

# Erfolge und Misserfolge der Pflegeversicherung – Ihre Weiterentwicklung bleibt notwendig

KORNELIA HAGEN UND HEINZ ROTHGANG

Kornelia Hagen, DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, E-Mail: khagen@diw.de  
Heinz Rothgang, ZeS, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, E-Mail: rothgang@zes.uni-bremen.de

Im Dezember 2013 waren 2,6 Millionen Menschen in Deutschland „pflegebedürftig“ im Sinne des die Pflegeversicherung normierenden Sozialgesetzbuches (SGB) XI (Statistisches Bundesamt 2015). Bis 2050 wird damit gerechnet, dass die Zahl der Pflegebedürftigen auf 4,5 Millionen zunimmt (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010: 30). Bereits in dieser zeitpunktbezogenen Betrachtung wird die Bedeutung des Pflegerisikos sichtbar. Betrachtet man aber darüber hinaus die Prävalenz über die gesamte Lebenszeit, also das Risiko, jemals im Leben pflegebedürftig zu werden, wird noch deutlicher, dass Pflegebedürftigkeit ein allgemeines Lebensrisiko ist, das jeden Menschen treffen kann. So werden bereits heute jeder zweite Mann und drei von vier Frauen irgendwann in seinem/ihrem Leben „pflegebedürftig“ im Sinne des SGB XI (Rothgang et al. 2014: 136 f.). Die sozialpolitische Bedeutung des Pflegerisikos ist damit eklatant.

Auch ökonomisch ist Pflegebedürftigkeit von Bedeutung. Eine gerade veröffentlichte Analyse des DIW Berlin auf der Grundlage der Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) zeigt für die dort betrachteten Pflegebedürftigen in Privathaushalten, dass von ihnen rund 73 Prozent Leistungen der Pflegeversicherung und gut 51 Prozent monetäre Leistungen, also Pflegegeld, beziehen (Geyer 2015). Allein die Soziale Pflegeversicherung hat im Jahr 2013 Leistungsausgaben in Höhe von 23 Milliarden Euro getätigt und unter Berücksichtigung weiterer Finanzierungsquellen – unter anderem Sozialhilfe, private Pflegeversicherung, private Ausgaben – wurden in diesem Jahr mehr als 40 Milliarden Euro allein für Langzeitpflege aufgebracht. Auch die arbeitsmarktpolitische Bedeutung der mehr als 12 000 ambulanten und rund 13 000 stationären Pflegeeinrichtungen (Statistisches Bundesamt 2015: 10–18, Angaben für Ende 2013) darf nicht unterschätzt werden. Hinzu kommt die informelle Pflege durch Familienangehörige, die wiederum Rückwirkungen auf die Erwerbsbeteiligung der Pflegenden ebenso wie auf deren Rentenanwartschaften

hat. Insgesamt ist ambulante Pflege und insbesondere Langzeitpflege ökonomisch, sozial- und arbeitsmarktpolitisch von erheblicher und im Zeitverlauf noch weiter steigender Bedeutung – für uns Grund genug, das vorliegende Vierteljahresheft mit acht Beiträgen dem Thema Pflegeversicherung zu widmen.

Seit dem 1. April 1995 werden Pflegebedürftigen Leistungen der Pflegeversicherung gewährt. Damit ist die Pflegeversicherung seit nunmehr 20 Jahren als fünfte Säule der Sozialversicherung das wichtigste Element der sozialen Sicherung bei Pflegebedürftigkeit. Seit ihrer Einführung hat die Pflegeversicherung zweifellos erhebliche Erfolge zu verzeichnen:

- Die Pflegeinfrastruktur wurde quantitativ und qualitativ ausgebaut, nicht zuletzt aufgrund der Markttöffnung auf dem Pflegemarkt und des Mittelzuflusses durch den Anstieg der öffentlichen Finanzierungsanteile.
- Der Anteil der auf Hilfe zur Pflege angewiesenen Pflegebedürftigen ist zurückgegangen, und die Sozialhilfeausgaben für Pflege konnten in noch größerem Umfang zurückgefahren werden. Damit konnte die ordnungspolitisch systemwidrige Rolle der – als letztes Netz konzipierten – Sozialhilfe als primärer Finanzierungsträger beendet werden.
- Die Qualität der Pflege wird seit Einführung der Pflegeversicherung in einem nie zuvor gekannten Ausmaß thematisiert, was alleine schon zu Qualitätsverbesserungen geführt hat – auch wenn kaum harte Zahlen vorhanden sind, um dies zu beweisen.
- Vor allem wurde Pflegebedürftigkeit als allgemeines Lebensrisiko anerkannt, das einer sozialrechtlichen Bearbeitung bedarf. Damit wurde die deutsche Pflegeversicherung Vorbild für die Einführung der Pflegeversicherung in Luxemburg, Japan und Korea und für viele aktuelle Debatten zur Pflegeabsicherung in anderen Teilen der Welt (Rothgang 2015).

Die Bilanz des Erfolges der Pflegeversicherung steht dann auch im Zentrum des ersten Beitrags des vorliegenden Vierteljahrsheftes. Von *Heike Hoffer* und *Martin Schölkopf* wird entlang zentraler Ziele der Pflegeversicherung Kritikern, die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung als zu gering sowie die Qualität und Arbeitsbedingungen in der Pflege als unzureichend erachten, entgegnet, die gesetzliche Pflegeversicherung hätte ihre Ziele erreicht. Konstatiert wird in dem Beitrag, dass pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit zwar nicht vollständig gestoppt werden konnte und in den letzten Jahren wieder etwas zugenommen habe. Heute gebe es aber etwa ein Drittel weniger sozialhilfeabhängige Pflegebedürftige als noch zu Beginn der 1990er Jahre und dies, obwohl in diesem Zeitraum die Zahl der Pflegebedürftigen gestiegen sei. Zudem seien die Ausgaben der Hilfe zur Pflege in den letzten Jahren nicht stärker gestiegen als die Ausgaben der Pflegeversicherung. Bis heute wirke die Pflegeversicherung daher bezüglich der Sozialhilfe spürbar entlastend.

Auch bezüglich eines weiteren Ziels der sozialen Pflegeversicherung – dem Vorhalten einer leistungsfähigen Pflegeinfrastruktur – bewerten die Autorin und der Autor die Effekte der Pflegeversicherung insgesamt positiv. Für – wie von Kritikern vorgetragen – gravierende Mängel, schlechte Arbeitsbedingungen und gesetzgeberisches Unterlassen liefere die Empirie ihres Erachtens keine Hinweise. Vorgetragen wird, die Versorgungsqualität in der Pflege sei sehr hoch und seit Jah-

ren steigend, maßgeblich befördert durch den Bundesgesetzgeber. Dieser habe mit dem Ersten Pflegeverstärkungsgesetz die Betreuungsrelationen für alle Pflegebedürftige verbessert, wenn diese – so wird eingeräumt – möglicherweise auch nicht immer dem Bedarf insgesamt und dem Einzelfall Rechnung tragen und auch zwischen den Bundesländern erheblich variieren. Darüber hinaus befördere der Bundesgesetzgeber stetig und systematisch eine gute Qualität in der Pflege und liefere dafür Bausteine. Darunter fallen etwa die Qualifizierungsoffensive Altenpflege oder die Einführung einer deutlich verschlankten Pflegedokumentation ab 2015, die Entwicklung eines indikatorenstützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich sowie das 2017 beginnende Neue Begutachtungssystem (NBA) und die Umstellung auf fünf Pflegegrade. Eine stetige Weiterentwicklung der Pflegequalität sowie die langfristige Sicherung qualifizierter und motivierter Fachkräfte bleibe aber eine zentrale Aufgabe ebenso wie eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung.

Plädiert wird weiterhin für die Beibehaltung des Teilleistungssystems der Pflegeversicherung. Dafür sprächen methodische Gründe, die Administrierbarkeit des Begutachtungs- und Leistungssystems sowie die Flexibilität für die Betroffenen. Eine Vollkostenversicherung, wie sie etwa von Ver.di befürwortet wird, erfordere die Festlegung eines normativen Bedarfs und aufwändige fachärztliche Einzelfallbegutachtungen. Zudem würde sich eine Vollfinanzierung (faktisch) zu einem Sicherungssystem für Einkommensstarke und Vermögende verwandeln. Eine Absicherung von Teilleistungen entspricht zudem dem

*„bewährten System der sozialen Sicherung [in Deutschland], das zwischen Einzelfall- und Kollektivabsicherung unter Berücksichtigung der Kosteneffizienz abwägen muss“* (In diesem Heft, Seite 29 f.).

In dem Beitrag wird auch die Meinung vertreten, der Bundesgesetzgeber habe den ambulanten Bereich in den letzten Jahren deutlich gestärkt. Es gebe individuelle Versorgungsarrangements (zum Beispiel die Tages- und Nachtpflege) mit faktisch sehr unterschiedlichen Leistungsbeträgen, während die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung in der vollstationären Versorgung in Pflegestufe I und II nicht weiter aufgestockt wurden. Verwiesen wird darauf, dass auch der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sich mit großer Mehrheit für die Beibehaltung unterschiedlicher Leistungsansprüche in der ambulanten und vollstationären Versorgung ausgesprochen habe und eine vollständige Angleichung der Sachleistungsbeträge fachlich nicht für sinnvoll erachte.

Neben den von Hoffer und Schölkopf benannten Erfolgen weist eine Reihe von Pflegeexperten aber auch auf Reformbedarfe hin und fordert eine Weiterentwicklung hinsichtlich zentraler Zukunftsfragen in der Pflegeversicherung. Eine zentrale Reformbaustelle ist dabei die *Finanzierung*. Nachdem die Pflegeversicherung zunächst Überschüsse zu verzeichnen hatte, zeigten sich seit 2002 bei konstanterem Beitragssatz – zunehmende – strukturelle Defizite. Diese konnten bisher nur vorübergehend gestoppt werden, durch die Einführung des Zusatzbeitragssatzes für Kinderlose (Kinder-Berücksichtigungsgesetz – KiBG vom 15. Dezember 2014) und die Vorverlegung der Beitragszahlungen für Beschäftigte (Gesetz zur Änderung des Vierten und Sechsten Buches Sozialgesetzbuch vom 3. August 2005), in dessen Folge 2006 für Beschäftigte 13 Monatsbeiträge eingegangen sind (Rothgang 2015). Auch zur Vermeidung weiterer Defizite wurde der Beitragssatz daher 2008 (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfWG), 2013 (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG) und 2015 (Erstes Pflege-Stärkungsgesetz – PSG) um insgesamt 0,55 Beitragspunkte angehoben.

Für diese negative Finanzentwicklung gibt es – neben konjunkturellen Entwicklungen – zwei systematische Gründe: Zum einen weist die Pflegeversicherung – wie auch die Krankenversicherung – eine *strukturelle Einnahmeschwäche* auf. Diese beruht darauf, dass mit den Arbeits-einkommen und Lohnersatzleistungen nur ein Teil der Einkommen beitragspflichtig sind, dass die Beitragspflicht durch die Beitragsbemessungsgrenze weiter begrenzt ist und insbesondere einkommensstärkere Personen die Exit-Option wählen und in die Privatversicherung wechseln (Rothgang und Götze 2013). Bei sinkender Lohnquote sind in der Folge die beitragspflichtigen Einnahmen der Kranken- und der Pflegeversicherung deutlich langsamer gestiegen als das Bruttoinlandsprodukt. Diesem Problem könnte durch eine integrierte Versicherung, die die gesamte Bevölkerung umfasst (Bürgerversicherung), die Ausdehnung der Beitragspflicht auch auf andere Einkommensarten und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze entgegengetreten werden (Hagen und Lamping 2011). Zum anderen weist die Pflegeversicherung ein spezifisches Problem auf: Da bei der Produktion von Pflegeleistungen *kaum Rationalisierungspotentiale* bestehen, werden zukünftige Steigerungen des Bruttolohns und -gehalts zwar die Einnahmen der Pflegeversicherung erhöhen, gleichzeitig aber auch die Kosten der Pflegeleistungen. Soll der Realwert der Leistungen der Pflegeversicherung erhalten werden, muss der größte Teil der Mehreinnahmen aus Lohn- und Gehaltssteigerungen daher für den Erhalt von Leistungsanpassungen verwendet werden. Da die Beschäftigtenzahl in Zukunft tendenziell sinken wird und die dadurch entstehenden Mindereinnahmen durch die Beiträge der zunehmenden Rentnerzahl sicherlich nicht überkompensiert werden können, stehen bei gegebenem Beitragssatz keine Mittel zur Verfügung, um Mehrausgaben aufgrund steigender Fallzahlen und einer weiteren Verschiebung von der informellen zur formellen Pflege zu finanzieren. Strukturell ist für die Zukunft daher mit steigenden Beitragssätzen in der Pflegeversicherung zu rechnen, die auch durch eine (personelle und sächliche) Ausdehnung der Bemessungsgrundlage nur gedämpft, aber nicht verhindert werden können.

In den letzten Jahren wurde daher verstärkt eine *Kapitaldeckung* in der Pflegeversicherung diskutiert, in Form einer privaten Zusatzversicherung oder in Form einer kollektiven Rücklage in der Sozialversicherung. Der „Pflege-Bahr“, also die geförderte private kapitalfundierte Pflegezusatzversicherung, als Umsetzung des Gedankens der privaten Kapitalbildung ist dabei konzeptionell ungeeignet, einen positiven Beitrag zur nachhaltigen Finanzierung der Langzeitpflege zu leisten (Jacobs und Rothgang 2012). Auch der Pflegevorsorgefonds als Versuch der Kapitaldeckung innerhalb der Sozialversicherung ist aber letztlich fehlkonzipiert (Jacobs und Rothgang 2014).

Der neue Pflegevorsorgefonds in der Sozialen Pflegeversicherung wird im zweiten Beitrag des Vierteljahrsheftes zur Pflegeversorgung von *Damian Fichte* diskutiert. Eingangs wird dabei die Frage beleuchtet, ob eine umlagefinanzierte Sozialversicherung und speziell die Pflegeversicherung Rücklagen bilden darf. Der Autor bejaht dies und führt dazu aus, Rücklagen passen grundsätzlich in die Konstruktion einer umlagefinanzierten Sozialversicherung, seien also nicht systemwidrig. Die Bildung von Reservemittel sei zum einen möglich für einen Ausgleich saisonaler Einnahmeschwankungen innerhalb einer Rechnungsperiode, zum anderen zum Ausgleich überjähriger, konjunktureller Einnahmeschwankungen. Dies diene auch einer Stabilisierung des Beitragssatzes im Konjunkturverlauf. Der Autor spricht sich dafür aus, in der Sozialen Pflegeversicherung wie in der Gesetzlichen Rentenversicherung den Ausgleich gesetzlich vorzuschreiben; die Höhe der Reservemittel sollte sich an den faktischen Werten der laufenden Defizite der letzten Jahre orientieren. Die Gesamtausgaben seien dabei zwar durchaus eine geeignete und pragmatische Bemessungsgrundlage, adäquater noch wären aber die Ausgaben für versicherungsgemäße und beitragsfinanzierte Leistungen, denn die versicherungsfremden Leistungen

sollten aus Bundesmitteln gespeist werden und seien von konjunkturellen Schwankungen der Beitragseinnahmen nicht betroffen. Da es sich bei überschüssigen Rücklagenmitteln faktisch um zu viel gezahlte Beiträge der beitragspflichtigen Versicherten handele, die diesen in Form einer Beitragssenkung zurückgegeben werden müssten, erachtet der Autor eine Einführung eines Beitragsautomatismus wie in der Gesetzlichen Rentenversicherung für sinnvoll.

Aus wohlfahrtstheoretischer Sicht ist nach Ansicht des Autors ein Pflegevorsorgefonds, der künftige Finanzierungslasten in die Gegenwart vorzieht, grundsätzlich ein geeignetes Mittel, um demografisch bedingte Steigerungen des Beitragssatzes in der Zukunft zu glätten und sich dem Ziel der intergenerativen Gerechtigkeit zu nähern. Möglich sei dies durchaus auch innerhalb des Umlageverfahrens, beispielsweise indem ältere Versicherte einen höheren Beitrag zu entrichten hätten (Vorschlag der Rürup-Kommission 2003). Der Pflegevorsorgefonds verfehle aber sein Ziel, da das Sondervermögen zu klein und nicht dauerhaft eingesetzt werden solle. Hinsichtlich des Umfangs des Fonds schätzt der Autor ein, dass es eines deutlich höheren Kapitalstocks bedürfe als das Sondervermögen umfassen werde, um die Unterschiede der Beiträge zwischen den Generationen dauerhaft und spürbar zu glätten. Aus ordnungspolitischer Sicht sei ein Vorsorgefonds ohnehin nur das zweitbeste Mittel, denn ob und wie für künftige finanzielle Belastungen durch steigende Beitragssätze gespart wird, solle in Anlehnung an das Subsidiaritätsprinzip grundsätzlich den Versicherten selbst überlassen bleiben. Privates Sparen sei prinzipiell auch besser vor Zugriffen durch die Politik geschützt als ein Vorsorgefonds in staatlicher Hand.

Der Autor erörtert auch Zweckentfremdungen der Reservemittel. Er beklagt, die Reservemittel der Sozialversicherung seien offensichtlich unzureichend vor Zweckentfremdung geschützt. Immer wieder seien in der gesetzlichen Rentenversicherung die Rücklagen für versicherungsfremde und wahltautisch motivierte Leistungsausweiterungen – etwa die Rente ab 63 – verwendet worden. Ein Grund dafür dürfte darin liegen, dass aus Rücklagen finanzierte Verbesserungen scheinbar belastungsneutral seien, da die Kosten der Leistungsausweitung erst spürbar werden, wenn die Rücklage verbraucht sei. Dass die Soziale Pflegeversicherung bisher vor solchen Zugriffen verschont blieb, liege daran, dass diese Rücklagen dezentral angelegt und im Vergleich zu denen der Gesetzlichen Rentenversicherung relativ gering seien. Dem Autor zufolge ist auch nicht hinreichend gesichert, dass die Einschränkung für den Pflegevorsorgefonds eingehalten wird, diesen nur zur Finanzierung eines Anstiegs bestehender Ausgaben, nicht aber zur Finanzierung neuer Aufgaben zu verwenden. Da die Deutsche Bundesbank nur Vermögensverwalter des Sondervermögens und an die Weisungen des Bundesgesetzgebers gebunden ist, sei auch die Verwaltung des Fonds durch die Bundesbank nach Ansicht des Autors keine geeignete Vorkehrung zum Schutz vor Zweckentfremdung. Vor politischen Zugriffen auf das Sondervermögen und einer Abschöpfung der Reservemittel möchte der Autor durch eine klare, gesetzliche Definition der Funktion der Rücklage im Sinne einer Zweckbindung schützen. Er spricht sich auch für eine einfachgesetzliche Regelung der Bemessung der Rücklage aus, für einen Automatismus zur Anpassung des Beitragssatzes sowie für eine Zweckbindung von Bundeszuweisungen an Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen. Vorteilhaft sei es, wenn Zugriffe auf die Rücklagen nicht nur durch einfachgesetzliche Vorgaben geschützt werden würden, sondern wenn den Reservemitteln ein Verfassungsrang gewährt werde, der für Änderungen eine qualifizierte Mehrheit beziehungsweise eine Zweidrittelmehrheit erfordere.

Zur Finanzierung der Pflege soll von uns noch angemerkt werden, dass im PSG I neben dem Pflegevorsorgefonds einzelne Leistungsverbesserungen und in Folge zum PfWG 2008 eine erneute Runde der *Leistungsdynamisierung* vorgesehen sind. Dies bewerten wir positiv. Allerdings

ist das Ausmaß insofern zu kritisieren, als der Wertverlust, der zwischen 1994 und 2008 eintrat, wiederum nicht ausgeglichen wird. Die Kaufkraft der regulären Leistungen der Pflegeversicherung liegt daher heute 20 bis 25 Prozent niedriger als bei deren Einführung. Bedauerlich ist aber vor allem, dass wieder darauf verzichtet wurde, eine regelgebundene Leistungsdynamisierung einzuführen. Auch nach dem aktuellen Wortlaut des Paragrafen 30 SGB XI wird nur alle drei Jahre geprüft, ob eine Leistungsdynamisierung vorgenommen werden kann oder nicht. Die Pflegeversicherung bleibt damit – anders als die Renten- und Krankenversicherung – ein Leistungssystem, bei dem der reale Wert der Versicherungsleistungen automatisch abnimmt, wenn die Politik nicht diskretionär gegensteuert.

Mit einem weiteren Mangel des Ersten Pflegestärkungsgesetzes setzen sich *Rainer Pitschas und Günter Thiele* in ihrem Beitrag auseinander. Im Mittelpunkt steht für sie, dass in dem Gesetz eine Zusammenführung der sozialen und rechtlichen Betreuung in einen einheitlichen Rechts- und Sozialschutz für Pflegebedürftige nicht vorgesehen sei. Eine Revision der Pflegeinfrastruktur sei damit vertagt worden. Die beiden Autoren denken insbesondere an „gefährliche“ ärztliche Maßnahmen und die pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz und Menschen in Pflegeheimen mit fehlender Geschäfts- und Einwilligungsfähigkeit. Konzepte für eine qualitativ erneuerte Pflege ohne die Integration rechtlicher Betreuung in diese Konzeption halten die Autoren für unzureichend, denn Transparenz über das pflegerische Handeln erfordere die Verankerung auch rechtlicher Erfordernisse pflegerischer Arbeit in den Pflegekonzepten, das sei das Unterstützungsdimension jeglicher pflegerischer Arbeit (In diesem Heft, Seite 59).

Dass auf der Grundlage des Ersten Pflegestärkungsgesetzes die Einstellung zusätzlicher Betreuungskräfte für ein ergänzendes Angebot an Betreuung und Aktivierung möglich ist, verbessere den beiden Autoren zufolge nicht die Struktur- und Prozessqualität der Pflege. Die vorgesehnen Maßnahmen gingen auch nicht über die in den Ländern abgeschlossenen Rahmenverträge zur sozialen Betreuung hinaus. Mit dem Angebot würden die Kommunen auch nicht befähigt werden, Kompetenzen zu bündeln und Pflegenetzwerke zu knüpfen. Unerheblich meinen die Autoren, wäre eine rechtliche Vertretung der Pflegebedürftigen durch niedrigschwellige Angebote, etwa durch Nachbarschaftshilfen und nicht adäquat qualifizierte Helfer. Ihrer Einschätzung zufolge sind selbst Pflegestützpunkte für die Einheit von sozialer und rechtlicher Betreuung unzureichend. Eine Weiterentwicklung des Systems der Pflegeversicherung müsse vor allem dezentral, also kommunal ausgerichtet sein.

Voraussetzung für eine sozial und rechtlich einheitliche Pflege sei ihres Erachtens eine veränderte Personalstruktur in der Pflege: Berufsbetreuer nach dem Betreuungsrecht seien für den Umgang mit dementen Menschen und eine einheitliche Betreuung nicht qualifiziert, es gäbe für diese Berufsgruppe auch keine bundeseinheitliche Normierung für den Zugang und die Ausübung der Tätigkeit. Die Autoren stellen sich die einheitliche Betreuung durch spezifisch weitergebildete Leitungskräfte des Pflegemanagements vor. Plädiert wird in dem Beitrag für einen wissenschaftlich begleiteten Modellversuch zur einheitlichen Betreuung Pflegebedürftiger in Pflegeheimen. Evaluiert werden müsse unter anderem, welche zusätzlichen Mittel für diese Aufgabe notwendig seien und ob eine Wahrnehmung der Leitungsfunktion des Pflegemanagements sowie die Vertretung der rechtlichen Interessen der zu Betreuenden möglich ist, ohne in Interessenkonflikte zu geraten. Das Modell könne, da es sich um eine neue Versorgungsform handele, die ein hinreichendes Potential für eine spätere Regelversorgung aufweise, zunächst aus dem Innovationsfonds finanziert werden, der nach dem Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung eingerichtet werden soll. Später könne

die „rechtliche Betreuung durch Pflegemanager“ dann als dauerhafte Maßnahme in das Sozialgesetzbuch sowie in die Rahmenverträge integriert und aus dem erweiterten Pflegevorsorge- und Betreuungsfonds finanziert werden. Für Pitschas und Thiele wäre mit einer einheitlichen Pflegebetreuung ein Strukturdefizit der gegenwärtigen Pflegearchitektur zu reduzieren.

Die im Beitrag von Pitschas und Thiele angesprochenen Menschen mit Demenz stehen auch im Fokus des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Bereits bei Einführung der Pflegeversicherung war klar, dass die besonderen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarfe von Menschen mit Demenz bei der Ermittlung von Pflegebedürftigkeit nicht hinreichend berücksichtigt werden. In mehreren Reformschritten hat der Gesetzgeber daher zusätzliche Leistungen für diese Personengruppe in die Pflegeversicherung aufgenommen. Gleichzeitig wurde ein Prozess eingeleitet, der mit dem PSG II 2017 zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs führen wird. Allerdings ist vor übertriebenen Erwartungen an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu warnen. Bei Einsetzung des ersten Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2006 waren tatsächlich eklatante Benachteiligungen von Menschen mit Demenz zu beobachten. Doch durch die Leistungsausweitung für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im PfWG (2008) und im PNG (2013) ist diese „Ungleichbehandlung“ zu erheblichen Teilen aufgehoben. Insofern kann das PSG II für Menschen mit Demenz nur noch begrenzte Leistungsverbesserungen bringen. Zu hohe Erwartungen sollten frühzeitig ausgeräumt werden, um die ansonsten vorprogrammierte Enttäuschung der betroffenen Personen und ihrer Angehörigen einzudämmen.

In der Diskussion um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird zudem häufig die Abkehr von der „Minutenpflege“ gefordert. Diese bezeichnet eine Pflegesituation, die durch großen Zeitdruck für die Pflegekräfte charakterisiert ist. Diese „Minutenpflege“ wird durch das NBA, das dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zugrunde liegt, zunächst nicht berührt. Denn der Fokus dieses Instruments liegt auf dem Grad der Selbstständigkeit und bezieht sich auf eine veränderte Begutachtung und die daraus resultierende Bestimmung von Ansprüchen der Versicherten in der Pflegeversicherung. „Minutenpflege“ im zuvor angesprochenen Sinne muss somit an anderen Stellen thematisiert werden.

Vor diesem Hintergrund ist auch die Erwartung, der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff führe automatisch zu einem neuen Pflegeverständnis, kritisch zu sehen. Unabhängig vom Verfahren zur Ermittlung der Leistungsansprüche, erfolgt die derzeitige pflegerische Versorgung den rechtlichen Vorgaben zufolge bereits auf dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse. Dieser ändert sich durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zunächst nicht. Soll das erweiterte Pflegeverständnis, dass das NBA prägt, in den Pflegealltag einziehen, muss dies von den Vertragspartnern auch im Recht der Leistungserbringung entsprechend geregelt werden – etwa in den Rahmenverträgen nach Paragraph 75 SGB XI.

Zu den zentralen Zukunftsbaustellen der Pflegesicherung gehört auch die Weiterentwicklung der Pflegequalität. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 wurden als neue Instrumente zur Qualitätssicherung, Expertenstandards und die Pflicht zur Veröffentlichung einer mindestens einmal jährlich stattfindenden Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen eingeführt. Der externen Qualitätskontrolle und internen Qualitätsentwicklung wurde damit ein dritter Mechanismus zur Steigerung der Qualität hinzugefügt, der Qualitätswettbewerb. Damit dieser (theoretisch) funktioniert, müssen Pflegebedürftige über vergleichende Informationen zur Qualität der Einrichtungen verfügen, die valide, reliable, laienverständlich und transpa-

rent sind und zwischen den Einrichtungen hinreichend diskriminieren. Nach den zwischen den Anbietern der ambulanten und stationären Pflegeleistungen und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen geschlossenen Pflege-Transparenzvereinbarungen, wird die Qualitätsprüfung als Pflegenote veröffentlicht. Allerdings fehlt es der aktuellen Prüfsystematik wegen methodischer Mängel in der (Fach-)Öffentlichkeit an Glaubwürdigkeit. Mängel sind unter anderem die Verzerrung der Noten zu sehr guten Ergebnissen, die Stichprobenbildung, die Konzentration auf die Pflegedokumentation sowie das überwiegende Fehlen der Messung von Ergebnisqualität. Eine Neuordnung der Qualitätsbeurteilung auf der Grundlage von Qualitätsindikatoren zur besseren Beurteilung von Ergebnisqualität wird von einer Reihe von Pflegeexperten für sinnvoll erachtet, eine Vorgehensweise, die auch im PNG von 2013 verankert wurde. Zum Teil wird ein sofortiges Aussetzen der Pflegenoten gefordert, andere sprechen sich für eine Weiterentwicklung des Systems ohne Aussetzen der Pflegenoten aus.

Mit der Qualität von Pflegeeinrichtungen befassen sich die zwei folgenden Beiträge. Im ersten Beitrag setzt sich *Martina Hassler* mit Heraus- und Anforderungen an eine systematische Messung der Qualität in der Langzeitpflege und über die Berichterstattung darüber auseinander. Sie stellt heraus:

*„Messung, Sicherung und Entwicklung von Qualität in der Pflege sowie die Berichterstattung über deren Ergebnisse werden maßgeblich von gesetzlichen Reformen und politischen Diskussionen auf Bundes- und Landesebene bestimmt“* (In diesem Heft, Seite 68).

Gravierende Probleme der Qualitätsmessung und -berichterstattung in der Langzeitpflege in Deutschland führt die Autorin darauf zurück, dass dafür verschiedene Institutionen und politische Ebenen verantwortlich seien, Entscheidungen vornehmlich in ministeriell oder verbandlich geförderten Projekten vorbereitet und damit durch die Abläufe der politischen Agenda und durch die Erfordernisse der Auftraggeber geprägt werden. Eine systematische Entwicklung, Sicherung und Prüfung von Qualität aber unterliege einer Reihe wissenschaftlicher Heraus- und Anforderungen. Die im internationalen Raum bereits bestehende Kritik an der traditionellen und dominierenden linearen Unterteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und an einer reinen Fokussierung auf Ergebnisqualität in der Qualitätsberichterstattung müssten aber von den politischen Entscheidungen leider nicht berücksichtigt werden.

Die Autorin verweist darauf, dass der Begriff der Qualität in der Pflege noch nicht ausreichend entwickelt sei und dass es noch kein allgemein akzeptiertes und theoriegeleitetes Verständnis dazu gebe. Es fehle bislang auch an Erklärungen über Zusammenhänge bei der Erbringung von Qualität und an Aussagen über die Wirksamkeit von Maßnahmen. Fraglich sei auch, ob berücksichtigt werde, dass die Qualität multidimensional sei und von personalen, soziokulturellen sowie gesundheitsbezogenen Faktoren abhängt ebenso wie von Patienten, dem Pflegepersonal und dem Setting der Maßnahmen. Die Autorin plädiert für ein produkt-/dienstleistungs- und subjektbezogenes Qualitätsverständnis.

Gegen die bislang publizierten Qualitätsindikatoren trägt die Autorin vor, Pflege könne sich auf unterschiedliche Kriterien gründen, etwa auf ökonomische Kriterien oder auf Befunde der Betroffenen, die zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen können. Sie hebt des Weiteren hervor, dass die Güte von Indikatoren letztlich von der Qualität der Dokumentation abhängt, und gibt zu bedenken, ob es sich bei der Entwicklung neuer Qualitätsindikatoren in Projekten

nicht um Pseudoinnovationen handele, deren Nutzen und Wirksamkeit eher fraglich seien. Zusammenfassend urteilt die Autorin: Die publizierten Qualitätsindikatoren der Langzeitpflege werden theoriefrei eher an pragmatischen Gesichtspunkten orientiert entwickelt, es fehle ihnen an Systematik und inhaltlicher Begründung, der Zusammenhang zwischen Struktur, Prozess und Ergebnis der Qualität bleibe offen und sie würden nicht ausreichend diskriminieren. Eine kritische Reflexion der verwendeten Indikatoren sei daher erforderlich. Die Autorin favorisiert als eine mögliche Grundlage für eine Entwicklung eines theoriegeleiteten Qualitätsverständnisses ein Quality-Health-Outcomes-Modell. Dieser Rahmen müsste für einzelne Settings der Langzeitpflege weiter entwickelt und elaboriert werden.

Mit Blick auf die Qualitätsberichterstattung in Form von *Pflegenoten* erläutert die Autorin, diese sollen Informationsdefizite von Nachfragerinnen und Nachfrager über Einrichtungen und Dienste der Pflege reduzieren, die Markttransparenz erhöhen, die Entscheidungsfindung unterstützen und Anreize setzen, damit die Leistungserbringer ihre Qualität verbessern. Allerdings seien auch die Wirkungen von Qualitätsberichten bislang wenig bekannt und fraglich sei auch, ob die unterschiedlichen Dimensionen von Qualität durch aggregierte Daten, denen es an Differenzierung fehlt und die Multidimensionalität von Qualität, durch simplifizierende Pflegenoten sinnvoll dargestellt werden können. Folge man der Kognitionswissenschaft, seien Zweifel daran angebracht, dass eine Qualitätsberichterstattung in Form von Pflegenoten den Informationsbedürfnissen von Verbraucherinnen und Verbrauchern diene. Diese können aggregierte Daten oftmals nur schwer nachvollziehen – sie sind sich möglicherweise der systematischen Variation in der Qualität nicht bewusst. Angesichts dessen empfiehlt die Autorin, die Präsentation von Qualität eher in erzählerischer als in faktischer Form und nicht nur eine analytische, sondern auch eine intuitive Denkmethode zu nutzen.

Hasseler befürwortet für die Entwicklung von Qualitätsprüfsystemen in der Langzeitpflege folgende Schritte: Die Entwicklung eines Qualitätsverständnisses, die Bestimmung geeigneter Merkmale für die Beurteilung der Qualität, die Festlegung eines Anforderungsniveaus, wann eine ausreichende Qualität erreicht ist, die Entwicklung geeigneter Messskalen und Instrumente zur Überprüfung des Grads der Erreichung des Anforderungsniveaus und schließlich die Überprüfung und Bewertung von Indikatoren in der Pflege mit QUALIFY oder einem zweistufigen Bewertungsverfahren. Hasseler spricht sich für eine Weiterentwicklung der Qualitätsmessung und -berichterstattung in einem wissenschaftlichen Kontext aus.

In der empirischen Analyse von *Christian Weiß, Susanne Sünderkamp und Heinz Rothgang* steht ebenfalls die Qualität von Pflegeeinrichtungen im Mittelpunkt. Während aber im Beitrag zuvor das Erkenntnisinteresse auf die Mängel der Qualitätsmessung gerichtet war, wird in diesem Beitrag der Frage nachgegangen, welche strukturellen Unterschiede zwischen den Einrichtungen neben der Pflegequalität in der Pflegenote, die fast ausschließlich Struktur- und Prozessqualität misst, zum Tragen kommen. Dafür werden die Anbietergröße, die Trägerart und die regionale Lage nach städtischen, verdichteten und ländlichen Regionen untersucht. Die Größe als Parameter begründen die Autorin und die Autoren damit, dass größere Anbieter eher als kleinere den Bedarf und die Vorteile klarer Strukturen und Prozesse erkennen und nutzen können. Das sei etwa bei einer EDV-gestützten Personalplanung oder Pflegedokumentation der Fall oder wenn Kosten für das Qualitätsmanagement auf mehr Kunden zu verteilen sind, also Synergieeffekte genutzt werden können. Bezüglich der Trägerschaft erwarten die Autorin und die beiden Autoren, dass wegen einer besseren Personalausstattung bei freigemeinnützigen Anbietern diese bessere Noten erhalten als private und öffentliche Anbieter. Zudem erhielten freigemeinnützige

Träger zumindest im stationären Bereich durchschnittlich ein höheres Entgelt. Bessere Personalausstattung und höhere Entgelte können, zu mehr Investitionen in die Qualität oder in die Optimierung der Prüfung durch den Medizinischen Dienst führen. Für die regionale Lage wird angenommen, dass sie die Arbeitsorganisation und die Effizienz der Arbeit so beeinflusst, dass es im ländlichen Bereich möglicherweise schwieriger ist, Personal und Kunden zu gewinnen und daher Qualität dort einen höheren Stellenwert zugeschrieben bekommt.

Die Autorin und die Autoren werten ihre Daten deskriptiv aus und führen eine Regressionsanalyse durch. Auf der Basis der Daten aus den öffentlich zugänglichen Portalen der Pflegekassen konnte für ambulante wie auch stationäre Anbieter eine annähernde Vollerhebung durchgeführt werden. Die Daten werden in Bezug auf Trägerschaft, Verteilung nach Bundesländern und im stationären Bereich auch bezogen auf die Größe als repräsentativ eingestuft. Die Analyse umfasst Informationen über den Zeitraum 2010 bis Ende 2013.

Aus der deskriptiven Analyse leiten die Autorin und die Autoren folgende Ergebnisse ab: Größere Anbieter erzielen im Durchschnitt im Verhältnis zu den jeweiligen Landesdurchschnitten bessere Noten als kleinere Anbieter und die Streuung gehe mit der Anbietergröße zurück, im ambulanten Bereich stärker als im stationären. Hinsichtlich der Trägerschaft sei eine leichte Tendenz zu besseren Noten freigemeinnütziger Anbieter im ambulanten Bereich zu erkennen, im stationären Bereich gebe es kaum Unterschiede. Die regionale Lage ergebe kein eindeutiges Ergebnis. Die Regressionsanalyse bestätige allerdings nicht die Ergebnisse der deskriptiven Analyse. Zwar seien die Einflüsse bezüglich Trägerschaft und Anbietergröße in der Regressionsanalyse hochsignifikant, dabei sei der Trägereffekt stärker als der Größeneffekt, allerdings sei die Effektstärke für beide Variablen vernachlässigbar. Dieses Ergebnis gelte auch, wenn die Regressionsanalysen nicht nur für die Pflegenoten insgesamt, sondern auch für einzelne Bereichsnoten durchgeführt werden. Bei der regionalen Lage ließe sich gar kein Einfluss auf die Notengebung feststellen. Damit seien keine eindeutigen Anhaltspunkte für einen relevanten Zusammenhang zwischen Pflegenoten und den betrachteten Parametern – Anbietergröße, Trägerschaft, regionale Lage – zu erkennen. Im Beitrag wird zu bedenken gegeben, dass durch eine Verzerrung der Noten nach oben, die Effektstärke unterschätzt werden könne. Dazu wird ausgeführt, beobachtbar sei, dass die Pflegenoten über die Jahre stetig besser geworden seien. Die Autorin und die Autoren folgern, dies sei aber weniger ein Resultat einer Qualitätsverbesserung als vielmehr einer Optimierung der Anbieter an die Prüfvorgaben. Ihnen zufolge werden die unterschiedlichen Noten durch andere als die untersuchten Parameter beeinflusst, etwa durch das individuelle Qualitätsmanagementsystem der Anbieter, die Personal- und Fachkraftausstattung oder die Führungsqualitäten bei den Anbietern.

Weiß, Sünderkamp und Rothgang ziehen das Fazit, dass die Nützlichkeit der Pflegenoten erhöht werden solle, um den Qualitätswettbewerb durch eine höhere Transparenz für Verbraucher und die Verfügbarkeit der Anbieter über ein Marketinginstrument zu stärken. Zur Verbesserung der Glaubwürdigkeit der Pflegenoten sprechen sich die drei Autoren für verschiedene Handlungsempfehlungen aus: Die Prüfkriterien sollten nicht durch die Selbstverwaltung, sondern durch wissenschaftliche Expertise entwickelt werden. Ambulante und stationäre Qualitätskriterien müssten getrennt umgesetzt werden. Durchgeführt werden sollen vertiefte Forschungen über Kundenbedarfe sowie zur Messbarkeit valider Kriterien. Empfohlen wird dabei einen Fokus auf die Messung von Ergebnisqualität zu legen, allerdings würde auch für diese Messung letztlich die interne Dokumentation entscheidend sein. Die Vergleichbarkeit der Anbieter müsse erhöht werden, dies erfordere aber einen standardisierten Kriterienkatalog. Um repräsentative Ergebnis-

se zu bekommen, müsse die Mindeststichprobengröße bei kleineren Anbietern erhöht und der Stichprobenumfang bei größeren Anbietern prozentual gesetzt werden. Die Diskriminierungskraft der Pflegenoten solle durch eine detailliertere Betrachtung wichtiger Kriterien verbessert werden. Um einem höheren Prüfaufwand bei einem veränderten Prüfsystem zu begegnen, könne der Turnus der Qualitätsprüfungen von einem auf zwei Jahre erhöht werden.

Die neben der Finanzierung wohl wichtigste zukünftige Herausforderung für das Pflegesystem ist die langfristige Sicherung einer ausreichenden Zahl von Beschäftigten in der Pflege. Aktuelle Berechnungen sagen unter Status-quo-Bedingungen bereits für 2030 eine (zusätzliche) Personallücke von knapp einer halben Million vollzeitäquivalent Beschäftigten in der Langzeitpflege voraus (Rothgang et al. 2012). Aufgrund der Personalintensität der Pflege dürfte die Sicherstellung einer ausreichenden Zahl von Pflegekräften, die künftig von ambulanten Pflegediensten und den besonders beschäftigungsintensiven stationären Einrichtungen nachgefragt werden, daher zu den wichtigsten pflegepolitischen Herausforderungen gehören. Mit Aspekten des *Arbeitsmarktes für Pflegekräfte und der Arbeit im Pflegesektor* befassen sich die beiden nachfolgend vorgestellten Beiträge.

In seinem Beitrag legt *Dieter Bogai* den Fokus auf Konsequenzen der Alterung in Deutschland für die altersspezifische Pflegebedürftigkeit, macht Ausführungen über die Unsicherheit von Determinanten des Bedarfs an Pflegepersonal, stellt Projektionen zur Nachfrage nach und zum Angebot an Pflegepersonal vor und informiert über politische Maßnahmen zur Bewältigung eines befürchteten Pflegenotstand.

Die Abschätzung des künftigen Bedarfs an Pflegepersonal sei – so der Autor – von Unsicherheiten begleitet. Beispielsweise gäbe es erhebliche Schwächen und Überschätzungen in der statistischen Erfassung des heutigen Pflegepersonals in der Gesundheitspersonalrechnung. Diese würden auf den aktuell ausgeübten Beruf rekurrieren und damit auch ungelernte oder berufsfremde Pflegekräfte erfassen. Annahmen zum künftigen Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und der Versorgungsart sind weitere entscheidende Faktoren für den künftigen Pflegebedarf. Hierzu rekurriert der Autor auf die in verschiedenen Studien vertretene Auffassung, die Angehörigenpflege werde künftig nicht mehr in dem Ausmaß wie heute vor allem über das „klassische“ Potential der häuslichen Pflege – Frauen im jungen und mittleren Alter – verfügen können, da Ein- und Zweipersonenhaushalte zunehmen werden, die Geburtenraten sinken, Familienangehörige vermehrt in einer größeren räumlichen Distanz leben und die Erwerbsbeteiligung von Frauen steigen werde. Er hebt aber auch hervor, dass selbst bei Fortschreibung der heutigen Strukturen der Pflegearrangements für die Zukunft ein erheblicher zusätzlicher professioneller Personalbedarf prognostiziert wird. Für die Produktivität im Pflegesektor – einer weiteren Komponente des Pflegebedarfs – verweist der Autor auf Optimierungsmöglichkeiten der Arbeitsabläufe, vermehrten Einsatz assistierender Technologien und Haustechnik, organisatorische Verbesserungen, beispielsweise betreute Wohngemeinschaften oder kommunale Verbünde. Einen kontinuierlichen jährlichen Produktivitätsfortschritt über einen Zeitraum von 40 Jahren in Höhe von 0,5 Prozent wie von manchen Pflegewissenschaftlern vertreten, hält der Autor allerdings für zu ambitioniert.

Über die von ihm vorgestellten Projektionen zum Bedarf an Pflegepersonal berichtet der Autor, sie weisen eine beträchtliche Bandbreite aus, kämen aber alle zu dem Ergebnis, dass sich der Mangel an Pflegekräften langfristig immer mehr ausweiten werde: Während der maximale ungedeckte Bedarf an Pflegekräften in den nächsten zehn bis 15 Jahren mit einer halben Million

ausgewiesen wird, liege der obere Wert in Prognosen für das Jahr 2050 bei 1,9 Millionen Vollzeitkräften.

Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen, die das Angebot an Pflegekräften deutlich erhöhen sollen, beurteilt der Autor mit großer Skepsis. Der Ansatzpunkt „Verweildauer im Pflegeberuf“ wird seines Erachtens überschätzt, denn neuere Studien zeigen, dass die Berufsverweildauer examinierter Alten- und Krankenpfleger im Pflegesektor nicht geringer sei als in anderen Dienstleistungsberufen. Die Strategie, Personal aus anderen Berufsfeldern oder auch Männer für die Pflege zu gewinnen, hält er ohne eine bessere Entlohnung und andere Verbesserungen der Arbeitsbedingungen für wenig erfolgversprechend. Dem Autor zufolge könne aber helfen, altersbedingte Personalausfälle zu reduzieren. In der Zuwanderung sieht er wiederum kaum eine Chance zur Gewinnung zusätzlicher Pflegekräfte, da viele Arbeitsmigranten ihre im Ausland erworbene Pflegequalifikation nicht in Deutschland anwenden oder hier häufig in Pflegetätigkeit mit geringem formalem Qualifikationsniveau beschäftigt seien. Die Einführung der Arbeitnehmerfreizügigkeit im Jahr 2011 habe nur zu einem relativ geringen zusätzlichen Angebot an Pflegekräften geführt. Auch steige der Pflegebedarf in den Herkunfts ländern der Migranten selbst und es gebe einen zunehmenden internationalen Wettbewerb um Pflegekräfte, wobei eine Reihe anderer Länder bessere Arbeitsbedingungen und Löhne bieten.

Ansatzpunkte der Nachfragebegrenzung zur Vermeidung eines möglichen Pflegenotstandes findet der Autor ergiebiger. Eine Verschiebung der hohen Prävalenzquoten in die sehr hohen Altersgruppen, begrenze den Anstieg des Pflegebedarfs am stärksten. Diesem Ziel dienen eine vermehrte und bessere Prävention (etwa Sturzprophylaxe oder Maßnahmen zur Früherkennung von Schlaganfällen) sowie organisatorische Verbesserungen in der Pflegeversorgung (Förderung der ambulanten Versorgung in räumlichen Quartieren, Stärkung des Ehrenamtes, Aufbau sektorübergreifender Kooperations- und Vernetzungsstrukturen). Bogai spricht sich abschließend für den Ausbau eines regionalen Monitorings des Pflegearbeitsmarktes aus, das dazu dienen solle, die Entwicklung in der Pflegeversorgung kontinuierlich zu bewerten und regional differenzierte Strategien zur Sicherstellung der Pflegeversorgung zu entwickeln.

Im Mittelpunkt des zweiten arbeitsmarktbezogenen Beitrages werden die Zukunft der Pflegearbeit, die Arbeitsbeziehungen und Arbeitsbedingungen im Pflegesektor, die als „*Achillesferse der Gesundheits- und Sozialwirtschaft*“ gelten, in den Blick genommen. Der Diskurs über dieses Thema ist für Michaela Evans, Günter Thiele, Kai Ziegler und Franziska Risthaus eine notwendige Voraussetzung für eine adäquate Sicherstellung der pflegerisch-gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Ihre Überlegungen zu diesen Aspekten der Pflegearbeit gründen sich auf den steuerungstheoretischen Institutionalismus. Dieser sozialwissenschaftliche Erklärungsansatz bemisst dem Einfluss organisierter Wirtschaftsinteressen auf die Aushandlung und Durchsetzung gesellschaftlich relevanter Interessen großen Wert bei. Zudem wird auf theoretische Überlegungen rekurriert, die Arbeitsbeziehungen als institutionalisierte soziale Felder verstehen.

Im Beitrag wird ausgeführt, dass die derzeitige Debatte um die Zukunft der Arbeit zwischen zwei Polen oszilliere: Zum einen werde Pflegearbeit in ihrer Funktion zur Sicherstellung öffentlicher Daseinsvorsorge wahrgenommen, zum anderen als Produktionsfaktor auf wettbewerblichen Märkten. Zudem werden für die Zukunft der Arbeit im Pflegesektor entweder eine Ökonomisierungsangst – dies meint die Überformung professioneller Entscheidungen durch einzelwirtschaftliche Kalküle und Ziele und Prekarisierung – oder Wachstums- und Beschäftigungseuphorie betont. Die Autorinnen und Autoren vertreten hingegen, beide Sichtweisen

seien gesellschaftlich relevante Positionen. Beiden Positionen wird aber entgegengehalten, sie würden die äußerst fragmentierten und partikularistischen Strukturen und Handlungslogiken der organisierten Wirtschaftsinteressen im Pflegesektor auf die Steuerung und Regulierung der Arbeitspolitik vernachlässigen.

Im Weiteren konzentrieren sich die Autorinnen und Autoren auf das Handeln der Arbeitgeberorganisationen im Pflegesektor. Sie erläutern, im Pflegesektor seien Arbeitgeberorganisationen nicht zuletzt wegen des Zusammenspiels von Staat, Wohlfahrtsverbänden, Markt und Gemeinschaft in der Produktion sozialer Dienstleistungen, traditionell heterogener strukturiert als in anderen Branchen. Auf den Pflegemärkten gäbe es ausgeprägte regionale und lokale Unterschiede und eine Trägervielfalt, so konkurrierten öffentliche, freigemeinnützige und private Anbieter um Marktzugang und -anteile. Beispielsweise haben große Wohlfahrtsverbände eigene Arbeitgeberorganisationen, mit zum Teil bundes- oder landesweiten oder regionalen Zuständigkeiten, die in verschiedensten Verhandlungsarenen agieren. Darüber hinaus entstehen fragmentierte Tarifsysteme im Pflegesektor. Den im Beitrag erwähnten Schätzungen folgend, soll es im Pflegesektor mehr als 1100 Tarifabschlüsse und Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) geben. Andererseits gebe es noch viele Beschäftigte, die ohne einen Tarif oder eine AVR arbeiten. Für die Arbeitgeberorganisationen wird beschrieben, ihre verbandliche Verpflichtungs- und Regulationsfähigkeit gehe zurück, insbesondere durch wachsende Interessendifferenzen zwischen den Mitgliedsunternehmen und vermehrter Mitgliedschaften ohne Tarifbindung. Ein konzertiertes Vorgehen der Arbeitgeberorganisationen des Pflegesektors, etwa bei zukunftsweisenden Arbeitskonzepten oder zur beruflichen Bildung in Deutschland gebe es bisher noch nicht, resümieren die Autorinnen und die Autoren, aber erste Ansätze für einen sozialen Dialog in der Sozialwirtschaft.

Die fragmentierten Strukturen der Arbeitgeberorganisationen werden im Beitrag auch als Ursache für eine Abwärtsspirale bei Löhnen und Arbeitsbedingungen angesehen. Gewarnt wird vor dem Risiko einer Segmentierung der Qualifikationsstufen und davor, dass vor allem die Helferqualifikationen von der gesellschaftlichen Lohnentwicklung abhängt werden. Vertreten wird von den Autorinnen und Autoren, dass die Arbeitsmarkt- und Lohnpolitik gefordert ist, den Wettbewerb der Träger um qualifizierte Fachkräfte nicht zulasten der Arbeitsbedingungen und Einkommen geringer Qualifizierter im Pflegesektor zu erkaufen. Alles in allem urteilen die Autorinnen und die Autoren werde im Pflegesektor durch die Vielzahl von Arbeit-/Dienstgeberverbänden mit unterschiedlichen Tarifsystemen und zersplitterten Arbeitnehmerorganisationen

*„die Sicherung und Weiterentwicklung arbeitspolitischer Standards derzeit eher konterkariert als befördert“ (In diesem Heft, Seite 124).*

Evans, Thiele, Ziegler und Risthaus halten es für möglich, dass aus dem bisherigen strukturellen Defizit der Arbeitsbeziehungen Spielräume für neue institutionelle und trägerübergreifende Arrangements der Arbeitsbeziehungen im Pflegesektor entstehen können, etwa problemorientierte Netzwerke oder Arbeitskammern, wie sie mancherorts bereits ansatzweise gebildet werden. Darauber könnten die Fragmentierung und ihre negativen Folgen auf die Arbeitsbedingungen im Pflegesektor überwunden werden und Chancen für die Gestaltung zukunftsfähiger Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen entstehen. Daher sollen Strategien und Maßnahmen die Handlungsfähigkeit von Arbeitgeberorganisationen und das institutionelle Fundament sozialpartnerschaftlicher Beziehungen im Pflegesektor stärken. Die Forderung nach einer intensiveren wissenschaftlichen und gestaltungsorientierteren Auseinandersetzung mit den Entwicklungs-

chancen der Arbeitsbeziehungen im Pflegesektor ist das abschließende Plädoyer der Autorinnen und Autoren.

Um das Ausmaß der zukünftigen Herausforderungen abschätzen zu können, ist ein internationaler Vergleich immer instruktiv. Im abschließenden Beitrag des Heftes stellen *Erika Schulz* und *Johannes Geyer* ihre deskriptive Analyse des Umfanges des Hilfe- und Pflegebedarfs in fünf ausgewählten europäischen Ländern (Dänemark, Deutschland, Italien, Polen, Slowakei) vor. Neben der Darstellung formeller staatlicher Pflegeleistungen und der Zahl der Leistungsempfänger werden in dem Beitrag auch die Art (innerhalb oder außerhalb des Haushalts) und das Ausmaß (täglich oder unregelmäßig) informeller sowie der ungedeckte Bedarf an Hilfe und Pflege abgeschätzt.

Auf der Grundlage der EU SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions) sowie einer repräsentativen Panelbefragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) wird im Beitrag das Ausmaß des Bedarfs an Hilfe und Pflege durch Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und instrumentelle Aktivitäten (IADL) ausgewiesen. Festgestellt wird dazu, der überwiegende Teil der Personen in privaten Haushalten im Alter von 50 bis 79 Jahren sei weder in den ADL noch in den IADL eingeschränkt. Der Anteil der Personen mit Einschränkungen in den ADL nehme im Alter vor allem in der höchsten Altersklasse zu, bei Frauen mehr als bei Männern.

Öffentlich finanzierte Pflegeleistungen werden in den fünf untersuchten Ländern entweder als institutionelle, ambulante Pflegeangebote oder auch in Geldleistungen gewährt. Die Bandbreite der Pflegesysteme reiche

*„vom umfangreichen Sozialsystem in Dänemark bis hin zu einem nahezu nicht existierenden öffentlichen Pflegesystem in Polen“* (In diesem Heft, Seite 147).

Dänemark mit seinem umfassenden Sozialsystem verfüge über einen starken formellen Sektor und eine umfassend staatlich organisierte Hilfe und Pflege, unabhängig von der Höhe des Einkommens oder Vermögens, vom Alter oder dem Vorhandensein potentieller familiärer Pflegepersonen. Dort wird die Priorität auf die ambulante Pflege gesetzt, geringe Bedeutung habe die Versorgung in klassischen Pflegeheimen. Deutschland stehe für einen Mix aus formeller und informeller Pflege. Seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung werden die Leistungen auch hier unabhängig vom Alter, Einkommen und Vermögen gewährt, auch wenn informelle Pflegepersonen vorhanden sind. Abgedeckt werden Teilkosten, gestuft nach Pflegeklassen. Die ambulante häusliche Pflege habe – wie in Dänemark – absoluten Vorrang. Italien charakterisieren die Autorin und der Autor als traditionell informelles Pflegesystem. Dort gebe es kein einheitliches nationales Pflegesystem. Ältere Personen bekämen einkommensabhängig ambulante und institutionelle Pflegeleistungen durch Kommunen, und auf nationaler Ebene würden Geldleistungen für schwerbehinderte Pflegebedürftige gewährt. Die Leistungen seien aber insgesamt weitaus niedriger als in Dänemark oder Deutschland. Noch seltener als in Italien finden sich in Polen staatlich finanzierte Pflegeleistungen. Diese werden nur bei einem hohen Grad an Pflegebedürftigkeit gewährt, und nur wenn die pflegebedürftigen Personen über ein geringes Einkommen verfügen und keine nahen Familienangehörigen haben. Institutionelle Pflege werde sowohl im Rahmen des Gesundheits- als auch des Sozialsystems gewährt. Ambulante Pflegeleistungen werden in Polen communal bereitgestellt, das Angebot sei aber insgesamt gering. Polen setze damit überwiegend auf informelle Pflege, also familiäre Netzwerke. In der Slowakei sei

die Bereitstellung öffentlicher Hilfe- und Pflegeangebote eine kommunale Aufgabe im Rahmen des Sozialsystems. Abhängig vom Einkommen und davon, ob familiär gepflegt werden könne, werden institutionelle Pflegeleistungen in Heimen und als Tagespflege sowie ambulante Pflege gewährt, Zuzahlungen seien aber erforderlich. Auch in der Slowakei sei die ganz überwiegende Mehrheit der Pflegebedürftigen auf die Hilfe und Pflege durch Familienangehörige angewiesen.

Das Ausmaß informeller Pflege innerhalb und außerhalb des Hauses sei der Autorin und dem Autor zufolge erheblich beeinflusst durch die Haushalts- und Lebensformen, in denen die Pflegebedürftigen leben. Zwei Surveys – SHARE und EUROBAROMETER – liefern einige wenige Informationen, über den Umfang an informeller Hilfe und Pflege. In allen Ländern sei der Anteil derjenigen, die irgendeine Form der Hilfe und Pflege für Personen außerhalb des Haushalts erbringen, hoch. Werde aber nur der Zeitaufwand für die persönliche Pflege außerhalb des Haushalts betrachtet, sinke der Anteil der pflegeleistenden Personen insgesamt. Noch geringer werde der Anteil der pflegeleistenden Personen, wenn auf Pflege abgestellt wird, die täglich und außerhalb des Hauses erfolgt. In Ländern, in denen dieser Anteil besonders niedrig ausgewiesen werde (etwa in Polen), leben pflegebedürftige Personen allerdings häufiger als in anderen Ländern mit ihren Kindern oder anderen nahen Familienangehörigen in einem Haushalt. In Dänemark sei andererseits die Familie nur für die Teilhabe der Pflegebedürftigen am gesellschaftlichen Leben zuständig.

Schulz und Geyer betonen, dass familiäre und soziale Netzwerke für die Hilfe- und Pflegebedürftigen in vier der fünf untersuchten Länder eine große Bedeutung haben. Dort wäre ihres Erachtens eine stärkere staatliche Unterstützung von Familien erforderlich. Neben mehr Geldleistungen für vermehrte pflegebedingte Aufwendungen seien auch nichtmonetäre Leistungen wie Beratungsangebote, kostenlose Pflegekurse, Unterstützung bei Behörden sowie zeitweise Freistellungen von der Arbeit oder die Möglichkeit der Arbeitszeitreduzierung sinnvolle Maßnahmen. Dazu wäre beispielsweise in Deutschland mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz ein erster Schritt getan. Angesichts der demografischen Entwicklung müsse allerdings eine weitere Verbesserung staatlicher Pflegeleistungen und Angebote der Unterstützung auf der politischen Agenda bleiben.

Das vorliegende Vierteljahrssheft versammelt einen breiten Ausschnitt aus dem Spektrum der zentralen Themen um die Absicherung von Pflegebedürftigkeit. Wir haben eingangs auf die in vielerlei Hinsicht unbestrittenen erheblichen Erfolge der Pflegepolitik der letzten beiden Jahrzehnte hingewiesen. Der Erfolg der Pflegepolitik wird auch im ersten Beitrag des Heftes vertieft angeprochen. In nahezu allen weiteren Beiträgen steht allerdings nicht der Erfolg der Pflegeversicherung im Vordergrund, vielmehr werden Defizite oder künftige Herausforderungen vorgetragen.

Unsere eigenen Reflexionen zur Pflegepolitik in Deutschland fassen wir zu folgendem Resultat zusammen: Pflegebedürftigkeit, die Notwendigkeit einer ausreichenden pflegerischen Versorgung und deren Finanzierung, das sind Themen, denen in Zukunft noch mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Die erkennbaren Mängel der Pflegeversicherung können dabei nicht zuletzt auf einige problematische Grundsatzentscheidungen bei Einführung der Pflegeversicherung zurückgeführt werden, die damals als politische Kompromisse notwendig waren.

Mit Einführung eines neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit erfolgte die Korrektur eines Systemmangels. Andere Richtungsentscheidungen allerdings prägen und beeinträchtigen die Systemstrukturen nach wie vor nachhaltig negativ. Dabei denken wir an das „duale System“ von

Sozial- und Privatversicherung in der Pflegeversicherung, das wir für reformbedürftig halten. Zentrale Herausforderungen sind unseres Erachtens weiterhin die Sicherstellung der Finanzierung, Dynamisierungen der Leistungen der Pflegeversicherung und die Sicherung der quantitativen wie auch qualitativen Versorgung. Diese Aufgaben erfordern über die jetzige Pflegereform hinausgehenden großen Nachsteuerungsbedarf, vergleichbar mit der Situation der Krankenversicherungen. Die Pflegeversicherung dürfte daher auch über die nächste Legislaturperiode hin aus ein bedeutendes Politikfeld mit erheblichem Reformbedarf bleiben.

## Literaturverzeichnis

- Geyer, Johannes (2015): Einkommen und Vermögen der Pflegehaushalte in Deutschland. DIW Wochenbericht Nr. 14+15/2015, 323–328.
- Hagen, Kornelia und Wolfram Lamping (2011): Karenzzeit, „Pflege-Riester“, Bürgerversicherung: was hilft weiter? DIW Wochenbericht Nr. 39/2011, 3–15.
- Jacobs, Klaus und Heinz Rothgang (2012): Der Pflege-Bahr: zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten. Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 5, 41–51.
- Jacobs, Klaus und Heinz Rothgang (2014): Pferdefuß beim Pflegefonds. G+G, 17 (6), 26–29.
- Rothgang, Heinz (2015): Pflege aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht: Die Pflegeversicherung als Erfolgsmodell mit Schönheitsfehlern. In: Peter Masuch, Wolfgang Spellbrink, Ulrich Becker und Stephan Leibfried (Hrsg.): Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Denkschrift 60 Jahre Bundessozialgericht. Bd. 2. Richterliche Wissensgewinnung und Wissenschaft: BSG – Entscheidungsfindung und die Sozialstaatsforschung (im Erscheinen).
- Rothgang, Heinz und Ralf Götze (2013): Perspektiven der solidarischen Finanzierung. In: Klaus Jacobs und Sabine Schulze (Hrsg.): Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin, KomPart-Verlag, 127–175.
- Rothgang, Heinz, Rolf Müller und Rainer Unger (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh, Bertelsmann-Stiftung.
- Rothgang, Heinz, Rolf Müller, Rebecca Mundhenk und Rainer Unger (2014): BARMER GEK-Pflegereport 2014. Siegburg, Asgard-Verlag.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demographischer Wandel in Deutschland, Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. [www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige.html](http://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige.html).
- Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.