eine Gute, ich habe ihm [dem Nachbarn, Anm.] immer etwas gegeben. Eine Flasche Wein oder so.“ Durch die Beratung der DAK-Gesundheit (DAK-G) erhielt sie den Hinweis, sie könne diese nachbarschaftliche Unterstützung teilweise über den Entlastungsbetrag vergüten, was sie nun auch versuche zu tun.

Kleine finanzielle „Entschädigungen“

Auch für Besuche und Unterstützungen ihrer Kinder versucht Frau Blau, den Entlastungsbetrag zu verwenden. Dazu erzählt sie: „Das sind schon alleine die Fahrtkosten, die er [ihr Sohn, Anm.] hier hat, jedes Mal, von [einer Großstadt] oder auch wenn er mir mal was besorgen geht, das macht er ja sehr oft. [...] Aber da kann ich dann auch immer mal sagen: ‚Hier hast du mal 5 Euro, oder 10 Euro, mach das.‘ Ich meine, meine Kinder gehen nicht davon aus, aber es kostet ja auch alles Geld, wenn sie hierherkommen müssen und es ist ja nicht in jeder Familie selbstverständlich, dass sich die Familienangehörigen, um die Alten kümmern.“

Aufmerksamkeit auch für Kinder

Bei der Organisation und Finanzierung der beschriebenen Unterstützungsleistungen fühlt Frau Blau sich von der DAK-G gut beraten. Die Beraterin habe ihr Finanzierungsmöglichkeiten für den

- Zufriedenheit mit Beratung und Krankenkasse** notwendigen Umbau der Dusche und auch für die Verwendung des Entlastungsbetrags aufgezeigt. Es gebe in dieser Hinsicht „[...] viele Sachen, die ich gar nicht gewusst habe, dass es das gibt, aber wie gesagt, da bin ich gut beraten worden.“ Bei der Krankenkasse möchte sie deshalb bleiben, auch wenn sie kostenintensiver sei. „Es gibt Leute, die müssen jeden Monat oder jedes Jahr den Anbieter wechseln beim Strom oder so und am Ende wird es dann irgendwie doch teurer und dann gehen sie wieder zurück. So ein Sackhüpfen, also ich kann das nicht leiden. Ich bin seit 30 Jahren bei der DAK, es gibt günstigere Kassen, ich habe aber keine Probleme gehabt mit der Krankenkasse, also was soll denn das? Die zwei Pfennig oder die paar Mark, das wird sich beim Anderen wieder kompensieren, also ich habe da nichts dafür übrig.“
- Zusätzliche Ausgaben** Das von der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellte Geld reiche jedoch nicht für alle Leistungen aus, weswegen Frau Blau einen nicht unbedeutenden Teil der durch die Pflegebedürftigkeit entstandenen Kosten selbst zahle: von kleineren Aufmerksamkeiten an den Nachbarn über technische Unterstützung wie den Treppenlift bis hin zur finanziellen Vergütung von Gartenarbeiten. So vergüte sie einen Bekannten ihres Sohnes schon seit ein paar Jahren für die Unterstützung bei der Gartenarbeit. Sie erzählt: „Das habe ich selber bezahlt und das werde ich auch weiter machen, weil ich einen großen Garten habe. Ich muss das Geld, das ich habe, einteilen, aber es ist nicht so, dass ich hier irgendwie Probleme habe oder so. Ich habe das Glück, dass ich eine von denjenigen bin, die eigentlich noch eine recht gute Rente und eine recht gute Witwenrente haben.“
- Frau Blau: „gut situiert“** Frau Blau betont aber auch: „Ich bin nicht der Maßstab“. Sie selbst zählt sich zu den „gut situierten“ Menschen. Es gebe eben auch Personen, bei denen das Geld im Falle der Pflegebedürftigkeit nicht mehr reiche. Sie gibt zu bedenken: „Wenn manche ein Leben lang gearbeitet haben und trotzdem bloß die Mindestrente haben, dann ist das schon sehr hart. Ich sage das mal so wie es ist, also die dann mit dem auskommen müssen- Und auch noch die Pflegeleistung- so üppig ist sie nicht.“
- Dass sie sich die Unterstützungen nun leisten kann, führt Frau Blau auf ihre berufliche Entwicklung zurück. Sie berichtet: „Ich hatte eine Schwägerin, sie hat genauso lange gearbeitet wie ich, aber sie war ein Leben lang Verkäuferin. Und ich habe durch mein Studium dann andere Funktionen bekleiden können und das macht sich dann auch im Verdienst bemerkbar und auch in der Rente bemerkbar.“
- Reform der Pflegeversicherung** Eine Lösung zu finden, um die Pflegeversicherung fairer und sozialer zu machen, hält sie für schwierig. Einerseits habe nicht jeder die Möglichkeit, zu studieren und entsprechende lukrativere Berufe auszuüben: „Es müssen sich ja auch ein paar die Finger dreckig machen“, sagt sie. Andererseits hänge die finanzielle Situation im Alter auch teilweise von der eigenen Vorsorge ab: „Es ist schwer, das allen recht zu machen. Das für alle so zu machen, dass sie gut

leben, aber auf der anderen Seite werden auch die einen oder anderen sagen: ‚Wieso denn? Wir haben uns auf den Hintern gesetzt und haben noch nebenbei studiert oder irgendwas, und wieso sollen die jetzt fast genauso viel kriegen wie ich und haben weniger leisten müssen?‘ Aber es ist schwer zu beurteilen. [...] Ich bin nicht in der Regierung, aber ich möchte es auch nicht sein. Vor allen Dingen, weil manchmal zu viel Ungerechtigkeiten auch hausgemacht und produziert werden.“

Frau Blau würde eine Reform der Pflegeversicherung im Sinne eines Sockel-Spitze-Tauschs befürworten – allerdings in erster Linie für diejenigen, die lebenslang berufstätig waren und aufgrund niedriger Gehälter nicht in der Lage waren, in eine Zusatzversicherung einzuzahlen; nicht für Menschen, die nicht berufstätig waren: „Man müsste sich dann wieder angucken: hat er auch gearbeitet oder hat er ein Leben lang nicht so viel getan? [...] Es gibt ja auch Leute, die nicht ganz so versessen sind zu arbeiten.“

**Einschätzung
zur Sockel-
Spitze-
Verkehrung**

Die Pflegeversicherung könne also nicht alles auffangen – im Alter und bei Pflegebedürftigkeit die erforderlichen Leistungen finanzieren zu können, ist für Frau Blau in erster Linie das Ergebnis eigener Anstrengung in der Vergangenheit; Altersarmut könne durchaus selbstverschuldet sein. Vorsorge zu treffen, liege in der eigenen Verantwortung – sie selbst habe zum Beispiel den altersgerechten Bau des Hauses sowie verschiedene Anschaffungen zur Alltagserleichterung selbst finanziert. Dazu berichtet sie: „Wir haben das alleine bezahlen müssen. Wir haben gebaut und das war unsere Sache, wie wir das machen. Und ein bisschen Eigenverantwortung müsste schon bei jedem da sein.“

**Vorsorgen für
das Alter:
vor allem
in eigener
Verantwortung**

Trotzdem ist sie bereit, im Falle einer Reform der Pflegeversicherung auch höhere Sozialversicherungsbeiträge zu akzeptieren. Vor allem Gutverdiener sollten hier zahlen, damit eine finanzielle Umverteilung möglich sei.

6.1.5 Trotz Vorsorge und doppelter Rente: Was passiert, wenn das Vermögen erschöpft ist?

Herr und Frau Berger sind über 83 Jahre alt und seit mehr als 40 Jahren miteinander verheiratet. Bis zu ihrer Rente war Frau Berger als Chefsekretärin einer großen Firma tätig. Sechs Jahre zuvor erlitt sie dann einen schweren Schlaganfall, was das Leben des Ehepaares auf den Kopf stellte. Herr Berger berichtet: „Sie kann vier Fremdsprachen und Steno und was weiß ich alles. Sie ist also eine gebildete Frau. Und dann kommt so ein Schicksal.“ Frau Berger kann sich mit geflüsterten Worten auf Aufforderung noch äußern und auch selbst Nahrung zerkauen. Aufgrund einer halbseitigen Körperlähmung ist sie bei den meisten Alltagstätigkeiten allerdings auf Hilfe angewiesen. Teilweise wird sie über eine Magensonde ernährt. Auch ihre Wahrnehmung und ihr Gedächtnis wurden durch

**Frau und Herr
Berger: seit
über 40 Jahren
verheiratet**

den Schlaganfall beeinträchtigt. „Meine Frau kann im Grunde gar nichts mehr“, berichtet Herr Berger.

- Heimaufenthalt** Nach dem Schlaganfall mit anschließendem Krankenhaus- und Reha-Aufenthalt sei schnell deutlich geworden: Frau Berger benötig einen Pflegeheimplatz. Zwar hatte Herr Berger zu Beginn noch die verschiedenen Möglichkeiten einer ambulanten Versorgung abgewogen. Diese wäre jedoch mit einem hohen Umbau- und Kostenaufwand für die Eigentumswohnung verbunden gewesen, die Herr Berger sich nicht mehr zugetraut habe. Entscheidend sei letztlich gewesen, dass Herr Berger den Eindruck hatte, seine Frau würde im Pflegeheim besser versorgt werden können als zu Hause. Am liebsten würde er die Pflege seiner Frau selbst übernehmen, doch dafür würden seine Kraft, aber auch seine medizinischen Fachkenntnisse nicht ausreichen. Er betont: „Ich würde es gerne tun, wenn ich es könnte. Aber das ist einfach nicht mehr möglich.“
- Unzureichende Beratung beim Übergang ins Heim** In der Zeit nach dem Reha-Aufenthalt habe Herr Berger sich allein gelassen und nicht ausreichend beraten gefühlt. Von der Reha sei sehr kurzfristig die Nachricht gekommen, seine Frau müsse nun einen Heimplatz suchen. „Und dann muss man selbst dann versuchen, das Beste für seine Frau zu tun“, berichtet Herr Berger. „Da wurde keine Rücksicht drauf genommen, dass man richtig informiert ist und so weiter. Also da [...] habe ich keine Unterstützung gefunden. Genauso auch einen Heimplatz zu finden.“
- Kritik an Intransparenz** Nicht nachvollziehbar ist für Herrn Berger darüber hinaus, dass er bei der Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen im Pflegeheim nicht anwesend war und auch im Vorfeld nicht informiert wurde. Wie die Einstufung in den Pflegegrad vorgenommen wurde, blieb für Herrn Berger deshalb vollkommen intransparent. „Und deswegen hatte ich jetzt auch hier bei der Krankenkasse angefordert [...], dass man mich da vorher informiert, damit ich dabei bin und selber mir ein Urteil bilden kann, was da angekreuzt wird und was da beurteilt wird. Denn das gehört so, finde ich, dass die Angehörigen dabei sein müssten.“
- Besuche im Heim** Herr Berger versucht, seiner Frau den Alltag im Pflegeheim so angenehm wie möglich zu gestalten. „Ich finde, wenn man so lange verheiratet ist, wir sind über 40 Jahre verheiratet, dann ist das eine Selbstverständlichkeit. Und ich weiß, wenn mir das passiert wäre, dann würde meine Frau genauso reagieren. Ich weiß nicht, ob man das als Liebe bezeichnen soll. Ich finde schon.“
- „Also ich habe im Heim überall Hinweise und Zettel angeklebt ...“** Jeden zweiten Tag besucht er seine Frau im Pflegeheim, früher sogar jeden Tag. Das könne er nun aber nicht mehr leisten: „Ich bin jetzt auch schon 83 Jahre alt, und für mich sind das auch Strapazen“. An den Tagen, an denen er seine Frau nicht besucht, telefoniert er mit ihr. Herr Berger organisiert den Alltag seiner Frau im Pflegeheim, indem er dem Pflegepersonal auf die besonderen Bedürfnisse seiner Frau hinweist: „Also ich habe im Heim überall Hinweise und Zettel angeklebt, damit einigermassen das Personal auch weiß, was wich-

tig ist. Z. B. die Gebisspflege jeden Abend, dass man da auch einen Gebisspflegekleber verwendet, damit das richtig haftet, und all diese Dinge, die ja wichtig sind für einen älteren Menschen. Und meine Frau kann sich dazu nicht äußern. Sie kann zwar bisschen sprechen, aber über bestimmte Dinge kann sie nicht richtig nachdenken und reagieren dann. Sodass ich also da mich auch immer wieder reinknien muss und sagen: ‚Mensch, das habt ihr wieder falsch gemacht oder das habt ihr wieder falsch gemacht.‘ Ich hab‘ mich da mit der Geschäftsleitung auch stark engagiert und versucht, da auch Verbesserungen in Bezug auf das Personal reinzubringen. [...] Dass wenn eine neue Pflegerin oder Pfleger reinkommt in das Zimmer, dass sie sehen: ‚der Patient aha, da muss ich drauf achten‘“.

Herr Berger nennt als Beispiel, dass seine Frau keinen Kaffee trägt. Trotzdem würde häufig eine Tasse Kaffee ans Bett gestellt. Solche Vorfälle seien zwar meist Kleinigkeiten, kommentiert Herr Berger, die aber zur Konsequenz hätten, dass der tägliche Ablauf manchmal nicht gut funktioniere. Bei seinen Besuchen im Pflegeheim kontrolliert Herr Berger auch regelmäßig den Kleiderschrank seiner Frau. Immer wieder komme es vor, dass sich im Schrank Kleidung anderer Bewohner*innen befinden würde oder auch persönliche Gegenstände verloren gingen.

Neben Herrn Berger gibt es nur wenige Personen, die Frau Berger besuchen. Eine langjährige Freundin sei gelegentlich vor Ort. Die Verwandten von Frau Berger wohnen in großer Entfernung. Der Kontakt kann also fast nur über Telefonate aufrechterhalten werden, was für seine Frau allerdings mit Schwierigkeiten verbunden ist. Er resümiert: „Und da kann man natürlich froh sein, dass man sich noch um seine Frau kümmern kann. Es gibt ja so viele Menschen, die alleine in dem Heim sind, und keine Hilfe haben. Und da ist keiner, der sich um sie kümmert“. Ohne die Hilfe von Angehörigen im Pflegeheim zu leben, bedeutet also nach Einschätzung von Herrn Berger, auf sich allein gestellt zu sein.

Das Pflegepersonal macht Herr Berger allerdings für diese Missstände nicht verantwortlich. Er schätzt den Pflegeberuf für die anspruchsvolle und anstrengende Tätigkeit, die damit verbunden ist: „Da muss ich immer wieder sagen: Hut ab für all diese Menschen, die da arbeiten müssen, die das tagtäglich machen, und die das da alles auch durchstehen müssen. [...] Als Pfleger oder Pflegerin zu arbeiten, das ist ein ganz anspruchsvoller Beruf.“ Auch wenn im Heimalltag seiner Frau manches auch falsch laufe, stellt er klar: „Das Pflegepersonal, da möchte ich nicht drüber schimpfen. Das sind die, die in meiner Hochachtung wirklich gut da sind, weil die sich wirklich aufopfernd kümmern. Die rennen nicht einfach so anonym und so weiter, die stellen sich auf die einzelnen Personen ein und sind ganz lieb und nett. [...] Das machen die alles schnell und mit Liebe, also da muss ich sagen: Hochachtung vor dem Personal.“

**Regelmäßige
Gespräche
und Kontrollen**

**Im Heim ohne
Angehörige:
aus seiner
Sicht problematisch**

**„Hochachtung
vor dem
Personal“**

- Zuzahlungen für Heimplatz** Für den Platz im Pflegeheim zahlen Herr und Frau Berger monatlich etwa 1.850 Euro hinzu. Die Rente von Frau Berger, die 1.200 Euro monatlich beträgt, wird dafür vollständig verwendet. Circa 650 Euro muss das Ehepaar Berger aus eigenem Vermögen zahlen: „Von all meinem Ersparten, was ich im Laufe meines Arbeitslebens erspart habe, geht jeden Monat da auch etwas in die Heimkosten rein“, erklärt Herr Berger. Seine eigene Rente benötige er für die allgemeinen Lebenshaltungskosten. Diese seien seit dem Umzug ins Pflegeheim fast gleichgeblieben, was bedeutet, dass die Heimkosten vollumfänglich eine zusätzliche monatliche Belastung darstellen, die die Lebenshaltungskosten jedoch nicht verringern. „Ich führe im Grunde jetzt zwei Haushalte“ – so fasst Herr Berger die finanzielle Belastung zusammen, die durch die Pflegebedürftigkeit seiner Ehefrau entstanden ist.
- Kritik an der Beteiligung profitorientierter Unternehmen in der Pflege** Seiner Einschätzung zufolge sind die Heimkosten im Vergleich zu den angebotenen Leistungen zu hoch: „Die Heimkosten, die sind dermaßen hoch geworden, da kann man im Grunde in einem Fünf-Sterne-Hotel wohnen, wenn man das jetzt geldlich vergleicht. Da könnte ich in einem Fünf-Sterne-Hotel wohnen und mich bedienen lassen.“ In diesem Zusammenhang kritisiert er die Beteiligung profitorientierter Unternehmen in der Pflege. „Man hört das immer wieder, dass sogar Aktiengesellschaften und so weiter in diese Pflegegeschichten reinstecken wollen, um Profit zu machen. Und das finde ich nicht gut. Da muss man die Hand draufhalten und sagen: ‚Solche Leute, die haben hier nichts in der Pflege zu suchen.‘ Das ist eine Geschichte, die muss neutral, kostendeckend abgehandelt werden, aber nicht, dass man da noch Profit draus zieht. Das finde ich nicht in Ordnung. Die können ihr Geld woanders investieren und woanders verdienen, aber nicht an alten Leuten und an Krankheiten, das finde ich nicht gut.“
- Zusätzliche Kosten, die entstehen** Kosten entstanden auch, als Frau Berger an Gewicht zunahm, da sie eine Vielzahl neuer Kleider brauchte. Herr Berger vermutet, dass die Gewichtszunahme mit der Kalorienzufuhr über die Magensonde zusammenhängt. „Meine Frau, die ist ein Trinkmuffel und sie isst auch nicht viel. So, und die überprüfen das natürlich immer im Heim, [...] wie viele Kalorien [...] sie zu sich nimmt.“ Ist das zu wenig, würden über die Magensonde zusätzliche Kalorien zugeführt. Für den Einkauf der neuen Kleidung seien Kosten entstanden, die nicht eingeplant waren: „Zuhause hängt der Kleiderschrank noch voll, aber das kann sie da alles nicht gebrauchen“, sagt er. Auch kleinere Gebrauchsgegenstände für den Alltag, wie etwa Stofftaschentücher, kaufe er für seine Frau ein. Frau Berger benötigte sie, um sich die Mundwinkel trocknen zu können.
- In Zimmerausstattung investiert** Beim Einzug ins Pflegeheim investierte Herr Berger in die Ausstattung ihres Zimmers. Er berichtet: „Wenn man da in so einem Heim so ein Zimmer kriegt, dann will man das ja auch ein bisschen nett gestalten. Da gehört erst mal ein kleiner Fernseher rein. Dann habe ich noch eine Kommode gekauft, so eine kleine, die da ins Heim

reinpasst, weil da sonst keine großen Möglichkeiten waren, etwas unterzubringen. Und paar Bildchen und eine Uhr.“ Auch hier handelt es sich um Kosten, die direkt durch das Leben im Pflegeheim entstanden sind und selbst getragen werden mussten.

Sorge bereitet Herrn Berger vor allem die Vorstellung, Beerdigungskosten für seine Frau und sich nicht bezahlen zu können, sollte das Ersparte irgendwann durch die Pflegekosten aufgebraucht werden. Er berichtet: „Wir haben immer versucht, ein bisschen Aktien zu kaufen und was weiß ich alles, um bisschen Geld anzusparen für schlechte Zeiten. Aber das wird immer weniger. Es kommen ja auch noch dann für uns beide, wenn der Punkt da ist, die Beerdigungskosten und so weiter. Wir können das doch nicht irgendwelchen fremden Menschen überlassen, für unsere Beerdigung und so weiter zu sorgen.“

Sorge, Beerdigungskosten nicht bezahlen zu können

Herr und Frau Berger sehen sich also in der Situation, trotz finanzieller Vorsorge und doppelter Rente in der Sorge leben zu müssen, ihre finanziellen Ressourcen aufgrund der Pflegebedürftigkeit restlos aufzubrauchen – denn mit solch schwerer Pflegebedürftigkeit habe Herr Berger nicht gerechnet. „Jeder möchte ja für sich das Beste und für seine Angehörigen auch das Beste. Im Grunde kann man nur das machen, was wir ja früher auch gemacht haben: Immer versuchen, irgendwo gewisse Reserven zu haben. Nur wenn jetzt der Punkt kommt, dass die Reserven aufgebraucht sind, dann kommt das Problem. Ich habe mit allem im Leben gerechnet, aber dass mir, oder dass uns mal so etwas passieren würde, so gravierend und so hart. Wir sind beide sportlich gewesen, haben uns gesund ernährt. Da rechnet man nicht damit, dass man plötzlich so ein Schicksal kriegt, ne.“

Sorge vor „aufgebrauchtem“ Vermögen – trotz Vorsorge und doppelter Rente

Unterstützen könne er seine bislang Frau nur, weil er zuletzt ein hohes Einkommen hatte und nun über eine entsprechend hohe Rente verfügt. „Ich muss sagen: ich war stolz auf alles, was ich geschafft und geleistet habe. Und das ist mir heute noch zugutegekommen durch meine gute Rente, ne. Und ich kann dadurch meine Frau unterstützen, also das auch noch.“

Stolz auf Vorsorge

Seine Erfahrung mit Pflege und Pflegebedürftigkeit ist, „[...] dass man nicht alt werden darf.“ Die Altenpflege sei in Politik und Öffentlichkeit lange Zeit vernachlässigt worden; erst in den letzten vier Jahren sei sie vermehrt thematisiert worden. „Nur die Politik hat da nicht richtig hingehört“, so Herr Bergers Erfahrung. Gleichzeitig sei es aber schwierig, eine politische Lösung zu finden, die allen gerecht würde. Jeder sei selbst dafür verantwortlich, Vorsorge zu treffen – wäre das nicht mehr nötig, bestehe die Gefahr, die Solidarleistungen auszunutzen. Er erklärt: „Manche sagen sich dann ja auch: ‚Interessiert mich alles nicht, das bezahlt ja nachher das Sozialamt‘ und verprassen alles. Was natürlich auch nicht in Ordnung ist. Die dann gar nicht in irgendeiner Form Vorsorge treffen und einfach dann sagen: ‚Gut, ich habe erfahren, wenn es mir mal schlecht geht

„...“, dass man nicht alt werden darf“

und ich kann nicht mehr, dann bezahlt das Sozialamt'. Das ist auch immer so ein Punkt, da gibt es ehrliche, anständige Menschen und andere, die das ausnutzen auf Kosten der anderen, was ich auch nicht gut finde.“

6.1.6 Versorgung im Pflegeheim: angesichts der Leistungen zu teuer

Umzug ins Pflegeheim	Frau Graf ist beinahe 100 Jahre alt und lebt in Baden-Württemberg. Bis zum Alter von 94 gestaltete sie ihr Leben noch weitgehend selbstständig und, seit dem Tod ihres Ehemannes, auch allein in ihrer Eigentumswohnung. Frau Graf ist kinderlos und arbeitete 40 Jahre lang als Chefsekretärin. Als ihre Hilfebedarfe nach einem Krankenhausaufenthalt mit anschließender Reha stiegen, entschied sie, in ein Pflegeheim zu ziehen. Aktuell bezieht Frau Graf Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegegrad 4.
Umfassende Betreuung durch Bevollmächtigten	Über ihr Leben in der Pflegeeinrichtung, ihre Wünsche sowie die Kosten und Finanzierung der Pflegebedürftigkeit berichtete der Ehemann ihrer Nichte, Herr Köhler. Dieser verwaltet die Finanzen und Anlagen von Frau Graf, beschafft Unterstützungsleistungen und ist Ansprechpartner unter anderem für das Pflegeheim: „Ich kümmer' mich halt um alles, was ist. Wenn sie vom Heim mich anrufen, dann komme ich. Die Wäsche, das wird alles dort gemacht. Das geht mich nichts an. Aber alles, was sonst noch an Rest ist, mache ich.“ Er übernehme diese Aufgaben gerne. Herr Köhler habe eine anspruchsvolle berufliche Position innegehabt und sei nun berentet, sodass er diese Tätigkeiten gut bewältigen könne.
Zahlreiche Besuche	Herr Köhler und seine Frau sind die wichtigsten Kontaktpersonen der alten Dame und besuchen sie häufig. Daneben gibt es mehrere Personen, die Frau Graf besuchen: Bekannte aus der katholischen Gemeinde, in der sie ehrenamtlich und auch nebenberuflich tätig war, eine ehemalige Nachbarin, eine Bekannte aus dem Gesangsverein und ihre Nichten. Es würde aber, so die Beobachtung von Herrn Köhler, ohnehin immer anstrengender für sie, Besuch zu empfangen. Sie schlafe viel; lange Besuche würden sie anstrengen. „Sie möchte jetzt einfach sterben“, berichtet er.
Umzug ins Pflegeheim und Verschlechterung der Lebensumstände	Im Gegensatz dazu sei Frau Graf zu der Zeit, als sie ins Pflegeheim umzog, sowohl körperlich als auch geistig noch fit gewesen. Seitdem habe sich jedoch vieles verändert. Überhaupt sei die Entscheidung für das Heim nicht leichtgefallen. Erst hatte sie gehofft, nach der Reha wieder eigenständig in ihrer Wohnung leben zu können. Das versuchte sie auch und Herr Köhler unterstützte sie dabei, obwohl er Bedenken hatte: „Ich wollte mir nicht vorwerfen lassen, dass ich sie gleich ins Heim gesteckt hätte. So heißt es ja heute – so landläufig.“ Der Einschätzung von Herrn Köhler zufolge gefiel es Frau Graf im Pflegeheim zunächst gut. Sie habe ein schönes Zimmer bekommen und sei gut betreut worden. Er beobachte jedoch, dass die Mitarbei-

tenden immer weniger Zeit hätten und ein ständiger Wechsel der Mitarbeiter*innen besteht.

Auch habe Frau Graf in ein weniger schönes Zimmer in einen anderen Teil des Gebäudes umziehen müssen. Von da an habe sich ihr Zustand verschlechtert. Der ständige Wechsel in der Mitarbeiterschaft sei hier noch höher, sodass die Bewohner*innen sich kaum noch an die Pflegenden gewöhnen könnten. Herr Köhler hat außerdem den Eindruck, das Personal habe kaum noch Zeit und berichtet: „Sie hat ja in dem Alter ein Gebiss, und sie sagt immer: ‚Ich kann schlecht essen‘. Dann habe ich gesehen, als ich mich mit ihr unterhalten habe, dass ihre oberen Zähne wackeln und dann hab‘ ich ihr Haftcreme gekauft. Aber da sagt Ihnen keiner so etwas wie: ‚Kaufen Sie der Frau Graf Haftcreme‘. Sondern das müssen Sie alles selber merken.“

Herr Köhler bemängelt zudem, dass das Personal sich zu wenig Zeit nehme, um ihn über das Befinden von Frau Graf zu informieren. So ist ihm auch negativ in Erinnerung geblieben, dass die alte Dame ihr Hörgerät verloren hat und dass man ihn darüber nicht informiert hat.

Um die Lage im Pflegeheim begutachten zu können, geht Herr Köhler häufig durch andere Stockwerke der Einrichtung. Auf diese Weise nutzt er die Besuche bei Frau Graf auch, um deren Schilderungen über die Umstände im Heim zu überprüfen. Er berichtet, der starke Uringeruch in den Stationen falle ihm auf. Vor allem die Haltung der Mitarbeitenden kritisiert er. Auf die Nachfrage, welche Lösungswege er vorschlagen würde, um die Situation im Pflegeheim zu verbessern, äußert er eine umfassende Kritik an den Pflegekräfte: „Man sagt immer, man müsste dem Personal mehr bezahlen. Sicher, sie sind nicht höchstentlohnt. Aber sie können einem noch so viel Geld geben- Ich würde auch nicht nein sagen, wenn sie jetzt zu mir sagen würden, sie zahlen mir jetzt einen Stundenlohn von 20 anstatt 18 Euro. [...] Aber dann müsste halt auch die Leistung da sein. Mir fällt auf, dass manche eben nur zum Geld abholen da sind.“ Verglichen mit den Kosten für die Versorgung in der stationären Einrichtung, seien die erbrachten Leistungen – so eine deutliche Kritik von Herrn Köhler – nicht genug.

In den letzten Monaten sei der Pflegebedarf von Frau Graf spürbar gestiegen. Frau Graf habe eine Demenz entwickelt, sodass längere Unterhaltungen nicht mehr möglich sind. Gerade deshalb würde die Kommunikation immer schwieriger – auch das verminderte Hörvermögen und eine geringe Sehkraft erschwerten ihre Gespräche. Der Kontakt zu Verwandten, v.a. durch Briefe, sei deshalb kaum mehr möglich. Auch ein ergotherapeutisches Angebot habe sie abgebrochen.

Von den für die Versorgung im Pflegeheim anfallenden Kosten zahle die Pflegeversicherung 1.775 Euro. Die eigene Zuzahlung allein für den Heimplatz belaufe sich auf fast 2.000 Euro, hinzu kämen Ausgaben für Hilfsmittel aus der Apotheke, die sich im Schnitt auf

Verschlechterung der stationären Versorgung

Eigene Unterstützung erforderlich – auch im Heim

Private „Begutachtung“ der Situation im Heim

Steigende Hilfebedarfe

Kosten und Finanzierung

30 Euro monatlich beliefen. Hinzu kämen Ausgaben für die Pflege des Gebisses und Hygieneartikel.

Frau Graf kann alle Ausgaben, die über die Leistungen der Pflegekasse hinausgehen, vollständig mittels ihrer Rente und Witwenrente decken. Ihr Vermögen bleibt somit „unberührt“.

**Sockel-Spitze-Tausch:
Fehlanreize
befürchtet**

Die Idee eines Sockel-Spitze-Tausches kann Herr Köhler nachvollziehen, vor allem für Personen mit niedrigem Einkommen. Dass aber der Eigenanteil gedeckelt werden soll, sieht er kritisch: „Ich bin schon für eine Selbstbeteiligung, weil alles, was nichts kostet, ist eigentlich nichts wert – und wenn es nur eine gewisse Beteiligung ist. Da bin ich schon dafür. Denn, wenn Sie alles umsonst bekommen – Es ist nicht gut. Das sehe ich als nicht so gut an. Weil dann wird man immer bequemer, immer fauler und dann sagt man: ‚Die zahlen es ja sowieso.‘ Das sehen Sie ja, wenn sie alle zum Arzt dauernd rennen, das sind alles Kosten.“ In der Idee, den Eigenanteil von Versicherten fest zu begrenzen, sieht er somit die Gefahr von Fehlanreizen und einem verantwortungslosen Umgang mit finanziellen Ressourcen. Er erklärt: „Es neigen halt viele dazu, wenn es die Allgemeinheit bezahlt, dann wird es genommen, egal was es kostet. Und da muss man halt aufpassen. Ich sage immer – deshalb schimpfe ich auch teilweise manchmal über die Politik – anderer Leut's Geld kann ich immer leicht ausgeben.“

6.1.7 Einschränkungen aufgrund von Pflegeaufgaben – bis hin zur Vernachlässigung der Selbstsorge

Das Ehepaar König ist über 40 Jahren verheiratet und lebt in einer Stadt in Norddeutschland in einem eigenen Haus. Herr König hat als Malermeister gearbeitet, seine Frau war früher bei der Staatsanwaltschaft beschäftigt, sie hat dort einen „Wahnsinnsposten bekleidet“, berichtet Herr König. All die Jahre über ist das Ehepaar nach Helgoland gereist. Auch für dieses Jahr hatten sie diese Reise geplant, mussten sie allerdings zum ersten Mal absagen. Wenn sie es schaffen, möchte das Ehepaar König in diesem Sommer jedoch noch einmal mit dem Auto nach Bayern fahren, das sei der Wunsch von Frau König. Auch dort verbringen sie seit 40 Jahren ihre Urlaubszeiten.

Pflegegrad 3

Seit Anfang 2018 nimmt Frau König Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegegrad 3 in Anspruch. Die Pflege übernimmt im Moment vollständig ihr Ehemann. Der Pflegebedarf besteht seit einer Hüftoperation. Demenz und Ängste beeinträchtigen das Leben der über 80 Jahre alten Dame, auch Einschränkungen beim Sehen machen den Alltag bisweilen schwierig. Herr König berichtet, dass seine Frau „psychisch angeschlagen“ ist, Eifersucht sei dabei ein großes Thema.

In ihrem Alltag wird das Ehepaar König von Frau Königs Schwester unterstützt, sie wohnt in der Nähe und kommt mindestens einmal pro Woche, um ihr die Haare zu machen. Die Schwester sei auch

bereit, darüber hinaus für ein paar Stunden vorbeizukommen, wenn Herr König mal außer Haus muss. Frau König hat noch eine weitere Schwester und einen Bruder, die ebenso in der Nähe wohnen. Beide kommen, wenn auch unregelmäßig, zu Besuch. Gerade vor kurzem seien alle zusammen essen gegangen, das sei dann auch schön, wenn alle zusammen sind, berichtet Herr König.

Zeitweise Unterstützung durch Geschwister

Darüber hinaus kommt alle 14 Tage eine Haushaltshilfe, die sich vor allem darum kümmert, die Betten zu beziehen. Eine hilfreiche Unterstützung wäre für Herrn König, wenn er „tatsächlich mal was machen könnte“, z. B. seiner Leidenschaft nachzugehen, seinen Oldtimer zu fahren. Das sei derzeit allerdings nicht möglich, weil seine Frau nicht länger als eine Stunde alleine zu Hause bleiben könne. Frühere Freund*innen des Ehepaares haben sich seit der Demenz zurückgezogen, Kontakte mit Nachbar*innen bestehen begrenzt.

Haushaltshilfe 14-tägig

Herr König berichtet, dass er durch die Pflege täglich einen „[...] 25-Stunden-Dienst erledigt“. Auch mit dem großen Haus gebe es immer viel zu tun. Er sei immer vor Ort und schlafe wenig; zudem seien zahlreiche Vorbereitungen zu treffen, um die anstehenden Termine einzuhalten, z. B. beim Psychologen oder anderen Ärzt*innen. Diese Termine stellten auch für Frau König eine große Belastung dar, da das Ankleiden lange dauere und Frau König sich manchmal dreimal umziehe oder die Kleidung falsch herum anziehe. Herr König dürfe sie dabei nicht drängen und hetzen, damit komme sie nicht zurecht.

Starke Belastung im Alltag

Ein „typischer“ Tag des Ehepaares beginnt damit, dass Herr König seine Frau morgens aufweckt. Dazu brauche er viele Versuche, weil sie immer wieder einschlafe. Wenn er um 7 Uhr aufsteht, kämen sie trotzdem nicht vor halb 10 zum Frühstück. Herr König hilft seiner Frau beim Ankleiden. Er lasse sie immer erstmal selbst machen, aber wenn er sie dann mit sich selbst schimpfen hört, geht er ihr helfen. Er meint: „Ja, ich dränge mich nicht auf. Ich sag‘ immer nur: ‚rufe, wenn du nicht weiterkommst‘“. Letztendlich helfe er ihr doch jedes Mal.

Hilfen beim Aufstehen und Ankleiden

Das Frühstück ist seit jeher die Zeit der Muße von Ehepaar König, was sie nach wie vor so praktizieren. Beim Essen brauche seine Frau ein bisschen Hilfe, der Umgang mit Messer und Gabel sei nicht mehr so, wie es mal war, berichtet Herr König. Am Abend legt er sich immer aufs Bett und entspannt, während seine Frau fernschaut oder im Wohnzimmer schläft. Bis Frau König abends gewaschen im Bett liegt, sei meist Mitternacht vorbei.

Frühstück als Zeit der Muße

Trotz der Einschränkungen durch ihre Schmerzen mache Frau König tagsüber immer noch viel, sie bewege sich viel, was sie auch tun solle. Herr König hilft dort, wo seine Frau es zulässt. Es ist ihm wichtig, dass sie nicht denkt, sie sei die „Nullrunde und kann nichts mehr tun“. Trotz seiner Bemühungen gelinge es ihm häufig nicht. Immer wieder müssen sie Termine wie den Reha-Sport absagen, weil Frau König dann nicht in der Lage sei.

Zahlreiche Aktivitäten

- Demenz** Da die Demenz die Orientierung von Frau König in hohem Maße einschränke, könne Herr König sie nicht länger als eine Stunde alleine zu Hause lassen. Das ist auch für die Einkäufe ein Problem. Herr König sei sehr gebunden, was er als Problem für sich selbst ansieht. Seine Frau sage zwar, er könne doch gehen, aber er möchte sie nicht alleine lassen, da er es schon erlebt habe, dass er nach Hause kam und Frau König nicht mehr da war. Eigentlich hätten sie eine Abmachung, dass man einen Zettel hinlegt, wenn man weggeht, aber das funktioniere nicht mehr. Wenn das passiert, berichtet Herr König, wird er auch wütend und schimpft heftig, obwohl er das nicht möchte. „Aber man hat ja auch Emotionen“, sagt er entschuldigend.
- Pflegedienst abgelehnt** Herr König berichtet, dass er in die Pflege und Betreuung seiner Frau sehr stark eingebunden sei und keine Freizeit mehr habe. Die Pflege sei eine immense Aufgabe, die er so gut wie möglich zu meistern versuche, die ihn jedoch ständig an seine Grenzen bringe. Die Option, dass ein Pflegedienst sie unterstützt, hätten sie bislang jedoch abgelehnt. Insbesondere seiner Frau, aber auch ihm, wäre die Anwesenheit fremder Menschen im Haus unangenehm. Er wolle nicht, dass fremde Leute im Haus durch die Zimmer gehen oder der ambulante Dienst einen Schlüssel für das Haus bekommt. Eine Problematik sei zudem, dass im Haus immer wieder Dinge fehlten und dass seine Frau durch ihre Krankheit dies der Pflegeperson, also der fremden Person, zur Last legen würde. Letztlich gibt er zu bedenken, dass seine Frau früher eben bei der Staatsanwaltschaft beschäftigt gewesen sei und deshalb wisse, „wie viele krumme Leute es gebe“. Deshalb habe sie ein Problem mit fremden Personen in der eigenen Häuslichkeit.
- Operation bislang abgelehnt** Herr König berichtet, dass er selbst stark inkontinent sei und dies durch die Pflegebelastung schlimmer werde. Sein Urologe empfiehlt ihm eine Operation. Herr König möchte die Operation allerdings nicht in Anspruch nehmen, weil er befürchtet, seine Frau wäre „am Ende“, wenn er ins Krankenhaus müsste.
- Kosten des Ehepaares** Hinsichtlich der Kosten bemerkt Herr König, dass sich durch die Pflegebedürftigkeit insbesondere die Ausgaben für Strom, Wasser und Heizung stark erhöht haben. Seine Frau König sei sehr kälteempfindlich und da sie schlecht sehe, müsse das Haus immer hell beleuchtet sein. Außerdem müsse er die Wäsche in eine Wäscherei geben, weil er das nicht mehr bewältigen könne. Weiterhin entstünden Fahrtkosten, um Termine bei Ärzt*innen und bei der Physiotherapie wahrzunehmen, sowie Zuzahlungen zu Medikamenten, die immer viel kosteten. Für diese Kosten und auch die Haushaltshilfe setzten sie das Pflegegeld ein. Dieses sei ausreichend, da „das alles [die Kosten, Anm.] noch überschaubar“ sei. Als Dankeschön für die Schwester von Frau König gehen sie ab und an miteinander essen.
- Grenzen der Belastbarkeit** Herr König befindet sich immer wieder an den Grenzen seiner Belastbarkeit, möchte allerdings die Pflegekasse und sonstige Unterstützung erst dann weiter in Anspruch nehmen, wenn es absolut

nicht mehr anders geht. Er sagt: „Wenn das noch schlimmer wird und nicht mehr tragbar ist, dann melde ich mich bei der Pflegekasse. Man sollte die Belastung oder Belästigung [der Pflegekasse, Anm.] so gering wie möglich machen, dass man erst selber versucht, alles mit allem gut klarzukommen, als wenn dann andere Leute eingreifen müssen. Ich weiß ja nicht, wie dort dann die Voraussetzungen sind, ob sie dann anweisen und dann bestimmen, dass jemand kommen muss oder so. Man muss das eben hinauszögern. Das wird sicherlich noch auf uns zukommen. Davon gehe ich ja aus, dass das nicht immer so weitergeht. Aber soweit wir beide das zusammen regeln können- Es sind manche Stunden schwierig genug, aber das ist ja auch das Leben. Ist ja nicht nur alles Sonnenschein“.

Konkrete Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten liegen dem Ehepaar nicht vor. Herr König erzählt: „Ja, informiert ist man ja insofern, indem man eine Broschüre hat. Und noch eine Broschüre und noch eine. Das hat man immer alles. Aber man würde es ja noch gar nicht in Anspruch nehmen. Und dann sind ja wieder Dritte beteiligt und das ist ja eine zusätzliche Belastung für meine Frau.“ Wenn er selbst krank würde – als Grund für eine Erkrankung sieht er vordergründig die Belastung durch die Pflege – müssten sie Hilfen in Anspruch nehmen. Wenn er z. B. ins Krankenhaus käme, würden sie die Kurzzeitpflege nutzen. Er ist sich jedoch unsicher, ob seine Frau „das durchstehen“ würde.

**Information/
Beratung**

Die Frage, welche Änderungen der Pflegeversicherung aus seiner Sicht erforderlich sind, bzw. welche Reformvorschläge er hat, beantwortet Herr König anhand zweier Befürchtungen und Missstände, die ihn beschäftigen. Er ist sich durchaus bewusst, dass ihre Situation schwierig werden könnte. Er sehe in der Nachbarschaft, dass Ehepaare im Alter aus finanziellen Gründen ihre Häuser verkaufen müssten. Zudem habe er früher bei seiner Arbeit in Pflegeheimen den Bewohner*innen angesehen, „wer ein bisschen Geld hatte und wer nicht und wer auch keine Verwandten und Bekannten mehr hatte“. Das beschäftigt ihn.

**Reform der
Pflegever-
sicherung**

6.1.8 Hohe finanzielle Belastung durch Zuzahlungen

Herr Hoffmann ist 80 Jahre alt, seit einigen Jahren ist er pflegebedürftig (Pflegegrad 2). Er lebt zusammen mit seiner Ehefrau, die ihn unterstützt, und erhält zusätzliche Hilfen durch einen ambulanten Pflegedienst. Zweimal wöchentlich besucht er die Tagespflege.

Herr Hoffmann ist aufgrund zahlreicher Erkrankungen auf Unterstützung angewiesen: Seine Frau hilft u.a. beim Ankleiden, ein Pflegedienst unterstützt beim Duschen sowie beim An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe. Die Pflege, die er erhält, beschreibt er als positiv. „Die Stunden, die dann da verwendet werden, das tut mir dann ganz gut“, berichtet er. Gleichzeitig erzählt er von einem Mangel an Handlungsoptionen, die er in Bezug auf seine Pflege-

**Umfassende
Hilfebedarfe**

bedürftigkeit bei sich selbst wahrnimmt. So äußert er zum Beispiel: „Wie gesagt, ich kann nicht viel machen“, oder: „Jetzt kann ich gar nichts mehr“.

Eingeschränkte Mobilität

Zum Gehen gebraucht Herr Hoffmann einen Rollator – außer Haus zu gelangen sei allerdings schwierig. Zudem bereite ihm die Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs Schwierigkeiten, sodass er entweder auf ein Taxi oder auf seine Tochter, die ihn gelegentlich fährt, angewiesen sei. Aktivitäten in der Freizeit, denen er früher nachgegangen sei, könne er heute nicht mehr erreichen; Sportarten von früher seien aufgrund einer Wirbeloperation nicht mehr möglich. Ein Freund habe ihn und seine Frau früher des Öfteren zum gemeinsamen Essen abgeholt, doch aufgrund des Älterwerdens seines Freundes bleibe dies nun aus.

Unterstützung des sozialen Umfeldes

Die Unterstützung durch seine Frau betrifft auch alle Aufgaben im Haushalt. Dort, wo er früher noch geholfen habe, könne er nun „[...] gar nichts mehr“. Eigentlich habe seine Frau den Haushalt eigenständig besorgt, doch das schaffe sie mittlerweile auch nicht mehr. Deshalb hat die Tochter angefangen, neben den Fahrten auch den Wohnungsputz zu übernehmen. Sie tue dies unentgeltlich. Die Situation ist für das Ehepaar dennoch nicht zufriedenstellend und sie würden seit längerem über eine Haushaltshilfe nachdenken. Allerdings müssten sie zunächst mehr darüber erfahren, welche Kosten auf sie hinzukämen.

Leistungen der Pflegeversicherung: ausreichend

Herr Hoffmann gibt an, dass seine Rente und die seiner Frau für ihre alltäglichen Bedarfe ausreichen. Das Geld „[...] kommt grad so hin“, sagt er. Auch das Geld, das er von der Pflegeversicherung bekommt – allerdings nur unter der Bedingung, dass die Pflegekosten nicht ansteigen: „Wenn es nicht teurer wird“, gibt er zu bedenken.

Zahlreiche Zuzahlungen erforderlich

Er berichtet, viele Zuzahlungen machen zu müssen – im Hinblick auf die Unterstützung des Pflegedienstes, aber auch bei seinen Medikamenten. Er berichtet: „Ich habe ja unheimlich hohe Arztkosten durch mein Insulin. Das summiert sich ja im Monat immer“. Daneben stellen Taxifahrten weitere nennenswerte Kosten dar, welche sich dazu addieren: „Das können Sie sich ja vorstellen, wie sich da das alles so zusammensummiert.“ Um Kosten für Taxifahrten zu vermeiden, versuche er, ab und an mit dem Bus zu fahren. Das sei jedoch „[...] immer schwierig“. Andere Kosten hingegen, wie etwa die Zuzahlungen bei Medikamenten, seien unausweichlich: „Wenn das dann, ja- Wenn wir an das Angesparte ranmüssen, dann ist es eben so“, sagt er.

6.1.9 Organisation des „Hilfe-Mix“: Balanceakt zwischen Arbeit und Pflege

Frau Grün hat vor drei Jahren die Pflege ihres heute 64 Jahre alten Mannes übernommen. Er war aufgrund eines Kammerflimmerns – eine schwere, lebensbedrohliche Herzrhythmusstörung – bewusst-

los geworden. Nach Krankenhausaufenthalten und einer Reha-Maßnahme geht es ihm heute zwar vergleichsweise gut – doch einige Beeinträchtigungen sind geblieben. Frau Grün erzählt: „Das mit der Reha hat ihm alles gut schon wieder ins Leben zurückgebracht und dann haben wir eben mit Logo und Ergo und Physio angefangen, die ihm das tägliche Leben eben auch erleichtern. Und ich finde, je länger das jetzt schon geht, desto besser wird das auch. Sicherlich niemals wieder so wie es war, aber so, dass ich eben entlastet bin im Prinzip, weil ich ja auch noch arbeiten gehe. Aber ja- Kann eigentlich zufrieden sein, dass wir ihn wieder so hingekriegt haben.“ Herr und Frau Grün leben in ihrem Eigenheim in Sachsen-Anhalt, er ist in Pflegegrad 3 eingestuft. Frau Grün arbeitet in Teilzeit als Lehrerin.

Pflegebedürftigkeit durch Herzrhythmusstörung

Über die Freizeit und Interessen ihres Mannes erzählt Frau Grün: „Das Einzige, was er noch macht und was ich ihm auch so sichtbar hinlege, sag ich mal, dass er darauf von alleine stößt, sind seine alten Bücher. Er hat sich früher viel für Archäologie interessiert und die Bücher lege ich ihm dann immer hin und da guckt er dann immer wieder mal rein und liest ein paar Seiten. Und er war früher immer sehr computerinteressiert. Ja, das geht aber heute eben auch nicht mehr. Ich kann da nichts mehr fragen, wenn ich mit dem Computer dasitze, dann mhm, ja, weiß er nichts mehr. Aber ich habe die Computerzeitschrift noch nicht abbestellt. Die liest er dann auch immer mal. Ich weiß dann zwar auch nicht, inwiefern da was hängen bleibt, weil er dann ja auch nichts fragt. Ich weiß nicht. Fragen könnte er mich sowieso nichts, weil ich nicht antworten könnte“ [Die Interviewte lacht].

Freizeitaktivitäten und Hobbys

Frau Grün hilft ihrem Mann in vielerlei Hinsicht. Sie erzählt, sie unterstütze ihn vor allem „[...] in der Aufsicht. Also, er muss immer kontrolliert werden, weil eben viele Dinge nicht mehr automatisch gemacht werden. Also er muss auch zu vielen Dingen aufgefordert werden und dadurch brauche ich ja eben diese Kombi, dass ich mit dem Pflegedienst zusammenarbeite. Die machen das dann immer morgens und dann ist er im Vormittag eben alleine mit Physio, Logo, Ergo. Das wird alles schön ausgefüllt. Eine Tagesgruppe habe ich auch noch einmal in der Woche und ja und nachmittags bin ich ja dann da. Ich bin derjenige, der ihn dann immer dazu auffordert, Dinge zu tun, die eben zum täglichen Leben gehören“. Dazu gehört, ihn an die Einnahme der Tabletten zu erinnern und ihn zu motivieren, sich zu bewegen. Werktags schreibt sie ihm täglich in einem Brief, wie sein Tagesablauf vorgesehen ist und woran er zu denken hat. Zu den Abenden berichtet sie: „Also ich muss dann abends immer alles rauslocken und dann immer auch so erfragen: ‚Was hast du denn gemacht?‘, und ‚Wie war es denn?‘ Das ist eben alles nicht mehr so, aber, wenn ich ihn dazu auffordere, dann kann ich ihm schon ein bisschen was rauskitzeln“.

Unterstützung durch Ehefrau

In praktischer Hinsicht kümmert sie sich u. a. um Frühstück, Mittagessen und Abendessen. Sie hält vormittags von ihrer Arbeitsstelle

aus per Telefon den Kontakt zu ihrem Ehemann und verbringt die Nachmittage mit ihm. Sie ist seine primäre Beziehungsperson. Dazu erzählt sie, es sei wichtig, „[...]“, dass man auch schnell nach Hause kommt und unterwegs nicht irgendwo hängen bleibt, im Laden oder so. Ja, dass er nicht so lange alleine ist. Weil das merkt man an so einem Menschen auch, dass sie so die Beziehung suchen: ‚Ach, schön, dass du wieder da bist‘ und ja“.

**Pflegedienst
und Therapie-
angebote**

Ein Pflegedienst versorgt Herrn Grün morgens. Wesentlich sind zudem die therapeutischen Angebote, die der ältere Herr in Anspruch nimmt, insbesondere die Physiotherapie. Ziel ist, so weit wie möglich seine Bewegungsfähigkeit zu erhalten und zu stärken, verbunden mit der Hoffnung, dass er irgendwann wieder auch mehr als ein paar wenige Schritte alleine gehen kann.

Tagesgruppe

Seit einiger Zeit sei der Besuch einer Tagesgruppe zu einem wichtigen Bestandteil seines Alltags geworden. Frau Grün erzählt: „Ich habe das jetzt versucht mit einem Tag in der Woche in so einer Tagesgruppe. Er wird dann eben abgeholt und verbringt dann da einen Tag in der Gemeinschaft. Also das ist schon mal, finde ich von meiner Seite aus, ein Fortschritt. Er wollte erst nicht. Aber ich sagte ‚Dann bist du wenigstens unter Leuten‘. Solange ich noch arbeiten gehe, ist das immer ganz wichtig. Ja, dass er eben doch Kontakt zu anderen Menschen auch hat und deshalb habe ich das so anvisiert und ich glaube, ich werde das auch so beibehalten, auch wenn ich nachher zu Hause bin, weil das ist immer gut. Sie machen auch eine ganze Menge da. Gestern waren sie zur Dampferfahrt. Und ja, das finde ich immer ganz gut“.

**Hilfen durch
Tochter**

Auch die Tochter der Eheleute kümmere sich um ihren Vater und begleite ihn zum Beispiel zum Arzt. Immer wieder verbringe sie Zeit mit ihm, entweder Zuhause oder bei Ausflügen. Ihre Freund*innen hätten sich seit dem gesundheitlichen Zwischenfall vor drei Jahren weitestgehend zurückgezogen – Berührungsängste seien die wesentlichen Gründe hierfür. Nachbar*innen hingegen sind „[...]“ immer mal zum Gespräch über den Gartenzaun da. Das versuchen sie immer. [...] Sie haben schon Hemmungen und sie haben auch gemerkt, dass nach diesem Vorfall sich auch einige zurückgezogen haben, die dann eben mit dieser Sache nicht so klarkamen, weil man muss ihn immer animieren, eben auch im Gespräch – und das kann eben auch nicht jeder. Ja, ja. Und da halten sie sich dann immer ein bisschen bedeckt“. Unterstützung durch Ehrenamtliche hätten sie noch nicht erhalten. Eine Aushilfe übernimmt regelmäßig Arbeiten im Haushalt und im Garten, zum Beispiel den Heckenschnitt.

**Wahrgenom-
mene Belas-
tungen**

Als belastend erlebt Frau Grün die Pflegebedürftigkeit psychisch und körperlich. Bei der Frage, was sie seelisch als belastend wahrnimmt, führt sie aus: Das ist, „[...]“, weil man eben auch noch arbeiten geht und eben daran denken muss. Ich telefoniere eben auch von der Arbeit und frage, ob alles in Ordnung ist. Und er kann mir eine Frage beantworten, wenn er dann eine Frage hat. Ja, also die-

sen Kontakt – telefonisch halte ich den immer noch aufrecht. Das ist eben schon so eine Belastung“. Physisch geht es aus Sicht von Frau Grün nicht um die unmittelbare körperliche Pflege, sondern um Arbeiten, die nun von ihr übernommen werden müssen, weil ihr Mann sie nicht mehr erledigen kann. Sie führt dazu aus: „Körperlich geht im Moment noch, weil er sich noch alleine bewegen kann. Ich muss ihn nicht in dem Rollstuhl setzen oder irgendwie etwas handeln. Das geht alles. Ja, auch im Bett und so. Das geht alles. Er kriegt das alleine hin. Ich würde mal sagen: körperlich ist es nun nicht unbedingt eine Belastung. Naja, eigentlich ‚jein‘. Denn es sind ja viele Dinge, die ich eben alleine machen muss. Ob es im Haushalt ist, im Haus und Garten. Dann ja, ist es eine körperliche Belastung, aber das hat ja nichts mit der Pflege zu tun. Ja, ansonsten ist man schon mehr belastet, weil man eben alles alleine handeln muss. Ja, wo ich immer gesagt habe, ‚Mensch, das hat er alles gemacht und jetzt musst du das machen‘. Wenn ich daran denke, draußen die Tür muss abgeschliffen werden, die muss wieder neu gestrichen werden. Jetzt habe ich angefangen Zaunpfähle auszuwechseln, was man dann komischerweise als Frau dann auch hinkriegt, ja“.

Das Ehepaar Grün ist eigenen Einschätzungen zufolge finanziell gut gestellt. Auf die Frage, welche Kosten oder auch andere finanzielle Nachteile ihnen durch die Pflegebedürftigkeit entstünden, antwortet Frau Grün: „Ich müsste sagen, eigentlich keine. Ich bin eigentlich ganz zufrieden“. Die Kosten für die Physio-, Ergo- und Logotherapie übernehme die Krankenkasse; der Einsatz des Pflegedienstes morgens und der Besuch der Tagesgruppe würden in großen Teilen über die entsprechenden Leistungen der Pflegeversicherung gedeckt. Mit Hilfe des Entlastungsbetrages würde zudem die Haushaltshilfe finanziert. Manchmal müsse sie – so wörtlich – kämpfen, um eine Kostenübernahme zu erwirken. „Ich kämpfe dann eben, wenn es möglich ist. Ja, wie mit dem Badumbau. Wir mussten einen Badumbau machen, denn wir hatten bloß ein ganz, ganz zierliches Bad. [...] Wir mussten dann eine begehbare Dusche einbauen lassen, weil er das nicht anders konnte mit Wanne und so. Und dann wird eben gekämpft, wenn die Mittel uns zur Verfügung gestellt werden können und es ist alles in Ordnung. Wenn wir das alles beweisen können, dass das so ist, ja, dann machen wir das“. Zu Beginn der Pflegebedürftigkeit ihres Mannes seien sie von der Kranken- und Pflegekasse gut beraten worden, was die Organisation von Hilfen und deren Finanzierung sehr erleichtere. Die Rente des Ehemannes und ihr Einkommen als Beamtin sicherten die alltäglichen Lebensführungskosten. Über eine private Zusatzversicherung verfügten die Eheleute nicht. „Angespartes“ mussten sie bislang nicht verbrauchen.

Kosten und finanzielle Nachteile

Opportunitätskosten in dem Sinne, dass Frau Grün zum Beispiel ihre Arbeitszeit hat reduzieren müssen, seien keine entstanden. Sie habe schon seit längerem in Teilzeit gearbeitet und sagt dazu: „Also

Opportunitätskosten?

da hatte ich das Glück und brauchte nicht zu reduzieren“. In wenigen Monaten sei sie ohnehin im Ruhestand.

Verzicht? Ob sie ansonsten auf etwas verzichten müsse, zum Beispiel bei Freizeitaktivitäten oder sonstigen Interessen? Nach Ansicht von Frau Grün ist ihre früher frei verfügbare Zeit am Nachmittag und Abend nun für die Betreuung und Versorgung sozusagen verplant. Das habe sich verändert, doch als Verzicht würde sie dies nicht erleben. Problematischer sei die individuelle Mobilität: „Weil ich ein Angsthase mit dem Autofahren bin, habe ich natürlich nicht so die Möglichkeiten, wie ich das vorher hatte, als mein Mann noch Auto fahren konnte. Wir sind daher jetzt schon mal auf solche [Name einer Reisefirma] angewiesen, solche Reisedienste, die uns dann mal in den Urlaub fahren. Ja, das ist schon, was mich ein bisschen behindert. Aber ansonsten ist es ja heute alles machbar“.

Reform der Pflegeversicherung Was eine etwaige Sockel-Spitze-Verkehrung in der Pflegeversicherung anbelangt, ist sie überzeugt, dass solch ein Reformvorhaben die Pflegeversicherung fairer und sozialer machen könnte. „Oh, das glaube ich schon! Das glaube ich schon. Ja“. In diesem Zusammenhang würde sie es auch akzeptieren, höhere Sozialversicherungsbeiträge zu bezahlen. Sie sagt: „Ja, irgendwo muss ich dann auch etwas dazu leisten. Das ist klar. Ja. Also, das ist sicherlich dann schon nötig“.

6.2 Kosten der Pflege – Erträge der Fallstudien

6.2.1 Pflegeheim-Leistungen nicht nur zu teuer, sondern auch zu intransparent

Unangemessenes Preis-Leistungs-Verhältnis Die Leistungen der Pflegeheime werden von denjenigen interviewten Personen, die in eine Heimversorgung involviert sind, als teuer bzw. als zu teuer bewertet. Diese in der Bevölkerung weit verbreitete Einschätzung, dass Pflegeheime in Deutschland zu teuer sind (vgl. Haumann 2018, S. 42) findet sich somit als Muster auch in den hier beschriebenen Einzelfällen wieder. Bemerkenswert ist, dass die Einschätzung „zu teuer“ auf Seite der Befragten nicht per se besteht: Sie bemängeln vielmehr, dass ihre Kosten im Verhältnis zur Qualität der Leistungen, die im Pflegeheim erbracht werden, zu hoch sind. Für das Geld gebe es zu wenig Personal. Hinzu kämen pflegerische Defizite. So bemängelt Herr Fischer, dass seine Mutter zu selten geduscht und gewogen würde. Herr Köhler kritisiert die aus seiner Sicht zu kurzen Zeitfenster, die den Pflegekräften für die Bewohner*innen zur Verfügung stünden. Mit ihrer kritischen Einschätzung hinsichtlich der Güte der Pflege in den stationären Einrichtungen der Langzeitpflege stehen diese Personen keinesfalls allein: Die Bevölkerungsbefragung lässt erkennen, dass nur 33 % der Bürger*innen der Pflege im Heim „eine besondere Qualität“ attestieren (s. Kap. 4.6).

Besonders problematisch wird daher auch der Anstieg der zu tragenden Eigenanteile der Pflegebedürftigen gesehen. Trotz z.T. deutlich erhöhter Kosten seien weder die pflegerische Versorgung verbessert noch die Pflegekräfte besser vergütet worden. Im Fall von Frau und Herrn Wagner betrug der Kostenanstieg allein in den letzten 15 Monaten 150 Euro, eine Steigerung, die als durchschnittlich zu bewerten ist (s. Beitrag Haumann, s. Kap. 5.3.1), die jedoch bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen auf keine Akzeptanz stößt. Auch Herr Fischer bemängelt den Kostenanstieg bei unveränderter Qualität der Pflege. Er hat den Eindruck, das Geld „kommt nicht an [...]“. Das ist irgendwo in der oberen Etage“ und würde dort „verpuffen“. Er fordert: „Ich möchte an für sich, dass die Leistung, die meine Mutter bekommt, sie auch weiterhin bekommt und wenn sie 100 Euro mehr zahlt, dann muss sie auch 100 Euro Leistung mehr bekommen.“ Den Eindruck, dass Kostenerhöhungen sich nicht in der Versorgungsqualität wiederfinden, teilt auch Herr Berger: „Die Heimkosten sind dermaßen hoch geworden, da kann man im Grunde in einem Fünf-Sterne-Hotel wohnen, wenn man das jetzt geldlich vergleicht. Da könnte ich in einem Fünf-Sterne-Hotel wohnen und mich bedienen lassen.“

Steigende Heimkosten

Die Einschätzung eines unangemessenen Preis-Leistungs-Verhältnisses wird auch dadurch verstärkt, dass trotz des hohen Preises auf Seite der Angehörigen zahlreiche Leistungen zusätzlich zu bezahlen oder zu erbringen seien. Herr Berger bringt eine Vielzahl von Hinweisen und Erinnerungen für das Pflegepersonal im Heimzimmer an (beispielsweise zu Unverträglichkeiten oder zur Gebisspflege), weil seine Frau sich aufgrund eines Schlaganfalls nur noch schwer äußern kann und er die Erfahrung gemacht hat, dass ihre spezifischen Bedürfnisse teilweise übersehen werden. Herr Wagner und seine Söhne wechseln sich ab, um Frau Wagner täglich beim Abendessen zu unterstützen, „weil eben grad die Pflegerinnen da teilweise nicht so viel Zeit haben und sie z.B. spontan sagt ‚jetzt habe ich keinen Hunger mehr‘ – und eine Minute später hat sie das vergessen und isst weiter.“ Auch Herr Köhler ist häufig im Pflegeheim zu Besuch. Körpernahe Tätigkeiten übernimmt er nicht, stattdessen organisiert er ihre Arztbesuche, kauft Hilfsmittel ein und unternimmt immer wieder Kontrollgänge im Pflegeheim, um die Situation dort begutachten zu können. Die Aufgaben, die trotz Heimversorgung zu leisten sind, sind somit sehr unterschiedlicher Art, scheinen aber für einen funktionierenden Tagesablauf und eine gute Versorgung wesentlich. In diesem Sinne ist Herr Bergers Aussage zu verstehen, nach der es einem Leben in sozialer Isolation gleichkomme, ohne die Unterstützung von Angehörigen im Pflegeheim zu leben: „Es gibt ja so viele Menschen, die alleine in dem Heim sind, und keine Hilfe haben. Und da ist keiner, der sich um sie kümmert“.

Zahlreiche Versorgungs- aufgaben müssen trotz Heimversorgung selbst erbracht werden

Allerdings werden in diesem Zusammenhang nicht nur die Höhe der Kosten bemängelt, sondern auch deren Intransparenz: Es sei weder möglich, eine transparente Darstellung der Leistungen des Heims

zu erhalten noch der Kosten. Unter anderem Herr Wagner betont, dass er wissen möchte, wofür er bezahle. Wann erhöhen sich die Zuzahlungen? Warum und wofür? Das sei für seine kalkulatorische Sicherheit absolut erforderlich – zumal es sich um monatlich hohe Summen handle, manche verfügbaren Mittel angesichts der aktuellen Eigenanteile jeden Monat bereits vollständig aufgebraucht werden und durch eine Erhöhung der Kosten ggf. die Veräußerung des Eigenheims notwendig wird.

**Forderung
nach mehr
Transparenz**

Außerdem wäre eine transparente Darstellung von Kosten und Leistungen dienlich, um Leistungen prüfen und ggf. einfordern zu können sowie ein Verständnis für die Ausgaben der Heime zu entwickeln. Herr Wagner stellt fest: „Es fehlt dann auch vielleicht ein Hinweis, welche Leistungen das Pflegeheim eigentlich erbringen muss für das, was die Kasse bezahlt. [...] und [ob] man unter Umständen auch das Pflegeheim mehr in die Pflicht nehmen muss oder dass man weiß, was sie im Pflegeheim sozusagen zusätzlich machen“. Dieser Anspruch ist insbesondere vor dem Hintergrund plausibel, dass Herr Wagner tägliche Versorgungsleistungen trotz Heimplatz selbst übernimmt. Dabei zeigt sich: Das Wissen um die Renditen von Investoren und Betreibern in der Langzeitpflege hat das Vertrauen in die Seriosität der Betreiber von Heimen und damit in den Pflegemarkt irritiert (vgl. Haumann 2018, S. 42; Klie 2019). Die fehlende Leistungs- und Kostentransparenz erhöht die Skepsis gegenüber Heimen zusätzlich.

6.2.2 „Teure Knappheit“

**Heimkosten
im Verhältnis
zur erlebten
Knappheit zu
hoch**

Die Erfahrungen mit der Ressourcenknappheit in Pflegeheimen stehen im Widerspruch zu den als hoch eingeschätzten Kosten, die dort – unter anderem für die Bewohner*innen und ihre Angehörigen – entstehen. Bürger*innen erleben eine teure Knappheit. Dabei weisen die Fallanalysen darauf hin, dass diese Einschätzung nicht von der finanziellen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen abzuhängen scheint. Die Fallanalysen entsprechen und veranschaulichen das Ergebnis einer Bevölkerungsbefragung, das Haumann so zusammenfasst: „Selbst jene mit weit überdurchschnittlichem Haushaltseinkommen, die sich eine Pflege im Heim am ehesten leisten könnten, bewerten diese Form der Pflege fast durchgehend als ‚besonders teuer‘“ (s. Kap. 4.6). Auch wenn eine Heimversorgung gut finanziert werden kann, werden die Kosten als unangemessen bewertet, so beispielsweise von Herrn Köhler. Frau Graf, die Tante seiner Ehefrau, könne die Heimkosten zwar durch ihre Rente und Witwenrente decken, verfüge darüber hinaus über verschiedene Geldanlagen und Wohneigentum. Trotzdem ist die Einschätzung: die Heimkosten sind, verglichen mit der Qualität der erbrachten Leistungen, zu hoch. Zu ergänzen wäre: Bei der Diskussion um die Heimversorgung geht es um nicht mehr als Grundbedürfnisse und ein notwendiges Maß der Versorgung – wie die Möglichkeit, genug zu

Abend essen zu können, wie bei Frau Wagner beschrieben. Diese sei nur mit Unterstützung der Angehörigen gegeben.

6.2.3 „Damoklesschwert Heimversorgung“

Die untersuchten Fälle verweisen darauf, dass die Antizipation einer möglicherweise notwendig werdenden Heimaufnahme vielfältige innere Kalkulationsprozesse in Gang setzt: Fragen wie: „Wie lange kann ich noch zahlen?“, oder „Wie lange wird er bzw. sie noch leben?“, spielen hier eine entscheidende Rolle. Diese kalkulatorischen Erwägungen intensivieren sich dort, wo privates Vermögen aufgebraucht werden muss, um die monatlichen Zuzahlungen zu leisten. So weiß etwa Herr Fischer, dass das Vermögen seiner Mutter insbesondere aufgrund der Heimkosten in zwei Jahren aufgebraucht sein wird. Was dann?

Die hohen Kosten einer stationären Versorgung führen zur Abschreckung bei Menschen, die (noch) zu Hause leben: Sie vermeiden gerade aus finanziellen Gründen den Umzug ins Heim. Die Bevölkerungsbefragung bestärkt diese Annahme: „Viele Angehörige sind gezwungen, die Pflege selbst zu übernehmen, weil sie sich eine Pflege im Heim oder durch einen Pflegedienst trotz Pflegeversicherung nicht leisten können“ (s. Beitrag Haumann, s. Kap. 4.2). Angesichts der ständig präsenten Möglichkeit, die Versorgung in der Häuslichkeit nicht mehr gewährleisten zu können, schwebt der Heimaufenthalt wie ein Damoklesschwert als ständige Gefahr über den Betroffenen.

Mit dem Heim wird assoziiert, dass die Lebensleistung – alles, was im Laufe des Lebens erworben und erwirtschaftet wurde – für ein Lebensrisiko aufgeben werden muss, das sozialstaatlich nur unzureichend abgesichert sei. Bei Personen, die im Heim leben und dementsprechend Ausgaben zu bewältigen haben, wird dies als demütigend erlebt, insbesondere dort, wo das Erbe für die nachfolgenden Generationen sukzessive aufgebraucht wird. Frau Fischer wird voraussichtlich nur sehr wenig oder nichts ihrem Sohn und ihren Enkeln vererben können. Darunter leidet sie. Ihr Sohn gibt zu bedenken, dass sie, sollten die Heimzuzahlungen weiter steigen, „auf Schokolade und Obst verzichten muss“ – zusätzliche Verköstigungen, die finanziell bislang tragbar waren. 40 Jahre lang zu arbeiten und sich nun im Alter aus eigener finanzieller Kraft auch kleine Genüsse mehr leisten zu können – das ist demütigend und vor allem im Hinblick auf Frau Fischers massiven Gewichtsverlust problematisch. Nicht nur für Frau Fischer, sondern auch für Herr und Frau Berger, die beide eine Rente beziehen und trotzdem aus ihrem Ersparten zuzahlen müssen, ist dies ein Problem. Herr Berger berichtet: „das heißt also von all meinem Ersparten, was ich im Laufe meines Arbeitslebens erspart habe, da geht jeden Monat auch etwas in die Heimkosten rein. [...] Das wird immer weniger.“

Kalkulation:
Wie lange wird das Vermögen noch reichen?

Abschreckungsfunktion der Heimkosten

Demütigend: die Lebensleistung aufgeben

Verlust der Ersparnisse als zentrale Sorge

In der deutschen Wohnbevölkerung befürchtet eine Mehrheit die finanziellen Folgen einer Heimversorgung. 78 % haben vor Augen, dass man bei einem solchen Versorgungssetting trotz Unterstützung durch die Pflegeversicherung seine gesamten Ersparnisse verlieren kann. Viele dürften dabei auch den Verlust des Eigenheims befürchten, der seinerseits ein Vererben an Kinder oder Enkel verunmöglicht (s. Kap. 4.2). Die Fallanalysen veranschaulichen, wie diese Furcht die Bewältigungsstrategien der betroffenen Personen prägt, wie die Versorgung im Pflegeheim den subjektiv als wohlervorben empfundenen Wohlstand im Alter gefährdet und welche Reaktionen der etwaige Verlust von Vermögen oder Wohnimmobilie bei den betroffenen Personen hervorruft. Auch angesichts dieser Dynamik werden Heimaufenthalte häufig vermieden.

6.2.4 Pflegeheim: Ohnmachtserfahrungen

Gefühle von Ohnmacht gegenüber den Einrichtungen

Insgesamt bringen die Befragten im Hinblick auf die Heimversorgung implizit oder explizit Gefühle von Ohnmacht und Ausgeliefertsein gegenüber dem System der Pflege und insbesondere den stationären Einrichtungen zum Ausdruck. Staunend, ratlos und weitestgehend ohne Einfluss stehen sie Regelungen und finanziellen Anforderungen gegenüber, durch die sie häufig, gerade auch finanziell, massiv unter Druck gesetzt werden. Die eigene Beteiligung begrenzt sich dabei auf Transaktionen an den Rändern der Finanzierung, auf Detailfragen und die etwaige Möglichkeit der Aushandlung eher geringer Beträge und Leistungen.

6.2.5 Pflegebedürftigkeit: als privates Risiko angenommen und bearbeitet

Absicherungs-niveau der SPV auf dem Stand von 1996

Die Soziale Pflegeversicherung wurde im Jahr 1995 als Pflichtversicherung mit dem Anspruch eingeführt, das Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit durch die Solidargemeinschaft zu tragen und abzusichern und die Notwendigkeit, auf Sozialhilfe zurückzugreifen, für viele zu reduzieren. Die Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung zeigt, dass ein ausreichendes Absicherungs-niveau, sodass ergänzend Sozialhilfe nicht in Anspruch genommen werden muss, in etwa das Niveau von 1996 erreicht hat: Die Kosten für die Pflegeversicherung sind, wie der Beitrag von Rischard zeigt (s. Kap. 7), deutlich gestiegen – und werden durch steigende Eigenanteile für die pflegebedingten Aufwendungen weiter stark steigen.

Hohes Maß an privatem Einsatz bei häuslicher Versorgung

Insbesondere bei häuslichen Versorgungssettings ist zu erkennen, dass viele Kosten selbst getragen werden müssen: finanzielle Kosten, aber auch Verzicht und Opportunitätskosten. Privater Einsatz – gerade durch das unmittelbare soziale Umfeld der pflegebedürftigen Person – ist in hohem Maße erforderlich. Frau Schwarz trägt die gesamte Versorgung dadurch, dass sie fast dauerhaft in der Nähe ihres Mannes ist, pflegerische Tätigkeiten übernimmt und auf vie-

le Lebensbereiche, die ihr wichtig sind, verzichtet. Frau Grün kann zwar noch ihrem Beruf als Lehrerin nachgehen, doch auch während der Arbeit gewährleistet sie die Versorgung ihres Mannes durch die Organisation der Betreuung, durch Briefe und Telefonate. Grenzwertig ist der Einsatz, den Herr König für die Pflege seiner Ehefrau aufbringt. Er betreut und unterstützt seine Ehefrau fast ununterbrochen, kann nicht länger als eine Stunde außer Haus gehen und muss eigene Bedürfnisse weitestgehend zurückstellen.

Die Fallanalysen lassen erkennen, dass es von den Betroffenen als selbstverständlich verstanden wird, diese (zahlreichen) Leistungen selbst zu erbringen – eine Einstellung, die im Hinblick auf die Angehörigenpflege bei vielen Bürger*innen besteht (s. Kap. 4.2). Maßgeblich scheint das zu sein, was dem Ehepartner nach Einschätzung der pflegenden Angehörigen guttut. Es ist davon auszugehen, dass etwa auch Vorstellungen von Privatheit wirksam werden. So ist es Frau Schwarz wichtig, dass ihr an Demenz erkrankter Mann sich in seinem gewohnten Umfeld bewegen und auch den eigenen Garten erleben kann. In Anbetracht ihres gemeinsamen Lebens könne sie erkennen, was er braucht, und seine individuellen Bedürfnisse achten. Die selbstverständliche Übernahme pflegerischer Tätigkeiten lässt sich mit moralischen Verpflichtungen und den mit Paarbeziehungen verbundenen Wertvorstellungen erklären; sie erwächst nach Ansicht der Befragten gleichzeitig natürlich aus der oft langjährigen Beziehung. Herr Berger berichtet: „Wir sind über 40 Jahre verheiratet, dann ist das eine Selbstverständlichkeit. Und ich weiß, wenn mir das passiert wäre, dann würde meine Frau genauso reagieren. Ich weiß nicht, ob man das als Liebe bezeichnen soll. Ich finde schon.“

Die Fallanalysen zeigen, dass auch dort, wo Menschen an die Grenzen ihrer Belastbarkeit geraten, die Pflegebedürftigkeit weitgehend als privates Schicksal angenommen und verstanden wird. Etwa bei Herr König, der sagt: „Wenn das noch schlimmer wird und nicht mehr tragbar ist, dann melde ich mich bei der Pflegekasse. Man sollte die Belastung oder Belästigung [der Pflegekasse, Anm.] so gering wie möglich machen, dass man erst selber versucht, alles mit allem gut klarzukommen, als wenn dann andere Leute eingreifen müssen. [...] Man muss das eben hinauszögern. Das wird sicherlich noch auf uns zukommen. Davon gehe ich ja aus, dass das nicht immer so weitergeht. Aber soweit wir beide das zusammen regeln können- Es sind manche Stunden schwierig genug, aber das ist ja auch das Leben. Ist ja nicht nur alles Sonnenschein“.

Pflegebedürftigkeit wird von den Befragten in der Tendenz nicht als allgemeines und solidarisch zu tragendes Lebensrisiko angesehen, wie etwa das Risiko der Krankheit, das zu großen Anteilen durch die Gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt ist. Die Pflegebedürftigkeit bleibt ein Risiko, das in hohem Maße als privates, individuelles Risiko verstanden und bearbeitet wird – obgleich nicht selten Bedenken geäußert werden, sich für den Fall eines Pflegebedarfs

**Selbstverständliche
Übernahme
pflegerischer
Tätigkeiten**

**Pflegende an
den Grenzen
der Belastbarkeit**

Dennoch: Pflegebedürftigkeit als individuelles, privat zu tragendes Risiko

nicht ausreichend abgesichert zu fühlen, ein Empfinden, das viele Bürger*innen teilen (s. Kap. 4.8). Der begrenzte Leistungsumfang der sozialen Pflegeversicherung ist bekannt und wird, so die Bevölkerungsbefragung, weitestgehend akzeptiert. 75 % der Befragten halten die Pflegeversicherung für eine „sinnvolle Sache“ und gleichzeitig sind nur 27 % der Ansicht, dass Menschen mit Pflegebedarf durch die Pflegeversicherung anderen nicht mehr zur Last fallen. Zudem wird deutlich gesehen, dass die Pflegeversicherung nicht alle Bedarfe abdeckt und Angehörige in die Pflicht genommen werden. In mehrerlei Hinsicht zeigen auch die Fallanalysen, dass die Pflegebedürftigkeit nicht als primär solidarisch zu tragendes Risiko angesehen wird: Es wird keine grundsätzliche Kritik und auch keine Forderung geäußert, dass z.B. alle Unterstützungsleistungen, die mit der Pflegebedürftigkeit verbunden sind, von der Pflegeversicherung zu tragen sind. Artikuliert wird vielmehr Detailkritik im Hinblick auf bestimmte Leistungen und deren Abrechnung, die sich meist auf die Gesetzliche Krankenversicherung bezieht. So wird beispielsweise kritisiert, dass Medikamente mit einer hohen Eigenbeteiligung verbunden seien oder dass aus pflegerischer Seite empfohlene Nahrungsergänzungsmittel selbst gezahlt werden müssten.

Im häuslichen Bereich übernimmt die SPV nur einen geringen Teil der Versorgung

Die Fallanalysen zeigen zudem in sehr deutlicher Weise, dass die Leistungen der Pflegeversicherung – im Kontext häuslicher Versorgung – nur einen sehr geringen Anteil der erforderlichen Hilfen abdecken bzw. finanzieren. Das, was übernommen wird, ist weit davon entfernt, die mit einer Pflegebedürftigkeit verbundenen Bedarfe vollumfänglich abzudecken. Die Leistungen sind in einer Weise niedrig, die dazu führt, dass großer privater Einsatz notwendig ist, dass die Leistungsfähigkeit betroffener Familien ausgereizt und privates Vermögen aufgezehrt wird. Die Betreuung und Pflege von Herrn Schwarz ist beispielsweise in hohem Maße abhängig vom Engagement – und gleichzeitig der Fitness – seiner Ehefrau. Dabei verzichtet sie auf vieles, ist häufig zu müde, um der Sorge für sich selbst, etwa Hobbies, nachzugehen. Die Ausrichtung der Pflegeversicherung darauf, die Pflegebereitschaft von Angehörigen zu stärken und zu erhalten, scheint – in Verbindung mit einer in der Bevölkerung weitverankerten moralischen Verpflichtung zur Pflege – zu wirken.

Systemische Verpflichtung zur Angehörigenpflege

Die Pflegeversicherung ist fiskalisch auf die und mit der Pflegebereitschaft von An- und Zugehörigen kalkuliert. Auch eine private Zahlungsverpflichtung für die Kosten der Pflegebedürftigkeit wird vorausgesetzt. Die Pflegeversicherung setzt auf familiäres Investment. Diese „systemische Verpflichtung zur Angehörigenpflege“ (s. Kap. 4.2) wird von einem Großteil der in der Bevölkerungsumfrage Befragten wahrgenommen. Dabei wirkt die Kombination von erwarteten finanziellen Belastungen bzw. ihre Vermeidung und die weithin akzeptierte moralische Verpflichtung: Sowohl die Höhe der Eigenbeiträge, die bei professioneller Versorgung anfallen, als auch das Leistungsangebot und die -qualität professioneller Dienste führen dazu, dass Pflegetätigkeiten lieber selbst übernommen werden. Hinzu tritt

die Zustimmung zu einer moralischen Verpflichtung zur Angehörigenpflege. Dass diese drei Faktoren durchaus gleichzeitig bestehen und sich wechselseitig stabilisieren, zeigt die Fallanalyse von Frau Schwarz. Nach einem Krankenhausaufenthalt ihres Ehemannes kamen Mitarbeitende des Pflegedienstes zunächst morgens und abends. Die Pflege am Abend hat sie nun aber abbestellt – unter anderem aus Kostengründen, da sie hierdurch 1000 Euro monatlich einsparen kann. Ausschlaggebend für diese Entscheidung war auch, dass sie die Versorgung durch den Pflegedienst als zeitlich unpassend empfand. Daneben wird – implizit – auch eine moralische Verpflichtung zur Pflege ihres Ehemannes deutlich. Obwohl sie mit den hohen Belastungen der Versorgung ihres Mannes nicht gerechnet hat, scheinen der tägliche Verzicht und die Anstrengungen in ihren Augen selbstverständlich zu sein. Wesentlich für sie scheint zu sein, dass es ihrem Mann gutgehe, und das könne am ehesten in der häuslichen Umgebung und bei einer Versorgung durch sie selbst sichergestellt werden. Die Fallstudie von Frau Schwarz unterstützt also die These, dass die Pflegeversicherung einen enormen privaten Einsatz durch Angehörige voraussetzt. Sie zeigt aber auch, dass diese systemische Verpflichtung überhaupt erst möglich wird durch eine subjektive „moralische Verpflichtung“ (s. Kap. 4.2) und den Anspruch, den pflegenden Angehörige an ihre eigene Leistung stellen. Diese Norm wirkt umso stärker, je unpassender und unzureichender die professionelle Pflege eingeschätzt wird (vgl. Blinkert und Klie 2004, S. 98–104).

6.2.6 Häusliche Versorgung: Familien werden zu Systemen im Dauerstress

Dieser private Einsatz, auf den die Pflegeversicherungen bauen bzw. mit dem sie kalkulieren, führt zu massiven Einschränkungen des Handlungsspielraums von pflegenden Angehörigen – dies illustrieren die Fallstudien.

Die Pflege und Betreuung zu übernehmen bedeutet für Pflegende, elementaren Eingriffen in die eigene Lebenslage (vgl. Schulz-Nieswandt 2006) und in Gestaltungsoptionen ihres Lebens ausgesetzt zu sein. Neben pflegerischen Tätigkeiten und der Organisation des Alltags ist vor allem das „da sein“ bzw. die Aufsicht der Angehörigen mit einem hohen und zeitintensiven Aufwand verbunden. Die Aufgabe von pflegenden Angehörigen wie Frau Schwarz oder Herr König besteht zu einem Großteil darin, sich stets in der Nähe des Pflegebedürftigen aufzuhalten, aufmerksam für seine*ihre Bedürfnisse zu sein und auf Abruf bereitzustehen. Da es sich bei diesen Aufgaben weniger um sichtbare, körperliche Handlungen als um eine mentale Aufmerksamkeit und ständige Verfügbarkeit handelt, sind sie gleichsam unsichtbar und schwer zu delegieren. Pflegende Angehörige leben also mit dem Wissen darum, dass sie nicht ausfallen dürfen und verzichten auf eigene Freizeit und Erholung. Frau Schwarz bei-

**Angehörigen-
pflege mit
massiven Ein-
schränkungen
verbunden**

spielsweise musste neben dem Chorsingen auch das regelmäßige Schwimmen aufgeben, obwohl es ihr gesundheitlich gutgetan hatte. Zu hoch ist das Risiko, in einen Stau zu geraten und ihren Mann dann zu lange alleinzulassen. Auch in Ruhe einkaufen zu gehen, ist kaum mehr möglich. An dieser Stelle zeigt sich die Zerbrechlichkeit solcher Versorgungssettings unter dem Druck der Belastung. Wenn Frau Schwarz – deren Situation sicherlich für viele andere pflegende Angehörige steht (vgl. DAK-Gesundheit 2015, S. 24–27) – aufgrund der Sorge um andere auf die eigene Erholung und gesundheitsfördernde Aktivitäten verzichten muss, wird die Gefahr greifbar, dass sie an ihre Grenzen kommt und mit der Versorgung überfordert ist. Ein Warnsignal ist hierbei, dass sie nicht nur aus zeitlichen Gründen auf erholsame Aktivitäten verzichtet. Sie berichtet: „Ich bin manchmal einfach nur zu müde. Ich bin einfach zu müde mich zu bewegen, obwohl es mir sehr guttut, wenn ich im Wasser bin.“ In dem Fall, dass sie tatsächlich mit der Pflege ihres Mannes überlastet ist und Erholungszeit benötigt, ist zwar die Kurzzeitpflege eine Alternative, doch Frau Schwarz hat den Anspruch, dass ihr Mann zu Hause leben soll und befürchtet, dass sich seine Demenz durch einen Aufenthalt in der Kurzzeitpflege verstärkt. Somit ist das Setting in hohem Maß abhängig von der Leistungs- und Anpassungsfähigkeit von Frau Schwarz. Ihr Einsatz für die Versorgung ihres Ehemannes ist hoch: Sie bezahlt das Arrangement mit ihrer Freizeit. Erst ihre Verzichtse schaffen die Grundlage und Voraussetzung für die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit. Und trotzdem: Das Angesparte des Ehepaares wird sukzessive aufgebraucht.

Häusliche Pflege als Vollzeit-Job

Frau Grün ermöglicht die Betreuung ihres Mannes mittels eines Balanceaktes zwischen Arbeit und Pflege. Mit Hilfe des Pflegedienstes sowie der Logo-, Physio- und Ergotherapie stellt sie die Betreuung ihres Mannes sicher, während sie sich bei der Arbeit befindet. Bevor sie morgens aufbricht, schreibt sie ihrem Mann einen Brief mit dem Tagesablauf. Trotzdem hört die Pflege nicht auf, wenn sie außer Haus ist. Auch während ihrer Arbeit telefoniert sie immer wieder mit ihrem Ehemann und stellt sicher, dass der Tagesablauf funktioniert. Auch hier wird deutlich, dass der mentalen Aufmerksamkeit bei der Pflege durch Angehörige eine zentrale Rolle zukommt: es gilt, nichts zu vergessen und keine Zeit zu verschwenden. Die Pflege ihres Mannes ist für Frau Grün deshalb in erster Linie eine „[...] rein psychische Belastung. Weil man eben auch noch arbeiten geht und dann eben dran denken muss.“ Sie verzichtet auch auf Spontaneität, indem sie darauf achtet, „[...]“, dass man auch schnell nach Hause kommt und unterwegs nicht irgendwo hängen bleibt, im Laden oder so. Ja, dass er nicht so lange alleine ist.“ Zudem übernimmt Frau Grün eine Vielzahl von Aufgaben in Haus und Garten, die zuvor ihr Mann erledigt hat, wie beispielsweise die Reparatur des Gartenzauns. Gerade durch ihr zeitintensives Engagement in organisatorischer und praktischer Hinsicht, das einen großen Anteil aller erbrachten Hilfen ausmacht, macht sie es möglich, dass die Geldreserven des Ehepaares bislang unangetastet bleiben.

Die massiven Eingriffe in die Handlungsspielräume pflegender Angehöriger können auch die Möglichkeiten der Selbstsorge betreffen, wie oben bereits anhand des Beispiels von Frau Schwarz beschrieben. Wie weit das Zurückstellen der eigenen Bedürfnisse reichen kann, zeigt das Beispiel von Herrn König. Weil er befürchtet, seine Frau könnte einen Kurzzeitpflegeaufenthalt psychisch nicht bewältigen, verzichtet er auf eine Operation – obwohl sie ärztlich indiziert war.

**Selbstsorge
wird zweit-
rangig**

Entsprechend wird an den benannten Beispielen deutlich, dass dort, wo Betreuungs- und pflegerische Leistungen im Hilfe-Mix (vgl. hierzu Klie und Roß 2005) erbracht werden, ein großer Anreiz besteht, möglichst viel Unterstützung selbst zu erbringen. Die Organisation des Hilfe-Mix ist somit auch ein kalkulatorischer Mix, mit dem Ziel, so wenig wie möglich privates Vermögen einzubringen. Es ist zu vermuten, dass dies ein typisches Muster ambulanter Settings ist.

**Ambulanter
Hilfe-Mix:
möglichst viel
selbst über-
nehmen**

Die Fallanalysen stellen deutlich heraus: Angesichts der zu bearbeitenden Pflegebedürftigkeit werden Familien, vor allem bei häuslicher Versorgung, zu Systemen im Dauerstress – gerade dann, wenn hohe Betreuungs- und Pflegebedarfe von wenigen Akteuren bzw. einer zentralen Pflegeperson aufgefangen werden (DAK-Gesundheit 2015, S. 24–27; Rothgang und Müller 2018, S. 123–125). Wo es an Stabilität von außen mangelt, muss die Stabilität von innen, also innerfamiliär, hergestellt werden. In dieser Ökonomie des Privaten geht es in hohem Maße darum, Einsatz und Leistungsumfang der Beteiligten zu steigern und höchste Leistungsbereitschaft zu aktivieren. Mittel sind vielerorts die ständige Selbstoptimierung sowie auch die Optimierung von Partnerschaften und Familie. Manche Versorgungssettings sind hoch funktionell. Dies wird beispielhaft deutlich bei Herrn und Frau Grün. Ihr Tagesablauf ist durchgetaktet und optimiert, sodass „alles schön ausgefüllt“ ist, wie Frau Grün berichtet. Sie selbst sieht sich nun in der Situation, Neues lernen und sich an unbekannte Aufgaben wagen zu müssen. Sie stellt fest: „man ist schon mehr belastet, weil man eben alles alleine handeln muss. Ja, wo ich immer gesagt habe, ‚Mensch, das hat er alles gemacht und jetzt musst du das machen‘. Wenn ich daran denke, draußen die Tür muss abgeschliffen werden, die muss wieder neu gestrichen werden. Jetzt habe ich angefangen Zaunpfähle auszuwechseln, was man dann komischerweise als Frau dann auch hinkriegt.“ Auch Frau Schwarz hat in kurzer Zeit gelernt, ihren Mann selbst zu versorgen, indem sie die Pflegefachkräfte des Pflegedienstes beobachtete: „ich habe immer sehr aufgepasst, wie die Frauen das da machen mit ihm, die körperliche Pflege, und habe da auch sehr viel gelernt. Ich muss sagen, ich war auch sehr interessiert, vieles selbst machen zu können“. Es ist davon auszugehen, dass vor diesem Hintergrund des Dauerstresses in bestimmten Versorgungssettings eine Hermetik entsteht, ein vereinseitigtes, abgekapseltes häusliches Leben, das sich auf das rein private Leben reduziert und als ein Leben in sozialer Isolation bezeichnet werden kann.

**Familien wer-
den zu Systeme-
men im Dauer-
stress**

Soziale Isolation als Risikofaktor

Soziale Isolation, also ein Mangel an sozialen Kontakten, Zugehörigkeit und Teilhabe, ist ein wesentlicher Risikofaktor für gewalttätiges Verhalten in informellen Pflegebeziehungen (vgl. Eggert et al. 2018, S. 5–6). Insofern ist davon auszugehen, dass in den beschriebenen Versorgungskonstellationen in besonderer Weise die Gefahr zur Kompensation besteht: Gewalt, Krankheit oder Heimversorgung können die Folge sein.

6.2.7 Kontext ambulant: Kosten und Belastungen

Finanzielle Kosten, emotionale Belastungen und Verzicht

Die Fallanalysen unterstützen Befunde (vgl. Haubner 2017), nach denen in häuslichen Versorgungssettings Ressourcen und Kräfte mobilisiert bzw. umgelenkt werden, um die beschriebenen fragilen Systeme der Versorgung und Sorge aufrechtzuerhalten – monetär, emotional, sozial und mental. Die Kostenfolgen treten auf verschiedenen Ebenen und in unterschiedlichen Formen ein:

Zu diesen Kosten gehören zunächst Kosten finanzieller Art, die (gemeinschaftlich) von der pflegebedürftigen Person, Angehörigen, der Pflegeversicherung und bzw. oder anderen getragen werden.

Die Fallanalysen legen angesichts des Einsatzes pflegender Angehöriger nahe, den Fokus zudem auf diese Personengruppe und deren Kosten und Belastungen zu legen. Dort, wo pflegende Angehörige alltäglich und regelmäßig in Aufgaben der Pflege und Betreuung eingebunden sind, tragen sie die durch die Pflegebedürftigkeit entstehenden Kosten und Belastungen in hohem Maße (mit) – insbesondere im Sinne von Einschränkungen ihrer Lebensführung.

ICF-Klassifikation: Einschränkungen pflegender Angehöriger

Die International Classification of Functioning, Disability and Health schlägt zur Klassifizierung von Behinderungen, zu der v.a. auch Teilhabe- und Aktivitätseinschränkungen gehören, insgesamt neun Lebensbereiche vor, die von Behinderungen betroffen sein können: Lernen und Wissensanwendung (z.B. sinnliche Wahrnehmungen und elementares Lernen); allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. die tägliche Routine durchführen oder mit Stress umgehen); Kommunikation; Mobilität; Selbstversorgung (z.B. sich waschen und auf die eigene Gesundheit achten); häusliches Leben (z.B. Haushaltungsaufgaben übernehmen); interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (z.B. Kontakte und Beziehungen pflegen); bedeutende Lebensbereiche (z.B. Bildung, Erziehung oder Arbeit) sowie Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (z.B. Freizeit und Erholung) (vgl. Schuntermann 2007, S. 46). Im Gegensatz zur geläufigen Verwendung der ICF-Klassifikation – nämlich der Beschreibung von Behinderungen bei Betroffenen selbst – wird die Klassifikation an dieser Stelle für die Beschreibung der Einschränkungen von pflegenden Angehörigen verwendet. Es zeigt sich: Einschränkungen durch Beeinträchtigungen, Krankheit oder Alter sind nicht nur auf die pflegebedürftige Person beschränkt, sondern gehen scheinbar zwangsläufig auf pflegende Angehörige über.

Systematisiert man die in den Fallstudien artikulierten Teilhabe- und Aktivitätseinschränkungen anhand dieser Lebensbereiche, lässt sich Folgendes erkennen: Die Einschränkungen pflegender Angehöriger zeigen sich in mehrfacher Hinsicht als Beschränkungen bzw. Verzicht – es können typischerweise sehr unterschiedliche Lebensbereiche betroffen sein:

- Einschränkungen des gemeinschaftlichen und staatsbürgerlichen Lebens, sodass z.B. Freizeit oder Erholung aus dem eigenen Leben gestrichen werden.
- Einschränkung von Beziehungen, insbesondere außerhalb: Angehörige lassen sich z.B. nicht auf den „Schnack“ beim Einkauf ein, sondern achten darauf, so schnell wie möglich wieder zu Hause zu sein. Frau Grün erzählt bspw., es sei wichtig „[...]“, dass man auch schnell nach Hause kommt und unterwegs nicht irgendwo hängen bleibt, im Laden oder so. Ja, dass er nicht so lange alleine ist.“
- Einschränkung bedeutender Lebensbereiche, sodass bspw. auf die eigene Erwerbsarbeit oder auf Weiterbildungsmaßnahmen verzichtet wird (Opportunitätskosten)
- Einschränkung der Selbstversorgung i.S. eines Zurückstellens der Selbstsorge. So berichtet z.B. Herr König, dass er selbst stark inkontinent sei und dass sein Urologe ihm eine Operation empfehle. Er nimmt die Operation allerdings nicht in Anspruch, weil er befürchtet, seine Frau wäre „am Ende“, wenn er ins Krankenhaus müsste.

Im Gegenzug dazu vervielfältigen sich in einem anderen Lebensbereich die Aktivitäten, nämlich im Bereich des häuslichen Lebens. Die Betreuung und Pflege der pflegebedürftigen Person ist zu gewährleisten, Mahlzeiten zuzubereiten oder zu organisieren, Einkäufe zu erledigen, Wohnraum ggf. anzupassen, Hausarbeiten zu erledigen. Im Vergleich zur Situation vor der Pflegebedürftigkeit erhöhen sich die Aufgaben auf Seite der pflegenden Angehörigen typischerweise, da durch die Pflegebedürftigkeit zusätzliche Bedarfe entstehen und weil Aufgaben, die bislang die pflegebedürftige Person übernommen hat, nun von der Pflegeperson zu übernehmen oder gegebenenfalls delegieren sind. Dazu Frau Grün: „Denn es sind ja viele Dinge, die ich eben alleine machen muss. Ob es im Haushalt ist, im Haus und Garten. Dann ja, ist es eine körperliche Belastung, aber das hat ja nichts mit der Pflege zu tun. Ja, ansonsten ist man schon mehr belastet, weil man eben alles alleine handeln muss. Ja, wo ich immer gesagt habe, ‚Mensch, das hat er alles gemacht und jetzt musst du das machen‘. Wenn ich daran denke, draußen die Tür muss abgeschliffen werden, die muss wieder neu gestrichen werden. Jetzt habe ich angefangen Zaunpfähle auszuwechseln, was man dann komischerweise als Frau dann auch hinkriegt, ja“.

Einschränkungen betreffen unterschiedlichste Lebensbereiche

Häusliche Versorgung mit einer Vielzahl neuer Aufgaben verbunden

Defizite in Information und Infrastruktur

Die benannten Kosten und Belastungen – auch auf Seite pflegen-der Angehöriger – werden häufig dadurch noch weiter erhöht, dass Hilfen nicht zugänglich gemacht werden, z. B. weil sie nicht bekannt sind oder weil Unterstützungsangebote schlicht nicht bestehen, etwa Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege. Diese Informations- und Infrastrukturdefizite, bereits in den Pflegereporten 2018 und 2017 dokumentiert, treffen angesichts des komplexen Leistungsspektrums für den häuslich-ambulantem Bereich insbesondere ebendiesen. Die Defizite wirken sich

- in finanzieller Hinsicht aus, weil kompensierende monetäre Hilfen nicht in Anspruch genommen werden können. Das gilt im Hinblick auf reguläre Leistungen, z. B. für den Bezug einer adäquaten Höhe des Pflegegeldes, sowie in besonderer Weise für landesspezifische Regelungen. So können bspw. Frau Blau, die in Sachsen lebt, und Frau Schwarz, wohnhaft in Rheinland-Pfalz, den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI auch für Hilfen von Einzelpersonen, die von der Krankenkasse anerkannt sind, einsetzen und deren Leistung abrechnen. Das ist im Bundesvergleich als Ausnahme zu bewerten.
- auf Möglichkeiten der Entlastung und Teilhabeförderung aus, weil Unterstützungsangebote für die pflegebedürftige Person bzw. den*die pflegende Angehörige*n nicht in Anspruch genommen werden können (z. B. Kurzzeit- oder Tagespflege).

Case Management spart Kosten und Belastungen

Insgesamt ist zu erkennen, dass dort, wo es an Case Management bzw. an einer adäquaten Beratungsstruktur mangelt, finanzielle Einbußen durch hohe Transaktionskosten entstehen. Engagement bzw. Investitionen sind vonnöten, um sich über etwaige Hilfen zu informieren und um passende Unterstützungsleistungen zu erschließen. So berichtet z. B. Frau Grün: „Ich kämpfe dann eben, wenn es möglich ist. Ja, wie mit dem Badumbau. Wir mussten einen Badumbau machen, denn wir hatten bloß ein ganz, ganz zierliches Bad. [...] Wir mussten dann eine begehbare Dusche einbauen lassen, weil er das nicht anders konnte mit Wanne und so. Und dann wird eben gekämpft, wenn die Mittel uns zur Verfügung gestellt werden können und es ist alles in Ordnung. Wenn wir das alles beweisen können, dass das so ist, ja, dann machen wir das“. Somit ist es nicht nur angesichts der Notwendigkeit adäquater Hilfestrukturen im Einzelfall, sondern auch angesichts finanzieller Erwägungen erforderlich, Care und Case Management als Arbeitsweise systematisch zu etablieren. Case Management zielt unter anderem darauf ab, eine bessere Effizienz der Leistungserbringung zu erreichen. Mit Blick auf die Fallanalysen ist bemerkenswert, dass der vergleichsweise weit fortgeschrittene Aufbau von Case-Management-Strukturen in Rheinland-Pfalz (vgl. Klie et al. 2011) sich in den Fallvignetten widerspiegelt: Wenngleich die dortige Pflegeberatung erst etwas zeitverzögert eingesetzt ist, hat Frau Schwarz das dortige Case Management als ausgesprochen hilfreich erlebt.

6.2.8 Zwischen Unter- und Über-Regulierung: verschiedene Logiken im professionellen und informellen Bereich

Die Fallanalysen veranschaulichen, wie die Hilfen im informellen Bereich, also dort, wo keine oder nur sehr begrenzt professionelle Dienste oder Einrichtungen an der Sorge und Pflege beteiligt sind, von den betroffenen Personen weitestgehend selbst übernommen, organisiert und eingefordert werden müssen. Dies ist immer wieder mit einem hohen Aufwand und starken Belastungen verbunden (s. die beiden vorherigen Abschnitte). Dadurch wird eine Art „Laissez-Faire-Haltung“ der Pflegeversicherung gegenüber familiär gemanagten Versorgungssettings deutlich – die betreffenden Familien werden weitgehend alleingelassen. Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI entfalten nicht die von ihnen intendierten Wirkungen.

Derweil bestehen bislang keine geeigneten Maßnahmen, um prekäre Situationen systematisch und dauerhaft in den Blick zu nehmen und geeignete Interventionen und Maßnahmen zur Unterstützung zu initiieren. Diese Zurückhaltung der Pflegeversicherung bei der Beratung und der (präventiven) Unterstützung scheint auf der Annahme zu beruhen, dass die Privathaushalte die Angehörigenpflege „irgendwie“ werden bewältigen können bzw. dass die Beratungsbesuche durch Fachkräfte ausreichen, um etwaige Desiderate zu erfassen. Wie problematisch diese Haltung sein kann, zeigt der Fall von Ehepaar König. Seit einer Hüftoperation von Frau König übernimmt ihr Mann die Pflege vollständig selbst – Hilfe von Dritten möchte sie nicht annehmen. Herr König ist fast ununterbrochen in der Nähe seiner Frau und lässt sie nie länger als eine Stunde allein, sodass er nicht mehr in der Lage ist, seinen Interessen nachzugehen. Die Demenz und die psychische Erkrankung von Frau König stellen dabei eine hohe Belastung dar. Gleichzeitig lebt das Ehepaar weitgehend sozial isoliert: Freund*innen und Nachbar*innen haben sich zurückgezogen. Die Pflege seiner Ehefrau bringt Herrn König an die Grenzen seiner Belastbarkeit. Auch seine eigene Gesundheit wird in Mitleidenschaft gezogen. Die prekäre, instabile Lebenssituation ist bislang unerkannt und unbearbeitet geblieben. Gerade das Beispiel von Frau und Herrn König verdeutlicht die Notwendigkeit, dass in der häuslichen Pflege – vor allem wenn kein Pflegedienst im Einsatz ist – weiterführende regulierende Maßnahmen zu etablieren sind, die in der Lage sind, prekäre Situationen tatsächlich zu erfassen und zu bearbeiten. Der Ansatz der Subjektorientierten Qualitätssicherung kann hierfür als wegweisend gelten (vgl. Klie und Büscher 2019). Die Fallstudien lassen erkennen, dass Beratungs- und Unterstützungsbedarfe gerade in informell getragenen Versorgungssettings systematisch übersehen werden. Es besteht ein ausgeprägter Bedarf, diese Pflegesituationen durch die Pflegekassen und die kommunale Altenhilfe zu flankieren. In diesem Bereich ist von einer Unterregulierung auszugehen.

Im Gegensatz dazu ist bei professionellen Dienstleistern in der Pflege, d.h. bei ambulanten Diensten und Pflegeheimen, eine starke

Familien bei der Sorge um Angehörige auf sich allein gestellt

Subjektorientierte Qualitätssicherung: prekäre häusliche Versorgungssituationen frühzeitig erkennen und bearbeiten

Überregulierung im professionellen Bereich	Überregulierung zu verzeichnen, also ein hohes Maß an Kontrollen und Regeln sowohl im Pflegeheim als auch bei Pflegediensten bzw. Sozialstationen. Die Verpflichtungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung gem. §§ 112 ff SGB XI unterwerfen die Dienste und Einrichtungen – verbunden mit strikten Abrechnungsvorgaben aus dem Leistungserbringungsrecht – einem stark bürokratisierten Regime, das sich bis auf die in den Haushalten erbrachten Dienstleistungen auswirkt. Das institutionelle Misstrauen gegenüber den Diensten schlägt somit bis auf die Ebene der Leistungserbringung durch und es steht dem Wunsch nach einer vertrauensgeprägten Beziehung zur Pflegekraft gegenüber, die – wie in den Interviews berichtet – zudem unter deutlichen zeitlichen Restriktionen ihre Arbeit verrichten muss. Der private und lebensweltlich geprägte Bereich einerseits und der unternehmerische Bereich der Versorgung andererseits folgen somit unterschiedlichen Logiken.
Stress als Folge von Unter- und Über-Regulierung	Sowohl Unter- als auch die Über-Regulierung führen zu Stress in beiden Systemen. Im informellen, lebensweltlich geprägten Bereich zeigt der Fall von Herrn und Frau König, wie es zu Wut und ggf. auch psychischer Gewalt kommen kann, wenn private Haushalte bei der Pflege auf sich allein gestellt sind und sich sozial isolieren. Herr König berichtet von Situationen, in denen er wütend wird, wenn seine Frau sich aufgrund ihrer dementiellen und psychischen Veränderungen nicht mehr an Abmachungen hält. Es komme dann vor, dass er seine Frau zu Hause nicht auffinden könne und sich Sorgen mache. Wenn er sie irgendwo außer Haus schließlich findet, so berichtet er, „[...] dann schimpfe ich auch, weil ich aufgeregt bin. Das ist zwar übel, wenn ich schimpfe, das will ich ja gar nicht – aber man hat ja auch Emotionen.“ Im professionellen Bereich legen die Module, die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht mehr kompatibel sind, die Inhalte der jeweiligen Pflegehandlungen fest – und dies unabhängig von der jeweiligen Tagesform und den Bedürfnissen des auf Pflege angewiesenen Menschen. Auch provoziert das Vergütungssystem der ambulanten Dienste eine ständige Zeitknappheit auf Seite der Mitarbeiter*innen. Hinzu tritt zunehmend das Problem, dass ambulante Dienste der Nachfrage nach Pflege und Betreuung nicht mehr nachkommen können, da ausreichend Personal fehlt.
Hohe Transaktionskosten als weitere Folge	Weder die Unter- noch die Über-Regulierung erweisen sich als effizient oder effektiv. Im privaten Bereich entstehen durch die Informationssuche und die Beschaffung von Hilfen zum einen hohe Transaktionskosten. Frau Schwarz veranschaulicht dies, wenn sie über die Anfangszeit der häuslichen Pflege berichtet, in der sie noch keine individuelle Pflegeberatung durch den Pflegestützpunkt hatte. „[...] dann ging es halt los mit der Antragstellung bei der DAK. Also, das war sehr schwierig für mich, ich habe vieles nicht so verstanden und wenn ich auch bei der Pflegekasse angerufen habe, da war immer ein anderer Berater am Telefon.“ Die Antragstellung gestaltete sich teilweise als schwierig, da die Pflegeleistungen sehr umfangreich sind und die Auswahl des passenden Angebotes ohne

die nötige Erfahrung somit nicht immer ganz einfach ist. „Und wissen Sie, in der Anfangszeit, da ist sowieso alles schwierig und dann verzögert sich das alles. [...] Ich war überlastet durch die Pflege den ganzen Tag. [...] Und das hat mir große Schwierigkeiten gemacht.“ Zum anderen können, wie oben bereits an den Beispielen von Frau Schwarz und Herrn König beschrieben, unerkannte Überlastungssituationen und gesundheitlichen Risiken eine Folge sein, was auch auf Seite der Krankenversicherung mit hohen Kosten verbunden ist (vgl. DAK-Gesundheit 2015).

6.2.9 Reform der Pflegeversicherung

Die Fälle veranschaulichen, was schon in der Bevölkerungsbefragung angedeutet wurde (s. Kap. 4.8): Pflegebedürftigkeit ist ein Thema, das mit Zukunftsängsten verbunden ist. Herrn Berger beschäftigt die Vorstellung, die Beerdigungskosten für sich und seine Frau nicht zahlen zu können. Er erklärt: „Wir haben immer versucht, ein bisschen Aktien zu kaufen und was weiß ich alles, um bisschen Geld anzusparen für schlechte Zeiten. Aber das wird immer weniger. Es kommen ja auch noch dann für uns beide, wenn der Punkt da ist, die Beerdigungskosten und so weiter. Wir können das doch nicht irgendwelchen fremden Menschen überlassen, für unsere Beerdigung und so weiter zu sorgen.“ Dass das Vermögen durch die Pflegebedürftigkeit aufgebraucht wird, möchte auch Frau Schwarz vermeiden, um ihren Kindern finanziell nicht zur Last zu fallen. Entsprechend haben sie und ihr Ehemann über Rücklagen vorgesorgt und auch das Versorgungssetting ist so arrangiert, dass die Kosten möglichst gering sind. Sie stellt fest: „Wenn ich mir vorstelle, Leute, bei denen alles auf ‚Null‘ geht, die haben schon große Schwierigkeiten.“ Auch bei Frau Fischer wird das Vermögen sukzessive aufgebraucht. Sie leidet darunter, ihren Kindern nach ihrem Tod nichts vererben zu können. Ihr Sohn berichtet: „Ihr tut es schon ein bisschen weh, weil sie hat einiges angespart gehabt und sie wollte auch, dass wir gut abgesichert sind und das ist natürlich jetzt nicht mehr möglich durch das, dass sie jetzt in der Pflege ist.“

Pflegebedürftigkeit mit finanziellen Sorgen ...

Herr König weiß nicht, wie er die Versorgung seiner Ehefrau arrangieren wird, sollte er selbst sie nicht mehr übernehmen können. Er hat keinen Plan B. Was bleibt, sind Schreckensbilder – beispielsweise von Menschen, die ohne finanzielle Ressourcen und ohne familiäre Unterstützung im Pflegeheim leben. Auch sieht er in der Nachbarschaft, dass ältere Menschen durch die Pflegebedürftigkeit – und den damit verbundenen Kosten – gezwungen seien, ihre Häuser zu verkaufen. Die geschilderten Schreckensbilder sind unterschiedlicher Art; gemeinsam ist ihnen, dass sie mit finanzieller Knappheit verbunden sind. Auch, wenn die Versorgung aktuell noch sichergestellt ist: die Zukunftsängste sind allgegenwärtig und beeinflussen den Hilfe-Mix, denn mit der drohenden Knappheit muss kalkuliert werden (s. Abschnitt 6.2.5). Ob es zu den gefürchteten Szenarien

... und Schreckensbildern verbunden

kommt, ist eine Frage der Zeit bzw. eine Frage der Lebenserwartung. Kalkulation ist dabei auch deshalb nicht immer einfach, da sich die Kosten für die ambulante oder die stationäre Versorgung jederzeit erhöhen können. In einigen Fällen ist die Finanzierung zwar noch sichergestellt, wie beispielsweise bei Herr Hoffmann. Seine Rente und die seiner Frau würden momentan noch ausreichen: „es kommt grad so hin.“, berichtet er. Allerdings unter der Bedingung: „wenn es [der durch die Pflegebedürftigkeit entstehende finanzielle Aufwand, Anm.] nicht teurer wird.“

**Wenn die Rechnung auf-
geht: finanzielle
Absicherung
bei Pflegebe-
dürftigkeit**

Hinter den geschilderten Befürchtungen steht die Vorstellung, die als hart erarbeitet und wohlverdient empfundene Lebensleistung im hohen Alter für die Pflegekosten auflösen zu müssen. Entsprechend empfinden andere aber auch Genugtuung, wenn die Rechnung aufgeht und die eigene Vorsorgearbeit im Alter eine finanzielle Absicherung ermöglicht. Frau Blau und ihr Mann haben beispielsweise schon früh begonnen, durch einen Badezimmerumbau und finanzielle Rücklagen für den Fall einer Pflegebedürftigkeit vorzusorgen. Sie erzählt: „Wir haben uns unsere Hilfe schon selber eingeplant und gemacht, ohne dass uns einer hilft. Das haben wir selber finanziert und sind jetzt aber glücklich darüber. Ich sage immer zu meinem Sohn: ‚Der Vati hat das gewusst, dass ich das mal brauche‘.“ Auch Herr Berger ist zufrieden, dass das Arbeitsleben sich auszahlt und er nun in der Lage ist, seine Frau unterstützen zu können, auch wenn das Vermögen sich immer weiter verringert: „Ich muss sagen: Ich war stolz auf alles, was ich geschafft und geleistet habe. Und das ist mir heute noch zugutegekommen durch meine gute Rente, ne. Und ich kann dadurch meine Frau unterstützen, also das auch noch.“

**Pflegebedürf-
tigkeit als
privates Risiko
akzeptiert und
bearbeitet**

Ein Gegenstand der Interviews war die Frage nach der Einschätzung der Befragten bzgl. einer Reform der Pflegeversicherung. Dabei lässt sich erkennen, dass die Art und Weise, wie die interviewten Personen zum sogenannten Sockel-Spitze-Tausch der Pflegeversicherung (für weiterführende Informationen hierzu s. Kap. 8; zudem bspw. Prüfer-Storcks 2019; Rothgang und Kalwitzki 2019; Szepan 2019; Vries und Heil 2019) stehen, vor dem Hintergrund des oben erläuterten internalisierten Leistungsdenkens und der Vorstellung einer Lebensleistung zu verstehen ist. Es besteht weitgehend die Einstellung, die eigene Lebenslage bei Pflegebedürftigkeit sei unabhängig vom Beitrag, ggf. vom Versagen, des Sozialstaats. Bei Pflegebedürftigkeit gut versorgt zu sein, wird in erster Linie als eigene, private Aufgabe wahrgenommen. Folglich wird der Aufbau der Pflegeversicherung, der die Kostenanteile der Versicherung fest begrenzt und die Höhe der Eigenanteile dagegen offenlässt, als gegeben angenommen. Auch der sehr begrenzte Radius, den die Pflegeversicherung abdeckt, wird akzeptiert. So beispielsweise Herr Hoffmann, dessen Rente im Fall steigender Pflegekosten nicht mehr ausreicht: „Wenn wir an das Angesparte ranmüssen, dann ist es eben so [...]. Ja, muss ja eben sein“. Die in den Interviews geäu-

Berten Änderungswünsche gegenüber der Pflegeversicherung sind nicht grundlegender Art, sondern beziehen sich auf Details.

Konfrontiert mit alternativen Finanzierungsmodellen werden die Grenzen der Pflegeversicherung durchaus wahrgenommen. Es überwiegt die Einschätzung, dass es schwierig sei, allen Pflegebedürftigen gerecht zu werden. So ist Frau Blau beispielsweise der Ansicht, dass Menschen, die lebenslang berufstätig waren, auch im Alter eine gute Versorgung verdient haben. Gleichzeitig soll es sich aber auch lohnen, wenn Menschen besonderen Fleiß gezeigt haben und sich ihre Lebensleistung hart erarbeiten mussten. Sie stellt fest: „Es ist schwer, das allen recht zu machen. Das für alle so zu machen, dass sie gut leben. Aber auf der anderen Seite werden auch die einen oder anderen sagen: ‚Wieso denn? Wir haben uns auf den Hintern gesetzt und haben noch nebenbei studiert oder irgendwas, und wieso sollen sie jetzt fast genauso viel kriegen wie ich und haben weniger leisten müssen?‘“ Auch sei Altersarmut bisweilen durchaus selbstverschuldet, was bei einer Reform ihrer Ansicht nach berücksichtigt werden sollte: „Man müsste sich dann wieder angucken: Hat er auch gearbeitet oder hat er ein Leben lang nicht so viel getan? [...] Es gibt ja auch Leute, die nicht ganz so versessen sind zu arbeiten.“

Gleichzeitig werden Moral-Hazard-Effekte antizipiert – die Furcht, dass Versicherte aufgrund ökonomischer Fehlanreize verantwortungslos handeln und dadurch finanzielle Risiken auslösen. Werden der Eigenanteil für die Pflegekosten begrenzt, könnten solche Fehlanreize gesetzt werden und es bestehe die Gefahr, dass der Zugang zu Leistungen ausgenutzt würde. Damit widersprechen diese Aussagen teilweise den Ergebnissen der Bevölkerungsumfrage, in der sich 46 % der Befragten für eine vollständige Abschaffung der Eigenanteile bzw. eine vollständige Übernahme der Kosten durch die Pflegeversicherung aussprechen und fast drei Viertel eine Deckelung der Eigenbeiträge bei einer stationären oder ambulanten Versorgung befürworten (s. Kap. 4.5) Herr Köhler beispielsweise erklärt: „Es neigen halt viele dazu, wenn’s die Allgemeinheit bezahlt, dann wird es genommen, egal was es kostet. Und da muss man halt aufpassen. Ich sage immer, deshalb schimpfe ich auch teilweise manchmal über die Politik. Anderer Leut’s Geld kann ich immer leicht ausgeben.“ Darüber hinaus spiegelt seine Einschätzung zu Reformvorschlägen, dass die Pflegeversicherung in ihrem jetzigen Aufbau mit der Leistung und Selbstoptimierung privater Haushalte kalkuliert – und dass dies nicht notwendigerweise als negativ wahrgenommen wird. Vielmehr sieht Herr Köhler bei einem leichteren Zugang zu Pflegeleistungen die Gefahr, dass die Leistungsbereitschaft im privaten Bereich abnimmt: „Ich bin schon für eine Selbstbeteiligung, weil alles was nichts kostet, ist eigentlich nichts wert, und wenn es nur eine gewisse Beteiligung ist. [...] Denn wenn Sie alles umsonst bekommen- Es ist nicht gut. Weil dann wird man immer bequemer, immer fauler und dann sagt man: ‚Ah, die zahlen

**Einschätzung:
Berufstätigkeit
und Vorsorge
müssen sich
auszahlen**

**Sorge vor
Fehlanreizen
bei Begren-
zung der
Eigenanteile**

es ja sowieso.' Das sehen Sie ja, wenn sie alle zum Arzt dauernd rennen, das sind alles Kosten.“

Pflegebedürftigkeit als solidarisch getragenes Lebensrisiko Eine alternative Finanzierungsstrategie würde im Gegensatz dazu eine neue Interpretation von Pflegebedürftigkeit gewährleisten und signalisieren, dass Pflegebedürftigkeit nicht im Wesentlichen privates Schicksal ist. Indem mehr bereitgestellt wird als ein Anerkennungsbetrag je nach Pflegegrad, würde die Pflegebedürftigkeit ähnlich wie die Krankheit zu einem allgemeinen, solidarisch getragenen Lebensrisiko.

Reformvorschlag: Sockel-Spitze-Tausch Darüber hinaus würde ein Sockel-Spitze-Tausch die kalkulatorische Sicherheit erhöhen – das stellt insbesondere Herr Fischer heraus, dessen Mutter im Pflegeheim lebt. „Das ist eine gute Sache, wenn man einen gewissen Grundeigenanteil hat, dann kann man auch besser kalkulieren. [...] Zum ersten Januar geht es dann noch einmal ein paar Euro hoch. Dann sind wir schon wirklich an der Grenze, wo ich sagen kann: [...] Jetzt müssen wir langsam aufpassen, wie wir mit Geld, was sie noch hat, haushalten. [...] Also, ich wäre damit einverstanden, wenn die Regelung so ist. Dann kann man sich drauf einstellen: so und so viel zahlen wir.“ Auch Herr Wagner, dessen Frau stationär versorgt wird, würde eine Reform der Pflegeversicherung im Sinne eines Sockel-Spitze-Tauschs begrüßen und verbindet diese mit der Hoffnung, nicht an finanzielle Grenzen geraten und sein Vermögen aufbrauchen zu müssen. Wichtig wäre ihm dabei, „die individuellen Einkommensverhältnisse der Einzelnen [zu] berücksichtigen. [...] Das würde ich auch gleich sofort unterschreiben. Und natürlich, wie gesagt, ist klar, dass es dann nicht einen gesamten Grundbetrag geben kann für alle, wäre meine Überlegung, sondern man könnte den Grundbetrag schon [mit den] Vermögensverhältnissen und Einkommensverhältnissen des Einzelnen dann berechnen.“

Politische Dimension der Pflegeversicherung kaum thematisiert Die Fallstudien verweisen darauf, dass die betroffenen Bürger*innen sich ihrerseits nicht aufgefordert sehen, die politischen Rahmenbedingungen der Pflege zu thematisieren, respektive ihre eigene Situation politisch zu deuten. Durch die Interpretation von Pflegebedürftigkeit als individuelles bzw. familiäres Schicksal – mit allen Ambivalenzen – arrangiert „man“ sich weithin mit dem vorfindlichen System der Pflegeversicherung und dem Pflegemarkt. Eine politische Mobilisierung, wie sie etwa zum Thema Kindertagesplätze bekannt ist, ist im Bereich der Langzeitpflege auch nicht in Ansätzen zu erkennen. Das machen unter anderem die Fallstudien deutlich.

Die Pflegeversicherung wird als sozialpolitische Errungenschaft gewürdigt, ihre Performance durchaus kritisch betrachtet. Eine grundlegende Reform wird nicht im Bereich des Möglichen gesehen. Dabei zeigt sich gleichwohl, dass insbesondere im Bereich der stationären Langzeitpflege die Grenzen der finanziellen Belastbarkeit von Privathaushalten problematisiert wird und dies nicht nur individuell, sondern auch kollektiv.

Ein öffentlich diskutiertes und favorisiertes Modell einer Struktur- und Finanzierungsreform der Pflegeversicherung existiert in den Vorstellungen der Interviewten nicht. Eine Problematisierung unbezahlter Sorgearbeit (vgl. Rubin 2018; Haubner 2017) lässt sich aus den Interviews in keiner Weise herauslesen. Dies ändert allerdings nichts daran, dass es erforderlich ist, das Thema der Kosten, die mit der Pflege zusammenhängen – insbesondere auch Kosten an der Gesundheit von pflegenden Angehörigen sowie Transaktions- und Opportunitätskosten – als Folge unzureichender Begleitung und Unterstützung pflegepolitisch ernst- und aufzunehmen.

**Kosten der
Pflege sind
politisch ernst-
zunehmen**

Literaturverzeichnis

- Blinkert, Baldo; Klie, Thomas (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Die „Kasseler Studie“. Hannover: Vincentz Network.
- Bruker, Christine; Klie, Thomas (2018): Pflegebedarf und Bedingungen guten Lebens. In: Thomas Klie: Pflegereport 2018. Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei, S. 161–210.
- Bruker, Christine; Klie, Thomas; Wernicke, Florian (2017): Qualitative Studie. In: Thomas Klie: DAK Pflegereport 2017. Gutes Leben mit Demenz: Daten, Erfahrungen und Praxis. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei, S. 96–129.
- Brüsemeister, Thomas (2008): Qualitative Forschung. Ein Überblick. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- DAK-Gesundheit (Hg.) (2015): Pflege-Report 2015. So pflegt Deutschland. Hamburg.
- Demakakos, Panayotes; Nazroo, James; Breeze, Elizabeth; Marmot, Michael (2008): Socioeconomic status and health: the role of subjective social status. In: Social science & medicine 67 (2), S. 330–340.
- Eggert, Simon; Schnapp, Patrick; Sulmann, Daniela (2018): Aggression und Gewalt in der informellen Pflege. ZQP-Analyse. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Berlin.
- Grunwald, Klaus; Thiersch, Hans (2014): Lebensweltorientierung. Hg. v. Wolfgang Schröder und Cornelia Schweppe. Weinheim: Beltz Juventa.
- Haubner, Tine (2017): Die Ausbeutung der sorgenden Gemeinschaft. Laienpflege in Deutschland. Frankfurt: Campus-Verlag.

- Haumann, Wilhelm (2018): Bilder und Erfahrungen der Pflege in Deutschland und in den Bundesländern. In: Thomas Klie: Pflegereport 2018. Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei, S. 31–108.
- Im Erscheinen: Klie, Thomas (2019): Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. München: Droemer Taschenbuch.
- Klie, Thomas; Büscher, Andreas (2019): Subjektorientierte Qualitätssicherung in der Langzeitpflege. In: Nachrichtendienst Deutscher Verein 99 (3), S. 114–119.
- Klie, Thomas; Frommelt, Mona; Schneekloth, Ulrich; Behrend, Sabine; Göhner, Anne; Heislbetz, Claus et al. (2011): Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. Hg. v. GKV-Spitzenverband. AGP Sozialforschung; Hans-Weinberger-Akademie der Arbeiterwohlfahrt e.V.; TNS Infratest Sozialforschung. Berlin.
- Klie, Thomas; Roß, Paul-Stefan (2005): Wie viel Bürger darf's denn sein!? Bürgerschaftliches Engagement im Wohlfahrtsmix – eine Standortbestimmung in acht Thesen. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 36 (4), S. 20–43.
- Lamnek, Siegfried; Krell, Claudia (2016): Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Material. Weinheim: Beltz.
- Mayring, Philipp (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim: Beltz.
- Prüfer-Storcks, Cornelia (2019): Armutsrisiko Pflege. Für eine Begrenzung der Eigenanteile Pflegebedürftiger und eine erneute solidarische Pflegeversicherung. In: Pro Alter 51 (1), S. 10–12.
- Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas (2019): Revolution statt Evolution. Auf dem Weg zur Pflegeversicherung 4.0. In: Pro Alter 51 (1), S. 29–32.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf (2018): Pflegereport 2018. Hg. v. Barmer GEK. Berlin.
- Rubin, Yvonne (2018): Freiwilliges Engagement in „sorgenden Gemeinschaften“. Eine geschlechterkritische Analyse ehrenamtlicher Care-Arbeit für ältere Menschen. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2006): Sozialpolitik und Alter. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schuntermann, Michael F. (2007): Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen. Landsberg: Ecomed Medizin.

Szepan, Nadine-Michèle (2019): Neudenken in der Pflege braucht Struktur! In: Pro Alter 51 (1), S. 14–16.

de Vries, Bodo; Heil, Hanno (2019): Gesellschaftliche Transformationen und notwendige Systemanpassungen in der Altenpflege. In: Pro Alter 51 (1), S. 19–22.

7. Die Kosten der Pflege in Deutschland – Auswertungen von Daten der Pflege- und Sozialhilfestatistik

Pablo Rischard

7.1 Hintergrund und Ziel

Die von den Bürger*innen zunehmend als hoch empfundenen oder eingeschätzten finanziellen Belastungen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen (vgl. Haumann i. d. B.) sind im öffentlichen wie auch im politischen Diskurs mittlerweile präsent. Die durch die *Konzertierte Aktion Pflege* (KAP) ausgelösten Erwartungen hinsichtlich einer besseren Bezahlung von Pflegekräften und einer besseren Personalausstattung in Pflegeheimen haben politischen Initiativen, die auf eine Begrenzung der finanziellen Belastung von Bürger*innen in der Pflege zielen, Rückenwind verliehen. Meist werden die mit Pflege verbundenen Kosten pauschal als viel zu teuer und armutsgefährdend beschrieben (vgl. ebd.). Die Forderung nach einer besseren Finanzierung der Pflege gilt somit nicht nur aus Perspektive der Beschäftigten in der Pflege, sondern auch aus Perspektive der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.

Die Kosten für Pflege und Betreuung werden in Deutschland anteilig durch die Pflegeversicherung übernommen (getragen durch die sozialen und privaten Pflegekassen). Darüber hinaus entfallen wesentliche Kostenanteile auf die privaten Haushalte – insbesondere im stationären Bereich. Wenn die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen³² für die Kosten nicht oder nicht in vollem Umfang aufkommen können, erhalten Betroffene Leistungen der Sozialhilfe („Hilfe zur Pflege“, getragen von Sozialhilfeträgern der Kommunen bzw. Länder).

Vor diesem Hintergrund soll im DAK Pflegereport 2019 eine Analyse der Pflegeausgaben in Deutschland erfolgen. Dabei wurde der Schwerpunkt wie zuvor beschrieben auf die Personenebene und weniger auf die Systemebene gelegt. D. h. es werden die Kosten primär ausgehend von der Perspektive der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen betrachtet und aus ihrer Perspektive die Statistiken zu sie unterstützenden sozialen Hilfesystemen der Pflegeversicherung sowie der Sozialhilfe untersucht.

³² Auch von Kindern müssen bisher Vermögen sowie Einkommen bis zum „angemessenen Selbstbehalt“ beim Pflegebedarf der Eltern eingesetzt werden. Das im Sommer 2019 als Regierungsentwurf vorgelegte Angehörigen-Entlastungsgesetz sieht hingegen vor, dass ab 2020 lediglich Angehörige mit einem Brutto-Jahreseinkommen von 100.000 Euro oder mehr verpflichtet sind, die Kosten der Pflege für ihre Verwandten (teilweise) zu übernehmen (vgl. Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland (BReg) 05.08.2019).

7.2 Vorgehensweise und Methodik

Grundstruktur von finanziellen Aufwänden Die folgende Darstellung wird zunächst einführend einen Überblick zur *Grundstruktur von finanziellen Aufwänden in der ambulanten und stationären Pflege* aus Sicht der Pflegebedürftigen geben. Dabei werden bereits überblicksartig Kostenanteile sowie ggf. Kostenübernahmen der Pflegeversicherung sowie der Sozialhilfe dargestellt.

Da die Pflegeausgaben in der ambulanten Pflege sich lediglich in beschränktem Maße in öffentlichen Statistiken abbilden, konzentrieren sich die anschließenden Analysen vorwiegend auf die stationäre Pflege (vgl. zu exemplarischen Einblicken in die Ausgaben in ambulant betreuten Pflegehaushalten: Kap. 6.1).

Kosten in der stationären Langzeitpflege Basierend auf den vorliegenden Daten der Pflegestatistik werden zunächst die *Kosten in der stationären Langzeitpflege im Detail* ausgewertet. In den Analysen wird dabei zum einen auf die Entwicklung der jeweiligen Kosten im Zeitverlauf eingegangen, um beispielsweise Veränderungen durch die Reformbemühungen der letzten Jahre in der Pflegeversicherung zu reflektieren. Daneben werden zum anderen in den Auswertungen die z. T. sehr deutlichen Unterschiede zwischen den Bundesländern in der Höhe der Kosten dargestellt und diskutiert. Besonders im Fokus stehen die Eigenanteile der Pflege und Betreuung sowie die Gesamthöhe der Kosten für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen.

Leistungen der Sozialhilfe In einem zweiten Analyseteil werden die pflegebezogenen *Leistungen der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege)* statistisch aufbereitet und besprochen. Neben den Rahmendaten zur Inanspruchnahme in ambulanten und stationären Versorgungssettings wird zunächst die Sozialstruktur der Leistungsbezieher*innen von Hilfe zur Pflege dargestellt. Anschließend werden markante Unterschiede bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege zwischen den Bundesländern berichtet. Darüber hinaus lässt sich anhand der Sozialhilfestatistik zeigen, wie die Sozialpolitik der vergangenen Jahrzehnte und dabei insbesondere das Pflegestärkungsgesetz II auf die Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege gewirkt hat. Zudem wird abschließend mit zwei Prognoserechnungen zur Anzahl der Pflegebedürftigen bis 2045 sowie des möglichen Anstiegs an Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege ein Blick in die Zukunft geworfen.

Ein *Ausblick* nimmt zum Abschluss in einer summarischen Revue die gewonnenen Erkenntnisse auf und setzt sie in Bezug zu den Reformbemühungen in der Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995.

Hinweis auf eingeschränkte Vergleichbarkeit von Daten vor und nach 2017 (PSG II)

Infolge des 2015 verabschiedeten Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) wurde ab Januar 2017 das sogenannte neue Begutachtungsinstrument umgesetzt. Mit diesem wurden das Feststellungsverfahren für Pflegebedürftigkeit grundlegend neu strukturiert und Leistungsansprüche verändert – insbesondere durch die Einführung von fünf Pflegegraden statt der bis dahin geltenden drei Pflegestufen. Zugleich wurden beispielsweise die sukzessive 2002 und 2008 eingeführten zusätzlichen Ansprüche für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in die Pflegegrade integriert (vgl. Tabelle 14). Zugleich wurde ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE) eingeführt, der sich in den Pflegegraden 2–5 nicht unterscheidet.

Durch die deutliche Veränderung bzgl. der Einstufungen wie auch der Leistungen ist die Mehrzahl der Daten vor und nach 2017 nur begrenzt vergleichbar. Für die verwendeten Statistiken lagen bei Erstellung der vorliegenden Analyse lediglich Daten für 2017 vor, sodass bisher nur ein Datum nach neuem Leistungsrecht vorlag. Es ist davon auszugehen, dass durch Übergangszeiten hier noch deutliche Anpassungseffekte in den Daten für 2018 oder 2019 sichtbar werden, sobald diese verfügbar sind.

Tabelle 14: Übergang von Pflegestufen zu Pflegegraden

Vor 2017		Ab 2017
Pflegestufe (PS)	Mit eingeschränkter Alltagskompetenz (eA)	Pflegegrad (PG)
Bisher ohne Pflegestufe	→	Pflegegrad 1
„Pflegestufe 0“	mit eA	Pflegegrad 2
Pflegestufe 1	→	
	mit eA	Pflegegrad 3
Pflegestufe 2	→	
	mit eA	Pflegegrad 4
Pflegestufe 3	→	
	mit eA	Pflegegrad 5
Härtefall	→	

Quelle: Eigene Darstellung.

7.3 Überblick zur Grundstruktur von finanziellen Aufwänden in der ambulanten und stationären Pflege

In der ambulanten Pflege nehmen die Leistungen der Pflegeversicherung einen potenziell hohen Anteil der gesamten finanziellen Aufwände ein. Insbesondere seit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) aus dem Jahr 2014 werden unterstützende Leistungen wie Tages- oder Kurzeitpflege zusätzlich zum Pflegegeld oder den Sachleistungen von der Pflegeversicherung übernommen (vgl. Abbildung 67). Dadurch entfallen finanziell geringere Anteile auf die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen. Die Hilfe zur Pflege als Sozialleistung bei Haushalten mit zu geringem Einkommen, wird deshalb bei verhältnismäßig wenigen Pflegehaushalten in Deutschland relevant. Falls jedoch Hilfe zur Pflege ambulant bezogen wird, fällt der durchschnittliche monatliche Betrag mit 1.049 Euro pro Person höher aus als im stationären Bereich (vgl. Abbildung 68).

Abbildung 67: Überblick zu Trägern von Kosten der ambulanten Pflege und durchschnittlichen finanziellen Aufwänden

Überblick zu Trägern von Kosten der ambulanten Pflege und durchschnittlichen finanziellen Aufwänden

AGP
 Sozialforschung
 Social Research

Träger der Kosten:	1. Soziale/Private Pflegeversicherung	2. Pflegebedürftige/r und Angehörige	3. Sozialhilfeträger (Kommune oder überörtlicher Träger)																		
Höhe der Beträge: (soweit nicht anders angegeben monatlich)	<table> <tr> <th>PG</th><th>Pflegegeld</th><th>Sachleistung</th></tr> <tr> <td>1</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr> <td>2</td><td>316 €</td><td>689 €</td></tr> <tr> <td>3</td><td>545 €</td><td>1.298 €</td></tr> <tr> <td>4</td><td>728 €</td><td>1.612 €</td></tr> <tr> <td>5</td><td>901 €</td><td>1.995 €</td></tr> </table> + bis zu 125 € zweckgebundener Entlastungsbetrag + Tages-/Nachtpflege ab PG 2 bis zu: 689 € / 1.298 € / 1.612 € / 1.995 € + ab Pflegegrad 2: Verhinderungspflege (bis zu 1.612 €/Jahr) Kurzzeitpflege (bis zu 806 €/Jahr)	PG	Pflegegeld	Sachleistung	1	-	-	2	316 €	689 €	3	545 €	1.298 €	4	728 €	1.612 €	5	901 €	1.995 €	Ggf. ergänzende eigene Mittel für Abdeckung des vollen Unterstützungsbedarfs	Hilfe zur Pflege (außerhalb von Einrichtungen) Ø Ausgaben pro Person im Monat (2017): 1.049 €
PG	Pflegegeld	Sachleistung																			
1	-	-																			
2	316 €	689 €																			
3	545 €	1.298 €																			
4	728 €	1.612 €																			
5	901 €	1.995 €																			

© AGP Sozialforschung 2019; Datenbasis Kosten/Hilfe zur Pflege: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019

Quellen: SGB XI, Pflegestatistik, Sozialhilfestatistik, eigene Darstellung, Angaben für 2017.

In der stationären Pflege hingegen übernimmt die Pflegeversicherung monatlich einen, an den Pflegegrad gekoppelten, festen Betrag für die Kosten der Pflege. Dieser reicht allerdings nicht zur Deckung der Pflegekosten, oder gar der Gesamtkosten in der stationären Pflege. Im Jahr 2017 lagen deshalb in Deutschland die zusätzlichen durchschnittlichen Kosten für Pflege und Betreuung in der stationären Pflege (der sogenannte „Eigenanteil“) für Pflegebedürftige bei 630 Euro pro Monat. Im Jahr 2019 beträgt dieser bereits knapp

693 Euro.³³ Der mittlerweile innerhalb jeder Einrichtung einheitliche Eigenanteil in allen Pflegegraden stellte dabei im Schnitt nur etwa ein Drittel der anfallenden Gesamtkosten dar. Insbesondere Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten machen ähnlich hohe Einzelposten aus. Mit der Einrichtung vereinbarte Zusatzleistungen können die Kosten für die Pflegebedürftigen im Einzelfall zusätzlich erhöhen.

Abbildung 68: Überblick zu Trägern von Kosten der stationären Pflege und durchschnittlichen finanziellen Aufwänden


AGP
 Sozialforschung
 Social Research

Überblick zu Trägern von Kosten der stationären Pflege und durchschnittlichen finanziellen Aufwänden

Träger der Kosten:

1. Soziale/Private Pflegeversicherung

2. Pflegebedürftige/r und Angehörige

3. Sozialhilfeträger (Kommune oder überörtlicher Träger)

Höhe der Beträge: (soweit nicht anders angegeben monatlich)

PG	Sachleistung
1	125 €
2	770 €
3	1.262 €
4	1.775 €
5	2.005 €
+	

bis zu 125 € für zusätzliche Betreuung und Aktivierung

Eigene Mittel für Abdeckung des vollen Unterstützungsbedarfs:

Kostenbereich	Ø Kosten 2017
Eigenanteil für Pflege & Betreuung (PG 2-5)	630 €
Unterkunft und Verpflegung	715 €
Investitionskosten	400 €
ggf. Zusatzleistungen	?
Gesamt	1.745 € (=?)

Hilfe zur Pflege (außerhalb von Einrichtungen)

Ø Ausgaben pro Person im Monat (2017):
810 €

© AGP Sozialforschung 2019; Datenbasis Kosten Pflegebedürftige: Pflegestatistik 2019, Rothgang et al. 2017, eigene Recherchen

Quellen: SGB XI, Pflegestatistik, Sozialhilfestatistik, Rothgang et al. 2017, eigene Darstellung, Angaben für 2017.

7.4 Kosten in der stationären Langzeitpflege im Detail

7.4.1 Kostenentwicklung für Pflege und Betreuung sowie Verpflegung und Unterkunft

Die Aufwände für Pflege und Betreuung in der stationären Langzeitpflege sind, seit der ersten Pflegestatistik im Jahr 1999, konstant angestiegen. In den 16 Jahren zwischen 1999 und 2015 lag die durchschnittliche Teuerungsrate bundesweit bei 1,8 % pro Jahr (vgl. Abbildung 69). Damit sind die Kosten für Pflege und Betreuung etwas stärker gestiegen als für allgemeine Güter und Dienstleistungen im gleichen Zeitraum (mittlere Inflationsrate von 1,4 % pro Jahr).

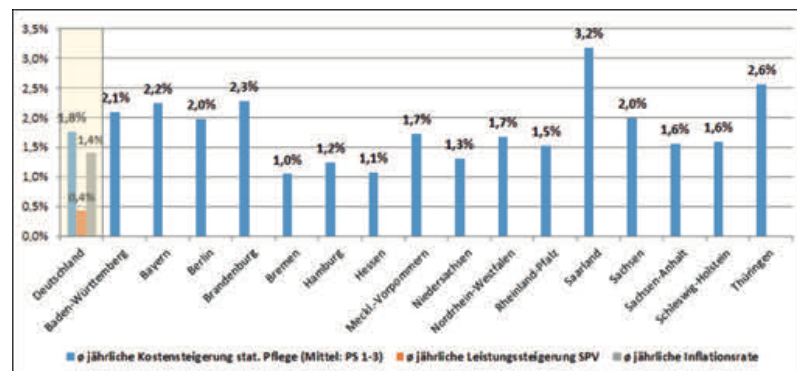
Es fällt auf, dass im Vergleich zum durchschnittlichen Anstieg der Kosten für die Pflegebedürftigen in Höhe von 1,8 % pro Jahr nur geringfügige Anpassungen in den Ausgaben der Pflegeversicherung stattgefunden haben. Durchschnittlich ist im betrachteten 16-Jahres-Zeitraum lediglich eine Kostensteigerung von 0,4 % pro Jahr

33 Siehe: <https://www.vdek.com/LVen/HAM/Presse/Daten/pflege.html>; 3. Graphik

festzustellen. Zugleich ist zu betonen, dass diese 0,4 % nicht auf eine regelmäßige Dynamik, sondern nahezu ausschließlich auf die Leistungserhöhung des Ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) zum Januar 2015 zurückzuführen sind. Zuvor wurden die Leistungssätze der Pflegeversicherung zwischen 1995 und 2008 nicht erhöht und zwischen 2009 und 2013 lediglich die Ausgaben für Pflegestufe 3 sukzessive angehoben (vgl. Abbildung 70).

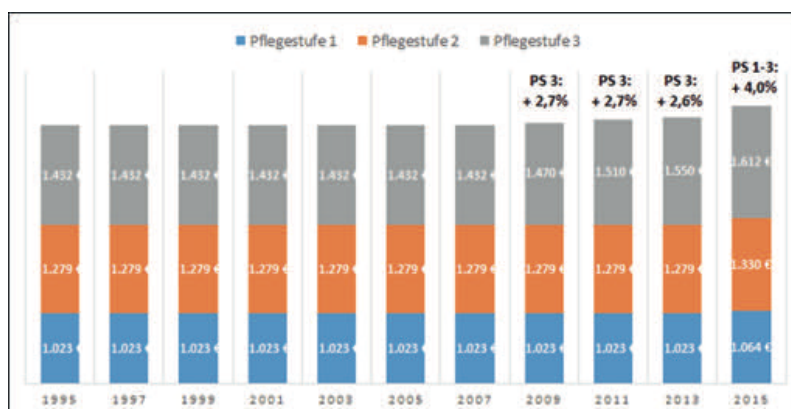
Auf Seiten der tatsächlichen Kostensteigerungen zeigen sich unterschiedliche Steigerungsraten in den einzelnen Bundesländern. Besonders geringe Kostensteigerung von lediglich 1,0 % bis 1,3 % pro Jahr waren in Bremen, Hessen, Hamburg und Niedersachsen zu verzeichnen. Im Saarland war hingegen der mit Abstand höchste Anstieg der Pflegekosten zu beobachten (3,2 %). Ebenfalls stärkere Kostenanstiege von über 2 % zeigen sich in den zwei Ostbundesländern Thüringen und Brandenburg sowie in den südlichen Flächenstaaten Bayern und Baden-Württemberg.

Abbildung 69: Jährliche Kostensteigerungen für Pflege und Betreuung in der stationären Pflege 1999–2015 im Vergleich der Bundesländer



Quellen: Pflegestatistik 1999–2015, Statistisches Bundesamt 2019, eigene Darstellung.

Abbildung 70: Leistungssätze in der stationären Langzeitpflege 1995–2015



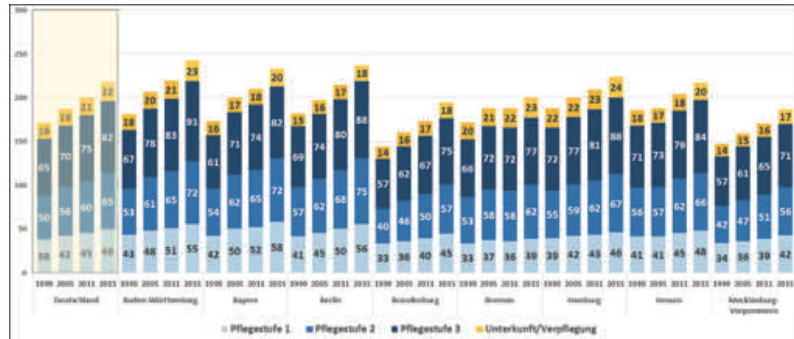
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019, eigene Darstellung.

Neben der unterschiedlichen Dynamik in der Kostenentwicklung unterscheiden sich auch die grundsätzlichen Kostenniveaus für Pflege und Betreuung im Ländervergleich. Abbildung 71 und Abbildung 72 weisen dies anhand der durchschnittlichen Tagessätze in den einzelnen Bundesländern nach (blaue Balkenabschnitte). Dabei sind die gestapelten Balken nur bedingt in ihrer absoluten Höhe zu verstehen, da die blauen Abschnitte jeweils die unterschiedliche Höhe der Tagessätze in den einzelnen Pflegestufen abbilden. Die Gesamthöhe der Balken bilden somit keine realen Gesamtkosten ab, sondern bilden einen letztlich fiktiven, kumulativen Gesamtwert. Dennoch lassen sich in dieser kompakten Darstellung in summa die Kostenunterschiede zwischen den Bundesländern übersichtlich abbilden und zugleich sind differenzierte Vergleiche nach Kostenbereichen möglich. Die ausgewählten Zeitpunkte umfassen einerseits als Ausgangsbasis die Zahlen der ersten Pflegestatistik 1999 sowie der letzten Pflegestatistik mit Pflegestufen (2015). Um die allgemeine Kostenentwicklung aufzuzeigen, wurden zwei weitere Daten im Abstand von jeweils sechs Jahren (2005, 2011) aufgenommen. Der zeitliche Abstand zwischen der dritten und vierten Säule beträgt somit lediglich vier Jahre.

Zusätzlich dargestellt sind die durchschnittlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung pro Tag (gelbe Balkenabschnitte). Sie können auf Personenebene als Kosten zu einem der blauen Balken hinzugechnet werden.

**Leistungs-
sätze in der
stationären
Langzeitpflege**

Abbildung 71: Pflegesätze stationär pro Tag in Euro 1999–2015 nach Pflegestufen in den Bundesländern 1/2



Quelle: Pflegestatistiken 1999–2015.

Tagessätze stationär pro Tag

In den Ost-Bundesländern lagen die Tagessätze in der stationären Pflege im gesamten Zeitverlauf deutlich unter dem bundesweiten Schnitt. Thüringen wies 1999 die niedrigsten Tagessätze auf. Wie allerdings in Abbildung 69 bereits gezeigt, stiegen die Kosten in Thüringen insgesamt stärker an als beispielsweise in den zwei Ländern mit den insgesamt zweit- und drittniedrigsten Tagessätzen: Sachsen und Sachsen-Anhalt. Dort ergaben sich somit 2015 bereits ähnlich niedrige (Sachsen) oder sogar niedrigere (Sachsen-Anhalt) Gesamtagessätze wie in Thüringen. Eine ähnliche Dynamik zeigt sich in Brandenburg. Hier waren 1999 noch sehr niedrige Kostensätze zu verzeichnen. 2015 lagen die Tagessätze jedoch bereits auf einem ähnlichen Niveau wie in Bremen.

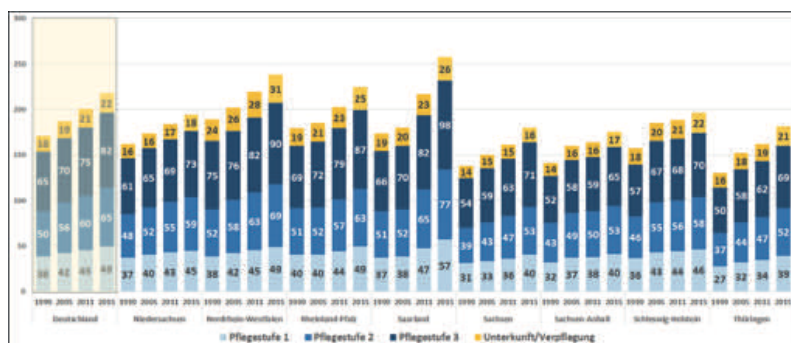
Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz weisen über den gesamten Zeitverlauf betrachtet die höchsten Tagessätze auf. Allerdings zeigte sich im Saarland insgesamt eine besonders starke Kostensteigerung im Zeitverlauf (siehe auch Abbildung 69). Insbesondere in den Jahren 2005 bis 2015 stiegen die durchschnittlichen Kosten im Saarland stark an. In summa ergeben sich für 2015 somit höhere Tagessätze pro Pflegestufe als in den vier Bundesländern mit den zuvor höchsten Tagessätzen.

Auch im Vergleich der Tagessätze in den einzelnen Pflegestufen zeigen sich einige bundeslandspezifische Besonderheiten: In Bremen liegen beispielsweise die Tagessätze für Pflegestufe 1 im Zeitverlauf besonders niedrig (zwischen 5 Euro und 10 Euro unter dem Bundeschnitt), während die Kosten für Pflegestufe 2 und 3 in etwa im bundesweiten Mittel liegen. In Pflegestufe 3 fallen die durchschnittlichen Tagessätze 2015 in Sachsen-Anhalt am niedrigsten (65 Euro/Tag) und im Saarland am höchsten (98 Euro/Tag) aus.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung lagen 2015 ebenfalls im Saarland besonders hoch (26 Euro/Tag), allerdings nirgendwo annähernd so hoch wie in Nordrhein-Westfalen (31 Euro/Tag). In

Sachsen fielen hingegen im Durchschnitt lediglich 14 Euro/Tag an Kosten für Unterkunft und Verpflegung an.

Abbildung 72: Pflegesätze stationär pro Tag in Euro 1999–2015 nach Pflegestufen in den Bundesländern 2/2



Quelle: Pflegestatistiken 1999–2015.

Die Tagessätze für Pflege und Betreuung ab 2017 sind, wie einführend erläutert, nur begrenzt vergleichbar mit den Tagessätzen vor der Einführung der Pflegegrade. Tabelle 15 weist die durchschnittlichen Tagessätze für Pflege und Betreuung in Deutschland laut Pflegestatistik 2017 aus. Der Tagessatz in den Pflegegraden 2 und 4 liegt demnach rund zwei bis drei Euro unter dem Wert der in etwa vergleichbaren Pflegestufen 1 und 3. Die Kosten für stationäre Pflege im Pflegegrad 3 fallen hingegen mit rund 62 Euro deutlich höher aus als die Kosten für Pflegestufe 2 im Jahr 2015 (49 Euro). Die täglichen Kosten für Verpflegung sind im deutschlandweiten Schnitt leicht um etwa 1,50 Euro angestiegen. Zu beachten ist, dass die Kostenveränderungen in den Pflegegraden ganz wesentlich durch die Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils hervorgerufen wurden. Die Einrichtungen müssen ihre Pflegesätze nun so kalkulieren, dass abzüglich der monatlichen Leistungen der Pflegeversicherung in den Pflegegraden 2–5 für die Bewohner*innen ein einheitlicher Eigenanteil gezahlt wird, der den Einrichtungen ein wirtschaftliches Auskommen ermöglicht.

Tabelle 15: Pflegesätze nach Pflegegraden in Deutschland 2017

	2017
Pflegegrad 1	36,41 €
Pflegegrad 2	46,11 €
Pflegegrad 3	62,18 €
Pflegegrad 4	78,95 €
Pflegegrad 5	86,62 €
Unterkunft/Verpflegung	23,50 €

Quelle: Pflegestatistik 2017.

Rechnet man die durchschnittlichen Tagessätze für Pflege und Betreuung sowie Unterkunft und Verpflegung in monatliche Kosten um, zeigen sich zwischen 2015 und 2017 nur geringfügige Unterschiede im Übergang von Pflegestufen zu Pflegegraden (vgl. Abbildung 73 bis Abbildung 75). Betrachtet werden können hierbei allerdings nur die drei weitgehend vergleichbaren Pflegestufen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz und die korrespondierenden Pflegegrade (vgl. Tabelle 14). Zudem zeigen sich in den Daten von 2017 ggf. noch nicht alle Anpassungseffekte an die veränderten Rahmenbedingungen.

Im Vergleich der monatlichen Kosten zeigen sich die gleichen Unterschiede der Kostenniveaus zwischen den Bundesländern wie bei den Tagessätzen bereits beschrieben (vgl. Abbildung 71 und Abbildung 72). In den monatlichen Kosten werden allerdings die Auswirkungen nochmals deutlicher: Während in Sachsen 2017 in Pflegegrad 2 beispielsweise durchschnittlich Kosten für Pflege, Betreuung und Unterkunft sowie Verpflegung von 1.575 Euro anfielen, wurden im Saarland im Mittel 2.535 Euro gezahlt. Dies entspricht einer Differenz von 960 Euro. Im Saarland ergeben sich 60 % höhere Kosten als in Sachsen.

Vorläufig lässt sich feststellen, dass in den meisten Bundesländern, wie auch im bundesweiten Schnitt, die Kosten für Pflege, Betreuung, Unterkunft und Verpflegung von 2015 zu 2017 zwischen den vergleichbaren Pflegestufen bzw. Pflegegraden minimal zurückgegangen sind (etwa 2 % in den drei Pflegestufen). Dies betrifft allerdings lediglich die Kosten innerhalb der drei alten Pflegestufen und den korrespondierenden Pflegegraden. Durch die in der Pflegestatistik 2015 nicht berücksichtigten zusätzlichen Kostenanteile, wie Zuschläge für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (insbesondere Menschen mit Demenz) oder Härtefälle (besonders intensiver Pflegebedarf, der über die Pflegestufe 3 hinausging), ist die Vergleichbarkeit nur begrenzt gegeben. Denn zugleich hat eine Verschiebung hoher Anteile der Pflegebedürftigen in höhere Pflegegrade stattgefunden (vgl. Abbildung 76), sodass effektiv höhere

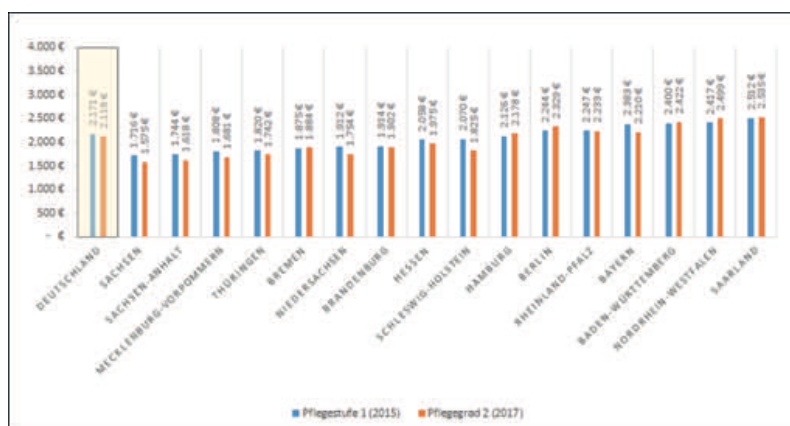
Kostenanteile durch die Pflegeversicherung übernommen wurden. Deutlich mehr Personen waren 2017 in höhere Pflegegrade eingestuft als 2015 in entsprechenden Pflegestufen – allein Pflegegrad 5 erhielten 2017 fast so viele Personen (140.000) wie 2015 in Pflegestufe 3 eingruppiert waren (169.000).

Im Vergleich der Kosten 2015 vs. 2017 zeigen sich in einigen Bundesländern abweichende Dynamiken. So liegen die Kosten für den Pflegegrad 4 in Sachsen 2017 im Schnitt um 6 % höher als 2015 in Pflegestufe 3. Ebenfalls steigende Kosten waren in Pflegegrad 3 im Vergleich zu Pflegestufe 2 in Bremen zu beobachten (+5 %) sowie in Berlin in Pflegegrad 2 (+4 % vs. Pflegestufe 1).

Besonders starke Reduktion von Kosten zeigt sich beim Übergang zu Pflegegrad 4 in Hessen und Rheinland-Pfalz (jeweils -7 %). In Pflegegrad 3 sind die Kosten insbesondere in Hessen (-7 %) sowie Schleswig-Holstein (-6 %) zurückgegangen. Die höchste Kostenreduktion findet sich allerdings in Schleswig-Holstein, wo 2017 für stationäre Pflege bei Pflegegrad 2 im Schnitt 12 % weniger Kosten anfielen als noch 2015 für Pflegestufe 1. In Sachsen und Niedersachsen zeigt sich eine Kostendrehtung um 8 %.

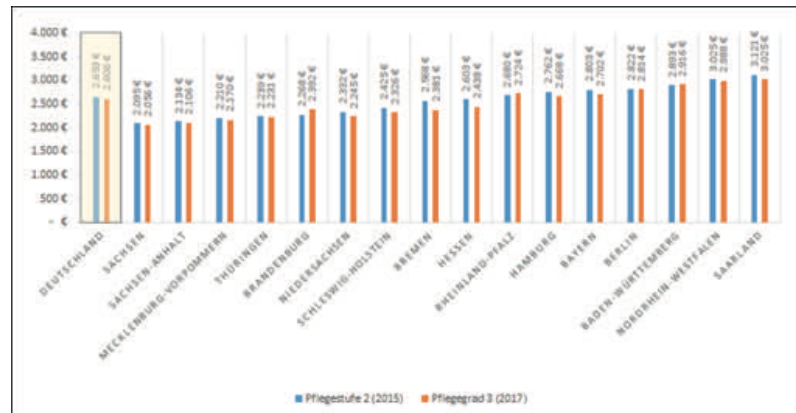
**Besonders
starke
Reduktion
von Kosten**

Abbildung 73: Durchschnittliche monatliche Kosten stationärer Pflege inkl. Unterkunft/Verpflegung – Pflegestufe 1 (2015) vs. Pflegegrad 2 (2017) nach Bundesländern



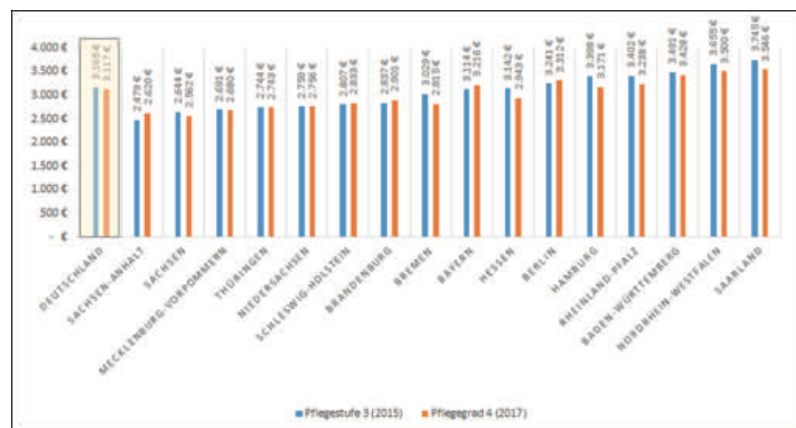
Quelle: Pflegestatistik 2015 & 2017, eigene Darstellung.

Abbildung 74: Durchschnittliche monatliche Kosten stationärer Pflege 2015 bei Pflegestufe 2 inkl. Unterkunft/Verpflegung aufsteigend nach Bundesländern



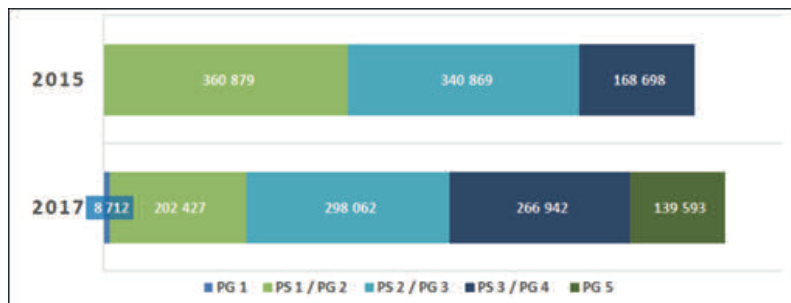
Quelle: Pflegestatistik 2015 & 2017, eigene Darstellung.

Abbildung 75: Durchschnittliche monatliche Kosten stationärer Pflege 2015 bei Pflegestufe 2 inkl. Unterkunft/Verpflegung aufsteigend nach Bundesländern



Quelle: Pflegestatistik 2015 & 2017, eigene Darstellung.

Abbildung 76: Vergleich der Gesamtzahl an Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen 2015 vs. 2017 nach Pflegestufe/Pflegegrad



Quelle: Pflegestatistik 2015/2017.

Zusammenfassung:

- Die regelmäßigen Kostensteigerungen von Pflege und Betreuung wurden in der Pflegeversicherung für 15–20 Jahre nicht abgebildet.
- Es zeigen sich erhebliche Unterschiede der Kosten für stationäre Pflege inkl. Unterkunft/Verpflegung zwischen den Bundesländern. Je nach Pflegegrad liegt die Differenz zwischen 40 % und 60 %, was 1.000 Euro/Monat an höheren bzw. niedrigeren Kosten für die Pflegebedürftigen innerhalb der Bundesrepublik entspricht.
- Die Ost-Bundesländer liegen mit den Pflegekosten deutlich unter dem bundesweiten Schnitt, allen voran Sachsen und Sachsen-Anhalt. Auch in Bremen und Niedersachsen fallen die Kosten für stationäre Pflege unterdurchschnittlich aus. Besonders teuer ist die stationäre Pflege in den drei bevölkerungsreichsten Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg. Das Saarland hat in den vergangenen Jahren einen besonders starken Anstieg in den Pflegekosten zu verzeichnen und weist 2017 den höchsten Durchschnittswert auf.

7.4.2 Eigenanteile für Pflegebedürftige und Angehörige

Aus der Gesamthöhe der Kosten für Pflege und Betreuung abzüglich der Leistungen der Pflegeversicherung ergeben sich in der stationären Pflege die Eigenanteile für die Pflegebedürftigen. Bis zur Einführung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE) im Jahr 2017 differierten die Eigenanteile zwischen den drei Pflegestufen erheblich (vgl. Abbildung 77 bis Abbildung 79). Bundesweit lag der durchschnittliche Eigenanteil 2015 in Pflegestufe 1 beispielsweise bei 427 Euro/Monat, in Pflegestufe 2 bei 644 Euro und in Pflegestufe 3 bei 874 Euro. Eine höhere Pflegestufe führte damit zu sub-

Abbildung 77: Durchschnittlicher Eigenanteil für Pflege und Betreuung in Pflegestufe 1/Pflegegrad 2 nach Bundesländern 1999–2017



Quelle: Pflegestatistik 1999–2017, Kosten pro Monat, eigene Darstellung.

Quelle: Pflegestatistik 1999–2017, Kosten pro Monat, eigene Darstellung.

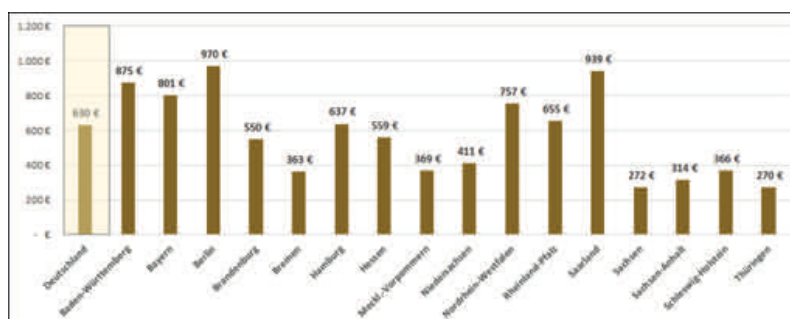
In der Auswertung der Eigenanteile im Zeitverlauf zeigen sich vergleichbare Entwicklungen wie bei der allgemeinen Kostenentwicklung (Kapitel 7.4.1) in den Bundesländern: insbesondere in den ostdeutschen Bundesländern liegen die Eigenanteile deutlich niedriger; für die Pflegestufe 1 lagen sie 2015 nur etwa bei einem Drittel der Kosten des deutschlandweiten Durchschnitts; in der Pflegestufe 3 bei der Hälfte bis zwei Drittel der bundesdeutschen Durchschnittskosten.

Auswertung der Eigenanteile im Zeitverlauf

In der Bewertung der Entwicklung im Zeitverlauf ist zu beachten, dass die exemplarisch herausgenommenen Jahre 1999, 2007 und 2015 in gleichem Abstand von je acht Jahren ausgewählt wurden. Zusätzlich wurde als vierter Zeitbezug das Jahr 2017 als neuestes verfügbares Datum ausgewählt. Zwischen Säule drei (2015) und Säule vier (2017) in den Abbildungen zeigen sich trotz der lediglich zwei Jahre Differenz dennoch deutliche Veränderungen, da sich die Reformveränderungen in der Pflege abbilden.

Es fällt auf, dass zu Beginn der Datenerhebung mit der Pflegestatistik 1999 in einigen Bundesländern in Pflegestufe 1 und 2 die Leistungen der Pflegeversicherung höher lagen als die durchschnittlichen Kosten für Pflege und Betreuung in den jeweiligen Bundesländern. D. h. bei Einführung der Pflegeversicherung konnte diese noch einen sehr großen Anteil der realen Kosten für stationäre Pflege decken. Dies mag ggf. erklären, weshalb Pflege in allen Bundesländern als teuer empfunden wird, auch wenn zum Teil erhebliche Unterschiede in den Kosten bestehen: Menschen beurteilen Kosten meist relativ zu den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln, aber auch im Zeitverlauf. Seit 1999 waren die monatlichen Eigenanteile in allen Bundesländern auf mindestens 111 Euro in Pflegestufe 1 (Thüringen), 264 Euro in Pflegestufe 2 (Thüringen) und 355 Euro in Pflegestufe 3 (Sachsen-Anhalt) angestiegen.

Abbildung 80: Durchschnittlicher Eigenanteil für Pflege und Betreuung nach Bundesländern 2017



Quelle: Pflegestatistik 2017, Kosten pro Monat, eigene Darstellung.

Abbildung 80 weist nochmals gesondert die durchschnittlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteile für alle Bundesländer im Jahr 2017 aus. Die Differenzen sind weiterhin substantiell – in Berlin oder

im Saarland betragen die Eigenanteile durchschnittlich das 3,5-fache wie in Sachsen oder Thüringen – dies entspricht einer Differenz von nahezu 500 Euro/Monat. Auf das Jahr gerechnet ergeben sich somit für Menschen in stationärer Versorgung in Berlin, alleine durch Kosten für Pflege und Betreuung, Mehrausgaben von 6.000 Euro im Vergleich zu Personen, die in Thüringen in einer stationären Einrichtung leben.

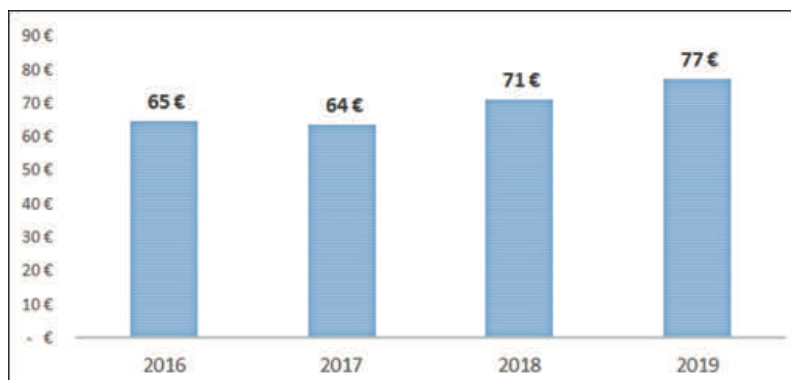
**Eigenanteile in
ostdeutschen
Ländern
besonders
niedrig**

Generell fallen in den ostdeutschen Ländern die Eigenanteile mit durchschnittlich 270 Euro bis 370 Euro besonders niedrig aus. Die einzige Ausnahme ist Brandenburg, das – auf ähnlichem Niveau wie Hessen – mit rund 550 Euro nur etwas unter dem Bundesschnitt von 630 Euro liegt. Bremen und Schleswig-Holstein weisen allerdings nahezu ähnlich niedrige Eigenanteile wie die Mehrzahl der östlichen Bundesländer auf, so dass man nicht von einer eindeutigen Ost-West-Differenz sprechen kann. Neben dem Saarland und Berlin (939 Euro bzw. 970 Euro) fallen die Eigenanteile in Baden-Württemberg (875 Euro), Bayern (801 Euro) sowie Nordrhein-Westfalen (757 Euro) deutlich überdurchschnittlich aus.

**Ausbildungs-
umlagen**

Neben den Kosten für Pflege und Betreuung fallen unter den Eigenanteil auch die Ausgaben für die Ausbildung neuer Pflegekräfte in den Einrichtungen. In einigen Bundesländern existieren seit einigen Jahren landesweite Ausbildungsumlagen, die einer besseren und über alle Einrichtungen gleichmäßig finanzierten Ausbildung dienen sollen. Abbildung 81 zeigt, dass die durchschnittliche Höhe dieser Umlage bundesweit in den letzten Jahren bei 64 Euro bis 77 Euro lag. Diese Mittelwerte dürfen nicht überinterpretiert werden, da sie lediglich auf den fünf bis sieben Bundesländern basieren, die im betrachteten Zeitraum einheitliche Ausbildungsumlagen aufwiesen. So zeigen sich beispielsweise in zwei Bundesländern deutliche Abweichungen vom Mittelwert. In Baden-Württemberg wurden lediglich um die 35 Euro zwischen 2016 und 2019 für die Ausbildungsumlage berechnet. In Nordrhein-Westfalen lagen die Kosten hingegen im gleichen Zeitraum bei durchschnittlich 116 Euro. Generell lässt sich ein Anstieg der durchschnittlichen Ausbildungsumlagen zwischen 2016 und 2019 feststellen, entweder aufgrund steigender Anzahl an Auszubildenden oder durch Kostensteigerungen pro auszubildender Person. Ab 2020 werden die Umlagen, aufgrund des Pflegeberufereformgesetzes und der Pflegeberuf-Ausbildungsfinanzierungsverordnung, in allen Bundesländern jeweils durch gemeinsame Pflegeausbildungsfonds für Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege abgelöst (BMG 2018).

Abbildung 81: Durchschnittliche einheitliche Ausbildungsumlagen in Deutschland 2016–2019



Quelle: Eigene Recherchen; Mittelwert der Ausbildungsumlagen von Bundesländern mit einheitlichen Umlagen.

Zusammenfassung:

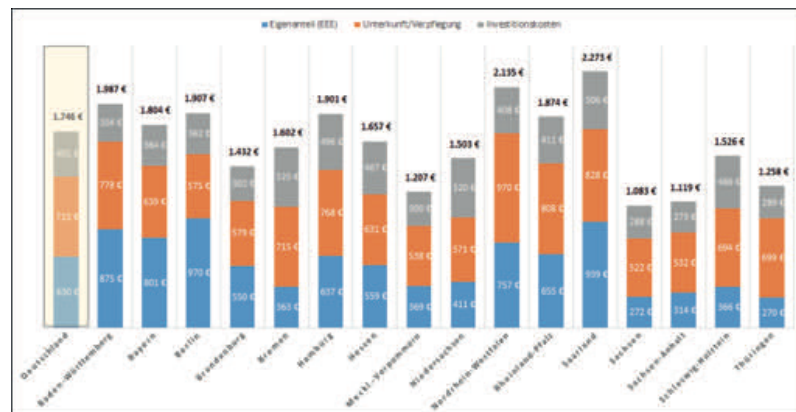
- Die Leistungen der Pflegeversicherung in der stationären Langzeitpflege waren bei Einführung in vielen Bundesländern kostendeckend für die durchschnittlichen Ausgaben von Pflege und Betreuung.
- Die fehlende Dynamisierung der Pflegeleistungen hat dazu geführt, dass die Eigenanteile in der Pflege bis 2015 kontinuierlich gestiegen sind. Erst mit den Leistungssteigerungen des PSG II reduzierten sich die Eigenanteile in Pflegestufe 2/Pflegegrad 3 bzw. Pflegestufe 3/Pflegegrad 4 erstmals wieder leicht.
- Die Einführung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile hat Personen mit hohem Pflegebedarf in Pflegeheimen entlastet – in Pflegestufe 1/Pflegegrad 2 sind die Kosten hingegen gestiegen.
- Auch 2017 zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern bzgl. der Eigenanteile in der stationären Langzeitpflege von bis zu 500 Euro/Monat. Es besteht keine reine Ost-West-Differenz bei den Eigenanteilen. Die monatlichen Kosten in Brandenburg liegen deutlich höher als in vielen West-Bundesländern und Bremen oder Schleswig-Holstein liegen in etwa auf dem Niveau von Mecklenburg-Vorpommern oder Sachsen-Anhalt.
- Auch die Ausbildungsumlage fällt in manchen Bundesländern ins Gewicht. In Nordrhein-Westfalen erhöhen sich dadurch beispielsweise die monatlichen Kosten für Pflegebedürftige in der stationären Pflege um 110 Euro.

7.4.3 Gesamtkosten für Pflegebedürftige und Angehörige

Die dargestellten Eigenanteile stellen nur einen Teil der Kosten dar, die bei stationärer Pflege auf die pflegebedürftige Person und – zumindest derzeit³⁴ – auch auf die Angehörigen entfallen. Hinzu kommt zum einen der Tagessatz für Unterkunft und Verpflegung, wie er auch bereits in Kapitel 7.4.1 dargelegt wurde. Zum anderen werden Investitionskosten erhoben, die beispielsweise Abschreibungen und Zinsen für den Bau sowie die Kosten der Instandhaltung beinhalten. Diese drei Kostenpunkte wurden für 2017 in der Gesamtdarstellung der Kosten in Abbildung 82 ausgewiesen.

Demnach lagen 2017 die durchschnittlichen Gesamtkosten für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege in Deutschland bei rund 1.750 Euro pro Monat. Dieser Betrag lag damit deutlich über den Leistungen der Pflegeversicherung in Pflegegrad 2 (770 Euro) und Pflegegrad 3 (1.262 Euro) für stationäre Pflege und in etwa auf der Höhe der Leistungen im Pflegegrad 4 (1.775 Euro). Lediglich für Pflegebedürftige im Pflegegrad 5 (2.005 Euro) zahlt die Pflegeversicherung mehr als die Gesamtkosten, die auf die Bewohner*innen entfallen.

Abbildung 82: Durchschnittlich selbst zu tragende monatliche Kosten für Bewohner*innen in Pflegeheimen 2017



Quellen: Pflegestatistik 2017, Rothgang et al. 2017 (Investitionskosten), eigene Darstellung.

Da auch die Investitionskosten in den ostdeutschen Bundesländern niedriger ausfallen (u. a. aufgrund von Förderungen für Neubauten in den 90er Jahren), verstärken sich die Gesamtunterschiede zwischen den Ländern mit hohen und niedrigen Eigenanteilen in absoluten Beträgen nochmals.

In den ostdeutschen Bundesländern liegen die Kosten zwischen rund 1.080 Euro (Sachsen) und 1.430 Euro (Brandenburg). In den westdeutschen Ländern existiert ein Mittelfeld mit Kosten zwischen

³⁴ Vgl. Fußnote 32.

1.500 Euro und 1.800 Euro: Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Bremen, Hessen, Bayern. Überdurchschnittlich hohe Gesamtkosten von über 1.900 Euro entfallen auf Pflegebedürftige in Hamburg, Berlin und insbesondere in Nordrhein-Westfalen und dem Saarland (etwa 70 Euro unter bzw. über 2.200 Euro).

Die monatlichen selbst zu tragenden Kosten unterscheiden sich zwischen dem Saarland (2.273 Euro) und Sachsen (1.083 Euro) damit um nahezu 1.200 Euro. Somit entfallen in der Regel auf zwei Pflegebedürftige in Sachsen weniger Kosten als auf eine pflegebedürftige Person im Saarland.

Zusammenfassung:

- Die Leistungen der Pflegeversicherung übernehmen lediglich für 16 % der Bewohner*innen stationärer Einrichtungen (Pflegegrad 5) mehr als die Hälfte der anfallenden Gesamtkosten. Mehr als 50 % der Pflegebedürftigen in Pflegeheim (Pflegegrade 1–3) zahlen monatlich deutlich mehr als die Pflegeversicherung für die Pflege beisteuert.
- Die Differenzen zwischen den Bundesländern fallen bei Betrachtung der Gesamtkosten nochmals höher aus. Bei den Gesamtkosten zeigen sich aufgrund der durchschnittlich deutlich niedrigeren Investitionskosten in Ostdeutschland klare Ost-West-Differenzen.

7.5 Leistungen der Sozialhilfe: Hilfe zur Pflege

7.5.1 Überblick zum Empfängerkreis

Für den Fall, dass die Gesamtkosten der Pflege (für den stationären Bereich vgl. Kapitel 7.4.3) nicht oder nicht vollumfänglich von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen übernommen werden können, stehen den Pflegebedürftigen Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII zu. Die Hilfe zur Pflege ist eine Leistung der Sozialhilfe und dient somit dem Grundrecht auf Schutz der Menschenwürde, um als Mindestsicherung anderweitig ungedeckte Bedarfe der Betroffenen zu übernehmen (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2017, S. 418 f.).

In Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein existiert zudem die Möglichkeit, vorrangig vor der Hilfe zur Pflege, ein landesgesetzlich geregeltes *Pflegewohn-geld* in Anspruch zu nehmen, das die Investitionskosten ganz oder teilweise übernimmt. Die Bedingungen für den Bezug von Pflegewohn-geld weisen höhere Schonbeträge aus, als die Leistung der Hilfe zur Pflege. In Mecklenburg-Vorpommern wird zudem lediglich das Einkommen, nicht das Vermögen, bei der Berechnung berücksichtigt.

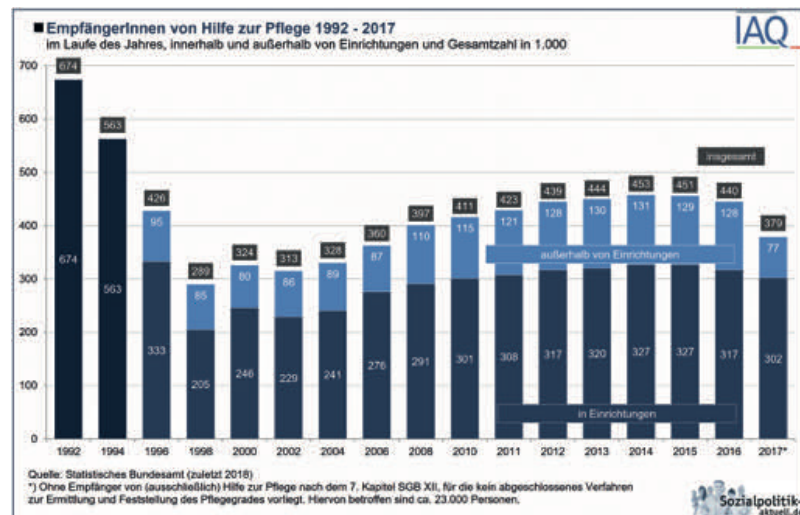
**Pflegewohn-
geld**

Konsequenzen der Einführung der Pflegeversicherung

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege existierten bereits vor der Einführung der Pflegeversicherung. Mit Einführung der Pflegeversicherung 1995 reduzierte sich der Empfängerkreis der Hilfe zur Pflege dann sukzessive bis 1998 auf rund 290.000 Empfänger*innen pro Jahr (vgl. Abbildung 83). Die Reduktion der Anzahl an Personen, die auf die Sozialhilfe als Mindestsicherung angewiesen waren, war eines der zentralen Ziele der Einführung der Pflegeversicherung (Gerlinger und Röber 2012).

Abbildung 83 zeigt zudem, dass seit 1998 Hilfe zur Pflege zu etwa drei Vierteln in Einrichtungen der Pflege geleistet wird. Das verbleibende Viertel entfällt auf Leistungen der häuslichen Pflege.

Abbildung 83: Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege 1992–2017 nach Leistungsort (ambulant/stationär)



Quelle: IAQ 2019.

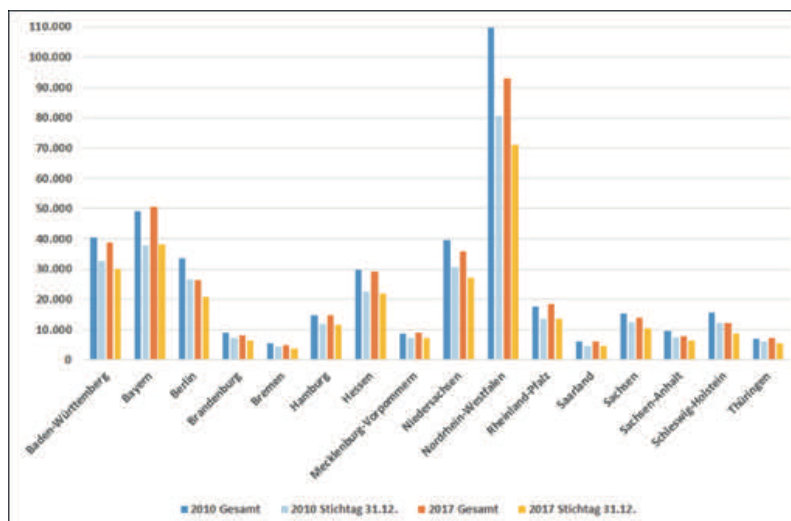
Hilfe zur Pflege: Konstanter Anstieg der Empfänger*innen

In den Jahren 1998 bis 2015 war ein konstanter Anstieg der Zahl von Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege zu verzeichnen. Die Gesamtzahl stieg von rund 290.000 auf knapp 450.000 Personen – insgesamt also um über 50 %. Der Zusammenhang mit den gleichbleibenden Leistungen der Pflegeversicherung zwischen 1995 und 2015 (vgl. Kapitel 7.4.1) scheint evident.

Im Jahr 2016, nach Erhöhung der Pflegesätze in allen Pflegestufen um 4 %, war erstmals seit über 10 Jahren ein leichter Rückgang der Leistungen der Hilfe zur Pflege zu beobachten. Im Jahr 2017 gingen die Zahlen mit der Einführung der neuen Pflegegrade sowie den weiteren Leistungsverbesserungen des PSG II erstmals seit 1998 deutlich zurück. Da in 23.000 Fällen nicht abgeschlossene Verfahren ausstehen, basieren die dargestellten Balken auf vorläufigen Zahlen. Selbst wenn man diese Fälle bereits vollumfänglich hinzurechnet, läge der Rückgang der Gesamtfälle von 2016 auf 2017

dennoch bei rund 10 %. Die Zahl der unabgeschlossenen Verfahren ergibt sich durch die Übergangsregelung nach § 138 SGB XII, wonach Pflegebedürftige, die Hilfe zur Pflege am 31.12.2016 erhielten, auch weiterhin bis zur Ermittlung des Pflegegrades und der notwendigen pflegerischen Bedarfe Hilfe zur Pflege erhalten.

Abbildung 84: Anzahl der Bezieher*innen von Hilfe zur Pflege 2010 und 2017. Gesamtzahl pro Jahr vs. laufende Bezüge zum 31.12.



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019, eigene Darstellung.

Die Gesamtzahl der Bezieher*innen von Hilfe zur Pflege kann unterschieden werden zwischen der Gesamtzahl pro Berichtsjahr einerseits sowie der Gesamtzahl aller Bezüge zu einem Stichtag andererseits (in der Statistik das Jahresende). Diese zwei Gesamtzahlen der Hilfe zur Pflege sind in Abbildung 84 dargestellt, einerseits für das zuletzt veröffentlichte Berichtsjahr 2017 sowie andererseits für das Jahr 2010, das im Durchschnitt die geringste Abweichung aller Kalenderjahre vom Mittel der Jahre 2005 bis 2017 aufwies. Im Schnitt liegt die Gesamtzahl der Bezüge pro Kalenderjahr um ca. 20 % über der Zahl der Bezüge zum Jahresende.³⁵

Die Bezüge, die lediglich zeitweise in einem Kalenderjahr bestanden, beziehen sich dabei zum einen auf im Kalenderjahr verstorbene Leistungsempfänger*innen oder Personen, deren Anspruch aus anderen Gründen auslief. Zum anderen besteht bei Hilfe zur Pflege die Möglichkeit, Leistungen auch solchen Personen zu gewähren,

³⁵ Besonders geringe Anteile an temporären Bezügen wiesen 2010 Thüringen (16 % temporäre Bezüge), Mecklenburg-Vorpommern (18 %) sowie Baden-Württemberg und Sachsen (je 19 %) auf. Besonders hohe Anteile zeigten sich 2010 in Nordrhein-Westfalen (27 %), Hessen (24 %) sowie Bayern und Niedersachsen (je 23 %). Weitere Daten zu Unterschieden nach Bundesländern finden sich in Kapitel 7.5.2.

die voraussichtlich lediglich bis zu 6 Monate auf Pflege angewiesen sind, beispielsweise bei Reha-Maßnahmen.

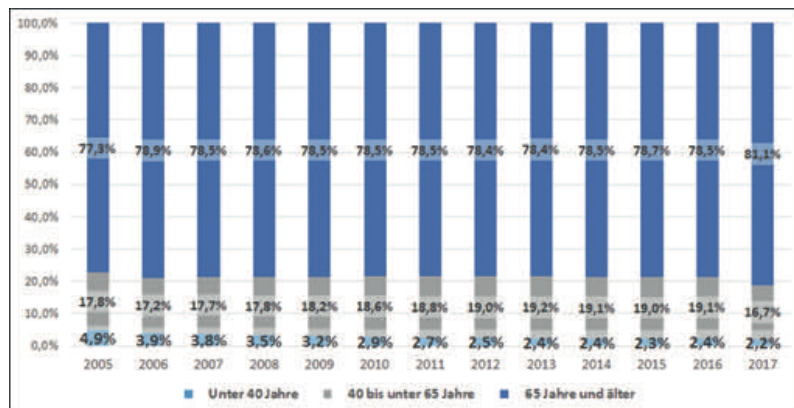
Hinweis: Gesamtzahl der Empfänger*innen pro Jahr als Standardbezugsgröße:

- Im Folgenden wurde als Datenbasis für die Diagramme zu den Leistungen und Charakteristika der Hilfe zur Pflege die Gesamtzahl der Empfänger*innen pro Kalenderjahr gewählt. Im Wesentlichen zeigen sich kaum Unterschiede zwischen den zwei Datensätzen, sodass hier für die vollständige Datenbasis aller Bezüge entschieden wurde. Die wenigen relevanten Abweichungen werden bei den jeweiligen Themen ausgeführt.

**Hilfe zur Pflege
Bevölkerung
65+**

Hilfe zur Pflege ist im Wesentlichen eine Sozialleistung, die von der Bevölkerung 65+ in Anspruch genommen wird. Mehr als drei Viertel aller Leistungsbezieher*innen waren 2005–2017 65 Jahre oder älter (vgl. Abbildung 85). Zuletzt stieg der Anteil 2017 nochmals auf über 81 %, was an dem insgesamt starken Rückgang an Bezügen der Hilfe zur Pflege nach Veränderungen der Leistungen der Pflegeversicherung liegt, die zwar auch für die Personengruppe 65+ gelten (Rückgang um 12 % von 345.136 Personen 2016 auf 304.708 Personen 2017) – allerdings gingen die Bezüge in der Personengruppe der 18- bis unter 65-Jährigen nochmals deutlich zurück (-28 % bzw. -25 %, vgl. Abbildung 91 in Kapitel 7.5.3).

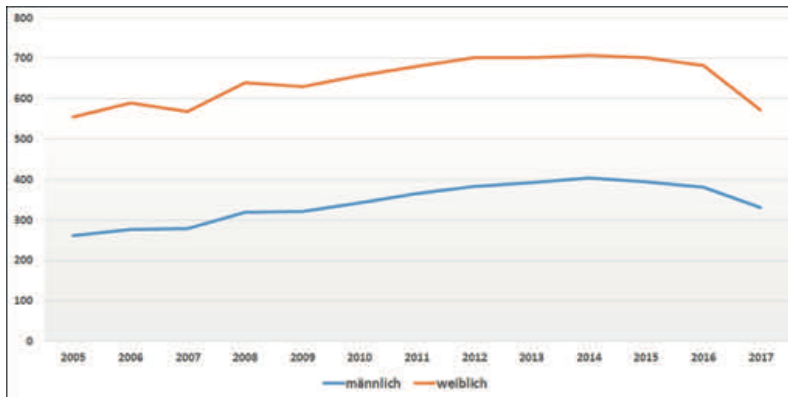
Abbildung 85: Anteil der Empfänger*innen der Hilfe zur Pflege (Gesamt) nach Altersgruppen 2005–2017



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019, eigene Darstellung.

Abbildung 86 zeigt, dass Frauen deutlich häufiger Hilfe zur Pflege erhalten als Männer. Dabei ging die geschlechterspezifische Differenz in der Inanspruchnahme allerdings seit 2005 etwas zurück. Lag der Differenzfaktor 2005 noch bei 2,13 (d.h. 2,13-mal so viele Frauen wie Männer erhielten 2005 Hilfe zur Pflege), sank er bis 2009 kontinuierlich auf unter 2,0 und liegt seit 2013 relativ konstant zwischen 1,7 und 1,8.

Abbildung 86: Geschlechterdifferenz bei Hilfe zur Pflege. Anzahl pro 100.000 EW in Deutschland



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019, eigene Darstellung.

Zusammenfassung:

- Die Einführung der Pflegeversicherung 1995 war u. a. maßgeblich darauf ausgerichtet, die Anzahl an Empfänger*innen von Sozialhilfe im Bereich der Pflege zu reduzieren und tatsächlich hat sich die Zahl Personen, die auf diese Grundsicherung angewiesen waren, in den 90er Jahren mehr als halbiert.
- Zwischen 1998 und 2015 hat die Zahl der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege wiederum kontinuierlich um fast 50 % auf rund 450.000 Personen zugenommen. Es ist anzunehmen, dass ein hoher Zusammenhang mit dem gleichbleibenden Niveau der Leistungen der Pflegeversicherung bei steigenden Kosten der Pflege besteht.
- Das Pflegestärkungsgesetz II hat das Leistungsrecht substantiell novelliert und es zeigen sich auch in der Sozialhilfestatistik Auswirkungen. Der Rückgang der Bezüge von Hilfe zur Pflege dürfte maßgeblich auf das PSG II zurückzuführen sein. Allerdings fällt der Rückgang um (mind.) 10 % im historischen Vergleich vergleichsweise moderat aus. Damit wurde in etwa die Zahl der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege aus dem Jahr 2008 erreicht.
- Kerncharakteristika der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege sind: weiblich und über 65 Jahre. 2017 entfielen über 80 % der Bezüge auf die Altersgruppen 65+, wobei sich dieser Anteil mit dem PSG II nochmals erhöht hat (für Details siehe das folgende Kapitel 7.5.2). Zudem ist Hilfe zur Pflege eine Leistung, die Frauen deutlich häufiger in Anspruch nehmen (müssen) als Männer: fast doppelt so viele Frauen wie Männer beziehen Hilfe zur Pflege.

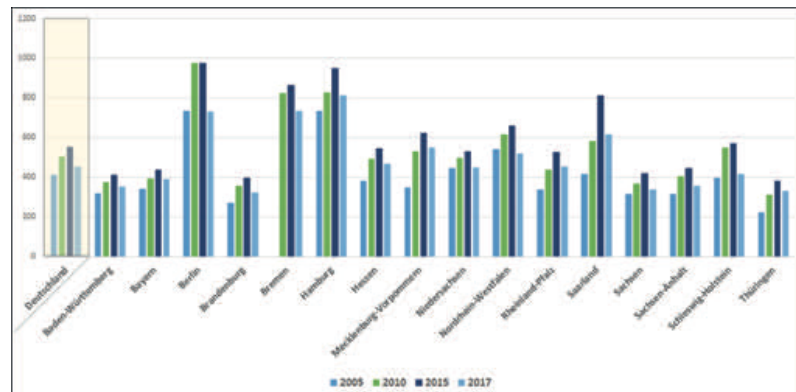
7.5.2 Unterschiede der Inanspruchnahme nach Bundesländern

Anschließend an die Darstellung der bundesweiten Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege soll im Folgenden auf bundeslandspezifische Besonderheiten in den Leistungsbezügen eingegangen werden.

Anteil der Inanspruchnahme an der Bevölkerung

Deutschlandweit zeigte sich in ein leichter, aber kontinuierlicher Anstieg des Anteils an Bezügen der Hilfe zur Pflege von 0,41 % der Bevölkerung im Jahr 2005 auf 0,56 % im Jahr 2014. In absoluten Zahlen entspricht dies einem Anstieg von rund 340.000 Personen auf über 450.000 im Jahr 2014 – ein Zuwachs um 33 %. Erst 2015, 2016 zeigt sich eine langsame Trendumkehr mit einem dann sehr starken Abfall der Bezüge im Jahr 2017 auf 0,45 % der Bevölkerung bzw. rund 375.500 Personen und damit 10 % über dem Niveau von 2005.

Abbildung 87: Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege in den Bundesländern 2005–2017, pro 100.000 EW



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019, eigene Darstellung.

Die drei Stadtstaaten weisen überdurchschnittlich hohe Anteile von Personen auf, die Hilfe zur Pflege erhalten: In Berlin, Hamburg, Bremen sind fast doppelt so viele Menschen betroffen wie im Bundeschnitt. Berlin lag dabei in den Jahren 2005 bis 2015 an der Spitze der Bezüge von Hilfe zur Pflege, 2010 und 2015 sogar mit fast 0,8 % der Bevölkerung. Im Jahr 2017 sank der Anteil der Bezüge in Berlin allerdings stärker als in Hamburg, wodurch die Bezüge in Hamburg knapp über 0,6 % der Bevölkerung, in Berlin knapp darunter lagen.

Steiler Anstieg der Bezüge im Saarland 2005

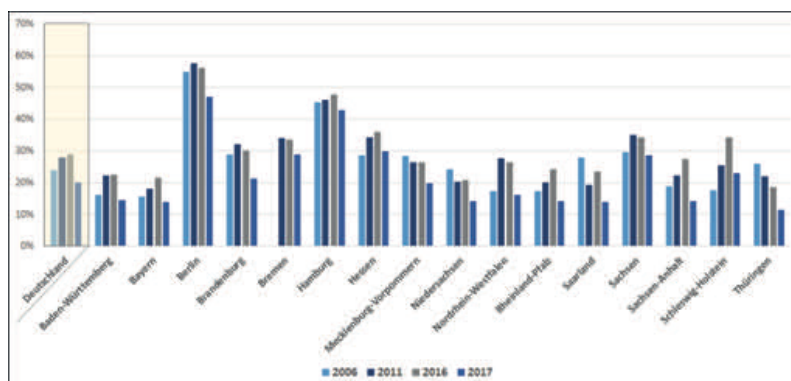
Auffällig ist zudem der mit relativ zum Basisjahr 2005 besonders steile Anstieg der Bezüge im Saarland; was in etwas abgeschwächter Form auch in Mecklenburg-Vorpommern zu beobachten war. Für das Saarland geht die Entwicklung einher mit der starken Kostensteigerung in der stationären Pflege sowie den Eigenanteilen (vgl. u. a. Kapitel 7.4.2).

Die südlichen Flächenländer Baden-Württemberg, Bayern sowie die meisten Ost-Bundesländer weisen unterdurchschnittliche Anteile an Hilfe zur Pflege auf. Thüringen verfügt über den geringsten Anteil, Brandenburg den zweitniedrigsten aller Bundesländer. Auch hier lassen sich klare Parallelen zu den in Kapitel 7.4 beschriebenen Kostenniveaus ziehen.

Anteil ambulanter Pflege

Der Anteil der Hilfe zur Pflege, die in ambulanten Settings gezahlt wird, ist in Abbildung 88 dargestellt. Da für das Jahr 2005 eine nicht bezifferbare Untererfassung in der Statistik ausgewiesen wird, wurden in die Abbildung das Basisjahr 2006, zwei weitere Zeitpunkte im Fünffjahresrhythmus (2011, 2016) sowie die aktuell vorliegenden Daten für 2017 aufgenommen. Demnach lag der Anteil der ambulanten Pflegesettings an der Hilfe zur Pflege 2006 noch bei 24 %, stieg dann bis 2008 auf 28 % an (Datum nicht in der Abbildung) und blieb bis 2017 in Deutschland fast unverändert auf diesem Niveau (+/- 1 %). 2017 verringerte sich mit der gesunkenen Gesamtzahl an Empfänger*innen auch der Anteil ambulanter Settings an den Leistungen der Hilfe zur Pflege auf lediglich 20 %. Ein deutlicher Rückgang von 2016 auf 2017 war dabei in allen Bundesländern zu verzeichnen.

Abbildung 88: Anteil der ambulanten Settings an der Hilfe zur Pflege nach Bundesländern 2006–2017



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019, eigene Darstellung.
Daten von 2005 ausgeschlossen aufgrund nicht quantifizierbarer Untererfassung.

Zwischen den Bundesländern zeigen sich hohe Unterschiede. Die zwei Stadtstaaten Berlin und Hamburg weisen besonders hohe Anteile der Hilfe zur Pflege in ambulanten Settings auf. In Berlin lag das Niveau zwischen 2006 und 2016 konstant bei etwa 57 %, 2017 fiel es dann deutlich auf 47 % – Berlin blieb damit allerdings mit Abstand das Bundesland mit dem höchsten Anteil ambulant betreuter Bezieher*innen von Hilfe zur Pflege. In Hamburg wies die häusliche Pflege bei Leistungen der Hilfe zur Pflege im Zeitverlauf Werte zwischen 45 % und 50 % auf. 2017 fiel der Anteil von 45 % auf 43 %.

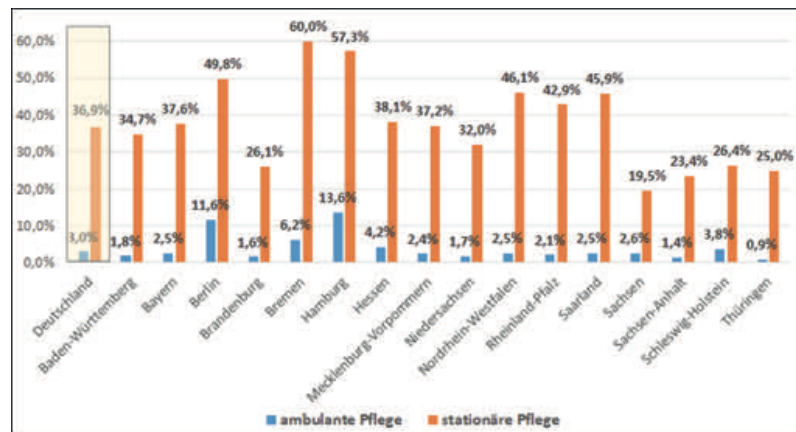
Hohe Unterschiede zwischen den Bundesländern

Besonders niedrige Anteile an ambulanter Pflege bei Hilfe zur Pflege zeigen sich 2006 in den großen westdeutschen Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein-Westfalen, aber auch in Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt (je 16 % bis 19 %).

Von 2005 bis 2016 kann der bundesweite Trend tendenziell mit einer leichten Zunahme der Anteile ambulanter Pflegesettings an den Leistungen der Hilfe zur Pflege beschrieben werden (+5 Prozentpunkte). Überdurchschnittlich hohe Zunahmen waren in diesem Zeitraum in Nordrhein-Westfalen (+9 Prozentpunkte), Sachsen-Anhalt (+8) sowie Rheinland-Pfalz und Hessen (+7) zu verzeichnen. Mit 17 Prozentpunkten Zuwachs sticht aus dieser Gruppe zudem Schleswig-Holstein ungewöhnlich stark hervor.

Lediglich in Thüringen (-7 Prozentpunkte) sowie dem Saarland (-4), Niedersachsen (-3) und Mecklenburg-Vorpommern (-2) nahm der Anteil der ambulanten Pflege bei Leistungen der Hilfe zur Pflege bis 2016 ab.

Abbildung 89: Anteil der Hilfe zur Pflege i.V. zur Anzahl der Pflegebedürftigen ambulant vs. stationär je Bundesland 2017



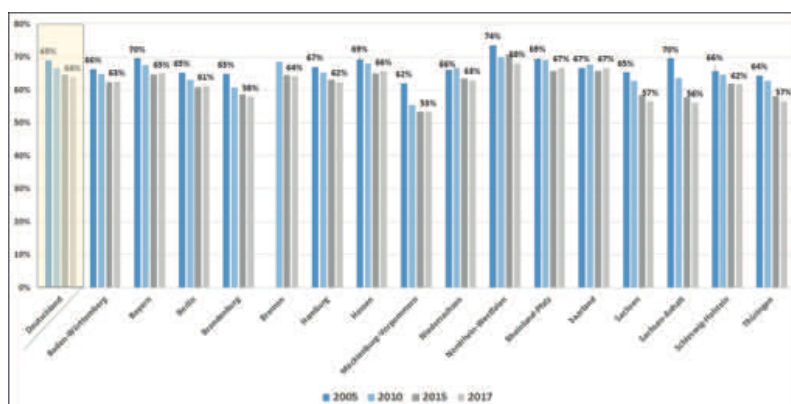
Quelle: Pflegestatistik 2017, Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019, eigene Darstellung; Werte für Hilfe zur Pflege: Gesamtjahr 2017.

Im Vergleich mit der Zahl der Inanspruchnahme von ambulanten oder stationären Pflegeleistungen laut Pflegestatistik (Abbildung 89) werden die Effekte der unterschiedlichen Inanspruchnahme ambulanter oder stationärer Pflege zwischen den Bundesländern herausgerechnet. So zeigen sich nochmals deutlicher die Unterschiede, die allein der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege zuzuordnen sind: Geringe finanzielle Möglichkeiten der Pflegebedürftigen i.V. zu den Eigenanteilen in der Pflege.

Geschlechterverhältnis im Vergleich

Im Schnitt entfallen in Deutschland rund zwei Drittel der Leistungen für Hilfe zur Pflege auf Frauen, wobei der Anteil sinkt. 2005 lag er noch bei 69 %, 2010 waren es ziemlich genau zwei Drittel (67 %), 2015 und 2017 sanken die Anteile auf 65 % bzw. 64 %. Damit liegt der Frauenanteil in der Hilfe zur Pflege nun fast auf dem gleichen Level wie in der Pflege allgemein: 63 % aller Bezüge in der Pflegeversicherung entfallen laut Pflegestatistik 2017 auf Frauen und dies gleichermaßen in allen Bundesländern (Abweichung von lediglich +/- 1 Prozentpunkt, Schleswig-Holstein mit -2).

Abbildung 90: Anteil der Frauen unter Personen mit Hilfe zur Pflege in den Bundesländern 2005–2017



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019, eigene Darstellung.

Der Anteil der Frauen an den Empfänger*innen der Hilfe zur Pflege ist in den ostdeutschen Ländern inkl. Berlin besonders niedrig bzw. im Umkehrschluss der Anteil der Männer besonders hoch. Heraus sticht hier insbesondere Mecklenburg-Vorpommern, in dem 2017 beinahe so viele Männer wie Frauen Hilfe zur Pflege erhielten (53 % Frauen, 47 % Männer). Ebenfalls geringe Geschlechterunterschiede zeigen sich in Sachsen-Anhalt (56 %), Thüringen und Sachsen (57 %) sowie Brandenburg mit 58 %.

Die ostdeutschen Länder haben auch insgesamt den höchsten anteiligen Rückgang von Frauen an den Leistungen der Hilfe zur Pflege zu verzeichnen. Sachsen-Anhalt sticht hier mit 13 Prozentpunkten Unterschied zwischen 2005 und 2017 besonders hervor.

Am anderen Ende der Skala steht insbesondere das bevölkerungsstarke Nordrhein-Westfalen, das den durchschnittlichen Frauenanteil für ganz Deutschland nach oben drückt. So erhielten in NRW 2005 74 % Frauen Hilfe zur Pflege. Dieser Anteil sank allerdings ebenfalls im Zeitverlauf bis 2017 auf 68 %.

In Rheinland-Pfalz sowie im Saarland zeigen sich die geschlechter-spezifischen Anteile an Leistungen der Hilfe zur Pflege in der be-

**Hilfe zur
Pflege: Anteil
der Frauen**

trachteten Zeitspanne nahezu unverändert bei einer Aufteilung von ziemlich genau 2:1 und damit den zweithöchsten Werten 2017 mit je 67 %.

Zusammenfassung:

- Zwischen den Bundesländern zeigen sich in der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege im ambulanten wie im stationären Bereich einige Unterschiede.
- Die drei Stadtstaaten weisen in beiden Finanzierungsregimen die höchsten Quoten der Hilfe zur Pflege auf. In Bremen und Hamburg erhalten dabei im Schnitt mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen Leistungen der Hilfe zur Pflege. Im ambulanten Bereich liegen die Werte Hamburgs mit rund 14 % sowie von Berlin mit etwa 12 % der ambulant betreuten Pflegebedürftigen im Sozialhilfebezug bundesweit am höchsten.
- Die ostdeutschen Bundesländer weisen sowohl stationär als auch ambulant die geringsten Quoten der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege auf (20 % bis 25 % stationär sowie 1 % bis 2,5 % ambulant). Geringe Gesamtkosten der Pflege (vgl. Kapitel 7.4.3) schlagen sich eindeutig unmittelbar in einer geringen Sozialhilfequote in der Pflege nieder.

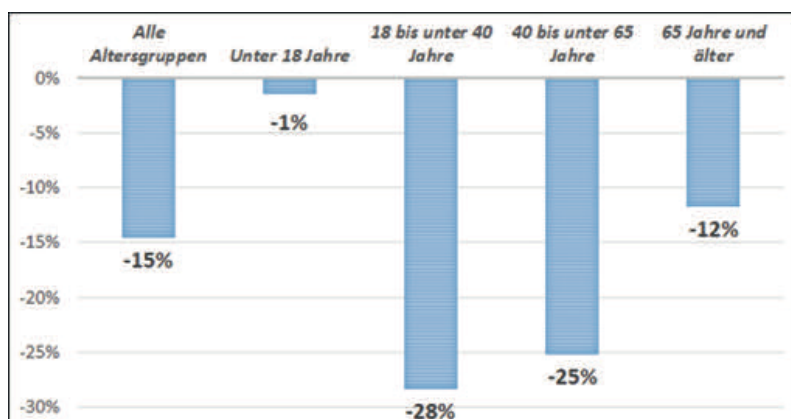
7.5.3 Auswirkungen des PSG II auf die Hilfe zur Pflege

Die Auswirkungen des Pflegestärkungsgesetzes II auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege haben sich bereits im vorigen Kapitel angedeutet. Die durch die Veränderungen in den Leistungen der Pflegeversicherung entstandenen Effekte auf die Sozialhilfe sollen im Folgenden nun eingehender untersucht werden.

Auffällig war die beobachtete Veränderung der Bezüge nach Altersgruppen (vgl. Abbildung 85). Während in der Dekade zuvor ein konstanter Anteil von rund 78,5 % der Bezieher*innen von Hilfe zur Pflege der Altersgruppe 65+ zuzuordnen war, machte diese Gruppe 2017 sprunghaft 81,1 % der Bezüge aus. Dieser Anstieg um rund 2,5 Prozentpunkte ist erklärungsbedürftig.

Bezogen auf die jeweiligen Altersgruppen zeigt Abbildung 85 die Veränderungen in den Bezügen nach Alter detailliert auf. Während Hilfe zur Pflege im Vergleich zur Anzahl der Empfänger*innen 2016 in den Altersgruppen der 18- bis unter 65-Jährigen um rund ein Viertel zurückgingen, sank die Anzahl der Leistungsbezüge der 65-Jährigen und älteren lediglich um 12 %.

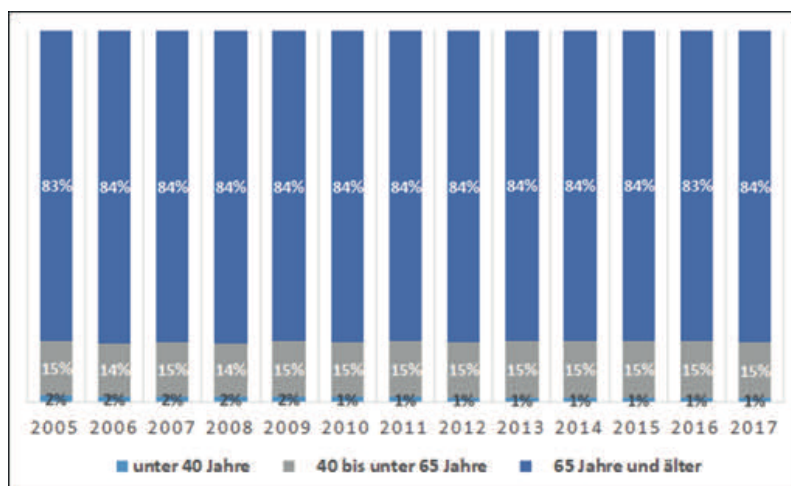
Abbildungung 91: Veränderung der Bezüge von Hilfe zur Pflege (Gesamt) nach Altersgruppen von 2016 auf 2017



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019, eigene Darstellung.

In der Betrachtung der Bezüge nach dem Ort der Leistungserbringung zeigt sich, dass von 2016 nach 2017 in der stationären Pflege keine Veränderungen in der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege der verschiedenen Altersgruppen stattgefunden haben (vgl. Abbildung 92). In der stationären Pflege machen bei Hilfe zur Pflege Menschen ab 65 Jahren konstant 84 % der Leistungsbeziehenden aus.

Abbildungung 92: Anteil der Altersgruppen bei Hilfe zur Pflege in stationären Settings 2005–2017



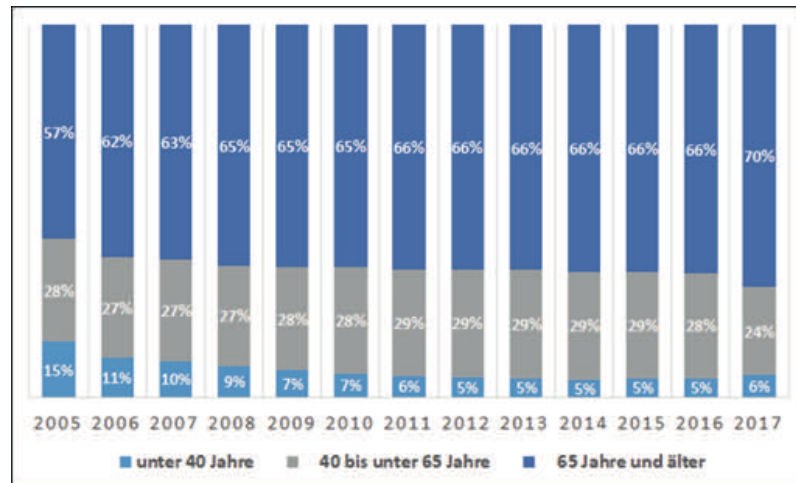
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019, eigene Darstellung.

Somit haben sich die Veränderungen offensichtlich in der ambulanten Pflege ergeben. Die Daten für den ambulanten Bereich in Abbildung 93 zeigen sodann auch eine entsprechende Verschiebung

zwischen den Altersgruppen von 2016³⁶ auf 2017: Der Anteil der 65-Jährigen und älteren nimmt um 3,7 Prozentpunkte zu, während der Anteil der 40- bis 64-Jährigen um 4,6 Prozentpunkte abnimmt. Zugleich ist festzuhalten, dass der Anteil der Gruppe der 40- bis unter 65-Jährigen unter den Leistungsbezieher*innen von Hilfe zur Pflege in ambulanten Settings in den Jahren vor 2017 fast doppelt so hoch war (durchschnittlich 28 %) wie in der stationären Pflege (im Schnitt 15 %).

Insgesamt sind vorwiegend Leistungsbezieher*innen mit niedrigen Bedarfen aus dem Sozialhilfebezug der Hilfe zur Pflege weggefallen, weil sie entweder nun höhere Leistungen der Pflegeversicherung erhalten oder weil Personen mit geringem Bedarf (ohne Pflegegrad) aber vormaligem Anspruch auf Hilfe zur Pflege nun keinen Leistungsanspruch mehr haben (vgl. die Analyse der Hilfe zur Pflege der großen deutschen Städte, con_sens 2018, S. 20 f.). In der Konsequenz sind die Ausgaben pro Leistungsbezieher*in mit dem Wegfall der „günstigen“ Bezüge für die Kostenträger gestiegen. Als „Auffangleistung“ für diejenigen Personen, die trotz bestehenden Bedarfs an Unterstützung keine Leistungen der Hilfe zur Pflege mehr erhalten, wird insbesondere § 70 SGB XII (Hilfe zur Weiterführung des Haushalts) gesehen (vgl. con_sens 2018, S. 23 f.).

Abbildung 93: Anteil der Altersgruppen bei Hilfe zur Pflege in ambulanten Settings 2005–2017



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019, eigene Darstellung.

Verschiebungen in den Altersgruppen

Die Verschiebung in den Altersgruppen ergibt sich demnach durch Veränderungen im ambulanten Bereich. Ein Blick auf die Veränderungen der Bezüge in den Altersgruppen, differenziert nach ambulantem und stationärem Versorgungssetting, weist dies nach (Abbildung 94). Während stationär nur geringe Rückgänge der Leistungen für Hilfe zur Pflege durch die Leistungsveränderungen des PSG II

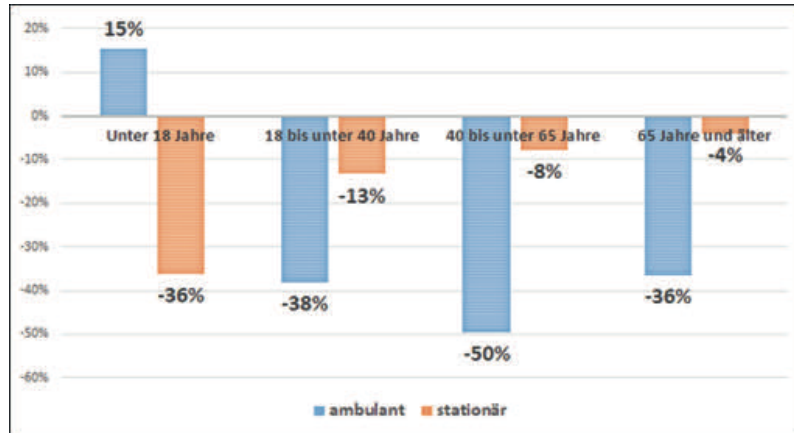
³⁶ Rundungsbedingt ergeben die angezeigten Prozentwerte summarisch nur 99 %.

festzustellen sind, liegen die Rückgänge an ambulanten Leistungsempfängern in allen Altersgruppen ab 18 Jahren bei rund 35 % bis 50 %. Lediglich die kleine Gruppe der Kinder und Jugendlichen (bundesweit weniger als 1.600 Personen) weist in der ambulanten Pflege eine leicht steigende Anzahl (+15 %), bei gleichzeitigem Rückgang der stationären Pflege, auf. Ob diese Veränderungen wiederum mit den Leistungsveränderungen der Pflegeversicherung zusammenhängt, kann angesichts der geringen Fallzahlen nicht abschließend beurteilt werden.³⁷

Insbesondere bei Leistungen in Einrichtungen zeigt sich, dass anteilig jeweils die Gruppe der jüngeren Pflegebedürftigen mit Leistungen der Hilfe zur Pflege deutlich stärker von den Leistungsveränderungen profitiert haben als die Gruppe der 65-Jährigen und Älteren. In abgeschwächter Form gilt dies auch für den ambulanten Bereich (siehe auch Abbildung 94). Erklären lässt sich die starke Veränderung in jüngeren Pflegejahrgängen damit, dass diese Personengruppe im Gegensatz zu den Pflegebedürftigen 65+ als sehr heterogen einzustufen ist. Schätzungen für Baden-Württemberg gehen beispielsweise davon aus, dass im stationären Bereich rund 70 % der Pflegebedürftigen unter 65 Jahre Menschen mit psychischen Erkrankungen sind (sogenannte F-Diagnosen nach dem ICD-10, vgl. KVJS 2018, S. 30). Menschen mit geistiger Behinderung oder psychischen Erkrankungen profitieren ebenso wie Menschen mit Demenz von der stärkeren Berücksichtigung der kognitiven Fähigkeiten sowie der Alltagsbewältigung bei der Einstufung in einen Pflegegrad. Infolge höherer Leistungen durch die Pflegeversicherung entfällt der Bedarf an Hilfe zur Pflege.

³⁷ Vermutet werden kann, dass rund 160 Kinder und Jugendliche vom stationären ins ambulante Regime gewechselt haben, da die Gesamtzahl der Bezüge von 2016 auf 2017 konstant blieb und lediglich eine Verschiebung der Anzahl stationärer vs. ambulanter Bezüge um rund 160 Fälle stattfand.

Abbildung 94: Veränderung der Bezüge von Hilfe zur Pflege nach Ort der Leistungserbringung und Altersgruppen von 2016 auf 2017



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019, eigene Darstellung.

Sondereffekt Darüber hinaus beruht der Rückgang der Sozialleistungen in der stationären Pflege voraussichtlich auf folgendem Sondereffekt:

- Der Rückgang an Bezügen in stationären Einrichtungen dürfte u. a. durch die deutliche Entlastung von Personen mit starkem Pflegebedarf (Pflegegrad 5) entstanden sein, die durch den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil deutlich entlastet wurden (vgl. Kapitel 7.4.2).
- Durch Übergangsregelungen erhielten die nun stärker belasteten Pflegebedürftigen in niedrigen Pflegegraden 2017 Besitzstandsbeträge der Pflegeversicherungen. Sobald diese wegfallen, ist ein Anstieg der Zahl der Empfänger*innen in der stationären Pflege zu erwarten (vgl. auch con_sens 2018, 22 & 31).

Mit einem Auslaufen dieses Sondereffektes ist mittelfristig mit deutlich steigenden Eigenanteilen in der stationären Pflege und somit steigenden Bezügen der Hilfe zur Pflege zu rechnen. Die Daten des vdek zeigen bereits, dass allein von Januar 2018 bis Januar 2019 der durchschnittliche einrichtungseinheitliche Eigenanteil in Deutschland von 593 Euro auf 655 Euro gestiegen ist (vgl. vdek 2018, S. 51 und vdek 2019, S. 56). Dies entspricht einer Kostensteigerung von über 10 %. Voraussichtlich sind die Bezüge der Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen demnach 2018 bereits wieder gestiegen.

Zusammenfassung:

- Das Pflegestärkungsgesetz II hat insbesondere zu einem Rückgang der Bezüge in ambulanten Versorgungssettings geführt – es sind substanzielle Rückgänge der Bezüge in allen Altersgruppen ab 18 Jahren zu verzeichnen.
- Anteilig profitierten jüngere Bezieher*innen von Hilfe zur Pflege, insbesondere in der stationären Pflege, deutlich mehr von den Leistungsveränderungen als ältere.
- Es zeigt sich, dass bei den hohen Kosten für die stationäre Pflege nur wenige Grenzfälle von den Leistungsverbesserungen profitieren; während in der ambulanten Pflege – mit durchschnittlich niedrigeren finanziellen Belastungen für die Pflegehaushalte – auch geringe Leistungsverbesserungen häufiger in eine Beendigung des Sozialhilfebedarfs münden.
- Vieles weist darauf hin, dass der Rückgang an Bezügen von Hilfe zur Pflege 2017 zu hohen Anteilen einen zeitweiligen Effekt darstellt: Denn der Rückgang der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege war einerseits auf Kostensenkungen in höheren Pflegegraden bei gleichzeitigen übergangsweise gezahlten Besitzstandsbeträgen in niedrigeren Pflegegraden, in denen die Kosten wiederum gestiegen sind. Zugleich haben insbesondere spezielle Teilgruppen unter jüngeren Pflegebedürftigen von steigenden Leistungen für Menschen mit kognitiven Einschränkungen profitiert. Dies weist nicht auf ausreichend Entlastung für das Gros der Pflegebedürftigen 65+ hin, die sich die steigenden Kosten der Pflege in stationären Einrichtungen nicht leisten können.

7.5.4 Diskussion zur zukünftigen Entwicklung der Anzahl an Empfänger*innen

Im Folgenden soll ein Ausblick auf die zu erwartende Entwicklung der Zahl an Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege in der Zukunft gegeben werden. Die zum Abschluss dieses Kapitels vorgestellte Berechnung auf Basis bisher vorliegenden Daten von 2017 kann dabei lediglich Hinweise auf die tatsächliche Entwicklung geben. Denn neben allgemeinen Unsicherheitsfaktoren von Vorausberechnungen zur zukünftigen Entwicklung der Bevölkerung (z.B. Migration oder veränderte Lebenserwartung, vgl. Destatis 2019, S. 7), können für die Hilfe zur Pflege aufgrund spezifischer Unsicherheitsfaktoren die Daten zum aktuellen Zeitpunkt mit dem verfügbaren Basisjahr 2017 nur unter starkem Vorbehalt in die Zukunft projiziert werden. Vor diesem Hintergrund sollen zunächst die limitierenden Faktoren sowie mögliche Auswirkungen auf die Anzahl der Bezüge von Hilfe zur Pflege diskutiert werden.

**Prognose
„Hilfe zur
Pflege“**

In Kapitel 7.5.2 wurde bereits ausgeführt, dass in den Folgejahren nach 2017 bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege einige Anpassungseffekte zu erwarten sind, z. B. aufgrund von auslaufenden Bestandsschutzregelungen (vgl. z. B. KVJS 2018, S. 16 f.). Ebenso ist davon auszugehen, dass nach den Leistungsausweitungen des PSG II sowie durch höhere Aufwände für Personal in den Einrichtungen generell mit Kostensteigerungen in der Pflege zu rechnen ist. Diese werden sich wiederum in höheren Abschlüssen bei Pflegesatzverhandlungen niederschlagen bzw. haben sich in den letzten zwei Jahren bereits dort niedergeschlagen. Bisherige Meldungen weisen bereits auf z. T. deutlich höhere Vergütungen hin (vgl. Blatt 2018). Die steigenden Eigenanteile in der stationären Pflege dürften sich schließlich in steigenden Anteilen an Leistungen der Hilfe zur Pflege niederschlagen.

Angehörigen-Entlastungsgesetz 2020

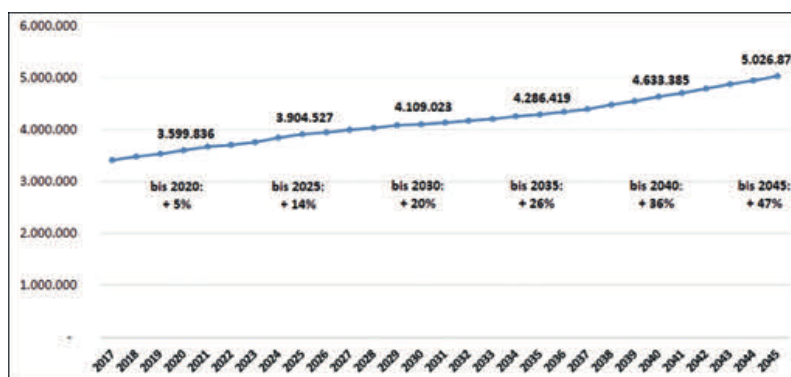
Die mit dem Angehörigen-Entlastungsgesetz für 2020 geplanten Veränderungen in der Beteiligung der Kinder von Pflegebedürftigen an der Pflege ihrer Eltern wird ebenfalls zu einem zusätzlich starken Anstieg der Leistungen von Hilfe zur Pflege führen, sowohl in der Bezugshöhe als auch in der Gesamtzahl der Bezüge. Dementsprechend kritisch fielen die Stellungnahmen der kommunalen Spitzenverbände zu dem Gesetzesentwurf aus, die von deutliche höheren Ausgaben ausgehen als die dort bezifferten 300 Mio. Euro für das Jahr 2020 (vgl. z. B. Deutscher Landkreistag 2019).

Darüber hinaus können weiterhin als Faktoren nicht in die Vorausberechnungen einbezogen werden:

- Eine ggf. veränderte finanzielle Lage der zukünftigen (älteren) Bevölkerung mit Pflegebedarf kann ohne aufwändige gesonderte Studien nicht abgeschätzt werden. Faktoren, die hierbei eine Rolle spielen könnten, sind beispielsweise höhere Anteile an Personen mit unterbrochenen Berufsbiografien und längeren Phasen atypischer Beschäftigungen, die zu durchschnittlich geringeren Renten und finanziellen Rücklagen führen. Des Weiteren ist von einem geringerem Anteil an verheirateten Personen in der älteren Bevölkerung auszugehen, sodass seltener gemeinsame Rentenbezüge oder gemeinsames Vermögen zur Verfügung stehen und ggf. früher Hilfe zur Pflege notwendig wird. Die in der Tendenz sinkende Zahl an Kindern wird mit Verabschiedung des Angehörigen-Entlastungsgesetzes hingegen weniger ins Gewicht fallen.
- Denkbar ist zukünftig auch eine Verschiebung zwischen ambulanter und stationärer Pflege, wodurch sich aufgrund der stark unterschiedlichen Kosten die absolute Zahl der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege verändern würde. Dabei existieren sowohl Argumente für eine Verschiebung in Richtung stationärer Pflege (u. a. aufgrund der oben beschriebenen sinkenden familiären Ressourcen) als auch in Richtung ambulanter Versorgung (entspricht der Präferenz der Bürger*innen sowie dem laufenden Ausbau ambulanter Angebote).

- Da die zur Verfügung stehenden Sozialhilfedaten lediglich eine pauschale Quote der Hilfe zur Pflege für die Bevölkerungsgruppe 65+ aufweisen, konnte keine nach Altersgruppen differenzierte Prognose erstellt werden. Dadurch wird die zukünftig veränderte demografische Zusammensetzung der Bevölkerung 65+ (größerer Anteil Hochaltriger) nur bedingt in der Modellrechnung berücksichtigt. Die so entstehende statistische Ungenauigkeit wurde abgeschwächt, indem zur Berechnung nicht die Bevölkerungsvorausberechnung, sondern die zu erwartenden Zahl der Pflegebedürftigen, verwandt wurde. In der entsprechenden Modellrechnung (vgl. Abbildung 95) auf Basis der Pflegestatistik lagen wiederum nach Altersgruppen fein differenzierbare Daten vor.

Abbildung 95: Modellrechnung – Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen bis 2045 aufgrund demografischer Veränderungen



Quelle: Eigene Berechnungen; Datenbasis: 14. koordin. Bevölkerungsvorausberechnung, Pflegestatistik 2017; Veränderungen in % i. V. zum Basisjahr 2017.

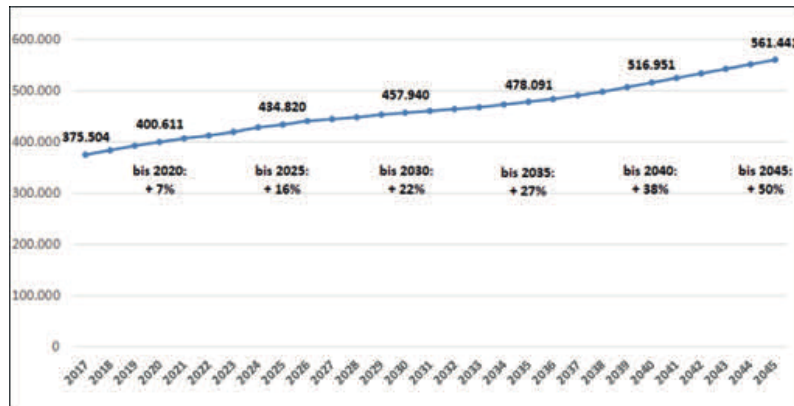
Die Basis der durchgeführten Vorausberechnung der Pflegebedürftigen bildeten zum einen die Quoten der Pflegestatistik aus dem Jahr 2017, differenziert nach neun Altersgruppen. Zum anderen wurde die 14. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Destatis 2019) verwendet. Grundlage der Modellrechnung stellte Variante 1 der Vorausberechnung dar, die als „moderate Entwicklung bei niedrigem Wanderungssaldo“ bezeichnet wird.³⁸ Nicht berücksichtigt wurden mögliche Veränderungen durch veränderte Pflegeprävalenzen, z. B. einem durch medizinischen Fortschritt vermuteten späteren Eintritt in die Pflegebedürftigkeit (Kompressionsthese).

38 Variante 1 umfasst folgende Annahmen:

1. Stabile Geburtenziffer bei 1,55 Kindern je Frau (G2)
2. Moderater Anstieg der Lebenserwartung bei Jungen auf 84,4 und bei Mädchen auf 88,1 Jahre (L2)
3. Niedriges Wanderungssaldo von durchschnittlich 147.000 Personen/Jahr (W1)

Modellrechnung Auf Basis der Modellrechnung zur Entwicklung der Pflegebedürftigen wurde wiederum die Prognose zum Anstieg der Anzahl an Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege errechnet (Abbildung 96). Auch hier sind lediglich die zu erwartenden demografischen Veränderungen berücksichtigt.

Abbildung 96: Zu erwartende Zahl der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege aufgrund demografisch bedingtem Anstieg der Anzahl an Pflegebedürftigen



Quelle: Eigene Berechnungen; Datenbasis: 14. koord. Bevölkerungsvorausberechnung, Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019; Veränderungen in % i.V. zum Basisjahr 2017.

Die Modellrechnung in Abbildung 96 zeigt entsprechend der vorangehenden Ausführungen lediglich den voraussichtlichen Anstieg der Bezüge von Hilfe zur Pflege aufgrund der relativ sicher zu erwartenden demografischen Veränderungen. Insbesondere der zu erwartende absolute und relative Anstieg älterer und hochaltriger Personen wird dazu führen, dass bis 2020 knapp 25.000 Personen bzw. 7 % mehr Leistungen der Hilfe zur Pflege in Anspruch nehmen als dies 2017 der Fall war. Bis 2025 kann sogar mit einer Zunahme von 16 %, 2030 mit 22 % mehr Bezügen als 2017 gerechnet werden. In der Prognose bis 2045 zeigt sich insgesamt eine erwartete Steigerung der Bezüge von Hilfe zur Pflege um 50 %. Damit läge die Zahl der Bezüge wieder auf dem Niveau von 1994, also vor der Einführung der Pflegeversicherung (vgl. Abbildung 83).

**Vermeidung
Armutsrisiko
Pflegebedürftigkeit**

Hinzu kommen darüber hinaus die zu erwartenden bzw. bereits sichtbar werdenden Kostensteigerungen in der Pflege (vgl. hierzu auch Kapitel 7.5.3). So ist eine Steigerung der Vergütungssätze aufgrund von erhöhten Personaleinsätzen zu beobachten. Weitere Gründe für den Anstieg sind Tarifsteigerungen in der Pflege und die mit der harmonisierten Ausbildung (Generalistik) zu erwartende Anpassung der Gehälter von Fachkräften der Altenpflege auf das Niveau der Krankenpflege. Diese zusätzlichen Kosten werden in den kommenden Jahren bei gleichbleibenden Leistungen der Pflegeversicherung zu deutlich steigenden Eigenanteilen führen und damit

den Anteil der Pflegebedürftigen erhöhen, die auf Hilfe zur Pflege zur Finanzierung der stationären Pflege angewiesen sind.

Zusammenfassung:

- Trotz des Rückgangs der Bezüge von Hilfe zur Pflege im Jahr 2017 ist kurz- und mittelfristig wieder mit einem deutlichen Anstieg der Bezüge zu rechnen.
- Allein der demografische Faktor könnte bis 2025 entsprechend der Modellrechnung für einen Anstieg um rund 16 % sorgen, womit wiederum Gesamtzahlen der Hilfe zur Pflege auf dem Niveau von Anfang bis Mitte der 2010er Jahre erreicht wären.
- Zudem ist sicher zu erwarten, dass in den Jahren 2018 bis 2020 Anpassungseffekte nach dem Auslaufen von Bestandsschutzfällen zu weiteren Steigerungen führen werden.
- Darüber hinaus gilt die zukünftige Entwicklung der Pflegekosten als besonders großer Unsicherheitsfaktor in der stationären Pflege. Die damit voraussichtlich verbundene Kostensteigerung bei den Eigenanteilen der Pflegebedürftigen dürften auch kurzfristig zu besonders starken Anstiegen führen.
- Allein bei Interpolation der zu erwartenden demografischen Veränderungen auf 25 Jahre in die Zukunft, sind 2045 erneut über eine halbe Million Pflegebedürftige auf Sozialhilfe angewiesen – wie vor Einführung der Pflegeversicherung vor 25 Jahren. Realistisch kann zusätzlich von einem deutlichen Anstieg der Heimkosten, aufgrund tariflicher Anpassungen, erhöhtem Personaleinsatz und der Angleichung der Bezahlung von Altenpflegekräften an Krankenpfleger*innen, ausgegangen werden. Bei gleichbleibenden Leistungen der Pflegeversicherung werden die Eigenanteile der Pflegebedürftigen somit in den kommenden 25 Jahren stark steigen und sodann zu einem zusätzlichen Anstieg des Bedarfs an Hilfe zur Pflege führen, der ohne Abfederung gar die demografischen Effekte übersteigen könnte.

7.6 Ausblick

Die Pflegeversicherung wurde vor 25 Jahren mit dem Versprechen und der Aussicht eingeführt, einen nennenswerten Teil der Bevölkerung von dem Risiko zu befreien, im Kontext von Pflegebedürftigkeit sozialhilfebedürftig zu werden. Dies ist anfänglich auch gelungen. Das belegen die im vorstehenden Text ausgewählten Statistiken. Insbesondere die pflegebedingten Aufwendungen für Leistungen gemäß § 43 SGB XI konnten durch die Leistungen der Pflegeversicherung anfänglich entweder ganz aufgefangen oder mussten nur durch geringe Zuzahlungen der Betroffenen flankiert werden.

Für den Bereich Unterkunft und Verpflegung bestand von jeher die Kostenzuordnung zu Lasten der Bewohner*innen. Wie hoch die In-

- Unterkunft und Verpflegung** Investitionskosten zu Buche schlagen, hing u. a. von der Investitionskostenförderung durch die Länder gemäß § 9 SGB XI ab. Kaum ein Land sieht bis heute eine systematische Beteiligung an den Investitionskosten, insbesondere in der stationären Pflege, vor. Dies war anfänglich anders: Hier fanden sich besonders in Bayern, in Baden-Württemberg und in Rheinland-Pfalz Programme zum bedarfsgerechten Ausbau von stationären Pflegeeinrichtungen mit entsprechender platzbezogener Investitionsförderung. Aber nicht nur aus fiskalischen, sondern auch aus wettbewerbsrechtlichen Gründen hat man sich aus der Finanzierung der Pflegeheime zurückgezogen. Lediglich drei Bundesländer – Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein – beteiligen sich indirekt an den durch die Bewohner*innen zu finanzierenden Investitionskosten, indem sie einkommensabhängig Bewohner*innen mit dem Pflegegeld unterstützen. Der systembedingte Anstieg der Investitions-, aber auch der Unterkunfts- und Verpflegungskosten führte, ebenso wie die lange ausgebliebene Dynamisierung der Leistung der Pflegeversicherung, zu deutlich erhöhten Pflegeheimkosten für die Betroffenen selbst.
- Aufbau Ost** Eine Reihe von ostdeutschen Bundesländern hat im Zusammenhang mit den wirtschaftspolitischen Maßnahmen *Aufbau Ost* eine neue Infrastruktur mit stationären Einrichtungen finanziert. Entsprechend niedrig sind, und vor allen Dingen waren, die von den Bewohner*innen dort selbst zu tragenden Kosten für den Bereich der Unterkunft und Verpflegung sowie der Investitionskosten. Auch diese, für die Betroffenen positiven, Subventionsfolgen verlieren ihre prägende Wirkung. Insofern ist für die nächsten Jahre mit einem deutlichen Anstieg der von den Betroffenen respektive von den Sozialhilfeträgern zu tragenden Kosten für die stationäre Pflege zu rechnen.
- Konzertierte Aktion Pflege** Die sowohl innerhalb der Bundesländer, vor allen Dingen aber zwischen den Bundesländern bestehenden Unterschiede in den Entgelthöhen verweisen darauf, dass die Pflegeversicherung nur einen sehr begrenzten Konvergenzeffekt hinsichtlich der Kosten und Entgelte entfaltet hat. Die mit den durch die *Konzertierte Aktion Pflege* beschlossenen Maßnahmen zur Verbesserung der Langzeitpflege verbundenen Kosten werden sich in den nächsten Jahren deutlich auf die Pflegesatzhöhe und den einrichtungseinheitlichen Eigenbetrag auswirken. Dies wird der Diskussion um eine veränderte Finanzierung der Pflegeversicherung respektive eine Begrenzung des Eigenanteils weiteren politischen Schub geben.
- Stationärer Bereich maßgeblich für Sozialhilfeausgaben** Die ausgewerteten Daten weisen insgesamt darauf hin, dass der stationäre Bereich die Sozialhilfeausgaben beeinflusst und die Betroffenen, respektive ihre An- und Zugehörigen, mit zusätzlichen Kosten konfrontiert werden. Sowohl bei den Kommunen als auch in der Bevölkerung insgesamt wird dies auf geringe Akzeptanz stoßen. Den Bedenken der Bevölkerung trägt der Gesetzesentwurf der Bundesregierung zum sogenannten „Angehörigen-Entlastungsgesetz“

mit der Abschaffung bzw. Reduktion der Unterhaltspflicht für Angehörige teilweise Rechnung. Allerdings wird dies zusätzlich den Anstieg an Sozialhilfebezügen bedeuten, wodurch die Kommunen als Kostenträger stärker belastet werden.

Im ambulanten Bereich wirkt das Teilleistungssystem verbunden mit den subjektiv als zu hoch empfundenen Kosten für die ambulante Pflege „leistungsvermeidend“: Über den Leistungsrahmen der Pflegeversicherung hinaus werden Leistungen so gut wie nicht finanziert. Von 150 Euro monatlichem Eigenbetrag wird ausgegangen. Die Inanspruchnahme von Sozialhilfe in der häuslichen Pflege ist bis auf die Stadtstaaten unterausgeprägt und beschränkt sich weitgehend entweder auf Menschen mit Behinderung oder auf Empfänger*innen von Grundsicherungsbeziehern. Eine die häuslichen Pflegearrangements insgesamt stabilisierende, in der Fläche etablierte ergänzende Leistung der Hilfe zur Pflege ist weder verbreitet noch akzeptiert. Bei manifestem Unterstützungsbedarf in häuslichen Pflegearrangements, die nicht alleine über die Leistungen der Pflegeversicherung abgedeckt werden können, greifen arriivierte Haushalte eher auf osteuropäische Haushaltshilfen zurück, die in einer Kombination aus Pflegegeld und Eigenmitteln finanziert werden. Die Bevölkerung scheint, wie der Beitrag von Haumann nachweist, über die Kosten osteuropäischer Hilfskräfte – vor allen Dingen in den westdeutschen Bundesländern – gut informiert. Da für osteuropäische Haushaltshilfen außer den Leistungen des Pflegegeldes keine weiteren Sozialleistungen genutzt werden können, insbesondere nicht solche der Sozialhilfe, schlagen sie sich in den Sozialhilfestatistiken nicht nieder.

Teilleistungssystem: Barriere für Inanspruchnahme für ambulante Pflege

Literaturverzeichnis

- Blatt, Oliver (2018): Ein Jahr Pflegereform. Die Umsetzung aus Sicht der Pflegekassen. MDS Expertentag. Dortmund, 15.01.2018. Online verfügbar unter https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/BLATT_2018_01_15_Expertentag_Pflege_Do.pdf, zuletzt geprüft am 12.08.2019.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2018): Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV). Verordnung über die Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege sowie zur Durchführung statistischer Erhebungen. Berlin.
- Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland (BReg) (05.08.2019): Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung unterhaltsverpflichteter Angehöriger in der Sozialhilfe und in der Eingliederungshilfe. Angehörigen-Entlastungsgesetz.
- Consulting für Steuerung und soziale Entwicklung GmbH (consens) (2018): Fokusbericht: Leistungen nach dem 7. Kapitel SGB XII – Hilfe zur Pflege im Jahr 2017. Auswirkungen der

- Pflegestärkungsgesetze. Benchmarking der großen Großstädte der Bundesrepublik Deutschland. Hamburg.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (Hg.) (2019): Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.
- Deutscher Landkreistag (Hg.) (2019): Stellungnahme des Deutschen Landkreistags. Referentenentwurf eines Gesetzes zur Entlastung unterhaltsverpflichteter Angehöriger in der Sozialhilfe und in der Eingliederungshilfe. Berlin.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.) (2017): Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 8. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Gerlinger, Thomas; Röber, Michaela (2012): Die Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Hg. v. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (Dossier Gesundheitspolitik). Berlin.
- Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen (IAQ) (2019): EmpfängerInnen von Hilfe zur Pflege 1992–2017.
- KVJS – Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (Hg.) (2018): Hilfe zur Pflege 2017. Kennzahlen aus den Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg (KVJS Berichterstattung). Stuttgart.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Runte, Rebecca; Unger, Rainer (2017): Barmer GEK-Pflegereport 2017. Berlin: BARMER GEK (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5).
- vdek – Verband der Ersatzkassen e.V. (Hg.) (2018): vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens. 2017/2018. Berlin.
- vdek – Verband der Ersatzkassen e.V. (Hg.) (2019): vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens. 2018/2019. Berlin.
- vdek – Verband der Ersatzkassen e.V. (Hg.): Daten zum Gesundheitswesen in Hamburg: Pflege. Einrichtungsindividueller einheitlicher Eigenanteil <https://www.vdek.com/LVen/HAM/Presse/Daten/pflege.html>

Verwendete Daten

- Destatis – Statistisches Bundesamt (2019): 14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/>
- Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/_inhalt.html.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2019): Pflegestatistik. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html.

Destatis – Statistisches Bundesamt (2019): Sozialhilfestatistik. Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/>.

Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/_inhalt.html sowie über die Gesundheitsberichterstattung des Bundes: http://www.gbe-bund.de/gbe10/trecherche.prc_them_rech?tk=700&tk2=1050&p_uid=gast&p_aid=13757258&p_sprache=D&cnt_ut=1&ut=1050.

8. Pflegepolitischer Handlungsbedarf und Reformoptionen

Thomas Klie

Finanzierung der Pflegeversicherung: Nach 25 Jahren wieder auf dem Prüfstand

Die *Konzertierte Aktion Pflege* (KAP) der drei Bundesminister*innen Giffey, Heil und Spahn hat die Arbeitsbedingungen der in der Langzeitpflege Beschäftigten und die Gewinnung von Menschen für Pflegeberufe in den Mittelpunkt der pflegepolitischen Agenda gestellt. Mehr Personal in Heimen und eine bessere Bezahlung werden zu Kostensteigungen in der Langzeitpflege führen – und damit auch den Eigenanteil von Bewohner*innen in Heimen deutlich anheben – mit dem wieder deutlich höheren Risiko der „Pflegearmut im Alter“.

Pflegepolitische Agenda

25 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung ist damit die Debatte um eine weitgehende Reform der Pflegeversicherung wieder dabei, Fahrt aufzunehmen. Der mit recht breiter medialer Resonanz ausgestattete erste Aufschlag war schon im Bundesteilhabegesetz und Pflegestärkungsgesetz III angekündigt: Das Angehörigen-Entlastungsgesetz, das der Bundesminister für Arbeit und Soziales Hubertus Heil im August 2019 durch das Kabinett brachte.³⁹ Unterhaltspflichtige Angehörige sollen erst ab einem Jahreseinkommen von 100.000 Euro zu den Heim- und anderen Pflegekosten herangezogen werden. Die Kommunen erwarten deutliche Ausgabensteigerungen von bis zu einer Milliarde Euro. Der Vorstoß entspricht der in der Bevölkerungsbefragung ermittelten Einstellung, nach der die Heranziehung zu den Pflegekosten im Heim von den Bürger*innen immer weniger akzeptiert wird (s. Beitrag Haumann). Außerdem kennen fast alle an Deutschland angrenzende Länder im Zusammenhang mit den Pflegekosten keinen entsprechenden Rückgriff auf Angehörige mehr. Der Vorstoß des Arbeits- und Sozialministers lässt sich zwar nicht als ein pflegepolitischer Entwurf verstehen: Er wird allerdings den politischen Handlungsdruck in Richtung Finanzierungsreform der Pflegeversicherung erhöhen.

Nachfolgend werden die pflegepolitischen Handlungsoptionen skizziert, die hinsichtlich einer Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung bestehen und die sich derzeit in der Diskussion befinden; sie werden zu den Ergebnissen des DAK-Pflegereports 2019 in Beziehung gesetzt. Eine szenarienbasierte Berechnung der Finanzauswirkung ausgewählter Politikansätze, insbesondere die von der DAK-Gesundheit eingebrachten, wird auf der Basis einer Modellrechnung von Rothgang und Kalwitzki vorgestellt.

³⁹ <https://www.bmas.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/bundeskabinett-beschliesst-angehoerigen-entlastungsgesetz.html>; zuletzt geprüft am 26.08.2019.

Im Fokus: die stationäre Langzeitpflege

Der politische Handlungsbedarf wird ganz wesentlich in der stationären Pflege wahrgenommen, kommuniziert – und politisch transportiert. Die Sozialhilfeträger problematisieren ihn, in den Medien aber auch den Landtagswahlkämpfen 2019 ist er Thema. Im Heimbereich wirken sich höhere Kosten schnell auf die Sozialhilfeausgaben aus. Auch hierin liegt ein Grund für die größere politische Aufmerksamkeit dieses Bereichs. Die Heimaufsichten observieren die stationären Einrichtungen, Skandalmeldungen über Pflegeheime sind Legion. Man denke nur an das große Archiv von Fussek über Substandards in der stationären Altenpflege.

Reformschritte Auch steht der Politik bezogen auf Heime eher vor Augen, wie politisch mehrheitsfähige Reformschritte aussehen könnten: Die Politik hat einen wesentlich größeren Einfluss auf stationäre Einrichtungen, sei es durch Vorgaben für die Pflegesätze, durch Aufsicht oder Investitionen, aber auch im ambulanten Bereich. Die Stakeholder der institutionellen Langzeitpflege, die nicht unwesentlich Einfluss auf die deutsche Pflegepolitik ausüben, sind im Bereich der stationären Pflege ungleich besser organisiert als in der häuslichen Pflege. So wird die Notwendigkeit einer Systemreform, insbesondere was die Finanzierung anbelangt, aus den steigenden Eigenanteilen abgeleitet, die zunehmend und vor allem prognostisch die finanziellen Möglichkeiten der Heimbewohner*innen übersteigen.

Sockel-Spitze-Tausch

Hohen Pflegebedarf abdecken

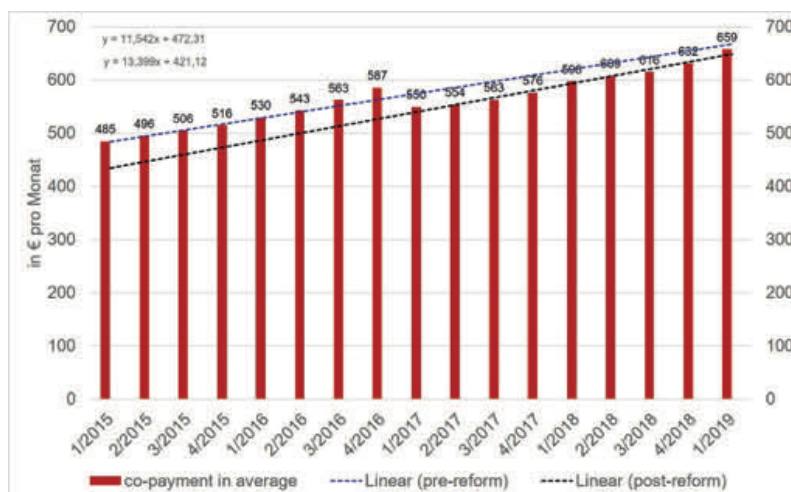
Der von der Initiative „Pro Pflegereform“⁴⁰ in die Debatte gebrachte inzwischen präzisierte und gerechnete Vorschlag stellt in das Zentrum der Reformüberlegungen den bereits 1999 diskutierten Sockel-Spitze-Tausch (Klie und Schmidt 1999). Die Pflegeversicherung soll nach diesem Vorschlag nicht weiter als Sockelleistung ausgestaltet werden. Sie soll vielmehr für den besonders hohen Pflegebedarf bedarfsdeckende Leistungen vorsehen. Die Pflegebedürftigen zahlen stets einen Sockelbetrag, der als fixer Eigenanteil fungiert. Die Initiative „Pro Pflegereform“ bezog sich zunächst lediglich auf die vollstationäre Versorgung, ebenso der von einigen Bundesländern unter Federführung von Hamburg erarbeitete Vorschlag.⁴¹ Er sieht vor, den Eigenbeitrag von Heimbewohner*innen für die pflegebedingten Aufwendungen in der Höhe zu begrenzen. Diese Eigenanteile sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Das Pflegestärkungsgesetz II und die mit ihm verbundenen Leistungsausweitungen und Vertrauensschutzregelungen führten zu Sondereffekten, die kurzfristig zu einer Reduzierung der Sozialhilfeausgaben und der durchschnittlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE) führten.

40 https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Pressemeldungen/2019-05-10_TagDerPflege_ProPflegereform.pdf; zuletzt geprüft am 26.08.2019.

41 BR-Drs106/19,, <https://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/12177862/2019-02-19-bgv-pflegeversicherung/>; zuletzt geprüft am 26.08.2019.

Wie dargelegt, stieg der EEE bereits 2019 wieder deutlich. Auch für den ambulanten Bereich sieht die erwähnte Bundesratsinitiative eine Begrenzung des Eigenanteils vor – wie, bleibt noch offen.

Abbildung 97: Entwicklung der Eigenanteile 2015–2019



Quelle: Rothgang 2019.

Die Eigenanteile der Bewohner*innen von vollstationären Pflegeeinrichtungen werden weiter steigen. Im Zusammenhang mit der geplanten Einführung eines Personalbemessungssystems gem. § 113c SGB XI, das durch die „Konzertierte Aktion Pflege“ aufgegriffen wurde, wird zukünftig mehr Personal in Heimen notwendig. Auch wenn es sich dabei nicht vornehmlich um Fachpersonal handeln soll, wird dies zu höheren Pflegesätzen führen. Zudem soll das Personal in Pflegeheimen besser bezahlt werden. Auch die zu erwartende Tarifbindung in der Langzeitpflege wird zu Kostensteigerungen in der stationären Pflege führen. All dies führt zu höheren Entgelten und belastet die Bürger*innen mit steigenden Eigenleistungen.

Kostensteigerung in der Langzeitpflege

Berechnungsszenarien bezogen auf die Eigenanteile von Heimbewohner*innen lassen je nach Berechnung – einen stabilen Beitragsatz angenommen – in den nächsten 25 Jahren Steigerungen zwischen 150–300 Prozent erwarten (s. Abschnitt „Modellrechnungen und Szenarien“ in diesem Kapitel). Diese werden weder von der Bevölkerung noch von den Sozialhilfeträgern akzeptiert werden. Auch die Stakeholder der Langzeitpflege werden politisch Druck aufbauen, damit es zu derartigen Kostensteigerungen nicht kommt bzw. diese abgefangen werden. Entsprechend große Chancen wird man politischen Initiativen beimessen, die zumindest auf eine Begrenzung des Eigenanteils von Heimbewohner*innen gerichtet sind.

Immer wieder vernachlässigt: die häusliche Pflege

Bei dem beschriebenen Fokus auf die stationäre Pflege darf es angesichts der Desiderate in der pflegerischen Versorgung keineswegs bleiben. Würde man lediglich die stationäre Versorgung in den Aufmerksamkeitshorizont der Pflegepolitik lenken, würde in sträflicher Weise die häusliche Pflege vernachlässigt. Auch hier besteht großer Handlungsbedarf, will man nachhaltig bzw. langfristig wirksam einen Beitrag zur Sicherung der Pflege in Deutschland leisten.

Versorgungsdefizite

Zu den Versorgungsdefiziten in der häuslichen Versorgung gehören überlastete Angehörige, Formen der Unterversorgung sowie Erscheinungsformen von Gewalt. Auch die bis zu 600.000 osteuropäischen Haushaltshilfen (Petermann et al. 2017) lassen sich als Hinweis auf ein Systemversagen in der häuslichen Versorgung interpretieren. Verschärft werden die häuslichen Versorgungsdefizite durch regionale Infrastrukturdefizite u. a. bei Kurzzeit- und Teilzeitpflegeeinrichtungen. Aber auch Heime weisen inzwischen wieder Wartelisten aus, Pflegedienste nehmen keine neuen „Kund*innen“ an. Beratungsdefizite sind zu beklagen.

Insofern besteht gerade in der häuslichen und in der komplementären Versorgung von Pflegehaushalten großer Handlungsbedarf. Allein erfolgversprechend erscheinen langfristig Konzepte zu sein, die auch der Siebte Altenbericht der Bundesregierung aufgegriffen hat (BMFSFJ 2016), nämlich Ansätze, die auf einen wohlfahrtspluralistischen Ansatz setzen. Sie haben nicht allein die Vollversorgung im Blick, sondern vielmehr das Zusammenwirken von An- und Zugehörigen, Nachbar*innen, beruflich Tätigen, Professionellen in der Pflege, Ehrenamtlichen und Unterstützungsleistungen, die der Markt anbietet und generiert. Auch das Leitbild der Caring Community (Klie 2014) enthält gerade auf der lokalen Ebene interessante Perspektiven für die Sicherung von Sorge und Pflege in einer Gesellschaft des langen Lebens: Die Sicherstellung der Pflege ist nicht nur eine finanzielle und personelle Herausforderung, sondern auch eine kulturelle.

Pflegepolitische Reformoptionen

Politikentwürfe

Die Politikentwürfe, die in diesem Zusammenhang verhandelt werden, sind unterschiedlicher Ausrichtung und Reichweite. Während die Bundesregierung, aber auch der GKV-Spitzenverband lange Zeit eine moderate Dynamisierung der Beitragssätze für ausreichend erachtet hat, wird zunehmend in Frage gestellt, dass auf diese Weise eine langfristige solide Pflegeabsicherung finanziert werden kann. Die Bundesratsinitiative der Bundesländer Hamburg, Schleswig-Holstein, Bremen und Berlin⁴² setzt auf eine Begrenzung des einheitlichen einrichtungsbezogenen Eigenbeitrages. Auch der schleswig-holsteinische Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg trägt

⁴² BR Drks 106/19.

den Vorschlag mit, obwohl seine Partei, die FDP, bislang vornehmlich auf private Vorsorge gesetzt hat, von der allerdings nur 9 % der Bevölkerung Gebrauch machen. Prominent ist insbesondere bei den Grünen und bei der SPD die Konzeption der Bürgerversicherung.⁴³ In die Finanzierung der Pflegeversicherung würden dabei die Versicherten der privaten Pflegeversicherungen einbezogen. Dadurch könnte die Gerechtigkeitslücke geschlossen werden, die darin besteht, dass die Pflegeprävalenz bei dieser Personengruppe niedriger ist als bei den in der GKV-Versicherten. Auch die Beitragssätze der besser Verdienenden würden einen, wenn schon nicht maßgeblichen, aber doch nicht zu leugnenden Beitrag zur Stabilisierung der Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung leisten. Teile von den Grünen und der SPD unterstützen auch den Sockel-Spitze-Tausch.

Die Einnahmen der Pflegeversicherung könnten auch dadurch erhöht werden, dass die Bemessungsgrundlage für die Pflegeversicherungsbeiträge durch den Einbezug anderer Einkunftsarten erweitert wird. Von der Böckler-Stiftung wurde nach dem Verd: i Vorstoß 2012 (Lüngen 2012) das Konzept einer (Pflege-)Vollversicherung berechnet und präsentiert (Rothgang/Domhoff 2019). Danach soll das gesamte Pflegerisiko abgesichert werden. Auf den ambulanten Bereich bezieht sich allerdings dieses Konzept nicht in vollständiger Weise. In der Debatte ist auch ein Steuerzuschuss zu den Leistungen der Pflegeversicherung, der inzwischen auch von der GKV gefordert wird.⁴⁴

Die DAK-Gesundheit hat als erste gesetzliche Krankenversicherung eigene Vorschläge zur Finanzierung der Pflegeversicherung über einen Steuerzuschuss erarbeitet. Sie sehen vor, dass, beginnend mit einem zehnprozentigen Steuerzuschuss ab Jahr 2025, dieser bis zum Jahr 2045 auf bis zu 25 Prozent der Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung steigt. Ein Steuerzuschuss soll u. a. dazu beitragen, die Zuzahlungen von Heimbewohner*innen zu reduzieren.

Vorschläge der DAK-Gesundheit

In der politischen Debatte um eine Strukturreform „Pflege und Teilhabe“ wird ein Nachteilsausgleich ins Gespräch gebracht, der ebenfalls steuerfinanziert wäre und entweder das Pflegegeld ersetzen soll oder zusätzlich zum Pflegegeld gezahlt würde (Klie 2019). Das Pflegegeld würde als eine dem Kindergeld vergleichbare Leistung ausgestaltet, die die Pflegebereitschaft von An- und Zugehörigen stärken und eine Art Nachteilsausgleich gewähren soll. Bei dem Pflegegeld handelt es sich nicht um eine typische Versicherungsleistung. Ein steuerfinanziertes Pflegegeld unterläge zudem nicht den relativ komplexen Ausgleichsmechanismen

43 <https://www.gruene-bundestag.de/files/beschluesse/DoppeltePflegegarantie.pdf>; zuletzt geprüft am 26.08.2019.

44 www.tagesspiegel.de/politik/reformen-kommen-teuer-milliarden-defizit-in-der-pflegeversicherung/24082106.html; zuletzt geprüft am 26.08.2019.

wie das Modell des Steuerzuschusses für die soziale Pflegeversicherung (Greß et.al. 2019). Es würde auch für Versicherte in Heimen gewährt werden und für den Eigenanteil eingesetzt werden können. Ein steuerfinanziertes Pflegegeld würde die Pflegeversicherung entlasten und die Durchlässigkeit der Sektoren (ambulant, stationär, teilstationär) befördern, was allenthalben als unbedingt erforderlich angesehen wird, wenn es um ein effizientes Gesamtsystem gehen soll. Die sektoralen Logiken – hier ambulant, dort stationär – sind unter Effizienz Gesichtspunkten verfehlt (Schulz-Nieswandt 2019).

Die DAK-Gesundheit schlägt vor, dieses Pflegegeld innerhalb der sozialen Pflegeversicherung als versicherungsfremde Leistung auszugestalten. 25 Prozent der Leistungsausgaben könnten auf diese Weise durch Steuermittel finanziert werden.

Zu den Eckpunkten der schon 2013 vorgestellten und von den kommunalen Spitzenverbänden und 15 Bundesländern unterstützen Strukturreform (Hoberg et al. 2013) gehören eine Stärkung der Rolle der Kommunen und eine verbindliche Gewährleistungsregelung für die Sicherung einer ausreichenden Infrastruktur. Verbunden mit den Strukturreformvorschlägen ist der so genannte Sockel-Spitze-Tausch, der auch von der DAK-Gesundheit unterstützt wird. Er wird sowohl stationär als auch sektorenübergreifend gedacht. Gerade letzteres erscheint unbedingt erforderlich, wenn man die Desiderate in der häuslichen Pflege pflegepolitisch aufgreifen möchte.

Pflegepolitische Reformoptionen im Überblick:

1. Beitragssatzdynamisierung

Die aktuelle Bundesregierung ging bisher davon aus, dass eine moderate Beitragssatzdynamisierung dazu in der Lage ist, die künftigen, auf die Pflegeversicherung zukommenden Kosten zu tragen. Die zugrundeliegenden Modellrechnungen reflektieren allerdings nicht die zu erwartenden Leistungsausweitungen und Steigerungen der Kosten. Auch der demografische Faktor bleibt weithin außen vor. Auch wenn der weitergehende Reformbedarf inzwischen erkannt wurde, ist die offizielle Position der Bundesregierung die einer Beitragssatzdynamisierung.

2. Sockel-Spitze-Tausch

Besonders prominent ist der von Verbänden der Diakonie und der Caritas unterstützte Sockel-Spitze-Tausch, der einen verbindlichen Eigenanteil der Versicherten vorsieht und ansonsten eine bedarfsdeckende Leistung der Pflegeversicherung kennt. (Rothgang und Kalwitzki 2018; Schwinger et al. 2018).⁴⁵

⁴⁵ Vgl. zudem www.pro-pflegereform.de; zuletzt geprüft am 26.08.2019.

3. Steuerzuschuss

Die Systemkonformität wäre, folgt man der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes, eine wichtige Voraussetzung (Greß et al. 2019). Die DAK-Gesundheit spricht sich deshalb dafür aus, dass entsprechend der anteiligen Kosten für ein modifiziertes Pflegegeld 25 Prozent der Gesamtausgaben der Pflegeversicherung über einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss finanziert werden.

4. Pflegebürgerversicherung

Seit längerem wird eine Pflegebürgerversicherung als solidarische Pflegeversicherung diskutiert. Würden die privat Versicherten mit in die soziale Pflegeversicherung integriert, und damit die in der Beihilfe und der privaten Pflegeversicherung „besseren“ Risiken in den „Finanzierungstopf“ einbezogen, ließe sich die Finanzierung der Pflegeversicherung auf etwas „breitere“ Füße stellen. Dabei steht die Pflegebürgerversicherung als Teilleistungskonzept⁴⁶ im Vordergrund.

5. Vollversicherung

Bereits 2012 hat Ver.di eine Pflegevollversicherung im Zusammenhang mit der Einführung einer Bürgerversicherung ins Gespräch gebracht (Lüngen 2012). Der Vorschlag sieht eine vollständige solidarische Finanzierung der Pflegekosten vor. Alle Leistungen, die notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig sind, sollen von der Solidargemeinschaft übernommen werden – unter Übertragung des Grundprinzips der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Pflegeversicherung. Lüngen ging bezogen auf das Basisjahr 2010 von einem Nettoeffekt von 7,4 Milliarden Euro Mehrausgaben aus – aus heutiger Sicht ein unrealistischer Betrag. Aktuell wurde die Pflegevollversicherung wieder von der Böckler Stiftung in die Diskussion gebracht und berechnet. (Rothgang und Domhoff 2019).

Die DAK-Gesundheit hat sich als erste große Krankenkasse aktiv an der Debatte um eine Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung beteiligt und ebenfalls einen Steuerzuschuss von zunächst 10 Prozent und später (im Jahr 2045) 25 Prozent ins Gespräch gebracht. Sie unterstützt die Überlegungen zum Sockel-Spitze-Tausch und liefert auch mit dem Pflegereport 2019 Materialien für eine differenziert zu führende Reformdebatte.

Modellrechnungen und Szenarien⁴⁷

Die DAK-Gesundheit beteiligt sich an dem skizzierten Diskurs um Reformen der Finanzierung der Pflegeversicherung und um Opti-

⁴⁶ <https://www.gruene-bundestag.de/themen/gesundheit/die-gruene-buergerversicherung-fuer-gesundheit>; zuletzt geprüft am 26.08.2019.

⁴⁷ Der Abschnitt beruht ganz wesentlich auf ersten Modellrechnungen von Rothgang und Kawitzki (2019), die diese für die DAK-Gesundheit im Rahmen des Pflegereportes 2019 vorgenommen haben.

onen ihrer Gestaltung mit eigenen Überlegungen und Modellrechnungen. Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstandes der DAK-Gesundheit, hat am 29. Januar 2019 einen Diskussionsbeitrag zur solidarischen Ausrichtung der Pflegeversicherung in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung veröffentlicht, den er als Impuls für eine Diskussion um eine grundlegende Pflegereform verstanden wissen wollte. Er griff die Ergebnisse des DAK-Pflegereportes 2018 auf und betonte die Notwendigkeit, Pflegebedürftige aus der „Fürsorgefalle“ herauszuführen, die wieder drohe. Storm sprach sich als erster Vertreter einer gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung für den Sockel-Spitze-Tausch aus und brachte einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss ins Gespräch.

Bundes- zuschuss

Der Vorschlag wurde inzwischen weiterentwickelt. Die DAK-Gesundheit schlägt in einem Diskussionspapier vom August 2019 einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln in Höhe von einer Milliarde Euro ab 2021 vor. Der Zuschuss soll sich zunächst um jeweils eine weitere Milliarde Euro p.a. erhöhen, bis im Jahre 2025 etwa fünf Milliarden Euro erreicht sind. Er würde dann ca. 10 Prozent der Jahresausgaben der sozialen Pflegeversicherung ausmachen. Der Steuerzuschuss würde danach – stufenweise bis zum Jahr 2045 – auf 25 Prozent der Leistungsausgaben angehoben. Der Eigenanteil müsste unter Beachtung der notwendigen Begrenzung des ergänzenden Fürsorgebezuges dynamisiert werden.

Modell- rechnung und Szenarien

Die Vorschläge der DAK-Gesundheit, vor allem die modifizierten von August 2019, beruhen auf Modellrechnungen, die von Rothgang und Kalwitzki vor dem Hintergrund gemeinsam mit dem Autor entwickelter konzeptioneller Vorstellungen über einen Sockel-Spitze-Tausch vorgenommen wurden (Rothgang und Kalwitzki 2019). Diese modellhaften Berechnungen beziehen sich auf verschiedene Szenarien. Sie sind notwendig, um sowohl die Kosten als auch die Finanzierungsfolgen abzuschätzen. Bei allen Szenarien wird davon ausgegangen, dass die alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen konstant bleiben; gleiches gilt für Inanspruchnahmeverhalten der Leistungsberechtigten. Zudem ist eine Reallohnsteigerung von 1 Prozent p.a. eingerechnet. Eine demografisch bedingte rückläufige Beschäftigung sowie ein jährlicher Anstieg der realen beitragspflichtigen Einkünfte pro Beitragszahler um 1 Prozent werden unterstellt. Die lohnindexierte Leistungsdynamisierung wird mit einer Reallohnsteigerung von 1 Prozent p.a. berechnet.

Das Basisszenario 1 sieht zusätzlich zum Status quo eine Ausgabensteigerung im stationären Bereich für eine Personalmehrung und höhere Entlohnung vor. Diese Mehrausgaben steigen linear auf 35 Prozent bis zum Jahr 2024 und werden sodann fortgeschrieben. Auf dieser Basis wird die potenzielle Beitragssatzentwicklung und die Entwicklung des EEE in der stationären Pflege berechnet (vgl. zu den Eigenschaften der Szenarien auch Tabelle 16).

Das Basisszenario 2 geht zusätzlich von einem Beitragssatzanstieg um 0,5 Beitragssatzpunkte aus. Dabei können die zusätzlichen Einnahmen entweder für den stationären (2b) oder anteilig für den ambulanten und stationären Bereich (2a) verwendet werden. Auch hier werden die Beitragssatzentwicklung und die Entwicklung des EEE in der stationären Pflege in den Blick genommen.

Während die skizzierten Basisszenarien die Entwicklungen in den Blick nehmen, die sich ohne grundlegende Reformen abzeichnen, sehen die Reformszenarien von der DAK-Gesundheit diskutierte Reformschritte vor.

Das Reformszenario 1 geht von einem Sockel-Spitze-Tausch im stationären Sektor aus. Alle Ausgaben oberhalb des derzeitigen Sockels von 662 Euro im Durchschnitt würden beitragswirksam von der Sozialversicherung übernommen. Ab 2024 würde ein Steuerzuschuss eingeführt werden, der von 10 Prozent im Jahr 2024 auf 25 Prozent im Jahr 2045 ansteigen würde.

Im Reformszenario 2 wird der Sockel von 662 Euro auf 450 Euro abgesenkt.

Tabelle 16: Status quo, Basis- und Reformszenarien: Vorgehen

	Demographie & lohnindexierte Leistungsdynamis.	Bessere Arbeitsbedingungen im Heim	Steuerzuschuss im System des Sockel-Spitze Tauschs	Sockel-Spitze-Tausch	Beitragssatzanpassung zur Leistungsverbesserung	
					nur stationär	ambulant & stationär
Status quo	X					
Basis-szenario 1	X	X				
Basis-szenario 2a	X	X				X
Basis-szenario 2b	X	X			X	
Reform-szenario 1	X	X	X	X		
Reform-szenario 2	X	X	X	X		

Quelle: Rothgang und Kalwitzki 2019.

Status quo und Basisszenarien

- Basis-szenario 1** Im *Status quo* und im Basisszenario 1 bleibt der Anstieg des Beitragssatzes noch auf unter 4,3 Beitragssatzpunkten im Jahr 2045 begrenzt. Im Status quo wird dadurch „erkauft“, dass auf eine verbesserte Entlohnung und eine bessere Personalausstattung von Heimen verzichtet wird – ein angesichts des Handlungsbedarfes aufgrund des Pflegenotstands nicht vermittelbarer Weg. Im Basisszenario 1 werden hingegen eine verbesserte Personalausstattung und eine verbesserte Entlohnung umgesetzt. Ohne weitere Einnahmequellen würde dies ausschließlich durch die Pflegebedürftigen selbst finanziert, deren durchschnittlicher Eigenanteil sich bis 2045 auf monatlich knapp 1.900 Euro verdreifachen würde – in heutigen Preisen. Auch dieser Weg erscheint nicht gangbar.
- Basis-szenario 2** Im *Basisszenario 2* wird eine weitere Beitragssatzanhebung um 0,5 Beitragssatzpunkte unterstellt. Damit erreicht der Beitragssatz eine kritische Größenordnung und liegt am Ende des Betrachtungszeitraums um mehr als zwei Drittel über dem heute bedarfsnotwendigen Beitragssatz. Werden die Zusatzeinnahmen anteilig auf alle Pflegebedürftigen verteilt (Szenario 2a), „verpufft“ der entlastende Effekt im stationären Bereich und der EEE steigt auf durchschnittlich mehr als 1.600 Euro im Monat. Selbst wenn die Mehreinnahmen ausschließlich für Leistungssatzsteigerungen im stationären Sektor verwendet würden (Szenario 2b), stiege der EEE bis 2045 um real 80 Prozent. Die Basisszenarien machen deutlich: Ohne Steuerzuschuss lässt sich eine große Pflegereform nicht finanzieren.

Die Reformszenarien

- Reform-szenario 1** *Reformszenario 1:* Bis 2045 würde der Steuerzuschuss mit den von der DAK-Gesundheit vorgeschlagenen Beträgen auf gut 18 Milliarden Euro anwachsen. Mithilfe eines Sockel-Spitze-Tausches mit einem Sockel von monatlich 662 Euro könnte der Beitragssatz im Reformszenario 1 auf knapp 3,9 Beitragssatzpunkten gehalten werden. Gleichzeitig würde der Eigenanteil im stationären Bereich nur entsprechend den Lohnsteigerungen und damit tendenziell auch den Renten wachsen. Das Reformszenario 2 führt durch den niedrigeren Startwert für den Sockel zu einem um knapp 0,2 Beitragssatzpunkte höheren Beitragssatz im Jahre 2045 und einem entsprechend niedrigeren Sockel.

Tabelle 17: Status quo, Basis- und Reformszenarien: Ergebnis der ersten Modellberechnungen

	Steuerzuschuss In Mrd. Euro (2045)	Ausgabendeckender Beitragssatz (2045) + als Index (2018 = 100)		Eigenanteil für Pflegekosten (EEE bzw. Sockel) (2045) + als Index (2018 = 100)	
		in %	Index (2018 = 100)	In Euro	Index (2018 = 100)
Status quo	–	4,27	152	662	100
Basis-szenario 1	–	4,27	152	1.895	286
Basis-szenario 2a	–	4,77	170	1.664	251
Basis-szenario 2b	–	4,77	170	1.191	180
Reform-szenario 1	18,3	3,89	139	866	131
Reform-szenario 2	18,3	4,08	139	589	131

Quelle: Rothgang und Kalwitzki 2019.

Der Vorschlag der DAK-Gesundheit gibt durch die Basis- und Reformszenarien wichtige Impulse für die Reformdiskussion, stellt Varianten einander gegenüber und fundiert sie mit ersten vorläufigen Modellrechnungen. Diese Impulse sollten, so die DAK-Gesundheit, in einer Pflegereformkommission weiter beraten werden, die die verschiedenen Reformvorschläge prüfen und Empfehlungen erarbeiten sollte. Die Weichen für eine grundlegende Finanzierungsreform der Pflegeversicherung könnten bereits in der zweiten Hälfte der laufenden Legislaturperiode oder spätestens in der Koalitionsvereinbarung nach der nächsten Bundestagswahl gestellt werden. Die unterschiedlichen Diskurs- und Diskussionsstränge um eine Reform der Pflegeversicherung gilt es zusammenzuführen.

Diskurse

Alle Reformvorschläge werden von offenen Fragen begleitet. Die immer wieder thematisierte Beitragssatzerhöhung für die Pflegeversicherung ist angesichts der zu erwartenden Beitragssatzanhebung in anderen Sozialversicherungszweigen wenig attraktiv und bietet nur einen begrenzten politischen Handlungsrahmen.

Offene Fragen

Alternativ wird die Verlagerung von Leistungen und Kosten aus der sozialen Pflegeversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung diskutiert. Dies gilt insbesondere für die Thematik der Behandlungspflege, die bislang im stationären Bereich den Pflegeheimen und damit der Sozialhilfe auferlegt war. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurde ein erster Schritt zur anteiligen Finanzierung der behandlungspflegerischen Kosten in Heimen durch die gesetzliche Krankenversicherung unternommen. Er ist allerdings unvollständig. Auch bezieht er nicht die nach dem Pflegeberufegesetz vorgesehenen und normierten Vorbehaltsaufgaben der Fachpflege in die Leistung ein, wie das vielfältig gefordert wurde (Hoberg et al. 2013). Dass durch einen Ausbau der GKV-finanzierten häuslichen Krankenpflege wirksame Einsparungen im Bereich der Krankenhauskosten erzielt werden können, wird durch die DAK-Pflegereporte 2017 und 2018 belegt (Klie 2017). Dies wird in der Debatte bislang jedoch nur randständig reflektiert und Kosteneffekte wurden noch nicht berechnet.

Steuerzuschuss? Die Forderung nach einem Steuerzuschuss wirft systemische und verfassungsrechtliche Fragen auf. In der Sozialversicherung sind Steuerzuschüsse systemfremd, wenn nicht versicherungsfremde Leistungen mitfinanziert werden. Deshalb bietet sich der Vorschlag an, das Pflegegeld, das an sich keine typische Versicherungsleistung ist, in die Steuerfinanzierung zu überführen (Klie 2019). Problematisch ist überdies, dass Steuerzuschüsse politisch unsicher sind und sich nach der jeweiligen Haushaltslage richten. Ein Nachteilsausgleich, entweder im Einkommenssteuerrecht oder im Sozialgesetzbuch (SGB) IX geregelt, hätte den Vorteil, dass er nicht so leicht verfügbar wäre und fiskalischen Krisensituationen „geopfert“ werden könnte.

Unterschiedliche Entgelt-niveaus als Problem Ein großes Problem für alle Reformüberlegungen stellen die höchst unterschiedlichen Entgelt-niveaus in den Bundesländern dar, sowohl was die Pflegeheimentgelte anbelangt als auch was die Entgelte für ambulante Dienste betrifft. Die Wirkungen besserer Finanzausstattungen würden die Bundesländer unterschiedlich treffen. Diskutiert wird, analog der im Krankenhausbereich bekannten Landesbasisfallwerte eine Konvergenzphase für Einrichtungen der Langzeitpflege einzuführen. Nur mit solchen flankierenden Maßnahmen ließen sich begrenzte einrichtungsbezogene Eigenanteile mit den erwünschten Steuerungseffekten verbinden. Andernfalls könnten sie unerwünschte Wirkungen provozieren: Teure Heime würden profitieren, günstige nicht. Beim Sockel-Spitze-Tausch für den ambulanten Bereich wären Leistungsausweitungen zu erwarten und zu befürchten, gegebenenfalls verbunden mit Moral Hazard-Effekten. Angesichts der Versorgungsengpässe im ambulanten Bereich ließen sich diese allerdings durch entsprechende Care- und Case-Management-Strukturen vor Ort steuern und auffangen.

Handlungsbedarf ist gegeben, auch und gerade nach 25 Jahren Pflegeversicherung. Wie die Finanzierungsfragen in eine pflegepol-

titische Agenda aufgenommen werden, ist derzeit völlig offen. Zu erwarten wäre, dass zunächst eine Absenkung des einrichtungseinheitlichen Eigenbetrages (EEE) mithilfe eines Fixbetrages erfolgt. Das würde allerdings eine Konvergenz der Pflegesätze voraussetzen. Diese könnte über ein einheitliches Personalbedarfsbemessungssystem, entwickelt gemäß § 113c SGB XI, befördert werden. In einem zweiten Schritt könnte ein Fixbetrag von Zuzahlungen auf alle Sektoren ausgedehnt werden und dies im Wege des so genannten Sockel-Spitze-Tausch-Modells. Dies würde bedeuten, dass auch im ambulanten Bereich ein Eigenanteil verlangt wird. Schätzwerten zufolge beläuft sich der Eigenanteil, den Pflegehaushalte derzeit für die Pflege aufwenden, auf durchschnittlich 150 Euro (Rothgang und Kalwitzki 2018), so es um den Zukauf von ambulanten Leistungen geht.

Ein sich auf alle Sektoren beziehendes neues Sockel-Spitze-Tausch-Modell ist Voraussetzung für die notwendige Durchlässigkeit der Sektoren ambulant, teilstationär, stationär. Diese Durchlässigkeit wiederum ist Voraussetzung für ein flexibles Leistungserbringungsrecht, das Module, Zeitvergütung, aber auch Sachleistungs- und persönliche Budgets kennt. Die Flexibilisierung des Leistungserbringungsrechts wäre notwendigerweise mit einer Steuerung über Care und Case Management und mit Ansätzen subjektorientierter Qualitätssicherung verbunden (Klie und Büscher 2019).

Flexibilisierung des Leistungserbringungsrechts

Die Herausforderungen der Sicherung der Pflege verlangen ein effizientes Gesamtsystem, wie dies etwa durch das von der DAK-Gesundheit in die Diskussion gebrachte Konzept der regionalen Pflegekompetenzzentren als Care und Case-Management-Organisationen vorsieht (Klie und Monzer 2018). Ein durchlässiges Gesamtsystem benötigt zudem andere Formen der Ausgestaltung von Rechtsansprüchen auf Leistung der Pflegeversicherung sowie andere Rahmenbedingungen der Leistungserbringung, auch und gerade Module, Zeitvergütung, Sachleistungsbudgets und persönliche Budgets (Klie 2019). Eine allein tätigkeits- oder modulbezogene Abrechnung von Pflegeleistungen ist ebenso wenig effizient wie die strikte Trennung zwischen ambulant und stationär. Konzepte wie das Walzbachtaler Modell (Kendel 2016; Klie 2018) oder Buurtzorg (Gray et al. 2015) weisen den Weg: Pflegedienste, aber auch stationäre Einrichtungen sollten dafür belohnt werden, dass sie einen Beitrag zur Sicherung von Pflegearrangements insgesamt leisten und sich nicht auf letztlich taylorisierte Leistungserbringungsformen verwiesen sehen.

Pflegekompetenzzentrum

Wohlfahrtspluralistische Ansätze, wie sie auch vom Siebten Altenbericht der Bundesregierung präferiert werden, erscheinen angesichts der Ressourcenknappheit, insbesondere auch auf dem Personalsektor, als die einzig tragfähige Lösung. In ambulant betreuten Wohngemeinschaften werden sie am ehesten experimentiert (Klie et al. 2017). In genossenschaftlich getragenen Versorgungskonzepten und Betriebsformen liegt darüber hinaus eine bedeutsame

Wohlfahrtspluralistische Ansätze

Perspektive für die Weiterentwicklung eines auf Nachhaltigkeit ausgerichteten Systems in der Langzeitpflege. Nach 25 Jahren Pflegeversicherung ist die Debatte über die Zukunft der Finanzierung der Pflege, aber auch über ihre Ausgestaltung, notwendig. Die Modellrechnungen von Rothgang et al., die im Folgenden dargelegt werden, zeigen: Wenn man sich nicht mit der Finanzierung der Pflegeversicherung befasst, wird das System mittelfristig nicht mehr den Sicherungsbeitrag leisten, der von ihm erwartet wurde, als die Pflegeversicherung 1994 eingeführt wurde. Dass eine Strukturreform der Pflegeversicherung unabweisbar ist und eine solche auch durch die Pflegestärkungsgesetze keineswegs als abgeschlossen gelten kann, wurde in dem Papier „Strukturreform Pflege und Teilhabe“ ausführlich dargelegt (Hoberg et al. 2013). Nun gilt es beides zusammenzuführen: Finanz- und Strukturreform. Damit ist eine mögliche Agenda für die Pflegereform der nächsten Jahre skizziert.

Ausblick

- | | |
|--------------------------------------|---|
| Finanzierungsreform erwünscht | Die Politik würde den Erwartungen in der Bevölkerung im Hinblick auf eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, die in der Bevölkerungsbefragung des DAK-Pflegereports 2019 recht differenziert zum Ausdruck kommen (s. Beitrag Haumann), nicht gerecht, würde sie eine Finanzierungsreform der Pflegeversicherung vertagen. Ein Großteil der Bürger*innen befürwortet eine grundlegende Finanzreform der Pflegeversicherung, auch wenn die Bereitschaft zu höheren Sozialversicherungsbeiträgen – erwartbar – nicht besonders ausgeprägt ist. Dabei wird das mit dem allgemeinen „Lebensrisiko Pflege“ verbundene Armutsrisiko von der Mehrheit der Bevölkerung als großes Problem gesehen. |
| Gendergerechtigkeit | Allerdings besteht aus Sicht der Bürger*innen nicht nur im Bereich der stationären Pflege pflegepolitischer Reformbedarf: Auch im ambulanten Bereich wird mit Blick auf die vielfältigen Belastungen von Angehörigen aufgrund von Pflegeaufgaben Handlungsbedarf gesehen. Dieser wird sich in Zukunft noch deutlicher mit zu erwartenden Fragen der Gendergerechtigkeit zu konfrontieren haben. |
| Erhebliche Effizienzreserven | Die SPV-Routinedaten-Analyse, die sich in 2019 auf die Dynamik der Ausgabenentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung bezog, zeichnet die Ausgabenentwicklung nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes nach und unterstreicht die unterschiedlichen Kosten und Entgeltniveaus zwischen den Bundesländern und auf der Ebene der Regionen (s. Beitrag Lewin et al.). Die Ergebnisse machen deutlich: Will man ein neues Finanzierungssystem in der Pflegeversicherung einführen, so besteht einiger Handlungsbedarf im Zusammenhang mit der Finanzierung von Einrichtungen und Diensten. Nur unter diesen Vorzeichen macht eine Umstellung der Finanzierung Sinn. Wie notwendig eine sektorenübergreifende Betrachtungsweise von Leistungen und Ausgaben in der GKV und SPV sind, wird erkennbar, wenn man die Ergebnisse der letzten DAK- |

Pflegereporte heranzieht. Hier bestehen erhebliche Effizienzreserven – allerdings nur bei einer sektorenübergreifenden Betrachtung.

Die Analyse der Sozialhilfedaten (s. Beitrag Rischard und Klie) lässt erkennen, dass ohne Reformen die Sozialhilfeausgaben wieder deutlich steigen werden. Gerade diese lassen den politischen Handlungsdruck erwarten, der in den nächsten Monaten oder Jahren entstehen wird – er wird durch den Kabinettsbeschluss zum Angehörigen-Entlastungsgesetz und der Initiative von Arbeits- und Sozialminister Heil forciert. Dass von den Pflegebedürftigen selbst und ihren An- und Zugehörigen kein politischer Druck und kaum politische Forderungen in Richtung der Pflegepolitik adressiert werden, machen die Fallanalysen deutlich (s. Beitrag Moeller-Bruker et al.). Sie zeigen auf, wie eng die Handlungsspielräume der Betroffenen sind.

Deutlicher Anstieg der Sozialhilfeausgaben erwartet

Bei einer Zusammenschau von politischen Reforminitiativen, Kostendynamiken, politischer Relevanz des Pflegealthemas und einer interessanten Akteurskonstellation, bestehend aus Wissenschaft, Verbänden reformorientierter Einrichtungsträger, Politik und Kostenträgern unterschiedlicher Zuständigkeit, könnte man aktuell so etwas wie ein Opportunitätsfenster für eine breit angelegte Reformdebatte sehen. In diesem Zusammenhang bietet sich das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) unabhängig von der regierungsseitigen und parlamentarischen Diskussion um die Reformoptionen der Pflegeversicherung als Plattform für entsprechende Debatten an (Schulz-Nieswandt 2019).

Pflegeversicherungsreform: Plattform KDA

Dabei bleibt der vom KDA angestoßene Diskurs nicht bei Fragen der Finanzierung stehen, sondern greift Fragen einer wohnortunabhängigen Finanzierung von Versorgungsleistungen ebenso auf wie die einer personenzentrierten und hoch individualisierten Bedarfsermittlung. Das erscheint auch – wie dargelegt – unabdingbar. Ob nun Pflegereformkommission oder bzw. und KDA-Plattform: Die Diskussion um die Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung ist aufs Neue eröffnet und erweitert zugleich. Der Pflegereport 2019 der DAK-Gesundheit leistet dazu seinen eigenen Beitrag und will explizit Impulse für die Pflegereformdiskussion bieten. Die vorlegten Analysen und Zahlen unterstreichen den Handlungsbedarf, die Modellrechnungen die politische Brisanz.

Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Sachverständigenkommission „Siebter Altenbericht der Bundesregierung“ (Bundesdrucksache, 18/10210).

- Gray, Bradford; Sarnak, Dana; Burgers, Jako (2015): Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. Hg. v. The Commonwealth Fund. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2015/may/home-care-self-governing-nursing-teams-netherlands-buurtzorg-model?redirect_source=/publications/case-studies/2015/may/home-care-nursing-teams-netherlands, zuletzt geprüft am 21.08.2018.
- Greß, Stefan; Haun, Dietmar; Jacobs, Klaus (2019): Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Berlin: Springer-Verlag, S. 241–254.
- Hoberg, Rolf; Klie, Thomas; Künzel, Gerd (2013): Eckpunkte Strukturreform Pflege und Teilhabe. Kurzfassung. Hg. v. AGP Sozialforschung. Freiburg.
- Kendel, André (2016): Das Walzbachtaler Modell – Ambulante „Rund-im-die-Uhr-Betreuung“ im Landkreis Karlsruhe. In: *Case Management* (3), S. 139–141.
- Klie, Thomas: Der DAK-Pflegereport 2018: Gleichwertige Lebensbedingungen für die Pflege? Zentrale Erträge und Denkanstöße, S. 3–30.
- Klie, Thomas (2014): Caring Community. In: *Lebenswelt Heim* 17 (64), S. 34–37.
- Klie, Thomas (2017): DAK Pflegereport 2017. Gutes Leben mit Demenz: Daten, Erfahrungen und Praxis. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei.
- Klie, Thomas (2018): Das Walzbachtaler Modell. Ambulante Rundum-die-Uhr-Betreuung für pflegebedürftige Menschen auf der Grundlage Case-Management-basierter Arbeitsweise. Innovative Sorgearrangements und Impulse für das Leistungserbringungsrecht in der ambulanten Pflege. In: *Case Management* 15 (2), S. 79–89.
- Klie, Thomas (2019): *Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft.* München: Droemer Taschenbuch.
- Klie, Thomas; Büscher, Andreas (2019): Subjektorientierte Qualitätssicherung in der Langzeitpflege. In: *Nachrichtendienst Deutscher Verein* 99 (3), S. 114–119.
- Klie, Thomas; Heislbeitz, Claus; Schuhmacher, Birgit; Keilhauer, Anne; Rischard, Pablo; Bruker, Christine (2017): *Ambulant betreute Wohngruppen. Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen. Abschlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.* Hg. v.

- AGP Sozialforschung und Hans-Weinberger-Akademie der Arbeiterwohlfahrt e.V. Berlin.
- Klie, Thomas; Monzer, Michael (2018): Regionale Pflegekompetenzzentren. Innovationsstrategien für die Langzeitpflege vor Ort. Heidelberg: medhochzwei.
- Klie, Thomas; Schmidt, Roland (Hg.) (1999): Die neue Pflege alter Menschen. Sicherung der Pflege, Pflegeökonomie, Lebensweltorientierung, Unterstützungsmanagement, Reform des Gesundheitswesens, Pflege im sozialen Wandel, Pflegewissenschaft. Bern, Göttingen, Toronto u. a.: Verlag Hans Huber.
- Lüngen, Markus (2012): Vollversicherung in der Pflege –Quantifizierung von Handlungsoptionen. Gutachten. Hochschule Osnabrück. Online verfügbar unter https://www.bibliomed.de/c/document_library/get_file?uuid=7e4cf65e-77a2-4401-8a71-ee336a34f15c&groupId=232125, zuletzt geprüft am 10.05.2016.
- Petermann, Arne; Ebbing, Tobias; Paul, Michael (2017): Das Tätigkeitsprofil von Betreuungspersonen in häuslicher Gemeinschaft. Berufsakademie für Gesundheits- und Sozialwesen Saarland. Saarbrücken.
- Rothgang, Heinz; Domhoff, Dominik (2019): Die Pflegeversicherung als Vollversicherung; Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas (2018): Skizze einer neuen Finanzierung der Pflegeversicherung. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik* (6), S. 6–12.
- Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas (2019): Modellrechnungen zur Reform der Pflegeversicherung für die DAK-Gesundheit. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2019): Reform SGB XI: Zeit für die großen Fragen. In: *Pro Alter* (2), S. 26–27.
- Schwinger, Antje; Kalwitzki, Thomas; Rothgang, Heinz (2018): „Die Pflegeversicherung boomt“. Mehrausgaben der Pflegeversicherung – Retrospektive und Projektion. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik* (6), S. 13–22.

Autor*innenverzeichnis



Foto © privat

Dr. phil. Christine Moeller-Bruker obliegt die wissenschaftliche Geschäftsführung und Projektleitung bei AGP Sozialforschung. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen thematisch in den Feldern Palliative Care und Pflege, Teilhabe bei Behinderung sowie Case Management. Methodisch fokussieren sie die qualitative Sozialforschung. Christine Moeller-Bruker hat Soziale Arbeit in Freiburg i. Br. und La Paz (Bolivien) studiert; in Wien hat sie promoviert. Sie ist Case Managerin (DGCC), freie Mitarbeiterin im Wilhelminen-Hospiz in Niebüll und Lehrbeauftragte an mehreren Hochschulen.



Foto © privat

Dr. Wilhelm Haumann studierte in Münster. Seit 1995 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Demoskopie Allensbach. Als Projektleiter im Bereich der Sozialforschung hat er hier zahlreiche demoskopische Studien durchgeführt. Schwerpunkte waren dabei Umfragen zur Pflege, zur Entwicklung und Förderung von Familien sowie zum bürgerschaftlichen Engagement.



Foto © Optimedis

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt ist Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG sowie Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH und der Gesundheit für Billsstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt). Sein Schwerpunkt liegt im Aufbau und Management regionaler populationsbezogener IV-Systeme. Der Apotheker und Gesundheitswissenschaftler verfügt über langjährige Erfahrungen in qualitativer Forschung (Medizinsoziologie) und konzeptioneller Arbeit in Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung. Er hat viele Jahre für die Weltgesundheitsorganisation an Präventionsprojekten mitgearbeitet und über 20 Jahren Krankenkassen, Verbände, Unternehmen und Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft beraten.



Foto © Evangelische Hochschule, Freiburg

Prof. Dr. habil. Thomas Klie, geb. 1955 in Hamburg, unterrichtet öffentliches Recht an der Evangelischen Hochschule Freiburg und Gerontologie an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt/Wien. Er war Mitglied der Siebten Altenberichtskommission und Vorsitzender der Zweiten Engagementberichtskommission der Bundesregierung. Er leitet das Institut AGP Sozialforschung und ist nebenberuflich als Rechtsanwalt in Freiburg und Berlin tätig.



Foto © Optimedis

Laura Lange ist Health Data Analyst bei der OptiMedis AG. Ihre Aufgaben umfassen gesundheitsökonomische Auswertungen, die Evaluation von Interventionen, die Entwicklung statistischer Test- und Prognosemodelle, die Ausarbeitung von Empfehlungen für die Entwicklung von Gesundheitsprogrammen sowie die Akquise und Umsetzung neuer BI- und Datenanalyse-Projekte. An der Technischen Universität Dortmund studierte Laura Lange im Bachelor und Master Statistik mit dem Schwerpunkt Biometrie sowie Psychologie als Nebenfach.



Foto © Optimedis

Philip Lewin ist Health Data Analyst bei der OptiMedis AG. Er ist gelernter examinierter Altenpfleger, hat einen Bachelor in Gesundheitswissenschaften und studiert derzeit im Masterstudiengang Health Sciences an der HAW Hamburg. Er arbeitete bereits als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie sowie am Institut für Krebs epidemiologie e. V. der Universität Lübeck. Dort war er an der Durchführung zahlreicher epidemiologischen Studien beteiligt. Seine Schwerpunkte liegen auf der Analyse und Visualisierung räumlicher Daten.



Foto © privat

Johanna Pfeil studierte Soziologie und Betriebswirtschaftslehre (B. A.) an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Sie ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei AGP Sozialforschung im FIVE – Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule in Freiburg tätig. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in qualitativen Forschungsmethoden sowie in der Auseinandersetzung mit ethischen und sozialen Implikationen des Technikeinsatzes in der Pflege.



Foto © privat

Pablo Rischard, M.A. in Politikwissenschaft, Soziologie und Wirtschaftspolitik, ist Wissenschaftlicher Geschäftsführer von AGP Sozialforschung. In seiner Arbeit hat er zahlreiche Projekte zu kommunalen Pflegestrukturen, Wohnen im Alter, dem Arbeitsmarkt Pflege sowie dem Heimrecht verantwortet. Pablo Rischard ist seit 2014 Lehrbeauftragter an der Evangelischen Hochschule Freiburg im Themenfeld Gerontologie.



Foto © Optimedis

Timo Schulte leitet bei der OptiMedis AG den Bereich Health Data Analytics & IT. Er studierte Wirtschaftswissenschaften an der Universität Marburg mit den Schwerpunkten strategisches Management und Management von Innovationen und Netzwerken sowie Wirtschaftspsychologie. Zur weiteren Spezialisierung absolvierte er im Jahr 2015 nebenberuflich einen Master in Health Management an der Universität Hamburg. Seit April 2016 promoviert er berufsbegleitend an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke zum Thema „Creating Value in Integrated Care Networks: Assessment and Implementation of Data-driven Technologies for Cross-Sectoral Quality Improvement“.

