

20 Jahre Gesetzliche Pflegeversicherung – Mythen und Fakten

HEIKE HOFFER UND MARTIN SCHÖLKOPF*

Heike Hoffer, Bundesministerium für Gesundheit, E-Mail: Heike.Hoffer@bmg.bund.de
Martin Schölkopf, Bundesministerium für Gesundheit, E-Mail: Martin.Schoelkopf@bmg.bund.de

Zusammenfassung: Zentrales Ziel der Pflegeversicherung war und ist, zu einer qualitativ guten pflegerischen Versorgung im Alter beizutragen – auch unabhängig von der individuellen familiären Situation und angesichts demografischer und gesellschaftlicher Veränderungen. Wenn es darum geht, 20 Jahre nach Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung ihre Erfolge vorläufig zu bewerten, scheiden sich aber die Geister. Aus der Sicht der einen ist die Pflegeversicherung eine Erfolgsgeschichte für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und die Pflege als professionelles Handlungsfeld. Aus Sicht anderer sind die Leistungen der Pflegeversicherung zu gering und Qualität und Arbeitsbedingungen in der Pflege unzureichend. Ziel des Beitrags ist es, die bestehenden Mythen in der deutschen Pflegepolitik darzustellen, kritisch zu untersuchen und mit empirischen Fakten zu konfrontieren, um so eine sachliche Bewertung der Reformoptionen für die Gesetzliche Pflegeversicherung zu erlauben.

Summary: The main purpose of the German long-term care insurance was – and still is – to contribute to an adequate supply with and a good quality of long-term care services for older people – regardless of their individual family situation and in the light of demographic and societal changes. When seeking to preliminarily assess the benefits 20 years after the introduction of the statutory long-term care insurance, opinions tend to differ. From some people's point of view the long-term care insurance is a success story for people in need of care, their families and nursing as a profession. Others consider the capped benefits of the long-term care insurance as insufficient and the quality and working conditions as inadequate. This article therefore aims to describe the current "myths" in German long-term care politics, critically assess them and contrast them with empirical facts that allow for a fact-based appraisal of the various options for statutory long-term care insurance reform.

→ JEL Classification: G22, I18, J14

→ Keywords: Long-term care, insurance, nursing, economics of the elderly

* Die folgenden Ausführungen geben ausschließlich die persönliche Auffassung der Autorin und des Autors wieder.

I Einleitung

Es war eine schwere Geburt: Nach rund 20 Jahren Diskussion, nach Vorlage unterschiedlichster Lösungskonzepte – die vom steuerfinanzierten Leistungsgesetz über eine obligatorische, kapitalgedeckte Privatversicherung bis zum letztlich erfolgreichen Sozialversicherungsmodell reichten – und nach mehr als drei Jahren heftigen Streits in der damaligen Regierungskoalition vom Gesetzgeber erst 1994 beschlossen, erblickte die soziale Pflegeversicherung 1995 schließlich das Licht der Welt (zum politischen Entscheidungsprozess Alber und Schölkopf 1999: 129 ff.). Bereits volljährig, aber doch noch nicht ganz erwachsen, feiert sie 2015 ihren 20. Geburtstag. Es ist also Zeit für Glückwünsche, aber auch für eine kritische Zwischenbilanz, zumal sich die Eltern viel von diesem jüngsten Sprössling des deutschen Sozialversicherungssystems erhofft haben.

Die Lektüre der Begründung des Gesetzentwurfs aus dem Jahr 1993 zeigt: Mit der Pflegeversicherung sollte nicht weniger als „die Versorgung Pflegebedürftiger umfassend verbessert und auf eine neue Grundlage gestellt werden“ (Deutscher Bundestag 1993: 2). Die neue Sozialversicherung sollte zudem dazu beitragen, die aus der Pflegebedürftigkeit entstehenden Belastungen zu mildern und bewirken, dass die überwiegende Zahl der Pflegebedürftigen nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen ist. Zudem sollte die Pflegeversicherung wesentlich zum Aufbau und zur Vorhaltung einer leistungsfähigen Pflegeinfrastruktur beitragen und die Qualität und Humanität der Pflegeleistungen sowie die gesellschaftliche und materielle Anerkennung der Pflegerufe fördern. Um den Pflegebedürftigen möglichst lange das Verbleiben in der gewohnten häuslichen und familiären Umgebung zu ermöglichen, sollten vorrangig Hilfen zur häuslichen Pflege zur Verfügung gestellt werden (Deutscher Bundestag 1993: 2–4).

Doch wenn es heute darum geht, 20 Jahre nach Einführung der sozialen Pflegeversicherung ihre Erfolge im Lichte dieser Ziele vorläufig zu bewerten, scheiden sich die Geister (siehe zum Beispiel Rothgang et al. 2014). Aus der Sicht der einen ist die Pflegeversicherung eine Erfolgsgeschichte für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und die Pflege als professionelles Handlungsfeld. Aus Sicht anderer sind die Leistungen der Pflegeversicherung zu gering und Qualität und Arbeitsbedingungen in der Pflege unzureichend. Wir wollen im Folgenden einige zentrale Zieldimensionen der Pflegeversicherung prüfen und analysieren, inwieweit die jeweiligen Ziele erreicht oder verfehlt worden sind. Zudem soll der Frage nachgegangen werden, mit welchen neuen Herausforderungen die Pflegeversicherung konfrontiert ist und wie sie unter Berücksichtigung ihres gesellschaftlichen und finanziellen Rahmens weiter entwickelt werden kann.

2 Pflegeversicherung und Sozialhilfe

Vor Einführung der Pflegeversicherung war ein großer Teil der pflegebedürftigen Menschen auf Sozialhilfe angewiesen, vor allem, wenn es darum ging, die hohen Kosten stationärer Pflege zu tragen: Rund zwei Drittel aller stationär Gepflegten benötigten zu Beginn der 90er Jahre ergänzende Hilfe zur Pflege, weil sie nicht in der Lage waren, die Kosten vollständig aus eigener Tasche zu bezahlen. Bis Mitte der 90er Jahre sind die Ausgaben dieser Sozialhilfeleistung stetig gestiegen, zwischen 1975 und 1993 haben sie sich vervierfacht. Damit ging eine empfindliche Belastung der kommunalen Haushalte einher. So beanspruchte die Hilfe zur Pflege noch 1970 etwa zwei Prozent der kommunalen Budgetmittel, 1990 aber bereits rund fünf Prozent (Schmähl 1993). Mit der Einführung der Pflegeversicherung sollten daher möglichst viele Betroffene aus

pflegebedingter Abhängigkeit von Sozialhilfe herausgeführt und dabei gleichzeitig die Sozialhilfeträger finanziell entlastet werden.

Diese Ziele wurden erreicht; die Pflegeversicherung wirkt bis heute spürbar entlastend: Belief sich die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege im Jahr 1993 noch auf etwa 660 000, so ging sie bis 1998 auf rund 290 000 zurück. Seither ist sie zwar wieder gestiegen, liegt jedoch mit etwa 420 000 noch immer um ein Drittel niedriger als zu Beginn der 90er Jahre (Statistisches Bundesamt 2014). Entsprechend profitieren auch die Sozialhilfeträger nach wie vor deutlich von der Pflegeversicherung. Im Jahr 1994, dem letzten Jahr vor ihrer Einführung, gaben die Sozialhilfeträger für die Hilfe zur Pflege 9,06 Milliarden Euro aus. Mit Einführung der Pflegeversicherung sank dieser Betrag kontinuierlich auf 3,72 Milliarden Euro im Jahr 2012. Im Vergleich zum letzten Jahr vor Einführung der neuen Sozialversicherung belaufen sich die Minderausgaben der Sozialhilfeträger damit immer noch auf 5,34 Milliarden Euro pro Jahr.

In den letzten Jahren sind die Ausgaben der Hilfe zur Pflege zudem nicht schneller als die Ausgaben der Pflegeversicherung gestiegen. Im Gesamtzeitraum von 2000 (dem Jahr mit den niedrigsten Ausgaben nach Einführung der Pflegeversicherung) bis 2012 stiegen die Ausgaben der Pflegeversicherung sogar um 38 Prozent – im Vergleich zu 29 Prozent bei den Ausgaben der Hilfe zur Pflege. Die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege machen seit Jahren unverändert knapp zwei Prozent der Gesamtausgaben der Kommunen aus.

Im Ergebnis bleibt daher festzustellen, dass die Pflegeversicherung auch heute noch zu einer spürbaren Entlastung der Sozialhilfeträger beiträgt. Auch liegt die Zahl derer, die aufgrund von Pflegebedürftigkeit auf die Sozialhilfe angewiesen sind, trotz eines erheblichen Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen seit Mitte der 90er Jahre weiter deutlich unter dem Stand, der in den letzten Jahren vor Einführung der Pflegeversicherung erreicht worden war. Den erneuten Anstieg der Zahl der Sozialhilfebedürftigen – wenn auch auf niedrigerem Niveau – hat die Pflegeversicherung bislang allerdings nicht stoppen können. Das unterstreicht zum einen die Notwendigkeit, die Leistungsbeträge im Sozialgesetzbuch (SGB) XI künftig zu dynamisieren.

Zum anderen wirft dies aber auch die Frage auf, in welchem Umfang Länder und Kommunen die Vorgabe des Paragraphen 9 SGB XI umgesetzt haben – also die Forderung des Gesetzgebers, jene deutlichen Einsparungen, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstanden sind, zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen einzusetzen. Denn: Werden Investitionskosten von der öffentlichen Hand nicht vorfinanziert, verteuern sie später die von den Pflegebedürftigen – und damit eben gegebenenfalls ergänzend von der Sozialhilfe – zu entrichtenden Heimentgelte. Dass die Länder – zum Teil nach einem deutlichen Anstieg der Investitionskostenförderung zu Beginn der 90er Jahre (detailliert Schölkopf 2002: 39) – nach Einführung der Pflegeversicherung meist genau das Gegenteil unternommen und die Investitionskostenförderung beschnitten oder ganz abgeschafft haben (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1997: 43, Bundesministerium für Gesundheit 2011), hat daher zweifellos einen wesentlichen Beitrag zum (Wieder-)Anstieg der Empfängerzahlen bei der Hilfe zur Pflege geleistet.

3 **Pflegerische Infrastruktur, Pflegekräfte und Fachkräftesicherung**

Die Gesetzliche Pflegeversicherung hat seit ihrer Einführung zweifellos maßgeblich zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen und zur Unterstützung pflegender Angehöriger beigetragen. Zwar ist das Angebot – zum Beispiel gemessen an der Zahl der Plätze in stationären Einrichtungen oder am Personal in ambulanten Pflegediensten – auch schon in den Jahrzehnten vor der Einführung der Pflegeversicherung stetig gewachsen, vor allem weil die Bundesländer den Aufbau von Sozialstationen sowie den Bau und die Modernisierung von Alten- und Pflegeheimen aus ihren Landeshaushalten unterstützten; auch wurden die Personalschlüssel in den Heimen über die Jahre verbessert (zum Beispiel Schölkopf 1998, 2002). Gleichwohl wurde damals von verschiedener Seite zu Recht konstatiert, dass dem wachsenden Bedarf nach organisierten Pflegeleistungen kein ausreichendes Hilfeangebot gegenüberstehe (zum Beispiel Alber 1990, Schulz-Nieswandt 1990).

Mit Einführung der Pflegeversicherung hat die Expansion der Pflegedienste spürbar Fahrt aufgenommen: Seit Ende der 90er Jahre wurde die Zahl der verfügbaren Plätze in der stationären Pflege um mehr als ein Drittel erhöht. Die Zahl der Beschäftigten bei den ambulanten Pflegediensten ist allein zwischen 1999 und 2011 um rund 107 000 Personen und damit um 58 Prozent angewachsen, die Zahl der Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen im gleichen Zeitraum um 220 000 und damit um 52 Prozent. Obwohl gleichzeitig auch die Zahl der Pflegebedürftigen gestiegen ist, hat sich damit die „rechnerische Betreuungsrelation“ – gemessen als zu versorgende pflegebedürftige Sachleistungsempfänger je Vollzeitbeschäftigten – im Zeitraum 2003 bis 2011 im ambulanten Bereich von 3,33 auf 2,98 und im stationären Bereich von 1,65 auf 1,55 verbessert. Darüber hinaus hat der Bundesgesetzgeber durch Einführung und – mit dem zum 1. Januar 2015 in Kraft getretenen Ersten Pflegestärkungsgesetz – deutlichen Ausbau der Möglichkeit zur Einstellung zusätzlicher Betreuungskräfte nach Paragraph 87b SGB XI zu einer spürbaren Entlastung des Alltags in den Pflegeheimen beigetragen.

Ob dies alles aber ausreicht, um dem Bedarf insgesamt und auch im Einzelfall Rechnung zu tragen, wird freilich weiter Gegenstand fachlicher und politischer Diskussionen bleiben. Wohl nicht ohne Grund wurden die auf Basis der Vorgaben in Paragraph 75 SGB XI in den Rahmenverträgen zu vereinbarenden Personalrichtwerte für die Pflegeheime zuletzt in einigen Bundesländern merklich verbessert. Nicht selten gelten hier aber noch heute Werte, die mehr als zehn Jahre alt sind. Zudem variieren die Richtwerte erheblich zwischen den Bundesländern: Umgerechnet auf eine Einrichtung mit 100 Plätzen bei einer Pflegestufenverteilung nach Bundesdurchschnitt ergeben sich nach aktuellen Übersichten abhängig vom jeweiligen Bundesland zwischen 31 und 41 Stellen (zum Beispiel bpa 2014). Es ist nachvollziehbar, wenn Kritiker die Frage aufwerfen, inwieweit eine Varianz von rund 30 Prozent in einem für die Pflegebedürftigen doch entscheidenden Aspekt bei ansonsten gleichen Rahmenbedingungen fachlich überhaupt legitimierbar ist. Und es reizt dazu, die Ursachen dieser Varianz zu analysieren und in den Bundesländern besonders kritisch nachzuhaken, wo – ausgehend zumindest vom Bundesdurchschnitt – eigentlich noch deutlicher Nachholbedarf bestünde.

Dann stellt sich allerdings die Frage, wie dieser Nachholbedarf gedeckt werden könnte – in einer Situation, in der die Einrichtungen beziehungsweise ihre Verbände zunehmend darüber Klage führen, dass sie ausgebildete Pflegekräfte oft nur noch schwer finden und der Fachkräftengap in diesem Bereich auch von der Bundesagentur für Arbeit bestätigt wird (Bundesagentur für Arbeit 2014). Als Ursache für diesen Personalmangel wird häufig eine angeblich fehlende Attrak-

Kasten 1

Verdienste und Arbeitskosten von Arbeitnehmern in der amtlichen Statistik

Das Statistische Bundesamt veröffentlicht regelmäßig Zahlen zu den Verdiensten und Arbeitskosten von Arbeitnehmern. Die Gliederung erfolgt nach Wirtschaftszweigen – nicht nach einzelnen Berufen –, es gibt aber eine Unterteilung nach sogenannten Leistungsgruppen: Leistungsgruppe 1: „Arbeitnehmer in leitender Stellung“, in der Regel mit Hochschulstudium, Leistungsgruppe 2: „Herausgehobene Fachkräfte“, das heißt Arbeitnehmer mit abgeschlossener Berufsausbildung, mehrjähriger Berufserfahrung und speziellen Fachkenntnissen, Leistungsgruppe 3: „Fachkräfte“, das heißt Arbeitnehmer mit abgeschlossener Berufsausbildung zum Teil mit Berufserfahrung, Leistungsgruppe 4: „Angelernte Arbeitnehmer“, Leistungsgruppe 5: „Ungelernte Arbeitnehmer“. Die Zahlen des Statistischen Bundesamtes werden von anderen unverdächtigen Quellen trotz anderer Abgrenzung und Erhebung in der Tendenz bestätigt, so zum Beispiel durch das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Pilger und Jahn 2013).

tivität der Arbeit in der Pflege angeführt, die sich vor allem in einer unzureichenden Vergütung und unhaltbaren Arbeitsbedingungen äußere. Wenn dem so wäre, hätte die Pflegeversicherung eines ihrer Ziele deutlich verfehlt.

Ohne Zweifel ist die Arbeit in der Pflege anstrengend, und es gibt sicherlich etliche Berufe, die durch eine bessere Bezahlung gekennzeichnet sind. Doch lohnt es sich auch hier, zunächst auf die Empirie zu schauen, bevor die Klage vom „Pflegerotstand“ geführt wird. Diese Empirie zeigt: Die Zahl der Beschäftigten in der Altenpflege hat in den letzten Jahren regelmäßig zu- und nicht abgenommen. Das ist sicher kein Indiz für eine mangelnde Attraktivität des Berufes. Auch stellt sich die durchschnittliche Bezahlung von Pflegekräften in der Altenpflege besser dar, als es zum Beispiel Zahlen vermuten lassen, die von der Gewerkschaft Ver.di häufig angeführt werden (Bispinck et al. 2012). So verdienten abhängig Beschäftigte in Pflegeheimen in Leistungsgruppe 2 im Jahr 2012 im Durchschnitt 3 490 Euro monatlich, 2 767 Euro in der Leistungsgruppe 3 und in Leistungsgruppe 4 noch 2 119 Euro (jeweils Bruttomonatsverdienste inklusive Sonderzahlungen) (Statistisches Bundesamt 2013). Insgesamt sind die auf dieser Datenbasis ermittelten Verdienste von Fachkräften in der stationären Altenpflege damit zwar geringfügig niedriger als etwa im Baugewerbe, aber deutlich höher als zum Beispiel in der Gastronomie. Einschränkend ist allerdings festzuhalten, dass eine aktuell im Auftrag des Pflegebevollmächtigten erstellte Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung auf Basis der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit zu niedrigeren durchschnittlichen Monatslöhnen in der Altenpflege kommt. Im Median beliefen sich demnach die entsprechenden Einkünfte vollzeitbeschäftigter Fachkräfte in der Altenpflege im Jahr 2013 auf 2 568 Euro monatlich – mit länderspezifisch starken Ausschlägen nach oben beziehungsweise unten (Bogai et al. 2015) (Kasten 1).

In der öffentlichen Diskussion findet sich, begründet mit Ergebnissen älterer, jedoch methodisch unzureichender Studien, auch immer wieder die These, der Berufsverbleib in der Altenpflege sei sehr kurz, viele Pflegekräfte verließen den Beruf schon nach wenigen Jahren wieder (siehe hierzu Joost 2010). Das Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (2009) hat jedoch gezeigt, dass die Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern sehr viel länger sind als vielfach angenommen: Die Berufsverläufe von entsprechenden Fachkräften, die 25 bis 29 Jahre vor dem Stichtag 31.12.2004 in den Beruf eingestiegen sind, erstreckten sich zum Stichtag im Durchschnitt

auf über 19 Jahre (inklusive zum Beispiel familienbedingter Unterbrechungszeiten). Ähnliche Trends zeigten sich bei Altenpflegekräften, deren Ausbildungsabschlüsse noch nicht so lange zurücklagen. Der durchschnittliche Berufsverbleib ist damit in der Altenpflege nicht kürzer als der Berufsverbleib in anderen, vergleichbaren Frauenberufen (Joost 2010: 8).

Die Zahlen deuten an, dass es so schlecht um die Arbeit in der Altenpflege wohl doch nicht bestellt ist. Sie sollen aber nicht verdrängen, dass die Arbeit in der Altenpflege aufreibend ist und für eine gute Versorgung und Pflege bereits heute dringend mehr Fachkräfte erforderlich sind – und in der Zukunft wird dieser Bedarf angesichts der Folgen der demografischen Entwicklung weiter steigen. Es sind also Maßnahmen zur Gewinnung neuer Fachkräfte erforderlich. Dabei kommt aber nicht nur dem Gesetzgeber Bedeutung zu, denn die Sicherstellung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege liegt in der Verantwortung *aller* Beteiligten. Gerade die Arbeitgeber in der Pflege haben einen entscheidenden Einfluss auf die Attraktivität der Pflegeberufe, so zum Beispiel durch gutes Personalmanagement, betriebliche Gesundheitsförderung und durch eine angemessene Entlohnung. Für die Pflegeeinrichtungen gibt es hier – spätestens – seit Inkrafttreten des Ersten Pflegestärkungsgesetzes keinen Grund mehr, unter Tarif zu bezahlen, denn der Gesetzgeber hat durch Änderung der Paragraphen 84 und 89 SGB XI den rechtlichen Rahmen für eine Refinanzierung der entsprechenden Kosten geschaffen.

Ergänzt wird dies durch weitere Maßnahmen auf Bundesebene: So soll die im Dezember 2012 von Bundesregierung, Ländern und einschlägigen Verbänden beschlossene Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege zum Beispiel dazu beitragen, die Zahl der Ausbildungsplätze in den Jahren 2013 bis 2015 um jährlich zehn Prozent zu steigern.¹ Während im ersten Jahr der Offensive noch keine Steigerung der Ausbildungszahlen gegenüber dem Referenzjahr 2010/11 erreicht werden konnte, haben die vereinbarten Maßnahmen im Schuljahr 2013/14 deutliche Wirkung gezeigt: Mit bundesweit 26 740 Eintritten in eine (verkürzte) Altenpflegeausbildung wurde ein neuer Spitzenwert erreicht und die im Rahmen der Offensive vereinbarte Steigerungsrate mit 14,2 Prozent deutlich übertroffen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2014). Weiter in Arbeit ist zudem die Neuregelung der Berufsausbildung in der Kranken- und Altenpflege, die aus insgesamt drei Berufsausbildungen ein modernes System schaffen soll. Besonders wichtig zur Verbesserung des Arbeitsalltags von Pflegekräften ist schließlich der Abbau von überflüssiger Bürokratie. Deswegen unterstützt das Bundesministerium für Gesundheit Maßnahmen zur Entbürokratisierung in der Pflege, insbesondere in der Pflegedokumentation. Das Konzept einer deutlich verschlankten Pflegedokumentation liegt mittlerweile vor; es geht nun darum, dieses Konzept in der Fläche umzusetzen.² Insgesamt befasst sich damit ein ganzes Bündel von Maßnahmen und Initiativen auf Bundesebene mit der Steigerung der Attraktivität der Arbeit in der Altenpflege. Begleitet wird dies durch zahlreiche Maßnahmen der Länder und vor Ort.³ Von einer Vernachlässigung der Altenpflege als Beruf wird man vor diesem Hintergrund nicht sprechen können.

1 Näheres dazu unter www.altenpflegeausbildung.net/ausbildungsoffensive.html

2 Näheres dazu unter www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbuerokratisierung/Abschlussbericht_und_Anlagen_fin20140415_sicher.pdf

3 Näheres dazu unter www.altenpflegeausbildung.net/startseite/studien-kampagnen-und-projekte/kampagnen/buendnisse-und-massnahmenpakete.html

4 Die Pflegeversicherung als Teilleistungssystem – Warum keine Vollkostenversicherung?

Die Pflegeversicherung ist von Anfang an insofern der Kritik ausgesetzt gewesen, dass ihre Leistungen den pflegebedingten Bedarf nur unzureichend abdecken würden. Wer solche Kritik übt, sollte jedoch zunächst bedenken, dass mit ihr hierzulande erstmals eine solidarisch finanzierte Absicherung des Pflegerisikos für die gesamte Bevölkerung eingeführt worden ist. Vorher waren Pflegebedürftige und gegebenenfalls ihre Angehörigen gezwungen, ausschließlich eigenes Einkommen und Vermögen zur Sicherstellung der Pflege einzusetzen oder bei Bedürftigkeit ergänzend Sozialhilfe in Anspruch nehmen zu müssen.

Richtig ist, dass die Pflegeversicherung von ihrer Konzeption her nur als Grundsicherung gedacht ist, die mit ihren in der Höhe begrenzten Leistungen dazu *beitragen* soll, die pflegebedingten Kosten abzudecken. Die Leistungen sind darauf ausgerichtet, insbesondere bei der häuslichen Pflege die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung zu *ergänzen*. Die Pflegeversicherung deckt folglich gezielt nicht alle mit der Pflege zusammenhängenden Kosten ab. Auch wenn es immer wieder politische Auseinandersetzungen über die Angemessenheit der Leistungen gibt und die meisten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung jedenfalls seit 2008 sukzessive, aber spürbar erhöht und auf neue Personenkreise, insbesondere Demenzkranke, ausgeweitet worden sind, wollen doch alle maßgeblichen politischen Kräfte weiterhin grundsätzlich am Teilleistungscharakter dieses Systems festhalten. Eine Analyse der jüngeren pflegepolitischen Forderungen – ausgewertet wurden die jeweiligen Wahlprogramme zur Bundestagswahl 2013 – der Parteien CDU/CSU, SPD, Die LINKE, Bündnis90/DIE GRÜNEN sowie FDP (jeweils im Internetauftritt der Parteien abrufbar) zeigt, dass nur die LINKE „perspektivisch“ eine Vollversicherung anstrebt. Dahinter steht – belegt auch durch ausländische Erfahrungen (so ist die bezüglich des Personenkreises deutlich umfassendere und bezüglich des Leistungsumfangs deutlich generösere niederländische Pflegeversicherung in den letzten Jahren unter starken Einspardruck geraten) – die Überlegung, dass eine den jeweiligen Pflegebedarf vollständig deckende Sozialversicherung weder dauerhaft finanzierbar noch sozial gerecht wäre – denn dann würde sich die Pflegeversicherung faktisch zu einem Sicherungssystem für Einkommensstarke und Vermögende wandeln.

Eine Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Vollkostenversicherung – wie zum Beispiel von Lünen (2012) in einem Gutachten für die Gewerkschaft Ver.di zu den finanziellen Auswirkungen einer Vollkostenversicherung dargestellt – stößt jedoch auch auf andere Bedenken: Denn die logische Voraussetzung für jede „Vollkostenversicherung“ ist, dass der „volle“, notwendige Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen, der finanziert werden soll, bekannt ist. Doch wie könnte dieser ermittelt werden?

Zum Vergleich bietet sich die Vollkostenversicherung der Gesetzlichen Krankenversicherung an: Dort werden grundsätzlich nur diejenigen Leistungen aus dem gesetzlichen Leistungskatalog finanziert, die bedarfsgerecht sind, nämlich medizinisch notwendig, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich (Paragraf 12 SGB V – Wirtschaftlichkeitsgebot). Ob dies der Fall ist, wird für viele Leistungsbereiche in einem ersten Schritt in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) abstrakt-generell, das heißt auf alle Versicherten beziehungsweise alle Versicherten mit vergleichbaren Bedarfslagen bezogen, konkretisiert (Paragraf 92 SGB V). Für die Frage, ob und in welchem Umfang ein individueller Leistungsanspruch besteht, ist in einem zweiten Schritt eine umfassende Einzelfallbetrachtung durch einen Arzt erforderlich, der

– in Abstimmung mit dem Versicherten – Art, Inhalt und Umfang des medizinisch notwendigen Bedarfs an finanzierten Leistungen festlegt, soweit es hierfür nicht bereits Vorgaben aus G-BA-Richtlinien gibt. Ebenfalls ein Vollkostensystem ist die Sozialhilfe, hier die Hilfe zur Pflege (Paragrafen 61 ff. SGB XII). Denn auch in der Sozialhilfe ist der angemessene Bedarf nach der Besonderheit des Einzelfalls (Paragraf 9 SGB XII) zu leisten. Damit ist nicht gemeint, dass jedem subjektiven Bedürfnis entsprochen wird, sondern es wird seitens des Sozialhilfeträgers festgestellt, ob ein normativer Bedarf vorliegt – also das, was das Gesetz als Bedarf definiert. Diese Bedarfsdefinition ist allerdings gegenwärtig jenseits der pauschalen Bezugnahme auf den Leistungsrahmen der Pflegeversicherung wenig konkretisiert.

In der Pflegeversicherung erfolgt gegenwärtig keine Vollfinanzierung des individuell notwendigen pflegerischen Bedarfs an professionellen Leistungen, da die Pflegeversicherung als Teilkostensystem einen Zuschuss zu den Pflegekosten und keine Vollabsicherung gewährt. Durch die Staffelung in drei Pflegestufen, ergänzt durch zusätzliche Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und die verschiedenen zusätzlichen Leistungsangebote für Pflegebedürftige in der ambulanten Versorgung sind hier dennoch individuelle Versorgungsarrangements mit tatsächlich sehr unterschiedlichen Leistungsbeträgen möglich.

Für ein Vollkostensystem wäre demgegenüber ein Verfahren zur Bestimmung des notwendigen pflegerischen Bedarfs erforderlich. Die Pflegeversicherung enthält jedoch überwiegend Sachleistungsansprüche, mit denen Dienstleistungen professioneller Pflegeanbieter finanziert werden. Der „pflegerisch notwendige Bedarf“ müsste daher konsequenterweise die aus pflegewissenschaftlicher Sicht erforderlichen Inhalte, Qualität, Häufigkeit und Dauer professioneller pflegerischer Dienstleistungen beschreiben. Um einen oder mehrere bedarfsentsprechende Sachleistungsbeträge festzulegen, müssten entweder die im Einzelfall erforderlichen pflegerischen Tätigkeiten oder – als zweitbeste Lösung – durch empirische Studien möglichst genaue Werte für durchschnittlich erforderliche pflegerische Tätigkeiten ermittelt und voll finanziert werden. Die Einzelfallermittlung, die wegen Veränderungen des Gesundheitszustands zudem häufig wiederholt werden müsste, wäre jedoch sehr aufwändig und ihr stehen, wie auch der Ermittlung von Durchschnittswerten, nennenswerte methodische Schwierigkeiten entgegen: Die im Einzelfall erforderlichen pflegerischen und betreuenden Tätigkeiten sind nicht nur vom Krankheitsbild beziehungsweise der Behinderung, sondern auch zum Beispiel von der Wohnsituation, dem Maß der Unterstützung durch Angehörige und persönlichen Präferenzen abhängig und schwanken im Zeitverlauf (Expertenbeirat 2013). Dadurch ergeben sich für das gleiche Krankheitsbild beziehungsweise die gleiche Behinderung häufig unterschiedliche Bedarfe an pflegerischen und betreuenden Tätigkeiten. Anders als medizinische Tätigkeiten sind pflegerische und betreuende Tätigkeiten zudem inhaltlich oft nicht leicht abgrenzbar; sie überschneiden sich mit anderen Alltagshandlungen, zum Beispiel, wenn ein Pflegebedürftiger beaufsichtigt oder angeleitet wird (Bartholomeyczik 2007). Zum anderen werden Tätigkeiten häufig unterbrochen, was insbesondere eine empirische Messung erschwert (Bartholomeyczik 2007) (Kasten 2).

Das bestehende Teilkostensystem ist daher aus methodischen Gründen, wegen der Administrierbarkeit des Begutachtungs- und Leistungssystems sowie der besseren Handhabbarkeit und Flexibilität für die Betroffenen sinnvoll.

Auch soweit mit einer Vollkostenversicherung erreicht werden soll, dass der Anteil der Empfänger der Hilfe zur Pflege bei den Pflegeversicherten noch weiter sinkt, ist eine Vollkostenversicherung nicht der effektivste Weg. Denn zielgerichtete Leistungsverbesserungen in den Be-

Kasten 2

Neues Begutachtungsassessment und notwendiger Bedarf

Auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) wird in der Pflegeversicherung keine individuelle Ermittlung und Vollfinanzierung des jeweils notwendigen Bedarfs erfolgen: Denn bei den zukünftig fünf Pflegegraden korrespondiert zwar der Anstieg der für die Einstufung relevanten Punkte grundsätzlich mit dem Anstieg des Ausmaßes der (verbliebenen) Selbständigkeit und der daraus resultierenden Abhängigkeit von personeller Hilfe. Dabei werden jedoch auf der Basis einer fachlichen Bewertungsmatrix mit vielen Einzelkriterien fünf in der Schwere ihrer Beeinträchtigung vergleichbare Gruppen von Pflegebedürftigen gebildet. Die Einstufung erfolgt durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen anhand einzelner Fragen in sechs pflegerelevanten Themenbereichen (zum Beispiel der Selbstversorgung, der Kommunikation oder der Mobilität im Alltag) mithilfe einer Vierer-Skalierung (von vollständig selbständig bis vollständig unselbständig). Teilweise wird auch die Häufigkeit von notwendigen Unterstützungshandlungen ermittelt.

Daher bestehen bei einem konkreten Aspekt von Pflegebedürftigkeit zwar vielfältige Zusammenhänge zwischen dem Maß der Selbständigkeit und dem individuell notwendigen Unterstützungsbedarf; eine individuelle Ermittlung dieses Bedarfs erfolgt jedoch erst mit der Pflegeplanung. Anders als beim gegenwärtigen Begutachtungsverfahren erfolgt die Begutachtung zudem unabhängig vom Wohnumfeld (zum Beispiel ist die Fähigkeit zum Treppensteigen zu erheben, auch wenn die konkrete Wohnung keine Treppe hat).

Die aus einer Einschränkung der Selbständigkeit typischerweise resultierenden pflegerischen Bedarfe sind daher in die Gewichtung der einzelnen Teile des Begutachtungsinstruments eingeflossen und die einzelnen Aspekte von Pflegebedürftigkeit werden zukünftig umfassender und differenzierter als bisher erhoben. Gleichwohl wird auch das neue Begutachtungsverfahren dem Zweck dienen, rund 2,6 Millionen Pflegebedürftige in (nur) fünf Pflegegrade einzustufen. Der notwendige Bedarf wird also auch zukünftig in der Pflegeversicherung nicht individuell ermittelt und ist daher auch nicht zu beziffern.

reichen, in denen Sozialhilfeausgaben vorrangig anfallen, können diese senken, ohne dass der Beitragssatz übermäßig erhöht werden muss und ohne dass eine aufwändig zu administrierende individuelle Bedarfsermittlung erfolgt. So wäre aufgrund der Abschätzung der Mehrausgaben eines Vollkostensystems durch Lungen (2012) hierfür eine Beitragssatzsteigerung von etwa einem Prozentpunkt erforderlich.

Der Schutz von einzelnen, durch Pflegebedürftigkeit finanziell unzumutbar belasteten Pflegebedürftigen bleibt in unserem Sozialsystem durch die Sozialhilfe gewährleistet. Gerade bei den von Kritikern als Beleg für vermeintlich unzureichende Leistungshöhen der Pflegeversicherung zitierten Eigenanteilen im stationären Bereich wird oft verkannt, dass diese nur zum Teil aus den Kosten für über die gesetzlichen Höchstbeträge hinausgehende pflegebedingte Aufwendungen resultieren. Zu einem wesentlichen Teil bestehen die Eigenanteile aus den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung, die von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind. Von den Pflegesätzen im engeren Sinne trägt die Pflegeversicherung im Durchschnitt je nach Pflegestufe zwischen 68 Prozent und 75 Prozent, also den weitaus größeren Teil.

Die Ergänzung der Leistungen der Pflegeversicherung durch die Sozialhilfe in Einzelfällen, insbesondere bei einem besonders hohen Pflegebedarf, entspricht unserem bewährten System der

sozialen Sicherheit, das zwischen Einzelfall- und Kollektivabsicherung unter Berücksichtigung der Kosteneffizienz abwägen muss.

5 **Ambulant vor stationär – Ein neuer Blick auf ein altes Thema**

Entsprechend den in vielen Studien geäußerten Wünschen der großen Mehrheit der Pflegebedürftigen nach einer Versorgung in der eigenen Häuslichkeit (zum Beispiel Körber-Stiftung 2012) wurde vom Gesetzgeber im Pflege-Versicherungsgesetz der sozialpolitische Grundsatz verankert, dass die Pflegeversicherung mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen soll (Paragraf 3 SGB XI). Teilweise wird behauptet, dass die häuslichen Leistungen der Pflegeversicherung diesen Grundsatz nicht hinreichend umsetzen. Dabei wird darauf verwiesen, dass die jeweiligen Leistungsbeträge der Pflegestufen I und II der ambulanten Pflegesachleistung (Paragraf 36 SGB XI) niedriger als die Sachleistungsbeträge der vollstationären Pflege (Paragraf 43 SGB XI) sind (Leistungsbeträge ab dem 1.1.2015 in der Pflegestufe I: ambulant: 468 Euro/vollstationär: 1064 Euro; Pflegestufe II: ambulant: 1144 Euro/vollstationär: 1330 Euro, Pflegestufe III: ambulant und vollstationär: jeweils 1612 Euro).

Der Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode (2013) sieht vor, dass zur Stärkung der ambulanten Pflege die Leistungen im ambulanten und stationären Bereich „weiter einander angeglichen werden“ sollen. Von einigen Verbänden der Wohlfahrtspflege und der Behindertenhilfe wird mittelfristig sogar eine vollständige Angleichung der ambulanten und vollstationären Pflegesachleistungsbeträge gefordert (zum Beispiel Sozialverband Deutschland 2009), häufig ohne dass insbesondere für den ambulanten Bereich präzisiert wird, welche Leistungsbeträge in eine solche Angleichung einbezogen werden sollen.

Werden nur die Leistungsbeträge der ambulanten Pflegesachleistung im engeren Sinn (Paragraf 36 SGB XI) mit den Sachleistungsbeträgen der vollstationären Pflege verglichen (Paragraf 43 SGB XI), entsteht jedoch ein schiefes Bild. Denn in der häuslichen Versorgung stehen den Pflegebedürftigen zusätzlich zur ambulanten Pflegesachleistung eine Vielzahl weiterer Leistungen zur Verfügung, die mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz zum 1.1.2015 zum Teil deutlich ausgebaut wurden (zum Beispiel Tages- und Nachtpflege (TNP) nach Paragraf 41 SGB XI, Wohnraumanpassung nach Paragraf 40 Absatz 4 SGB XI, Kurzzeit- und Verhinderungspflege nach Paragrafen 39, 42 SGB XI). Werden diese zusätzlich zur ambulanten Pflegesachleistung in Anspruch genommen, erhöht sich der dem Pflegebedürftigen insgesamt rechnerisch zur Verfügung stehende Betrag erheblich. Für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach Paragraf 45a SGB XI wird dieser rechnerische Gesamtbetrag durch zusätzliche Leistungen nach den Paragrafen 45b, 123 SGB XI nochmals größer. Die Inanspruchnahme weiterer ambulanter Leistungen kann überdies dazu führen, dass der ambulante Pflegesachleistungsbetrag nicht voll oder anders ausgeschöpft wird. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn ein Pflegebedürftiger tagsüber in einer Einrichtung der Tagespflege versorgt wird und in dieser Zeit kein ambulanter Pflegedienst die Versorgung zu Hause übernehmen muss. Dies wäre auch dann der Fall, wenn etwa durch eine Wohnraumanpassung der Pflegebedürftige sich wieder besser selbst waschen kann, so dass der Pflegedienst andere Leistungen, zum Beispiel der Grundpflege, aus dem ambulanten Pflegesachleistungsbetrag erbringen kann. Der ambulante Pflegesachleis-

tungsbetrag kann dann für andere Grundpflege-, Hauswirtschafts- oder Betreuungsleistungen als bisher verwendet werden.

In der vollstationären Versorgung gibt es demgegenüber nicht verschiedene, kombinierbare Leistungen, sondern eine (Komplex-)Leistung, mit der im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge die Aufwendungen für Pflege, soziale Betreuung sowie Leistungen der medizinischen Behandlungspflege von der Pflegekasse übernommen werden (Paragraf 43 SGB XI). Im stationären Bereich besteht hinsichtlich der pflegerischen Versorgung aufgrund der umfassenden Verantwortung der Pflegeeinrichtungen zudem praktisch eine „Vollversorgung“.

Demgegenüber wird die Leistung der häuslichen Krankenpflege in der ambulanten Versorgung aus der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert (Paragraf 37 SGB V). (Soziale) Betreuungsleistungen können dort einerseits mit den Leistungsbeträgen der ambulanten Pflegesachleistung (vergleiche Paragrafen 36, 124 SGB XI, für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zusätzlich aus dem erhöhten Betrag des Paragrafen 123 SGB XI) oder als zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen über Paragraf 45b SGB XI finanziert werden. Schließlich dienen die ambulante Pflegesachleistung und die zusätzlichen Leistungen in der häuslichen Versorgung nahezu immer der Ergänzung des individuell sehr unterschiedlich ausgeprägten privaten Pflege- und Betreuungsaufwands von Angehörigen oder bürgerschaftlich Engagierten (Teilkostenprinzip). Auch hinsichtlich der Rahmenbedingungen und Vergütungslogik sind der ambulante und stationäre Bereich kaum vergleichbar.

Ein isolierter Vergleich (nur) der Leistungsbeträge der ambulanten Pflegesachleistung (Paragraf 36 SGB XI) mit den Leistungsbeträgen der vollstationären Pflege (Paragraf 43 SGB XI) ist also wenig aussagekräftig und greift zu kurz. Erforderlich ist eine quantitative und qualitative Bewertung des Verhältnisses der beiden Leistungsbereiche – auch im Zeitverlauf –, die im Wege einer Gesamtbetrachtung auch die weiteren Leistungen der häuslichen Versorgung mit einbezieht. Bei einem Vergleich der Sachleistungsbeträge bleibt allerdings mangels unmittelbarer Vergleichbarkeit die hohe Zahl an reinen Pflegegeldempfängern in der häuslichen Versorgung in der Betrachtung außen vor.

Diese Gesamtbetrachtung zeigt, dass im Verhältnis von ambulanten und stationären Sachleistungsbeträgen nicht ein Bereich pauschal besser oder schlechter dasteht, sondern dass für bestimmte Gruppen von Pflegebedürftigen und Fallkonstellationen in der häuslichen Versorgung aufgrund der kumuliert möglichen Inanspruchnahme mittlerweile ein rechnerisch deutlich höherer Leistungsbetrag zur Verfügung steht als in der vollstationären Versorgung. Für manche anderen Gruppen von Pflegebedürftigen und Fallkonstellationen ist aber nach wie vor der Leistungsbetrag der vollstationären Versorgung höher.

Schon beim direkten Vergleich (nur) der Leistungsbeträge der ambulanten Pflegesachleistung (Paragraf 36, gegebenenfalls in Kombination mit Paragraf 123 SGB XI) mit den Leistungsbeträgen für vollstationäre Pflege (Paragraf 43 SGB XI) zeigt sich jedoch, dass sich die ambulanten den vollstationären Sachleistungsbeträgen weiter angenähert haben. Und selbst dort, wo nach wie vor der vollstationäre Sachleistungsanspruch den ambulanten übersteigt, hat sich jedenfalls der rechnerische ambulante Gesamtleistungsbetrag dem vollstationären Leistungsbetrag in den letzten Jahren bereits deutlich angenähert. Dies gilt insbesondere für den rechnerischen Gesamtleistungsanspruch von Beziehern ambulanter Sachleistungen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (zum Beispiel für demenziell Erkrankte) und seit dem Pflege-Neuausrichtungs-

Gesetz aus dem Jahr 2013. Gerade ambulant versorgte Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz der sogenannten Pflegestufe o haben bei den Leistungsbeträgen im Vergleich zur vollstationären Versorgung bereits seit 2002 deutlich vom mehrfachen Leistungsausbau profitiert, da es für diesen Personenkreis in der vollstationären Versorgung neben der Komplexleistung des Paragraphen 43 SGB XI bislang keinen weiteren *individuellen* Leistungsanspruch gibt. Paragraf 87b SGB XI, der zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsleistungen für diesen Personenkreis in vollstationären Pflegeeinrichtungen vorsieht und auch Personen der sogenannten Pflegestufe o erfasst, ist kein individueller Leistungsanspruch, sondern ein fakultativer Vergütungsanspruch der Einrichtungen, der je nach Bundesland in der Höhe variiert. Eine betragsmäßige Einbeziehung in den Vergleich ist daher mangels einer einheitlich definierten Leistungshöhe nicht unmittelbar möglich.

Bei Kombination der ambulanten Pflegesachleistung (Paragraf 36 SGB XI) mit der Leistung der TNP (Paragraf 41 SGB XI) überschreiten die rechnerisch addierten Sachleistungsbeträge in den Pflegestufen II und III den in der gleichen Pflegestufe zur Verfügung stehenden vollstationären Sachleistungsbetrag aus Paragraf 43 SGB XI deutlich. Dieser Effekt trat für Pflegebedürftige im Sinne der Paragraphen 14, 15 SGB XI – also für Pflegebedürftige mit vorrangig körperlichen Beeinträchtigungen ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz – bereits durch die 150-Prozent-

Tabelle 1

Theoretisch möglicher Sachleistungsanspruch ambulant versorgter Pflegebedürftiger im Vergleich zum Anspruch auf vollstationäre Sachleistungen am Beispiel der Pflegestufe II

Jahr	Pflegestufe	Art des Leistungsanspruchs	Monatlicher Leistungsanspruch in Euro		Verhältnis
			Ambulant (aus Paragraphen 36, 123, 41, 45b SGB XI)	Vollstationär (aus Paragraf 43 SGB XI)	
2007	PS II	SL + TNP	921	1279	1 : 1,39
2007	PS II + EA	SL + TNP + BL	959	1279	1 : 1,33
2012	PS II	SL + TNP	1 650	1 279	1,29 : 1
2012	PS II + EA	SL + TNP + BL	1 750/1 850	1 279	1,37 : 1/1,45 : 1
2013	PS II	SL + TNP	1 650	1 279	1,29 : 1
2013	PS II + EA	SL (EA) + TNP + BL	1 975/2 075	1 279	1,54 : 1/1,62 : 1
2015	PS II	SL + TNP + BL	2 392	1 330	1,80 : 1
2015	PS II + EA	SL (EA) + TNP + BL	2 700/2 804	1 330	2,03 : 1/2,11 : 1

PS = Pflegestufe.

EA = Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Paragraf 45a SGB XI).

SL = Sachleistungsanspruch (Paragraf 36 SGB XI).

SL (EA) = Erhöhter Sachleistungsanspruch für EA (Paragraf 123 SGB XI).

BL = Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (vor dem 1.1.2015: Zusätzliche Betreuungsleistungen) (Paragraf 45b SGB XI).

TNP = Anspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege (Paragraf 41 SGB XI).

Quelle: Eigene Zusammenstellung und Berechnung auf Basis der leistungsrechtlichen Regelungen des Pflege-Versicherungsgesetzes im Zeitverlauf.

Regelung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes aus dem Jahr 2008 auf. Diese Regelung zur TNP bedeutete im Ergebnis, dass bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von ambulanter Pflegeleistung und TNP der rechnerische Gesamtanspruch nicht höher als 150 Prozent des Einzelanspruchs der Sach- beziehungsweise TNP-Leistung in Pflegestufe I–III sein durfte.

Seit dem Inkrafttreten des Ersten Pflegestärkungsgesetzes zum 1.1.2015 sind die rechnerischen Gesamtleistungsansprüche bei Kombination von ambulanter Pflegesachleistung (bei Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zuzüglich des erhöhten Betrags nach Paragraph 123 SGB XI), dem zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsanspruch nach Paragraph 45b SGB XI (der mittlerweile allen Pflegebedürftigen, jedoch in unterschiedlicher Höhe, zur Verfügung steht) und der TNP in allen Pflegestufen vergleichbar hoch oder sogar deutlich höher als der pflegestufengleiche vollstationäre Leistungsbetrag. Dieser Effekt wäre noch stärker ausgeprägt, wenn weitere Leistungen der häuslichen Versorgung (Verhinderungs- und Kurzzeitpflege nach Paragraphen 39, 42 SGB XI, Pflegehilfsmittel und Wohnraumanpassung nach Paragraph 40 SGB XI, Zuschuss für ambulant betreute Wohngemeinschaften nach Paragraph 38a SGB XI, Beiträge der Pflegekassen zur Verbesserung der Alterssicherung der Angehörigen und ehrenamtlich Pflegenden in Höhe von bis zu 407 Euro monatlich nach Paragraph 45 SGB XI) – umgerechnet auf den Monat – hinzugerechnet würden (Tabelle 1).

Entsprechend dem individuell gewünschten Versorgungsarrangement und der vor Ort verfügbaren Angebote variiert die Inanspruchnahme der Leistungen. Aber auch wenn man zum Beispiel Leistungen der TNP im Rahmen des ambulanten Gesamtanspruchs nicht berücksichtigt, weil bislang nur ein kleiner Teil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen diese in Anspruch nahm, wird deutlich, dass sich die verfügbaren Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen kombiniert mit Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Pflegestufe II (für Pflegebedürftige ohne und mit eingeschränkter Alltagskompetenz, siehe Tabelle 2) und Pflegestufe III auf ein

Tabelle 2

Theoretisch möglicher Sachleistungsanspruch ambulant versorgter Pflegebedürftiger ab dem 1.1.2015 im Vergleich zum vollstationären Sachleistungsanspruch am Beispiel der Pflegestufe II (ohne TNP)

Jahr	Pflegestufe	Art des Leistungsanspruchs	Monatlicher Leistungsanspruch in Euro		Verhältnis
			Ambulant (aus Paragraphen 36, 123, 41, 45b SGB XI)	Vollstationär (aus Paragraph 43 SGB XI)	
2015	PS II	SL + BL	1 248	1 330	1 : 1,07
2015	PS II + EA	SL (EA) + BL	1 402/1 506	1 330	1,05 : 1/1,13 : 1

PS = Pflegestufe.

EA = Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Paragraph 45a SGB XI).

SL = Sachleistungsanspruch (Paragraph 36 SGB XI).

SL (EA) = Erhöhter Sachleistungsanspruch für EA (Paragraph 123 SGB XI).

BL = Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (vor dem 1.1.2015: Zusätzliche Betreuungsleistungen) (Paragraph 45b SGB XI).

TNP = Anspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege (Paragraph 41 SGB XI).

Quelle: Eigene Zusammenstellung und Berechnung auf Basis der leistungsrechtlichen Regelungen des Pflege-Versicherungsgesetzes im Zeitverlauf.

Tabelle 3

Theoretisch möglicher Geld- und Sachleistungsanspruch ambulant versorgter Pflegebedürftiger (Geldleistungsempfänger) ab dem 1.1.2015 im Vergleich zum vollstationären Sachleistungsanspruch am Beispiel der Pflegestufe II (mit TNP)

Jahr	Pflegestufe	Art des Leistungsanspruchs	Monatlicher Leistungsanspruch in Euro		Verhältnis
			Ambulant (aus Paragraphen 36, 123, 41, 45b SGB XI)	Vollstationär (aus Paragraph 43 SGB XI)	
2015	PS II	GL + BL + TNP	1 706	1 330	1,28 : 1
2015	PS II + EA	GL (EA) + BL + TNP	1 947/2 051	1 330	1,46 : 1/1,54 : 1

PS = Pflegestufe.

EA = Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Paragraf 45a SGB XI).

GL: Geldleistungsanspruch (Paragraf 37 SGB XI).

GL (EA): Erhöhter Geldleistungsanspruch für EA (Paragraf 123 SGB XI).

BL = Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (vor dem 1.1.2015: Zusätzliche Betreuungsleistungen) (Paragraf 45b SGB XI).

TNP = Anspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege (Paragraf 41 SGB XI).

Quelle: Eigene Zusammenstellung und Berechnung auf Basis der leistungsrechtlichen Regelungen des Pflege-Versicherungsgesetzes im Zeitverlauf.

vergleichbares Niveau angenähert haben. In Pflegestufe I gilt dies jedenfalls bereits für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

Demgegenüber werden die Leistungsbeträge der Geldleistung (Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen nach Paragraf 37 SGB XI) – da sie regelhaft niedriger als die der ambulanten Pflegeleistung sind – die vollstationären Leistungsbeträge in absehbarer Zeit im Einzelvergleich nicht überschreiten. Auch bei Addition der Geldleistungsbeträge nur mit dem Leistungsbetrag der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Paragraf 45b SGB XI ändert sich hieran nichts. Erst wenn auch die Leistungsbeträge der TNP hinzu addiert werden, überschreitet dieser Gesamtanspruch in allen Pflegestufen (außer Pflegestufe I für Personen ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz) seit dem 1.1.2015 den jeweiligen vollstationären Leistungsbetrag (Tabelle 3).

Eine vollständige Angleichung der Leistungsbeträge würde voraussetzen, dass ambulant wie vollstationär nur eine inhaltsgleiche (Sach-)Leistung zur Verfügung steht, deren Leistungsbeträge über die Pflegestufen beziehungsweise zukünftigen Pflegegrade jeweils identisch sind. Gerade in einem Teilleistungssystem ist es jedoch von großer Bedeutung, dass der Gesetzgeber Anreize für den Ausbau und die Verbesserung bestimmter Versorgungsformen setzen kann und sichergestellt ist, dass im Notfall bestimmte Leistungen (zum Beispiel Kurzzeitpflege) verfügbar und noch nicht „verbraucht“ sind, um die adäquate Versorgung und Wahlfreiheit der Versicherten zu erhalten. Auch der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat sich mit großer Mehrheit für die Beibehaltung unterschiedlicher Leistungsansprüche in der ambulanten und vollstationären Versorgung ausgesprochen und eine vollständige Angleichung der Sachleistungsbeträge nicht als fachlich sinnvoll angesehen (Bundesministerium für Gesundheit 2013: 39–40). Die Leistungen der ambulanten und stationären Versorgung

sind also nur bedingt vergleichbar. Bei einer Gesamtbetrachtung kann festgehalten werden, dass der Gesetzgeber den ambulanten Bereich in den letzten Jahren deutlich gestärkt hat und bei entsprechendem Bedarf und Wunsch des Versicherten in der ambulanten Versorgung Leistungsansprüche bestehen, deren Gesamtbeträge zum Teil deutlich über den Leistungsbeträgen des vollstationären Bereichs liegen.

6 **Gute Pflegequalität: Eine Gemeinschaftsaufgabe für viele Akteure – Auch für das Bundesverfassungsgericht?**

Immer wieder wird in den Medien über Fälle (angeblich) schlechter Pflege, insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen, berichtet (zum Beispiel Ackeren 2013). Zudem wurden 2014 mehrere Verfassungsbeschwerden beim Bundesverfassungsgericht eingereicht, die auf eine 2013 verfasste Dissertation zurückgehen (Moritz 2013). Die Autorin dieser Arbeit hält gravierende Mängel der Pflegequalität in deutschen Pflegeheimen für empirisch belegbar, stützt sich bei ihrer Argumentation allerdings fast ausnahmslos auf über zehn bis zu 15 Jahre alte Studien. Ursächlich für die behaupteten Mängel seien nach Moritz die gesetzlichen Rahmenbedingungen in der Pflege, insbesondere die Finanznot der Pflegekassen, die hierdurch bedingte geringe Vergütung der Pflegeheime, deren defizitäre Personalausstattung und schlechte Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal. Verschärft werde diese Situation durch eine unzulängliche Kontrolle der Pflegeeinrichtungen. Die genannten Zusammenhänge werden von Moritz nicht belegt und sind in dieser Form wegen der hohen Komplexität der Sachzusammenhänge auch kaum belegbar. Pflegewissenschaftliche und gesetzgeberische Ansätze zur Stärkung der Pflegequalität aus den letzten Jahren und ihre Wirkungen werden in der Arbeit nur am Rande erörtert. Moritz hält im Ergebnis ein verfassungswidriges, gesetzgeberisches Unterlassen für gegeben (zur Rezeption der Dissertation siehe auch Wingenfeld 2014 sowie Rasch 2014).

Auch der Beschwerdeführer einer der Verfassungsbeschwerden ist der Auffassung, der Staat käme seiner Schutzpflicht für ältere und pflegebedürftige Menschen nicht nach, weil er nicht durch eine bessere Personalausstattung für eine bessere Pflegequalität sorgt. Die Verfassungsbeschwerden erhielten viel mediale Aufmerksamkeit. Eine sachliche Auseinandersetzung mit dem Thema Qualitätsentwicklung in der Pflege fand und findet jedoch in diesem Rahmen nach Beobachtung der Autoren in der Regel nicht statt.

Die Qualitätsdiskussion in der Pflege wurde seit Einführung der Pflegeversicherung geführt. Eine gute Pflegequalität ist ein multifaktorielles Geschehen, an dem viele Akteure beteiligt sind. In erster Linie liegt die Qualitätsverantwortung bei den Pflegeeinrichtungen, die nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse pflegen und betreuen und eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten haben (Paragraf 11 Absatz 1 SGB XI). Sie sind daher insbesondere für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich. Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den von der sogenannten Pflegeselbstverwaltung vereinbarten Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (Paragraf 113 SGB XI) sowie die vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale (Paragraf 84 Absatz 5 SGB XI). So müssen Pflegeeinrichtungen ein internes Qualitätsmanagement betreiben, das auf stetige Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist.

Daneben sind die Pflegekassen aus ihrem Sicherstellungsauftrag (Paragraf 69 SGB XI) zur Gewährleistung einer dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechenden pflegerischen Versorgung verpflichtet.

Die Qualität der Einrichtungen wird durch jährliche Regelprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) nach Paragrafen 114 SGB XI ff. überprüft; die Prüfberichte werden als Transparenzberichte veröffentlicht (Paragraf 115 Absatz 1a SGB XI). Weitere Qualitätsprüfungen finden aus ordnungsrechtlicher Sicht auf Landesebene durch die zuständigen Heimaufsichtsbehörden nach Maßgabe der jeweiligen „Heimgesetze“ (die heute in der Regel auch ambulante Dienste erfassen) statt. Aufgabe des MDK (und der Heimaufsichten) ist jedoch nicht nur die Kontrolle der Einrichtungen, sondern insbesondere auch die Beratung zur Qualitätsverbesserung der Einrichtungen.

Der 4. Bericht zur Pflegequalität des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (2014) attestiert den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zum Teil deutliche Verbesserungen der Versorgungs- und Ergebnisqualität, auch im Vergleich zum dritten Qualitätsbericht (MDS 2012). Die Verbesserungen im aktuellen Bericht betreffen dabei gerade solche Bereiche, in denen noch im 3. Bericht im Zeitverlauf keine deutlichen Verbesserungen erkennbar waren, zum Beispiel bei der Dekubitusprophylaxe oder der Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen. Dies deutet darauf hin, dass die Maßnahmen des Bundesgesetzgebers sowie die Umsetzung durch die Selbstverwaltung und die Einrichtungen funktionieren. Der Bericht stellt die derzeit umfassendste und differenzierteste Darstellung der Qualitätssituation, ihrer Probleme und ihrer Entwicklung dar (Grundlage: Pflegezustand von rund 62 000 Pflegeheimbewohnern). Gleichwohl haben gerade die MDS-Qualitätsberichte in der Vergangenheit zu Missverständnissen geführt: So wird häufig übersehen, dass bei der Qualitätsprüfung des MDK in der Regel eine pflegerische Handlung als nicht durchgeführt gilt, wenn sie nicht angemessen dokumentiert wurde (Wingenfeld 2014). Das bedeutet jedoch nicht automatisch, dass Pflegekräfte ihre Arbeit nicht fachgerecht erledigt haben. Zudem wird bei der Interpretation teilweise das unzureichende Management beziehungsweise die unzureichende Dokumentation eines Pflegerisikos mit einer eingetretenen Gesundheitsschädigung verwechselt („Verhungern im Pflegeheim“).

Es ist unbestritten, dass genügend qualifiziertes und motiviertes Pflege- und Betreuungspersonal eine wesentliche Rolle bei der Versorgungs- und Lebensqualität in den Einrichtungen spielt. Bei den Pflegesatzverhandlungen stationärer Pflegeeinrichtungen wird daher auch die erforderliche Personalausstattung berücksichtigt (Paragraf 85 Absatz 3 SGB XI). Eine Verbesserung der Personalsituation in den Einrichtungen kann nach gegenwärtiger Gesetzeslage vorrangig durch die Einrichtungen im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen erreicht werden. Die Personalausstattung hängt zudem maßgeblich von den auf Landesebene vereinbarten Personalschlüsseln der Landesrahmenverträge nach Paragraf 75 Absatz 2 Nummer 3 SGB XI ab. Auf diese können Einrichtungsträger auf Landesebene Einfluss nehmen. Schließlich wird die Personalsituation, insbesondere die Qualifikation des anwesenden Personals durch die in der Regel bei 50 Prozent oder höher liegende Fachkraftquote aus den landesrechtlichen „Heimgesetzen“ bestimmt.

Damit liegt ein wesentlicher Teil der Rahmenbedingungen für die Personalausstattung auf Landesebene beziehungsweise bei den Einrichtungen selbst. Dies ist nach Auffassung der Autoren auch sinnvoll: Denn ein bundeseinheitlicher und damit starrer „Personalschlüssel“ würde den regionalen Besonderheiten sowie den Besonderheiten der einzelnen Einrichtungen nicht ge-

recht. Der Bundesgesetzgeber hat die Personalsituation in Pflegeheimen in den letzten Jahren zudem durch die Einführung und den Ausbau von zusätzlichen Betreuungskräften nach Paragraph 87b SGB XI nachhaltig verbessert, zuletzt mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz durch eine erneute Verbesserung der Betreuungsrelation von 1:24 auf 1:20 sowie die Erstreckung auf alle Pflegebedürftige (vormals bezog sich die Relation nur auf Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz).

Angesichts der deutlichen Anstrengungen des Bundesgesetzgebers zur Verbesserung der Pflegequalität in den letzten Pflegereformen, insbesondere seit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) aus dem Jahr 2002 und der durch die MDS-Qualitätsberichte belegbaren, stetigen Verbesserungen der Pflegequalität, kann von einem gesetzgeberischen Unterlassen – wie in der oben zitierten Dissertation und der nachfolgenden Verfassungsbeschwerde argumentiert wird – nicht die Rede sein. Bezogen auf den Vorwurf, dass eine unzureichende Personalausstattung die Versorgungsqualität beeinträchtigt, zeigen die MDS-Qualitätsberichte, dass die Qualitätsanforderungen bei der großen Mehrheit der Pflegeeinrichtungen eingehalten werden, ohne dass dort eine höhere beziehungsweise bessere Personalausstattung vorliegt. Dies zeigt, dass Versorgungsqualität wesentlich durch die Pflegeeinrichtungen mit beeinflussbar ist.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Versorgungsqualität in der Pflege sehr hoch ist und seit Jahren steigt. Der Bundesgesetzgeber hat diesen Prozess maßgeblich mit befördert und wird dies auch weiter tun, denn die berichteten Fälle von Pflegemängeln oder Gewalt in der Pflege sind ernst zu nehmen. Allerdings ist hier eine genaue Ursachenanalyse wichtig, aus der sich auch ergibt, was durch die beteiligten Akteure jeweils getan werden kann und muss. So ist bei konkreten Pflegeproblemen die Heimaufsicht erste Ansprechpartnerin, da sie aufgrund ihrer ordnungsrechtlichen Befugnisse und Schutzpflichten für die Gesundheit der Pflegebedürftigen sehr kurzfristig eingreifen kann und muss.

Wichtig ist jedoch die Qualität des internen Qualitätsmanagements: Dieses ist für die Versorgungsqualität von sehr großer Bedeutung, denn selbst wenn die Kontrollen durch Heimaufsicht und MDK häufiger als heute erfolgen würden, könnten Pflegeprobleme, die manchmal schon innerhalb von wenigen Stunden zu einem Gesundheitsrisiko werden können, nicht rechtzeitig erkannt und behoben werden (Wingenfeld 2014: 203). Skandalisierende Medienberichte und populistische Streitschriften helfen dem gegenüber nicht, sie schaden aber der großen Mehrheit der Pflegekräfte und Einrichtungen, die engagiert und fachlich gut arbeiten und für ihre Arbeit eine entsprechende Wertschätzung erfahren sollten.

Gute Pflege ist kein statischer Zustand, sondern ein täglich aufs Neue zu erarbeitendes Ziel, das sich mit dem medizinisch-pflegerischen Fortschritt auch ständig weiterentwickelt. In diesem Sinn sollte das engagierte Arbeiten der beteiligten Akteure an guter Pflege auch im 20. Jahr der Pflegeversicherung fortgesetzt werden. Als nächster Meilenstein der Weiterentwicklung der Pflegequalität ist mit Beginn des Jahres 2015 und unterstützt vom Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung die bundesweite Implementierung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation vorgesehen (Patientenbeauftragter 2014). Das neue Modell erlaubt eine zielgerechte Erfassung der Situation des Pflegebedürftigen entlang relevanter Themenfelder sowie ein systematisch gesichertes Erkennen und Festhalten pflegesensitiver Risiken und ermöglicht eine pflegefachlich geeignete, effiziente und rechtlich geprüfte Dokumentationswei-

se.⁴ Damit wird ein weiterer wesentlicher Baustein der Pflegequalität (Pflegeplanung und Dokumentation) verbessert. Zugleich werden die Pflegekräfte von überflüssiger Bürokratie entlastet. So ergab sich im Praxistest eine Zeitersparnis von 30 bis 50 Prozent bei Datensammlung und Formularen (Beikirch und Roes 2014), so dass die Personalressourcen in Pflegeeinrichtungen besser eingesetzt werden können.

Als weiterer Meilenstein wurde mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz im Jahr 2013 gesetzlich die Einführung eines indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich (Paragraf 113 Absatz 1 SGB XI) auf Grundlage der Ergebnisse des Projekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ (Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2011) durch die Pflegeselbstverwaltung ermöglicht. Das pflegewissenschaftlich fundierte Verfahren erlaubt die im Rahmen des internen Qualitätsmanagements strukturiert erhobenen Daten auch für die Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung zu nutzen. Sowohl das Strukturmodell der Pflegedokumentation als auch das indikatorengestützte Verfahren basieren auf dem neuen Begutachtungsassessment (NBA), so dass bei seiner Einführung im Jahr 2017 fachlich abgestimmte Konzepte für die Dokumentation und Qualitätssicherung zur Verfügung stehen werden.

7 Fazit und Ausblick

Die deutsche Pflegeversicherung hat sich in ihrem 20. Jahr zu einem international anerkannten und vielfach kopierten Modell für die Gestaltung einer menschenwürdigen und finanzierbaren pflegerischen Versorgung auch angesichts demografischer Veränderungen entwickelt. Deutschland verfügt über eine gut entwickelte und leistungsfähige Pflegeinfrastruktur von guter Qualität und über gut ausgebildete Fachkräfte. Bekannte Herausforderungen wurden von der Bundesregierung, dem Bundesgesetzgeber und der Pflegeselbstverwaltung insbesondere in den letzten zehn Jahren systematisch und stetig angegangen.

In der laufenden 18. Legislaturperiode steht das Thema Pflege ganz oben auf der politischen Tagesordnung. Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurden bereits ein deutlicher Leistungsausbau in der häuslichen Versorgung und eine nachhaltige Verbesserung der Personalsituation in stationären Pflegeeinrichtungen umgesetzt.

Nunmehr soll mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz die in mehreren Jahren vorbereitete Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsassessments sowie die Umstellung auf fünf Pflegegrade erfolgen. Damit werden Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen bei der Einstufung und den Leistungsansprüchen künftig gleich behandelt. Es ist davon auszugehen, dass damit viele Pflegebedürftige höher eingestuft werden als heute. Die Pflegeversicherung wird auf eine neue fachliche Grundlage („Pflegeversicherung 2.0“) gestellt. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist jedoch kein Allheilmittel, sie sollte deshalb auch nicht mit übersteigerten Erwartungen überfrachtet werden.

4 Für weitere Informationen siehe <http://patientenbeauftragter.de/index.php/2-uncategorised/26-die-entwicklung-des-strukturmodells>

Die enge Begleitung der Einführung, die stetige Weiterentwicklung der Pflegequalität und die langfristige Sicherung qualifizierter und motivierter Fachkräfte bleiben ebenso zentrale Aufgaben für die nahe Zukunft wie die nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung.

Literaturverzeichnis

- Ackeren, Margarete van (2013): Pflege-Missstände in Deutschland – Warum es Haustieren besser geht als Senioren. FOCUS Online vom 2.7.2013. www.focus.de/gesundheits/arzt-klinik/tid-32153/waldi-fiffi-und-opi-pflege-misstaende-in-deutschland-angeprangert-gute-pflegeheime-gibt-es-nicht_aid_1031825.html
- Alber, Jens (1990): Ausmaß und Ursachen des Pflegenotstands in Deutschland. *Staatswissenschaften und Staatspraxis* 1, 335–361.
- Alber, Jens und Martin Schölkopf (1999): *Seniorenpolitik. Die soziale Lage älterer Menschen in Deutschland und Europa*. Amsterdam, G+B Verlag Fakultas.
- Bartholomeyczik, Sabine (2007): Pflegezeitbemessung unter Berücksichtigung der Beziehungsarbeit. *Pflege & Gesellschaft*, 3, 240–248.
- Beikirch, Elisabeth und Martina Roes (2014): Abschlussbericht zum Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“. www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbuerokratisierung/Abschlussbericht_und_Anlagen__fin20140414.pdf
- Bispinck, Reinhard, Heiner Dribbusch, Fikret Öz und Evelyn Stoll (2012): Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank. WSI, Düsseldorf.
- Bogai, Dieter, Jeanette Carstensen, Holger Seibert, Doris Wiethölter, Stefan Hell und Oliver Ludewig (2015): Viel Varianz. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Studie im Auftrag des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Berlin.
- bpa (2014): *Übersicht über die Personalschlüssel in den Ländern*. Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Berlin
- Bundesagentur für Arbeit (2014): *Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Altenpflege*. Nürnberg.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1997): *Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung am 1. Januar 1995*. Bonn. www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Erster_Bericht_ueber_die_Entwicklung_der_Pflegeversicherung_seit_ihrer_Einfuehrung_am_01._Januar_1995.pdf
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014): *Zwischenbericht zur Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege (2012–2015)*. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2011): *Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2013): *Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs*. Berlin. www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Pflegebegriff_RZ_Ansicht.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2011): *Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe*. Abschlussbericht von Klaus Wingenfeld,

- Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld, und Dietrich Engels, Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH, Köln, für das BMG und BMFSFJ, Bielefeld und Köln. www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Entwicklung_und_Erprobung_von_Instrumenten_zur_Beurteilung_der_Ergebnisqualitaet_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf
- CDU, CSU und SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten – Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf
 - Deutscher Bundestag (1993): Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.: Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG). Bundestags-Drucksache 12/5262.
 - Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (2009): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Zentrale Studienergebnisse im Überblick. Frankfurt a.M. www.iwak-frankfurt.de/documents/berufsverlaeuft_broschuere.pdf
 - Joost, Angela (2010): Berufsverläufe von Altenpfleger/innen – Ergebnisse und Ansatzpunkte zur Verlängerung der Beschäftigungszeiten. Informationsdienst Altersfragen, 37 (3), 3–8.
 - Körper-Stiftung (Hrsg.) (2012): Alter neu erfinden – Ergebnisse der forsa-Umfrage „Altern in Deutschland“ im Auftrag der Körper-Stiftung. www.koerber-stiftung.de/gesellschaft/schwerpunkt-alter-neu-erfinden/medien-downloads/studie-altern-in-deutschland-forsa.html
 - Längen, Markus (2012): Vollversicherung in der Pflege – Quantifizierung von Handlungsoptionen. Gutachten im Auftrag von ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft. Osnabrück. www.verdi.de (Stichwortsuche: „vollversicherung“).
 - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (2012): 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI – Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen.
 - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (2014): 4. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI – Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen.
 - Moritz, Susanne (2013): Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen. Baden-Baden, Nomos.
 - Patientenbeauftragter (Der Beauftragte für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung) (2014): Entbürokratisierung der Pflegedokumentation startet im Januar 2015. Pressemitteilung vom 18.12.2014. www.patientenbeauftragter.de/index.php/11-pressemittelungen/pflege/58-entbuerokra-tisierung-der-pflegedokumentation-startet-im-januar-2015.
 - Pilger, Carmen und Daniel Jahn (2013): Gesundheitswesen in Baden-Württemberg – Struktur und Entwicklung der Beschäftigung. IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz IAB Baden-Württemberg, 01/2013. Nürnberg.
 - Rasch, Edna (2014): Zuviel des Guten: zur Bedeutung grundrechtlicher Schutzpflichten im politischen Diskurs. Eine Erwiderung auf Susanne Moritz. NDV, 94 (4), 145–149.
 - Rothgang, Heinz, Rolf Müller, Rebecca Mundhenk und Rainer Unger (2014): Barmer GEK Pflegereport 2014. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Bd. 29. Siegburg, Asgard.
 - Schmähl, Winfried (1993): Zur Finanzierung einer Pflegeversicherung in Deutschland. Deutsche Rentenversicherung, 32, 358–374.
 - Schölkopf, Martin (1998): Die Altenpflege und die Daten: Zur quantitativen Entwicklung der Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen. Sozialer Fortschritt, 47 (1), 1–9.

- Schölkopf, Martin (2002): Trends in der Alten(Pflege-)politik der Bundesländer. In: Thomas Klie, Anke Buhl, Hildegard Entzian und Roland Schmidt (Hrsg.): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf. Frankfurt a. M., Mabuse, 13–44.
- Schulz-Nieswandt, Frank (1990): Stationäre Altenpflege und „Pflegenotstand“ in der Bundesrepublik Deutschland. Frankfurt a. M. u. a., Lang.
- Sozialverband Deutschland (1999): Für eine würdevolle Pflege – Positionen des SoVD zur Pflege. Berlin. www.sovd.de/fileadmin/downloads/broschueren/pdf/wuerdevolle_pflege.pdf
- Statistisches Bundesamt (2013): Verdienste und Arbeitskosten – Arbeitnehmerverdienste 2012. Fachserie 16, Reihe 2.3. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014): Statistik der Sozialhilfe 2011. Hilfe zur Pflege. Wiesbaden.
- Wingenfeld, Klaus (2014): Ist die Qualität der Heime wirklich so schlecht? NDV, 94 (5), 200–203.