



# Struktureller Reformbedarf in der Pflegeversicherung – ein Vierteljahrhundert nach ihrer Einführung

*Robert Paquet*

- 1.1 Einleitung – 4**
  - 1.1.1 Pflegeversicherungsgesetz 1994 – 5
- 1.2 Strukturen der Pflegeversicherung – 5**
  - 1.2.1 Institutionelle Weichenstellungen – 5
  - 1.2.2 Das Leistungssystem – 10
- 1.3 Vor neuen Herausforderungen – 14**
- 1.4 In der Kritik: Das Teilleistungssystem – 15**
- 1.5 Lösungsansätze – 16**
- 1.6 Schlussbemerkung und Fazit – 18**
- Literatur – 19**

## ■ Zusammenfassung

Vor einem Vierteljahrhundert wurde die Pflegeversicherung als neuer Zweig der sozialen Sicherung gegründet. Verbunden damit war die Entscheidung für bestimmte institutionelle Strukturen und Gestaltungsprinzipien. Einige davon haben einen engen Bezug zu aktuellen Problemen. Der Beitrag beschreibt die wichtigsten damaligen Weichenstellungen, wie die Entscheidung für eine Sozialversicherung, ihre Anbindung an die Krankenversicherung, für die Pflegeeinstufung durch den Medizinischen Dienst und zum Leistungssystem. Probleme der Qualität und Transparenz der Pflegeleistungen wurden erst später aufgegriffen und gesetzlich geregelt. Die Fragen der Investitionsfinanzierung der Heime und des Teilleistungs-Charakters der Pflegeversicherung hingen von Anfang an in der Luft. Die heute damit zusammenhängenden Probleme verweisen eher auf damalige „Nicht-Entscheidungen“ als auf bewusste Absichten: Politische Kompromisse haben die Pflegeversicherung immer schon geprägt. Abschließend werden die möglichen Lösungen für den vorhergesagten Anstieg des „Eigenanteils“ der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege diskutiert. Es gibt alternative Lösungsansätze zum „Sockel-Spitze-Tausch“ bzw. zum Übergang zu einer „Vollversicherung“.

*Nearly a quarter of a century ago, the German long-term care insurance was founded as a new branch of the social security system. This was linked to the decision for specific institutional structures and design principles. Some of these are closely related to current problems. The article describes the main strategic measures at the time, such as the decision in favour of social insurance, its connection to statutory health insurance funds, the determination of the need for nursing care by the Medical Review Board of the health insurance funds and the range of benefits. The aspects of quality of care and transparency of the insurance benefits were taken up later and subjected to legal regulation. The issues of investment financing of nursing homes and the “partial benefit” character of long-term care insurance were pending unsolved from the very be-*

*ginning. Today’s associated problems rather point back to „non-decisions“ at the time than to wilful intentions: Political compromises have always shaped long-term care insurance. The paper concludes with the discussion of possible solutions for the predicted increase of „self-payment“ in nursing homes. There are alternatives to remodelling long-term care insurance towards a full coverage system.*

## 1.1 Einleitung

Die aktuelle Diskussion um die Pflegeversicherung wird beherrscht vom Problem der steigenden „Eigenanteile“ in der stationären Pflege. Hier sieht sich die Politik herausgefordert, nach neuen Lösungen zu suchen. Wie meist bei gesundheits- und pflegepolitischen Fragen drängen Äußerungen mit alarmistischem Tonfall in den Vordergrund. So titelte z. B. „Die Welt“ am 22.11.2019 „Pflegekosten werden drastisch steigen“, obwohl die Studie der Bertelsmann Stiftung, über die berichtet wurde, eher nüchtern denkbare Finanzierungsalternativen darstellt (Bertelsmann Stiftung 2019). Oder Tim Szent-Ivanyi, der in den Dresdner Neuesten Nachrichten (vom 2.1.2020, Seite 2) zum Jahresauftakt behauptet: „Die Pflegeversicherung leistet nicht mehr das, was sie soll.“ Reflexhaft folgt der Druck auf die Tränendrüse: Die Eigenanteile „können sich viele Rentner nicht mehr leisten, weshalb sie auf Sozialhilfe angewiesen sind.“<sup>1</sup>

Dabei werden grundlegende Reformen der Pflegeversicherung gefordert. Tatsächlich nimmt der Handlungsbedarf zu, jedoch keineswegs sprunghaft. Daher ist es sinnvoll, jetzt an politischen Lösungen zu arbeiten, ohne in Hektik zu verfallen. Wenn von „strukturellem Reformbedarf“ die Rede ist, sollte man be-

<sup>1</sup> Tatsächlich liegt die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege (in Einrichtungen) von 2011 bis 2018 fast konstant um die 250.000. ► <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Tabellen/liste-hilfe-pflege.html>. (Zugegriffen: 24. Januar 2020).

rücksichtigen, dass es verschiedene „prägende Strukturen“ der Pflegeversicherung gibt, die miteinander zusammenhängen. Dafür lohnt ein Blick in die Vergangenheit und insbesondere auf das Pflegeversicherungsgesetz von 1994 (PflegeVG 1994) (und seine parlamentarische Vorgeschichte), mit dem der damals neue Sozialversicherungszweig gegründet wurde. Mit seiner Einführung waren zahlreiche grundlegende Gestaltungsentscheidungen verbunden.

Von heute aus sieht man, dass sich viele der damals begründeten Strukturen bewährt haben und anpassungs- bzw. entwicklungsfähig waren. Andere Problemthemen wurden zwar erkannt, aber auch wegen politischer Kompromisse ausgeklammert oder vertagt. Einige dieser Probleme wurden zwischenzeitlich angegangen. Wieder andere Themen lagen in den 90er Jahren noch nicht im Blickfeld und stellen heute z. T. die früheren konzeptionellen Vorgaben in Frage.

In einer knappen Rückschau sollen – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – einige der damaligen Strukturentscheidungen und ihre Weiterentwicklung skizziert werden. Aufgegriffen werden die institutionellen Weichenstellungen und Fragen des Leistungsbereichs. Eingegangen wird auch auf die Frage der Investitionsfinanzierung der Einrichtungen und die Ausgestaltung der Versicherung als Teilleistungssystem. Gerade diese Regelungen waren damals und in der Folgezeit von konzeptioneller Indifferenz geprägt. Im Anschluss wird auf die Kritik am Teilleistungssystem eingegangen; denkbare Lösungsmöglichkeiten werden angesprochen. Abschließend wird auf zwei Strukturprobleme hingewiesen, die in der aktuellen Diskussion unterbelichtet sind.

### 1.1.1 Pflegeversicherungsgesetz 1994

---

Das Pflegeversicherungsgesetz hat eine Vorgeschichte, auf die hier nur in wenigen Stichworten eingegangen werden kann: In den acht-

ziger Jahren nahm die Pflegebedürftigkeit zu und wurde zunehmend zum Problem. Gleichzeitig nahmen die Pflegemöglichkeiten in den Familien und Nachbarschaften ab (Verstärkung, Auflösung großfamiliärer Zusammenhänge, Zunahme der Einpersonenhaushalte etc.). Die Kommunen und Länder ächzten unter der Zunahme der Kosten für die Hilfe zur Pflege (Sozialhilfe). Die anderen Sozialversicherungszweige (Renten- und Krankenversicherung) waren für das Problem nicht „zuständig“ und hätten auch kaum geeignete Einwirkungsmöglichkeiten gehabt. Der Druck auf die Politik, eine Lösung zu finden, wuchs seit den siebziger Jahren an. In der Koalitionsvereinbarung von CDU/CSU und FDP für die 12. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages hieß es daher unter (der letzten) Ziffer 34 zur Sozialpolitik: „Die Bundesregierung wird bis zum 1.6.1992 dem Deutschen Bundestag einen Gesetzentwurf zur Absicherung bei Pflegebedürftigkeit vorlegen.“ (Koalitionsvereinbarung 1991) Bis zum Entwurf der Koalitionsfraktionen im Deutschen Bundestag hat es allerdings bis 1993 gedauert (Pflege-VG 1993). Darin wurde Pflegebedürftigkeit – und das war ein gewaltiger Schritt – „als ein unabhängig vom Lebensalter bestehendes **allgemeines Lebensrisiko**“ anerkannt, das einer solidarischen Absicherung bedarf. So das Vorblatt des Gesetzentwurfs (Hervorhebung des Autors).

## 1.2 Strukturen der Pflegeversicherung

---

### 1.2.1 Institutionelle Weichenstellungen

---

#### ■ ■ Sozialversicherung oder Leistungsgesetz?

Der zentrale Streitpunkt bei der Einführung der Pflegeversicherung war, in welcher Form das Problem angegangen werden sollte. Das kommt im damaligen Gesetzentwurf noch in

dankenswerter Klarheit zum Ausdruck.<sup>2</sup> Als „Alternativen“ wurden benannt:

- „a) Verbesserung der Pflegeleistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz,
- b) steuerfinanziertes Pflegeleistungsgesetz,
- c) freiwillige private Pflegeversicherung mit steuerlichen Anreizen,
- d) private Pflege-Pflichtversicherung für alle Bürger auf der Grundlage des Kapitaldeckungsverfahrens.“

Dabei kann man heute froh sein, dass die **Konstruktion einer neuen Sozialversicherung** gewählt worden ist. Eine Verbesserung der Leistungen im Rahmen der Sozialhilfe wäre nach wie vor mit einer Bedürftigkeitsprüfung verbunden gewesen und hätte dem Charakter des „allgemeinen Lebensrisikos“ nicht Rechnung getragen. Außerdem wären die Sozialhilfeträger nicht entlastet worden, was damals ein zentrales Anliegen der Reform war (bei Ländern und Kommunen). Im Vorblatt hieß es: „Pflegebedürftig zu werden, bedeutet regelmäßig eine hohe Kostenbelastung, die in den meisten Fällen zu einer wirtschaftlichen Überforderung der Betroffenen und damit verbunden zum Verlust von Vermögen und zum sozialen Abstieg führt, in den nicht selten Kinder oder Eltern der Pflegebedürftigen mit hineingezogen werden.“ In der Begründung wird auf Seite 61 darauf hingewiesen: „In den alten Bundesländern müssen ... rund 80 v. H. der stationär versorgten Pflegebedürftigen Sozialhilfe in Anspruch nehmen, in den neuen Bundesländern sind es fast 100 v. H.“

Bei einem steuerfinanzierten Leistungsgesetz – der damals meistdiskutierten Alternative – wären die Kosten, aber auch die Aufbringung der Mittel schwer kalkulierbar gewesen und man hätte mit größerem „Abgabewiderstand“ rechnen müssen als bei der Finanzierung durch Sozialabgaben. Die Attraktivität einer freiwilligen Privatversicherung muss man heute – nach den Erfahrungen mit der Riester-Rente (und auch dem „Pflege-Bahr“) – noch

skeptischer einschätzen als damals. Private Versicherungen auf der Grundlage des Kapitaldeckungsverfahrens stellen sich heute angesichts der fortdauernden Niedrigzinsphase als problematisch dar; die Behauptung ihrer Überlegenheit gegenüber dem Umlageprinzip verliert immer mehr an Plausibilität. Dabei waren die privatwirtschaftlichen Alternativen vor allem ein Anliegen der FDP, der es durchaus schwerfiel, der Sozialversicherungslösung zuzustimmen.

Mit der Entscheidung für eine Sozialversicherung war die **Finanzierung durch Beiträge verbunden**. Das hatte und hat alle Vorteile, die der Einzug im Rahmen des Gesamtsozialversicherungsbeitrags mit sich bringt. Es zieht aber auch solche Regelungen nach sich, die als „Gerechtigkeitsdefizite“ diskutiert werden: Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung werden in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) (für die Pflichtversicherten) nur die Arbeits-einkommen und Lohnersatzleistungen (insbesondere Renten) verbeitragt, nicht aber andere Einkommensarten. Außerdem wird mit der Beitragsbemessungsgrenze gegen die „vertikale Gerechtigkeit“ verstoßen.<sup>3</sup>

Bemerkenswert ist eine Besonderheit, die in der deutschen Sozialversicherung nur für die SPV eingeführt wurde:<sup>4</sup> Mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz (KiBG 2004) wurde die Kindererziehung im Beitragsrecht der SPV berücksichtigt. Versicherte zwischen 23 und 60 Jahren ohne Kinder zahlen seitdem einen Beitragszuschlag von 0,25 % zur Pflegeversicherung. Der Kinderzuschlag ist ein konzeptioneller Eingriff in die übliche Beitragsfinanzierung der Sozialversicherung, dessen gedanklicher Ansatz z. B. auch auf die Rentenversicherung übertragbar wäre, dort aber bisher politisch nicht von relevanten Kräften aufgegriffen wurde.

#### ■ ■ Verwaltung durch die Krankenversicherung

Sicher war es auch ein geschickter Schachzug, für die neue Sozialversicherung **keine ei-**

<sup>2</sup> Heutige Gesetzentwürfe werden bekanntlich in der Regel im Vorblatt als „alternativlos“ bezeichnet.

<sup>3</sup> Vgl. dazu zuletzt Rothgang (2019).

<sup>4</sup> Die zugrundeliegende Überlegung könnte auch auf die Rentenversicherung bezogen werden.

**genständige Organisation** aufzubauen. Das gilt auch für die Selbstverwaltung („Organleihe“). Die Pflegeversicherung sollte der Krankenversicherung folgen, die jeweilige Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. das jeweilige Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV) sollte die Administration übernehmen. Auf diese Weise konnte zum Beispiel die Finanzierung mit dem Beitragseinzug relativ unaufwendig eingeleitet werden.

Dabei ist eine Besonderheit, dass die Pflegeversicherung de facto als **Einheitsversicherung** mit einem vollständigen Ausgabenausgleich konzipiert wurde. Trotzdem wurde sie in die Hand der wettbewerblich ausgerichteten Kassen gelegt. Deren Wettbewerb war allerdings gerade mit dem zu Beginn des Jahres 1993 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetz (GKV-GSG 1992) neu geordnet und forciert worden. Daraus erwuchs ein Spannungsverhältnis zwischen beiden Aufgabenbereichen der Kassen, das zum Teil bis heute anhält. Das ist gelegentlich an den Berührungspunkten beider Leistungsbereiche, etwa der Prävention oder Rehabilitation, zu spüren. Immer wieder wurde den Kassen der Vorwurf gemacht, durch ihre Konzentration auf den für sie existentiell bedeutsamen Wettbewerb in der GKV käme es zu einer Vernachlässigung ihrer Aufgaben im Bereich der Pflegeversicherung. Die Kassen würden zu wenig tun, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern bzw. durch geeignete Maßnahmen, etwa die geriatrische Rehabilitation, einzudämmen. Ein immerwährender Streitpunkt ist die Zuordnung der „medizinischen Behandlungspflege“, die gegenwärtig von der Pflegeversicherung finanziert wird. Begründet war das ausschließlich mit der finanziellen Entlastung der GKV – ein Grund, der sich inzwischen erledigt hat. Nach dem Charakter der Leistung gehört sie zweifellos in die Zuständigkeit der Krankenversicherung (Rothgang und Müller 2013).

Trotz der konzeptionellen Unterschiede von Kranken- und Pflegeversicherung gab es immer wieder Vorschläge, die Pflegeversicherung als einen Leistungsbereich in die GKV zu

integrieren und ebenfalls wettbewerblich auszurichten. Verbunden mit einem angemessenen Risikostrukturausgleich sollten die Kassen damit z. B. motiviert werden, einerseits durch Gesundheitsförderung und Prävention dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit vorzubeugen bzw. durch Rehabilitationsmaßnahmen ihr Fortschreiten zu verzögern. Andererseits erhoffte man sich, dass die Kassen versichertenorientierte Pflegearrangements entwickeln und mehr auf die individuellen Problemlagen der Pflegebedürftigen eingehen. Mit der zunehmenden Skepsis der Politiker gegenüber wettbewerblichen Lösungen in der Sozialpolitik wurden solche Überlegungen jedoch immer seltener geäußert. Seit längerer Zeit sind sie praktisch aus der öffentlichen Diskussion verschwunden. Der mit den aktuellen Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung und den Einkommenssteigerungen der Pflegekräfte einhergehende Kosten- und Beitragsanstieg könnte allerdings das Interesse an einer wettbewerblichen Effizienzsteigerung im Pflegebereich wieder wecken. Eine Renaissance der Integrations-Debatte wäre somit nicht völlig überraschend.

#### ■ ■ Pflegeinfrastruktur und Vertragssystem

Wettbewerb sollte allerdings bei den Anbietern von ambulanten und stationären Pflegeleistungen herrschen. Dafür gab es zwar kein explizites Konzept, aber z. B. der nahezu vollständige **Verzicht auf Bedarfsplanung** (bzw. auf die staatliche Bereitstellung dieser Dienste) weist in diese Richtung. Wenn Pflegedienste bzw. Pflegeheime die entsprechenden personellen und qualitativen Zulassungsvoraussetzungen erfüllen, haben sie Anspruch auf einen Vertrag mit den Pflegekassen. Es gilt das Prinzip „wer kann, der darf“. Damit gibt es kein zielorientiertes bzw. systematisches Zusammenwirken der beteiligten Institutionen. Letztlich hat man auf die freigemeinnützigen und privaten Träger (bzw. Unternehmen) vertraut und darauf, dass deren mutmaßliche Gemeinwohlorientierung anhalten würde. Dass alle diese Einrichtungen sich unternehmerisch verhalten würden, wurde nicht erwartet; die Dynamik des **Marktes**

wurde fast komplett unterschätzt. Der sich entwickelnde **Wettbewerb** wurde nicht gesteuert. Erst in jüngster Zeit werden konzeptionelle Vorgaben (z. B. Personalschlüssel) diskutiert, bei denen jedoch fragwürdig ist, wieviel sie tatsächlich zur Qualität beitragen.

Es gab und gibt auch keine selektiven Vertragsmöglichkeiten für die Pflegekassen und dementsprechend keine Fallsteuerung für die Pflegebedürftigen. (Wo sollte auch ein entsprechendes Motiv für die Pflegekassen herkommen?) Herr des Verfahrens ist allein der Pflegebedürftige, der mit den Diensten bzw. stationären Einrichtungen Verträge schließen muss. Die Pflegekasse übernimmt nur die entsprechenden Zuschüsse.

Insoweit gibt es zwar ein **Vertragssystem** mit den Pflegekassen, das aber zahnlos gegenüber den Leistungserbringern ist. Die Verträge haben keine Steuerungswirkung, weder in regionaler Hinsicht (unterschiedliche Bedarfe) noch in Fragen der Qualität (so sind z. B. auch keine finanziellen Anreize für eine bessere Pflegequalität möglich).

Dieses Verfahren unterstreicht zwar die Autonomie der Pflegebedürftigen, setzt sie aber dem Wettbewerb der Anbieter aus. Gegenüber den Einrichtungen bzw. Pflegediensten sind sie als Einzelne regelmäßig in einer relativ schwachen Position (auch das ist ein Aspekt des Teilleistungsprinzips). Dabei ist das Angebot – trotz einiger Verbesserungen – immer noch nicht transparent genug. Beispielsweise wird man erst mit dem seit November 2019 funktionierenden System zur Qualitätsbewertung von Heimen das Angebot besser bewerten können. Außerdem stößt das Autonomie-Konzept in den Fällen an seine Grenze, in denen Hilfe zur Pflege in Anspruch genommen werden muss; der Sozialhilfeträger ist dann regelmäßig gehalten, für die Pflegebedürftigen das preisgünstigste Leistungsangebot zu wählen.

### ■ ■ Pflichtversicherung

In gewisser Weise revolutionär war die **Bestimmung des versicherungspflichtigen Personenkreises** (§§ 18–23 SGB IV), die sich heute fast wie eine Vorahnung der Bürgerversi-

cherung liest. Alle Erwerbstätigen und Bezieher von Lohnersatzleistungen (Rentner, Arbeitslosengeld-Empfänger etc.) sowie die Sozialhilfeempfänger wurden versicherungspflichtig.<sup>5</sup> Die Familienversicherung galt in der SPV wie in der GKV. In der privaten Pflegeversicherung (PPV) herrscht das Individualprinzip. Auch Beamte, Abgeordnete und höherverdienende Angestellte mussten sich versichern. Sie hatten die Option, neben der SPV auch die PPV als Versicherung zu wählen.

Ebenso bahnbrechend war die Vorgabe eines **identischen Leistungsrahmens für die soziale und die private Pflegeversicherung**. Störend ist dabei nur, dass es zwischen SPV und PPV keine Finanzierungssolidarität gibt.<sup>6</sup> Die unterschiedlichen Finanzierungssysteme bestehen nebeneinander fort.

Die Begründung der Gesetzesinitiative war und ist in diesem Punkt modern und nach wie vor zutreffend: Hingewiesen wird auf die künftige demographische Entwicklung, die durch steigende Lebenserwartung und eine Zunahme des Anteils der über 75-Jährigen an der Wohnbevölkerung gekennzeichnet sei. Diese Altersgruppe sei in erhöhtem Maße vom Risiko der Pflegebedürftigkeit betroffen. Zugleich wird jedoch darauf hingewiesen, dass hier kein Automatismus vorliegt: „Es ist also völlig falsch zu glauben, im gleichen Maß wie die Zahl der älteren Mitbürger würde auch die der Pflegebedürftigen steigen. Die Älteren werden jünger, sie werden jünger in ihrer gesundheitlichen Verfassung. Sie sind vitaler.“

Bewusst war auch, dass der Bevölkerungsanteil jüngerer Menschen, die pflegen können, abnimmt. „Veränderungen in den Lebensbedingungen und familiären Beziehungen führen zu einer weiteren Zunahme der Kleinfamilien und Einpersonenhaushalte [...] Diese gesellschaftlichen Entwicklungen erschweren die häusliche Pflege. Sie verstärken die Notwendigkeit, die soziale Absicherung der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen auf tragfähige

<sup>5</sup> Also lange vor Einführung einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht durch das GKV-WSG (2007).

<sup>6</sup> Vgl. zuletzt wieder Rothgang (2019).

Grundlagen zu stellen.“ (alle Zitate: Pflege-VG 1993, S. 62)

### ■ ■ Ambulant vor stationär

Trotz dieses Wandels der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen setzte das Pflege-VG auf den **Grundsatz „ambulant vor stationär“**. Dabei war den Autoren des Gesetzentwurfs durchaus klar, dass es nicht nur darum gehen kann, finanzielle Hilfen zu gewähren. Es ging ihnen auch um die Entwicklung einer differenzierten Pflegeinfrastruktur und um weit darüber hinausreichende gesellschaftspolitische Ziele: „Erforderlich ist ... ein grundlegender Neuansatz mit einem umfassenden Gesamtkonzept, das neben den erforderlichen Sach- und Geldleistungen auch die pflegerische Infrastruktur mit ihren ambulanten, stationären und teilstationären Versorgungseinrichtungen umfasst und auch den Pflegekräften, sowohl den Pflegeberufen als auch den häuslichen und ehrenamtlichen Kräften, einen gebührenden Platz einräumt. Nur mit einem solchen Gesamtkonzept wird es gelingen, die notwendige Initialzündung auszulösen, die in unserer Gesellschaft für die Pflegebedürftigen eine neue Kultur des Helfens entstehen lässt.“ (Pflege-VG 1993, S 77)

Mittlerweile haben sich zwischen den ambulanten Pflegediensten und den Pflegeheimen verschiedene Versorgungsformen etabliert (z. B. Pflege-Wohngemeinschaften) die zwar formal als ambulant eingestuft (und vergütet) werden, tatsächlich aber (kleinere) stationäre Einrichtungen sind. Dabei ist es bedarfsgerecht, dass sich zwischen den Sektoren ambulant und stationär weitere Angebots- und Übergangsformen herausbilden und das auch gesetzgeberisch nachvollzogen wird. Ein grundsätzliches Problem ist jedoch, dass über die Versorgungsqualität in diesen intermediären Einrichtungen wenig bekannt ist und bislang keine systematische Überprüfung stattfindet.

Möglicherweise ist im Bereich der Pflege der Grundsatz „ambulant vor stationär“ insgesamt weniger sinnfälliger als in der Gesundheitsversorgung. Schon im Bereich der medizi-

nischen Versorgung muss hier mit Augenmaß geurteilt werden: So müssen die Übergänge zwischen den Sektoren z. B. durch ein funktionierendes Entlassmanagement mit einem aktiven Sozialdienst, teilstationären Leistungsangeboten und Formen der Kurzzeitpflege<sup>7</sup> etc. organisiert werden. Nur unter diesen Bedingungen ist der Grundsatz sinnvoll.

Unter dem Gesichtspunkt der sozialen Teilhabe, der mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff eine herausragende Bedeutung erhält, ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ bei den Pflegeleistungen noch kritischer zu hinterfragen: Angesichts etwa der veränderten Familienstrukturen kann es zur Vereinsamung der Pflegebedürftigen kommen. So entspricht es nicht dem Sinn der Pflege zu Hause, wenn der Pflegedienst als einziger Sozialkontakt verbleibt. Wie mit dem Problem der zunehmenden Vereinsamung alter (und vor allem hochaltriger) Menschen umzugehen ist, wird inzwischen als gesellschaftliches und politisches Problem wahrgenommen. Für Pflegebedürftige, die zwar ambulant, jedoch nicht mit familiärer Unterstützung gepflegt werden, wiegt das Problem noch schwerer.

Dieser Zusammenhang war auch schon den Koalitionsfraktionen beim Pflege-VG bewusst: In Artikel 18 (Änderung des Bundessozialhilfegesetzes) heißt es beispielsweise in dem neugefassten § 68 Abs. 5: „Um der Gefahr einer Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden.“

### ■ ■ Das Problem der Investitionsfinanzierung

Eine weitere grundsätzliche Weichenstellung des Pflege-VG war die Entscheidung für eine **monistische Finanzierung**. Pflegedienste und Pflegeheime sollten über den Preis finanziert

<sup>7</sup> Hier besteht Handlungsbedarf, der auch im Koalitionsvertrag von 2018 aufgegriffen worden ist. In einem Antrag der Koalitions-Fraktionen, der am 18.12.2019 angenommen wurde, wird die Reform der Kurzzeitpflege angemahnt (BT-Drucksache 19/16045).

werden, der die Betriebs- und Investitionskosten decken sollte.<sup>8</sup> Faktisch kam es dann jedoch mindestens zu einer Anlehnung an das Konzept der „**dualen Finanzierung**“, wie es für die stationären Einrichtungen im Gesundheitswesen gilt. Allerdings haben die Länder bereits seit Anfang der 90er Jahre ihre **Investitionsverpflichtungen** im Bereich der Krankenhäuser immer weniger erfüllt. Im Bereich der Pflegeversicherung kann man sagen, dass die Länder eigentlich nie angefangen haben Investitionen zu tätigen.

Aus dem im Fraktionsentwurf zum Pflegeversicherungsgesetz (Pflege-VG 1993) noch in § 69 vorgesehenen Bundeszuschuss für die Investitionsförderung der Pflegeeinrichtungen wurde schon in der Beschlussempfehlung für den Bundestag<sup>9</sup> ein „Finanzierungsbeitrag der Länder“: „Die Länder wirken darauf hin, daß ein Teil der Einsparungen, die den Sozialhilfeträgern durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen, zur Finanzierung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen eingesetzt wird, indem sie einen Finanzierungsbeitrag zu Händen des Bundesversicherungsamtes leisten [...]. Die Einzelheiten zum Umfang des Finanzierungsbeitrags und zur Bemessung der Anteile der Länder werden in einem Staatsvertrag geregelt, der rechtzeitig vor dem Inkrafttreten der Leistungen zur stationären Pflege zwischen Bund und Ländern abgeschlossen wird.“

Diese schöne Idee wurde im Kompromiss mit dem Bundesrat noch weiter aufgeweicht. In § 9 „Aufgaben der Länder“, der im Wesentlichen heute noch gilt, hieß es dann: „Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt [...]. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen ein-

gesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.“ Damit ging jede Verbindlichkeit verloren. Auch in § 82 „Finanzierung der Pflegeeinrichtungen“ wird nur geregelt, dass der von den Pflegebedürftigen zu tragende Investitionszuschlag um die Anteile aus Landeszuschüssen vermindert werden muss.<sup>10</sup> Ob es diese Zuschüsse tatsächlich gibt, blieb dabei völlig offen.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass von Anfang an in § 72 „Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag“ der Vorrang von freigemeinnützigen und privaten Trägern postuliert wurde (Absatz 3). Auch damit war und ist es den Ländern möglich, sich aus der Planung und Sicherstellung einer angemessenen Pflege-Infrastruktur weitgehend zurückzuziehen. Durch die Vorrang-Regelung hätte es jeder Versuch einer Bedarfsplanung mit denselben Schwierigkeiten zu tun, denen die Krankenhausbedarfsplanung der Länder gegenübersteht: der grundgesetzlich garantierten Berufsfreiheit und den privaten Entscheidungsrechten der Träger zu Investitionen, Standorten etc.

## 1.2.2 Das Leistungssystem

### ■ Differenzierung, Knappheit und „Dynamisierung“

Das **Leistungssystem war von Anfang an differenziert** aufgebaut. Dabei ging es nicht nur um die Pflegestufen, sondern auch um das Wahlrecht der Pflegebedürftigen zwischen Sachleistung und Pflegegeld. Letzteres sollte den Pflegebedürftigen dazu dienen, die „erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise selbst“ sicherzustellen (S. 81). Auch hier ging es wieder um die Stärkung der Autonomie der Pflegebedürftigen; letztlich steht dahinter die Idee eines individuellen Pflegebudgets.

<sup>8</sup> Explizit im Vorblatt des Fraktionsentwurfs Pflege-VG 1993 (Ziffer B 5).

<sup>9</sup> Bundestags-Drs. 12/5920.

<sup>10</sup> PflegeVG (1994), Bundesgesetzblatt 1994, Teil I Nr. 30, S. 1038.

Darüber hinaus wurden u. a. eingeführt:

- Urlaubs-Pflegevertretung,
- Tages- und Kurzzeitpflege
- Zuschüsse zu Pflegehilfsmitteln und die
- Erweiterung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen.

Alle diese Leistungen wurden im Laufe der Zeit weiterentwickelt und ausgebaut, insbesondere die Versorgungsformen zwischen ambulant und stationär. Als „strukturelle“ Veränderung ist bei den Leistungen am ehesten der Übergang zu den fünf Pflegegraden zu bewerten, der mit der Umsetzung des neuen Pflegebegriffs in der 18. Wahlperiode des Deutschen Bundestages verbunden war (insbesondere PSG II 2015). Im Pflegeversicherungsgesetz konzentrierte man sich dagegen zunächst auf die körperlichen Einschränkungen und entsprechende Hilfen. Die Fragen der sozialen Integration und vor allem das Demenz-Problem wurden zwar ansatzweise gesehen, aber zunächst nicht berücksichtigt. Hier gab es gesellschaftliche Lernprozesse, die in einem ersten Schritt zur Einführung besonderer Beratungsangebote und bescheidener Finanzhilfen (bis zu 460 € im Jahr) für „Pflegebedürftige mit erheblichem Betreuungsbedarf“ geführt hatten (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz, PflEG 2001). Der nächste Schritt kam mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008), in dem die Leistungen für Menschen mit „eingeschränkter Alltagskompetenz“ ausgeweitet wurden.

Bei der Einführung der Pflegeversicherung wurden die Leistungen zunächst eher knapp kalkuliert, sollten aber die Kosten der ambulanten Pflegeeinsätze und der Pflegeleistungen in Heimen „in der Regel“ decken. Mit diesem System wurden Kostenbegrenzung und Berechenbarkeit erreicht; die Reform durfte auch die Arbeitgeber und den Koalitionspartner FDP nicht überfordern. Zur Akzeptanz des neuen Sozialversicherungszweiges war ein niedriger Einstiegs-Beitragsatz erforderlich.

Es würde hier zu weit führen, die einzelnen (jeweils meist verspäteten) Anpassungen

der Leistungssätze nachzuverfolgen. Die stärkste Ausweitung hat jedenfalls im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs stattgefunden. Mit dem PSG II wurden die drei Pflegestufen durch die differenzierteren fünf Pflegegrade abgelöst. Die Leistungssätze wurden dabei merklich erhöht. Im Zusammenhang mit der Ausweitung des Kreises der Leistungsberechtigten (vor allem bei Demenzerkrankungen) führte das zu einem Anstieg der Gesamtausgaben der Pflegeversicherung, die erhebliche Beitragsatzerhöhungen zur Folge hatte, zuletzt zu Beginn des Jahres 2019.

Die **Dynamisierung** der Leistungen ist ein bis heute nicht überzeugend gelöstes Problem. In § 30 wurde die Bundesregierung zwar ermächtigt, durch Rechtsverordnung (mit Zustimmung des Bundesrates) die „Höhe der Leistungen im Rahmen des geltenden Beitragsatzes und der sich daraus ergebenden Einnahmeentwicklung anzupassen“. Die restriktive Tendenz der Formulierung im Pflege-VG ist jedoch unverkennbar. Bis zur ersten Anpassung im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 hatten die Leistungen daher durch die Inflation und die Kostensteigerungen der Pflegedienstleistungen ständig an Wert verloren. 2008 kam dann die Verpflichtung, die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung *alle drei Jahre* durch die Bundesregierung zu prüfen. Außerdem kam der (noch heute geltende) Hinweis auf eine Referenzgröße hinzu: „Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Bei der Prüfung können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden.“ Auch das klingt noch sehr engherzig. Im Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II 2015) wurde als nächster Überprüfungszeitpunkt das Jahr 2020 eingesetzt. Das war verständlich, waren doch die Leistungssätze für die fünf Pflegegrade eben neu geordnet und insgesamt angehoben worden. Unbefriedigend

bleibt allerdings, dass es keine automatische Anpassungsregel gibt, wie etwa für die Leistungen der Rentenversicherung oder die Höhe der Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) etc.

### ■ ■ Pflegeeinstufung

Eine wichtige Richtungsentscheidung des Pflege-VG 1993 war auch, die **Feststellung der Pflegebedürftigkeit dem Medizinischen Dienst** der Krankenversicherung (MDK) zuzuweisen. Die PPV bekam eine Sonderregelung; sie konnte sozusagen ihren eigenen Medizinischen Dienst aufbauen. Das Begutachtungsverfahren für die Pflegestufen war an sich nicht umstritten. Problematisch war in den ersten Jahren der Ausbau der MDKs, um die notwendigen Gutachter-Kapazitäten bereitzustellen. Diese Schwierigkeiten waren jedoch nach wenigen Jahren überwunden. Seitdem steht der MDK in Sachen Pflege nicht mehr im Zentrum der Kritik. Das nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs umgestellte Verfahren zur Feststellung des Pflegebedarfs hat sich bewährt und findet Anerkennung (Krupp und Hielscher 2019). Aktuelle Umfragen zeigen sogar eine relativ hohe Zufriedenheit der Pflegebedürftigen mit dem MDK. Bei den jährlichen Versichertenbefragungen „gaben knapp 88 % der Befragten an, dass sie mit der Pflegebegutachtung insgesamt zufrieden sind.“<sup>11</sup>

Allerdings gibt es in den verschiedenen MDKs Unterschiede in den Einstufungen, die – auch unter Berücksichtigung der regionalen Altersstrukturen – über zufällige Varianzen hinausgehen. Hier gibt es nach wie vor Mängel in der Koordination und Abstimmung, die bei einem bundesweit einheitlichen Leistungsanspruch und einem einheitlichen solidarischen Finanzierungssystem erklärungsbedürftig sind. Auch wenn die aktuelle Reform der Medizinischen Dienste (MD) (MDK-Reformgesetz 2019) nicht durch die (verbliebenen) Probleme der Pflegebegutachtung ausgelöst wurde (sondern durch die Prüfung der

Krankenhausrechnungen für die GKV), stärkt sie die fachliche Unabhängigkeit der Dienste und könnte zu einer besseren Zusammenarbeit der regionalen MDs beitragen.

### ■ ■ Die Frage der Leistungsqualität

Beim Start der Pflegeversicherung blieben Fragen der **Leistungstransparenz** für die Pflegebedürftigen und Fragen der **Leistungsqualität** weitgehend ausgeklammert. Zur Qualität gab es im ursprünglichen Gesetzentwurf überhaupt keine expliziten Regelungen. Im schließlich beschlossenen Gesetz gab es allerdings den § 80 „Qualitätssicherung“. Danach sollten „die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene [...] gemeinsam und einheitlich Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für das Verfahren der Durchführung von Qualitätsprüfungen (vereinbaren). Sie arbeiten dabei mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, den Verbänden der Pflegeberufe und den Verbänden der Behinderten eng zusammen.“ Das gesamte Qualitäts-Thema kam somit überhaupt erst durch das Abstimmungsverfahren mit dem Bundesrat ins Gesetz. Bekanntlich waren vor der Föderalismusreform<sup>12</sup> fast alle größeren Gesetze im Bundesrat zustimmungspflichtig, so auch das Pflegeversicherungsgesetz.

Mehr Aufmerksamkeit wurde dem Thema erst mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz gewidmet (PQSG 2001). Durch dieses Gesetz wurde die Qualitätssicherung als elftes Kapitel des SGB XI ausgebaut (§§ 112 ff.). Nachgelegt wurde mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008.

Für diese schrittweise Entwicklung sollte man Verständnis haben; beim Start der Pflegeversicherung mussten überhaupt erst An-

<sup>11</sup> MDK-Gemeinschaft: Pressemitteilung vom 11.04.2019; Erklärung von Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des MDS.

<sup>12</sup> Die entsprechende Grundgesetzänderung trat zum 1. September 2006 in Kraft.

gebotsstrukturen aufgebaut und Erfahrungen gesammelt werden. Auch in der GKV ist die Versorgungsqualität erst seit der Jahrtausendwende Gegenstand systematischer Beobachtung und Regulierung. Erst mit der zunehmenden Professionalisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (§ 137a SGB V) wurden hier die entscheidenden Schritte vollzogen. Hervorzuheben ist dabei die Ausrichtung der Leistungen am Maßstab der evidenzbasierten Medizin. Ein vergleichbarer Schritt steht in der Pflegeversicherung noch aus.

In der GKV entwickelte sich die Qualitätssicherung zunächst im stationären Bereich. Mit den niedergelassenen Praxen tut man sich dagegen immer noch schwer. Auch in der Pflegeversicherung zielt man zurzeit vor allem auf die Pflegeheime. Es scheint einfacher zu sein, Qualitätssicherung für größere Einheiten einzuführen als für einzelne und kleinere Akteure. Im Bereich der ambulanten Pflege weiß man daher bisher wenig über die Qualität.

Auch was sich in der familiären Pflege abspielt und wie z. B. das Pflegegeld verwendet wird, ist weitgehend unbekannt. Die Versorgungsqualität in den intermediären Wohnformen (Pflege-WGs etc.) ist erst jüngst in den Blick der Öffentlichkeit geraten. Die Politik hat mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der intensivpflegerischen Versorgung und Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung – Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPREG 2019) reagiert. Diese „Ambulantisierung der Pflege“ schreitet voran, über die Qualität der entsprechenden Leistungen kann jedoch gestritten werden. „Diese Wohnformen sind für die Bewohner und Betreiber zwar finanziell attraktiv, unterliegen aber keinem Qualitätssicherungsverfahren wie die Heime. Daher müssen nun zeitnah Qualitätsmaßstäbe für neue Wohn- und Pflegeformen entwickelt werden“, so Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer bei der Vorstellung des „Pflegereports 2019“ (Rothgang und Müller 2019).

### ■ ■ Leistungstransparenz

Die Qualitätsmessung soll **Transparenz** für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen schaffen. Auch dieser Bereich der Pflegeversicherung wurde erst nach und nach entwickelt. So wurde mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQSG 2001) ein **Bewertungssystem** („Pflegeroten“) für die Heime eingeführt (§ 115 SGB XI). Die entsprechende Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, den Verbänden der Pflegeheimbetreiber, der Sozialhilfe und den kommunalen Spitzenverbänden (unter Beteiligung des MDS) über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen (Pflege-Transparenzvereinbarung stationär PTVS) kam jedoch erst Ende 2008 zustande. Die Kritik an diesem System war hart: Es beschönige die Verhältnisse und weise regelmäßig zu gute „Noten“ aus, die eine entscheidungsleitende Differenzierung der Heime nicht ermöglichten.

Mit dem PSG II wurde daher ein neues Bewertungssystem eingeführt. Die Evaluierung der Einführungsphase führt allerdings erneut zu Zweifeln an seiner Tauglichkeit. „Bei den Pflegeeinrichtungen müssen viele Prozess- und Ergebnisdefizite vorliegen, damit negative Bewertungskategorien wie ‚erhebliche bzw. schwerwiegende‘ Qualitätsdefizite zum Tragen kommen. Ähnlich wie bei den Pflegeroten besteht die Gefahr, dass der Großteil der Einrichtungen überwiegend mit ‚keine oder geringe Qualitätsdefizite‘ oder ‚moderate Qualitätsdefizite‘ abschneiden wird, obwohl bei den Bewohnerinnen und Bewohnern deutliche Mängel festgestellt wurden. Gute und schlechte Qualität wäre so nur schwer zu unterscheiden“, kommentierte Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes Spitzenverband Bund (MDS) (Pick 2019).

Auch die Transparenz über die Leistungsansprüche und die Inanspruchnahme-Möglichkeiten war für die Anspruchsberechtigten von Anfang an eine „Baustelle“. In diesem Bereich der **Beratung** wurde mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (2001) nachgebessert. Danach haben die Pflegekassen die Pflege-

bedürftigen und ihre Angehörigen so zu beraten, dass sie ihre Rechte und Ansprüche wirksam wahrnehmen können. Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG 2001) wurde das Beratungsangebot für Schwerstpflegebedürftige erweitert, insbesondere für Demenzerkrankte. Einen gewissen Durchbruch gab es mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008. Es schreibt die Bildung von regionalen **Pflegestützpunkten** vor, die zuständig sind für Beratung, Fallmanagement und die Erstellung individueller Versorgungspläne. Die Pflegekassen müssen mit ihnen eng zusammenarbeiten. Die Einrichtung der Stützpunkte in der Fläche ist jedoch nach wie vor lückenhaft; wie sie tatsächlich arbeiten und ob sie die erhofften Wirkungen entfalten, ist weitgehend unbekannt.

### 1.3 Vor neuen Herausforderungen

Aus der Sicht der Leistungsempfänger bleibt die Pflegeversicherung zwar oft hinter den Erwartungen zurück. In Wirklichkeit erwies sich die neue Sozialversicherung jedoch als modern und entwicklungsfähig. Schon die damalige Gesetzesbegründung liest sich über weite Strecken wie aktuell, war vorausschauend und wäre auch aus heutiger Sicht als problembewusst zu bezeichnen.

In den 25 Jahren seit ihrer Einführung ist jedenfalls eine Menge passiert. Die Leistungen wurden weiter differenziert und insgesamt ausgebaut. Die Finanzierung wurde angepasst und erweitert. Pflegeberatung und Qualitätssicherung wurden überhaupt erst entwickelt etc. Viele Strukturelemente haben sich im Großen und Ganzen bewährt: die Gesamtkonstruktion als Sozialversicherung, die „Organleihe“<sup>13</sup> durch die GKV und das Einstufungsverfahren

ren durch den Medizinischen Dienst etc. Das System entwickelte sich somit **pfadabhängig und evolutionär**, was in der Sozialgesetzgebung nichts Ungewöhnliches ist.

Der größte Vorwurf, den man der Pflegeversicherung machen kann, ist vielleicht, dass die Erneuerung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs – trotz der intensiven Vorbereitung in diversen Kommissionen – relativ so spät umgesetzt wurde. Dabei war allen Beteiligten klar, dass diese Neuerung zu einer massiven Ausweitung des Leistungsvolumens führen würde. Daher kann man in der Rückschau verstehen, dass man sich auf dem Höhepunkt der Finanzkrise eine massive Erhöhung der Lohnnebenkosten nicht zugetraut hat. Nachdem dann deutlich wurde, dass Deutschland die Krise relativ glimpflich übersteht, wurde das Vorhaben in der 18. Wahlperiode auch zügig wieder aufgegriffen.

„**Struktureller**“ Reformbedarf besteht somit einerseits da, wo Probleme (als politische Kompromisse) bereits von Anfang an „eingebaut“ waren (z. B. die Parallelität von SPV und PPV; das Problem der Investitionskosten für die Heime; der Verzicht auf eine Bedarfsplanung) oder sich durch die Defizite in anderen Sozialversicherungszweigen verschärfen (zunehmende Lücken bei der Alterssicherung; mangelnde Anreize der GKV für Prävention und Rehabilitation Pflegebedürftiger etc.). Andererseits haben sich neue Probleme entwickelt bzw. zugespitzt, die durch die Veränderung der Leistungsstufen ausgelöst wurden und sich mit dem Personalmangel in der Pflege (bzw. den steigenden Kosten seiner Bewältigung) verschärfen. So stoßen mehrere Entwicklungen aufeinander und verstärken sich: Die Verbesserung der Pflegequalität erfordert mehr Personal und mehr Investitionen: Dadurch steigen die Gesamtkosten stärker als die Leistungssätze; vor allem im stationären Bereich erhöhen sich damit die „Eigenanteile“ der Pflegebedürftigen. Das treibt die Politik um, insbesondere weil sie das **Versprechen der SPV zur Lebensstandardsicherung** gefährdet sieht. Pflegebedürftigkeit dürfe kein Armutsrisiko sein; wenn man pflegebedürftig

<sup>13</sup> Von „Organleihe“ spricht das deutsche öffentliche Recht, insbesondere beim Verwaltungsrecht, wenn ein Organ eines Hoheitsträgers für einen anderen Hoheitsträger tätig wird und dabei nach außen als Organ des entleihenden Hoheitsträgers auftritt (wikipedia 2020).

werde, dürfe man nicht in die Fürsorge abrutschen.<sup>14</sup>

Allerdings war immer klar, dass die Pflegeversicherung nur die zusätzlichen Kosten der Pflege tragen kann und die Alterseinkommen (Rente etc.) den Lebensunterhalt decken müssen (Jacobs und Paquet 2015). Diese Grundvorstellung ist jedoch mittlerweile von zwei Seiten unter Druck geraten: Einerseits sind die Kosten sowohl der Pflegeleistungen im engeren Sinne als auch der Unterbringung („Hotelkosten“) erheblich gestiegen, andererseits ist die Sicherung der Altersversorgung prekär geworden: Eine immer größere Gruppe von Versicherten wird keine ausreichenden Alterseinkommen mehr erreichen (wegen der neuen und unetigen Beschäftigungsverhältnisse, der Ausdehnung des Teilzeit- und Niedriglohnsektors etc.).

Vor diesem Hintergrund werden verschiedene Maßnahmen zur Problemlösung diskutiert: Am prominentesten etwa der „Sockel-Spitze-Tausch“<sup>15</sup> (Rothgang und Kalwitzki 2018) bzw. die Einführung einer Pflege-Vollversicherung. Ansatzpunkt der Kritik ist der Charakter der Pflegeversicherung als Teilleistungssystem.

## 1.4 In der Kritik: Das Teilleistungssystem

Eine „Strukturentscheidung“ für diese Ausgestaltung hat es bei der Einführung der Pflegeversicherung allerdings nur insoweit gegeben, als fixe Leistungsbeträge festgelegt wurden. In § 4 Abs. 2 des Fraktionsentwurfs hieß es: „Bei häuslicher und teilstationärer Pflege ergänzen die Leistungen der Pflegeversicherung die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung. Bei vollstationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen von pflegebedingten Aufwendungen entlastet; die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst.“ Die Formulierung gilt mit kleinen redaktionellen Änderungen bis heute. In der Begründung der Regelung wird dieses Leistungsvolumen zwar gegen eine „Vollversorgung“ abgegrenzt. Die vorgesehenen Leistungen in den drei Stufen sollten jedoch im ambulanten Bereich „grundsätzlich dem Bedarf gerecht werden“. „Reichen die Leistungen der Pflegeversicherung im Einzelfall nicht aus, muß der Pflegebedürftige die weitergehenden Leistungen mit eigenen Mitteln bezahlen“, ggf. unter Inanspruchnahme der Sozialhilfe. „Bei vollstationärer Pflege besteht die Eigenleistung des Versicherten in der Übernahme der Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Dies ist zumutbar, da der Versicherte diese Kosten außerhalb der Einrichtung auch selbst zu tragen hätte.“

Im bis heute unveränderten § 25 „Wirtschaftlichkeitsgebot“ wird die Abgrenzung zur „Vollversorgung“ weiter verstärkt: Im Gegensatz zur Krankenversicherung (§ 12 SGB V) müssen die Leistungen nicht „ausreichend“ sein. Dieser Begriff begründet in der GKV den Leistungsanspruch nach dem Behandlungsbedarf in jedem Einzelfall. Aus Gründen der Kostenbegrenzung (vgl. auch das Gebot der Beitragssatzstabilität in § 79) kann daher „das Wirtschaftlichkeitsgebot in der sozialen Pflegeversicherung nicht das Gebot *ausreichender* Leistungsgewährung umfassen.“ Die Leistungsansprüche wurden somit **typisiert** und

<sup>14</sup> Exemplarisch Cornelia Prüfer-Storcks, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg, und Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit, bei einer Veranstaltung der Freien und Hansestadt Hamburg zum Thema am 5.11.2019 in Berlin.

<sup>15</sup> Gemeint ist damit, dass die Pflegeversicherung je nach Pflegegrad nicht mehr nur einen Pauschalbetrag („Sockel“) trägt, sondern bedarfsgerecht die vollen Leistungskosten tragen soll (einschließlich der bisherigen „Spitze“). Der „Eigenanteil“ erhalte damit den Charakter eines *festen* Zahlungsbetrags zum „Sockel“. Künftige Kostensteigerungen („Spitze“) würden somit nicht mehr durch den Eigenanteil aufzufangen sein, sondern würden *variabel* durch die Pflegeversicherung gedeckt.

1 in ihrer Höhe begrenzt. Sie sollten aber – das geht auch aus den Begründungen des Pflege-VG für die ambulanten Pflegesachleistungen (§ 32) und die vollstationären Leistungen (§ 39) hervor – „in der Regel [...] zur Deckung des Pflegebedarfs ausreichen“ bzw. die Pflegekosten der Heime „abdecken“.

Durch die Kostenentwicklung und die lange unterbliebene Leistungsanpassung der Pflegeversicherung sowie durch die ausbleibende Investitionsfinanzierung der Länder ging die Schere zwischen den Leistungssätzen und den tatsächlichen Pflegekosten allerdings immer mehr auf. **Erst damit trat der Teilleistungscharakter der Pflegeversicherung so deutlich hervor**, wie er heute diskutiert wird.

Trotz dieser Entwicklung dürfen die Vorteile dieses Systems nicht aus dem Auge verloren werden:

- Es wirkt funktional **staatsentlastend**, indem es dem **Versicherten** die letzte Verantwortung dafür überlässt, welche Leistungen er sich in welcher Qualität einkauft. Der Gesetzgeber erspart sich damit eine genauere Regulierung der Leistungen (gegenüber dem Status quo, in dem die Leistungsangebote grundsätzlich nach oben offen sind und die privaten Zahlungen von den Pflegebedürftigen nach ihrem persönlichen Bedarf eingesetzt werden können).
- Es fördert die **Beitragsatzstabilität**. Auf Basis der demographischen Entwicklung und der Eintrittswahrscheinlichkeiten von Pflegebedarf können die Gesamtausgaben der Pflegeversicherung relativ gut geschätzt werden.
- Der Pflegebedürftige ist **Vertragspartner** der Leistungserbringer. Positiv ist dabei das freiheitliche Element der Eigenverantwortung. Andererseits haben wir es hier mit einem Personenkreis zu tun (auch Demen-te), für den „Konsumentensouveränität“ nur bedingt unterstellt werden kann. Umso wichtiger sind die institutionelle Qualitätssicherung der Leistungen und die Beratung der Pflegebedürftigen (und ihrer Angehörigen) bei der Auswahl der Leistungen und ihrer Anbieter. Wünschenswert wäre somit

eine bessere „Steuerung“, die die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen wahrt und nicht in einen institutionellen Paternalismus abgleitet.

- Andererseits muss eingeräumt werden, dass die Autonomie der Pflegebedürftigen zur Fehlsteuerung führt, wenn auf breiter Front die Eigenanteile individuell nicht mehr getragen werden können. Wie bereits erwähnt, ist die Grundidee gestört, sobald die Pflegebedürftigen auf Hilfe zur Pflege angewiesen sind. Dann dürften alle Entscheidungen von Kostenerwägungen dominiert werden.

## 1.5 Lösungsansätze

Vor allem für die vollstationäre Versorgung wird ein starker Anstieg der Eigenanteile vorhergesagt (Rothgang et al. 2019). Ausschlaggebend dafür sind u. a. die Vorgaben der Konzertierte Aktion Pflege zur besseren Bezahlung der Pflegekräfte und zur verbesserten Personalausstattung der Einrichtungen. Die dadurch erhöhten Pflegekosten würden vollständig an die Pflegebedürftigen weitergegeben (Rothgang 2019). Zur Lösung des Problems werden der Sockel-Spitze-Tausch<sup>16</sup> bzw. der Übergang zu einer Vollversicherung (ohne Eigenanteil) gefordert (z. B. SPD 2019, S 18).

Diese Umgestaltung hätte allerdings einen Preis:

- Ein Vollversicherungssystem hätte weitreichende Wirkungen für die Finanzstabilität. Im Gegensatz zur Planbarkeit des „Zuschussystems“ liefe die Vollversicherung auf die Einrichtung eines Sachleistungssystems mit individualisierten Ansprüchen hinaus. Das würde auch die Einteilung in die Pflegegrade in Frage stellen, die ja letztlich die Fortsetzung der „Typisierung“ von Leis-

<sup>16</sup> Z. B. die Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg, Cornelia Prüfer-Storcks, am 5. November 2019 bei einer Veranstaltung zum Thema in der Landesvertretung von Hamburg in Berlin.

tungsansprüchen darstellt. Der Eigenanteil hätte nur noch den Charakter einer Selbstbeteiligung an den Pflegekosten.

- Statt der Pauschalierung der Leistungen müsste das System im einzelnen Anspruchsfall prüfen, welche Leistungen „ausreichend“<sup>17</sup> und angemessen wären. Das System müsste schon gesetzlich die Ansprüche genauer definieren und grundsätzlich auch den Entscheidungspfad für die Art der in Anspruch genommenen Leistungen vorschreiben. Das wäre aufwendig und streitbehaftet.
- Als Grundlage dieses Systems und zur Vermeidung von *Moral Hazard* müssten in der Folge die Leistungsansprüche durch die Selbstverwaltung detailliert bestimmt werden. Dazu müsste ein institutionelles Arrangement geschaffen werden, das z. B. dem gemeinsamen Bundesausschuss im SGB V (§ 91) nachgebildet wäre.
- Zu prüfen wäre außerdem, wie weit sich der Sockel-Spitze-Tausch unterschiedlich auf die Verhältnisse in der stationären und der ambulanten Pflege auswirken würde, die doch recht verschiedene Kostenstrukturen aufweisen. (Die Pflegestärkungsgesetze waren dagegen darauf ausgerichtet, die Leistungssätze im ambulanten und stationären Bereich aneinander anzugleichen!) Auch die Zahlungswege (einschließlich des dann als Selbstbeteiligung wirkenden Eigenanteils) müssten völlig neu konzipiert werden: Die Pflegeversicherung könnte die Leistungserbringer direkt vergüten; die Zwischenposition des Pflegebedürftigen für den Finanztransfer wäre nicht mehr erforderlich.

Daneben ist zu bedenken, dass immer mehr Pflegebedürftige ambulant versorgt werden. Die Ambulantisierung der Pflege und der Ausbau der intermediären Pflegeformen sind langfristige Trends (Heger et al. 2019).

Im Zusammenhang mit dem Anspruch der Lebensstandardsicherung muss außerdem ge-

sehen werden, dass dafür nicht in erster Linie die Pflegeversicherung zuständig ist. Dementsprechend reagiert die Politik mit Maßnahmen zur Stabilisierung der Altersrenten, insbesondere im Niedriglohnsektor („Grundrente“ etc.). Alle Pläne zur Sicherung und Erhöhung der Alterseinkommen dienen letztlich auch dazu, ggf. die Eigenanteile der Pflegeversicherung besser verkraften zu können.

Ein gesellschaftspolitischer Einwand kommt hinzu: Die Politik tendiert im Moment dahin, dass die eigenen Mittel der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen (Einkommen und Vermögen) im Pflegefall weniger (oder gar nicht mehr) herangezogen werden sollen. Dabei sind die Vermögen der deutschen Privathaushalte so hoch wie nie (Bundesbank 2019, S 13). Es ist jedoch nicht Sinn der Pflegeversicherung, ein „Erbenschutzprogramm“ zu sein. Insoweit ist das zum 1.1.2020 in Kraft getretene Angehörigen-Entlastungsgesetz (2019) zwar politisch verständlich, setzt aber mit der sehr großzügigen Entlastung unterhaltsverpflichteter Angehöriger in der Sozialhilfe ein falsches Signal. Denn die Sicherung auskömmlicher Alterseinkommen und die (z. B. steuerliche) Förderung der Vermögensbildung sollen doch vor allem dem Ziel dienen, die „Wechselfälle des Lebens“ finanziell aus eigener Kraft zu bewältigen. Wenn im Pflegefall trotzdem darauf verzichtet wird, diese Mittel heranzuziehen, tut sich zumindest ein Widerspruch in den Zielen der Politik auf.

**Alternative Lösungsansätze** sind insbesondere:

- Die **Anhebung der Leistungssätze** der Pflegeversicherung, was zwangsläufig zu höheren Beitragsätzen führen würde. Innerhalb der bisherigen Systematik sollte dabei an erster Stelle mit einer regelhaften Dynamisierung der Leistungen nach § 30 SGB XI begonnen werden. In den maßgeblichen „Orientierungswert“ sollten dabei nicht nur die allgemeine Inflationsrate, sondern z. B. auch die speziellen Dienstleistungskosten der Pflegeanbieter eingehen (spezielle Lohnentwicklung und Personalstruktur etc.).

<sup>17</sup> Im Sinne des § 12 SGB V für die Krankenversicherung.

- Die Einführung von **Steuerzuschüssen** zur Pflegeversicherung. Sie würde eine Steigerung der Leistungen ohne Beitragsatzanhebung ermöglichen bzw. den Beitragsatzanstieg dämpfen. Auch der GKV-Spitzenverband fordert dies. Die „versicherungsfremden Leistungen“ sollten vom Staat übernommen werden. Dazu zählt der GKV-SV vor allem die Leistungen der sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44 SGB XI) und die Leistungen im Rahmen der stationären Pflege von Menschen mit Behinderung (§ 43a SGB XI). Diese Leistungen sind in der SPV in den letzten Jahren deutlich gestiegen und beliefen sich im Jahr 2018 auf rund 2,6 Mrd. € (Kiefer 2019, S. 24).
- Die Übernahme der **Investitionskosten** für die Pflegeheime durch die Länder, so wie es ursprünglich im Pflege-VG 1994 vorgesehen war. Gemäß § 9 SGB XI liegt die Verantwortung für die Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen in der Zuständigkeit der Länder. Wenn diese Kosten übernommen würden, führte das unmittelbar zu einer Entlastung der Pflegebedürftigen (§ 82 SGB XI). Die in § 9 Satz 3 SGB XI erwähnten Einsparungen in der Sozialhilfe fallen auch heute noch an und beliefen sich im Jahr 2015 auf rund fünf Milliarden Euro (Bericht der Bundesregierung 2016 nach § 10 SGB XI). Allein im Jahr 2018 haben die Einrichtungen den Pflegebedürftigen 4,1 Mrd. € an Investitionskosten in Rechnung gestellt (Kiefer 2019). Möglicherweise könnte sich auch der Bund mit einem Zuschuss an der Investitionsfinanzierung beteiligen, so wie es in der ursprünglichen Fassung des Fraktionsentwurfs zum Pflege-VG geregelt werden sollte.
- **Ergänzende private Versicherungen** sind ebenfalls eine Möglichkeit der finanziellen Vorsorge. Die Form einer *freiwilligen* Zusatzversicherung, wie sie im Vierzehnten Kapitel (§§ 126 ff. SGB XI) vorgesehen ist, hat jedoch das Problem der Treffgenauigkeit. Selbst wenn die Förderbeträge höher wären (und gleichgültig ob sie aus der

Pflegeversicherung oder aus Steuermitteln kommen) gilt, dass gerade bei denjenigen, die mit dem Eigenanteil überfordert wären, die Wahrscheinlichkeit zum Abschluss einer ausreichenden Versicherung am geringsten wäre. Dieses Grundproblem wird auch durch die neuesten Vorschläge der PKV für Zusatzversicherungen nicht gelöst.<sup>18</sup> Eine verpflichtende Lösung könnte dagegen organisatorisch im kollektiven System verbleiben und liefe praktisch auf eine Erweiterung des *Pflegevorsorgefonds* hinaus (Aufbau eines kollektiven Kapitalstocks zur Überbrückung des Renteneinstiegs der „Babyboomer“ bzw. zur Entlastung der Beitragssätze ab dem Jahr 2035 nach den §§ 131 ff. SGB XI).

Weiter werden diskutiert die „Prüfung, ob die Dauer der Zahlung der Eigenanteile zeitlich begrenzt werden kann, [...] die Prüfung eines pauschalen Arbeitgeberbeitrags für geringfügig Beschäftigte an die Pflegeversicherung (analog dem Prinzip in der GKV)“ und die „Umsetzung der AMSK-Beschlüsse zum Wechsel der Finanzierungsverantwortung für die medizinische Behandlungspflege sowie die geriatrische Rehabilitation.“<sup>19</sup>

## 1.6 Schlussbemerkung und Fazit

Die dargestellten Überlegungen zeigen den (auch strukturellen) Handlungsbedarf in der Pflegeversicherung. Die Dramatisierung der Probleme in der politischen Diskussion und den Medien sollte jedoch nicht zu Hektik führen. Der scheinbar naheliegende Übergang zu einer Vollversicherung ist nicht alternativlos. Es gibt Lösungsansätze, die weniger tief in die „Strukturen“ der Pflegeversicherung eingreifen. Bevor man z. B. auf den „Sockel-Spitze-

<sup>18</sup> PKV-Verband: Pressemitteilung vom 23.10.2019; ► <https://www.pkv.de/themen/pflege/neuer-generationenvertrag/> Zugegriffen: 24. Januar 2020.

<sup>19</sup> 92. Gesundheitsministerkonferenz – Sonder-Kamin „Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ am 11. November 2019; Problemaufriss.

Tausch“ orientiert, müssten die Implikationen dieses Modells weiter durchdacht werden. Dabei zeigt sich, dass das Problem der steigenden „Eigenanteile“ mit mehreren Strukturproblemen der Pflegeversicherung verknüpft ist. Das betrifft insbesondere die Frage der Investitionsfinanzierung der Heime, die Dynamisierung der Pflegeleistungen und diverse Fragen der Finanzierung im engeren Sinne (Verhältnis zur privaten Pflegeversicherung, Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen etc.). Auch dafür sind „strukturelle“ Reformen erforderlich. Von einem „grundsätzlichen Systemwechsel“ (SPD 2019, S 17) sollte trotzdem nicht gesprochen werden. Denn viele „Strukturelemente“ der Pflegeversicherung haben seit Einführung des Systems ihre Funktion erfüllt und ihre Anpassungsfähigkeit bewiesen.

Neben den genannten Problemen gibt es allerdings zwei grundsätzliche Herausforderungen, die in der Gründungsphase der Pflegeversicherung keine oder nur eine geringe Rolle gespielt haben:

- Die Gesellschaft sollte mehr dafür tun, die **Pflegewahrscheinlichkeit zu reduzieren** bzw. die Einstufung in höhere Grade des Pflegebedarfs zu vermeiden. Prävention und Gesundheitsförderung spielen hier eine wichtige Rolle, ebenso wie die Rehabilitation auch bei Pflegebedürftigen. Gelänge es, die Pflegewahrscheinlichkeit zu reduzieren, reduzierte sich auch der benötigte Kapital- und Personalbedarf in den Pflegeeinrichtungen etc.
- Das fundamentale Problem für die Zukunft der Pflege ist die **Knappheit von Personal**. Wegen der demographischen Entwicklung ist dieses Problem unausweichlich. Man wird es allerdings nicht allein durch eine bessere Wertschätzung und höhere Vergütungen für das Pflegepersonal lösen. Auch eine erfolgreiche Rückgewinnung von abgewanderten Pflegekräften in ihren alten Beruf und die Anwerbung von Personal aus dem Ausland können nur einen Teilbeitrag leisten. Viel zu wenig betrachtet wird dagegen der Aspekt der **Steigerung der Produktivität** in diesem Dienstleistungs-

bereich. Dabei stellt sich die generalisierte Maxime der Akademisierung der Pflege möglicherweise sogar als Hemmnis heraus. Sinnvolle Lösungen erfordern wahrscheinlich sogar weniger starre Vorgaben als die, die jetzt als „Lösungen“ verkauft werden – vor allem einen **variablen Qualifikationsmix**, der auch die fachlich differenzierte **Delegation** von Pflegeleistungen zulässt. Außerdem sind (nicht nur dafür) erhebliche **Investitionen** in den Heimen (Heger et al. 2019) in die bauliche und technische Infrastruktur sowie die Digitalisierung des Pflegebereichs<sup>20</sup> erforderlich.

Neben den Anstrengungen zur Lösung der Finanzierungsprobleme müsste mehr als heute auch über diese Themen nachgedacht werden.

## Literatur

- Angehörigen-Entlastungsgesetz (2019) Gesetz zur Entlastung unterhaltsverpflichteter Angehöriger in der Sozialhilfe und in der Eingliederungshilfe (Angehörigen-Entlastungsgesetz) vom 10. Dezember 2019 (Bundesgesetzblatt I Nr 46, S 2135)
- Bericht der Bundesregierung 2016 nach § 10 SGB XI (o.J.) Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/6\\_Pflegebericht.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/6_Pflegebericht.pdf). Zugriffen: 5. März 2020
- Bertelsmann Stiftung (2019) Wie die Pflegeversicherung generationengerechter finanziert werden kann. In: Bertelsmann-Stiftung (Hrsg) Langzeitpflege im Wandel (<https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/langzeitpflege-im-wandel/>) (Zugriffen: 24. Januar 2020))
- Bundesbank (2019) Deutsche Bundesbank, Monatsbericht April 2019
- GKV-GSG (1992) Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom Dezember 1992 (Bundesgesetzblatt I Nr 59, S 2266)
- GKV-IPREG (2019) Referentenentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer

<sup>20</sup> Ein erster Anlauf dazu wird im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG 2019) gemacht.

- Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPREG) vom 5. Dezember 2019
- GKV-WSG (2007) Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz GKV-WSG) vom 26. März 2007 (Bundesgesetzblatt I Nr 11, S 378)
- Heger D, Augurzky B, Kolodziej I, Krolp S, Wuckel C (2019) Pflegeheim Rating Report 2020. Zwischen Nachfragewachstum und Kostendruck. medhochzwei, Heidelberg
- Jacobs K, Paquet R (2015) Die Pflegeversicherung als Sozialversicherung – institutionelle Rahmenbedingungen und Grenzen. Sozialer Fortschr Heft Januar/Februar:1–7
- KiBiG (2004) Kinder-Berücksichtigungsgesetz (vom 15. Dezember 2004, Bundesgesetzblatt I Nr 69, S 4348)
- Kiefer G (2019) (Vorstand des GKV-SV) im Referat „Reform- und Finanzbedarf der Pflegeversicherung“ beim Presseseminar des GKV-Spitzenverbandes, Sommerfeld, 17./18. Juni 2019, S 24
- Koalitionsvereinbarung 1991: Koalitionsvereinbarung für die 12. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages vom 16. Januar 1991. <https://www.kas.de/web/geschichte-der-cdu/koalitionsvertraege>. Zugegriffen: 26. November 2019
- Krupp E, Hielscher V (2019) (Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. Saarbrücken (iso)) Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) – Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse (30. Dezember 2019). Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg). Berlin
- MDK-Reformgesetz (2019) Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14. Dezember 2019 (Bundesgesetzblatt I Nr 51, S 2789)
- PfIEG (2001) Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungsergänzungsgesetz, PfIEG) vom 14. Dezember 2001 (Bundesgesetzblatt I Nr 70, S 3728)
- Pflege-VG (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-Drs 12/5262
- Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008) Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. Mai 2008 (Bundesgesetzblatt I Nr 20, S 874)
- PflegeVG (1994) Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz, PflegeVG) vom 26. Mai 1994 (Bundesgesetzblatt I Nr 30, S 1014)
- Pick P (2019) „Das neue Qualitätssystem für Pflegeheime: gemeinsam für gute Qualität“ – Observer Gesundheit vom 23.12.2019. <https://observer-gesundheit.de/das-neue-qualitaetssystem-fuer-pflegeheime-gemeinsam-fuer-gute-qualitaet/>. Zugegriffen: 29. Jan. 2020
- PpSG (2019) Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11. Dezember 2019 (Bundesgesetzblatt I Nr 45, S 2394)
- PQSG (2001) Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz PQSG) vom 9. September 2001; Bundesgesetzblatt I Nr 47, S 2320).
- PSG II (2015) Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz, PSG II), verkündet am 21. Dezember 2015, in Kraft getreten am 1. Januar 2016
- Rothgang H (2019) Defizite der derzeitigen Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Soziale Sicherh 11:393
- Rothgang H, Kalwitzki T (2018) Skizze einer neuen Finanzierung der Pflegeversicherung. Gesundh Sozialpolitik – Zeitschrift Für Das Gesamte Gesundheitswes 6:6–12
- Rothgang H, Müller R (2013) Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung. Gutachten für die Robert Bosch Stiftung. Robert Bosch Stiftung, Bremen
- Rothgang H, Müller R (2019) Pflegereport 2019 – Ambulantisierung der Pflege. In: Barmer (Hrsg) Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 20. Barmer, Berlin
- Rothgang H, Kalwitzki T, Domhoff D (2019) Modellrechnungen zur Finanzreform der Pflegeversicherung. Kurzexpose im Auftrag der DAK-Gesundheit von Oktober 2019
- SPD (2019) Beschluss Nr 3 beim ordentlichen Bundestag vom 6.–8. Dezember 2019 zum Leitantrag „Arbeit – Solidarität – Menschlichkeit: Ein neuer Sozialstaat für eine neue Zeit“. <https://indieneuzeit.spd.de/aktuelles/tag-2/sozialstaat/>. Zugegriffen: 29. Jan. 2020
- Wikipedia (2020) <https://de.wikipedia.org/wiki/Organleihe>. Zugegriffen: 5. März 2020

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

