

efh-papers

Veröffentlichungsreihe der Evangelischen Fachhochschule Hannover

Blumhardt Verlag

P03-001

**Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeit:
Eine Analyse der Leistungsentwicklung
in den Jahren 1997 bis 2001**

Michael Simon

2., überarbeitete Ausgabe,
Hannover,
August 2003

Publications series of the Protestant University of Applied Sciences Hannover
Blumhardtstraße 2, D-30625 Hannover
www.efh-hannover.de
E-mail: veroeffentlichungsreihe@efh-hannover.de

Anregungen, Anmerkungen und Kritik bitte direkt an den Autor:
simon@efh-hannover.de

Inhalt

1. Einleitung.....	4
2. Methodik der vorliegenden Untersuchung.....	6
3. Die Ausgaben- und Leistungsentwicklung der Pflegeversicherung 1997 bis 2001	9
4. Von den Geldleistungen zu den Sachleistungen.....	11
4.1 Steigende Inanspruchnahme von Sachleistungen als Indikator für eine Erosion familiärer Pflegepotenziale.....	15
5. Von den höheren zu den niedrigeren Pflegestufen.....	19
5.1 Die Begutachtungspraxis des Medizinischen Dienstes.....	22
5.1.1 Regionale Unterschiede – Unterschiede zwischen MDKs	25
5.1.2 Unterschiede zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung.....	27
5.1.3 Herabstufung trotz zunehmender Pflegebedürftigkeit.....	29
5.2 Begutachtung als soziale Interaktion und Aushandlungsprozess	31
5.2.1 Die Bedeutung professioneller Unterstützung	32
5.2.2 Einfluss von Interaktionskompetenz und sozialer Schicht	34
5.2.3 Geschlechtsspezifische Unterschiede	35
5.3 Pflegestufenverteilung als Ergebnis finanzwirtschaftlicher Steuerung?.....	37
6. Von der ambulanten in die stationäre Pflege.....	45
6.1 Mögliche Ursachen des Hospitalisierungstrends	48
6.2 Sonderfall Behinderte: Heimunterbringung zur Entlastung der Sozialhilfeträger	50
6.3 Verwitwung und Wechsel in die stationäre Pflege	51
6.4 Heimunterbringung als Folge einer Überlastung von Pflegepersonen.....	53
6.4.1 Frauen im mittleren Lebensalter als besonders belastete Gruppe von Pflegepersonen	56
6.4.2 Gedeckelte Sachleistungen und Heimunterbringung.....	58
6.4.3 Systematisch unberücksichtigte Hilfebedarfe in der ambulanten Pflege ..	62
6.5 Verweigerung von Krankenkassenleistungen	63
6.6 Die Verordnungspraxis der niedergelassenen Ärzte	66
6.7 Alleinlebende fallen durch das Netz	67
7. Schlussbetrachtung	72
8. Literatur	79

1. Einleitung

Seit ihrem Inkrafttreten im Jahr 1995 ist die Pflegeversicherung immer wieder in die öffentliche Diskussion und Kritik geraten. Im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses standen dabei zumeist Fragen der Ausgabenentwicklung und Finanzierung. Jüngstes Beispiel hierfür ist die im Frühjahr 2003 in den Medien geführte Diskussion über den Erhalt oder die Abschaffung der Pflegeversicherung. Mitte März teilte das Gesundheitsministerium mit, dass die Pflegeversicherung im Jahr 2002 ein ‚Rekorddefizit‘ in Höhe von 380 Mio. € zu verzeichnen hatte und gab damit Zweifel an der Zukunftsfähigkeit der Pflegeversicherung neue Nahrung. In diesem Zusammenhang wurde auch das bereits in den 80er Jahren erörterte Modell der Absicherung des Pflegefallrisikos über ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz des Bundes, ähnlich der Sozialhilfe, wieder in die Debatte eingebracht. Eine Verlagerung von der Beitrags- auf die Steuerfinanzierung würde zwar ohne Zweifel zu einer Entlastung der sogenannten Lohnnebenkosten führen, ob sie allerdings die grundlegenden Probleme lösen kann, die hinter der immer wieder aufflackernden Diskussion stehen, ist zu bezweifeln. Dazu scheint die Diskussion zu sehr auf finanzwirtschaftliche Fragen und Probleme konzentriert und zu wenig in die darunter liegenden Problemlagen einzudringen. Das scheint auch für die verschiedenen anderen Reformkonzepte zu gelten, wie beispielsweise den Vorschlag, die Pflegeversicherung auf ein kapitalgedecktes Vorsorgesystem umzustellen oder die stationären Leistungen drastisch zu kürzen, um den Trend zur stationären Pflege zu stoppen.

Vor der Entscheidung über eine teilweise oder auch grundlegende Reform dieses sozialen Sicherungssystems sollte aber zunächst eine gründliche Analyse der bisherigen Entwicklung der Pflegeversicherung und der Ursachen ihrer Finanzprobleme erfolgen. Denn eines scheint sicher: Die Entwicklungen, die zu den ‚Defiziten‘ der Pflegeversicherung geführt haben, werden allein durch die Verlagerung der Pflegeversicherung in die Trägerschaft des Bundes oder Überführung in die private Vorsorge nicht aus der Welt geschaffen. Es muss damit gerechnet werden, dass sie weiter wirken und mit Sicherheit auch die Kalkulationsgrundlagen eines steuerfinanzierten und mehr noch eines kapitalgedeckten Systems destabilisieren können.

Die vorliegende Untersuchung versucht einen Beitrag zu dieser Grundsatzdiskussion zu leisten, indem vor allem die Leistungsentwicklung der Pflegeversicherung einer differenzierten Analyse unterzogen wird. Grundlage der Analyse sind die veröffentlichten Daten der Pflegeversicherung und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie empirische Daten aus verschiedenen in den letzten Jahren durchgeführten wissenschaftlichen Untersuchungen. Auf die besondere Bedeutung der Leistungsentwicklung für die finanzielle Entwicklung der Pflegeversicherung hat auch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) bei der Bekanntgabe der Finanzentwicklung des Jahres 2002 hingewiesen (Pressemitteilung des BMGS vom 10.03.2003). Verantwortlich für den Ausgabenüberhang der letzten Jahre sei insbeson-

dere ein Trend zu stationären Pflege. Zunehmend mehr Pflegebedürftige würden seit Jahren von der relativ kostengünstigen häuslichen Pflege in die teurere vollstationäre Heimpflege wechseln. In der Tat zeigt die Analyse der Leistungsentwicklung der Jahre 1997 bis 2001 überproportionale Zuwachsraten für die stationäre Pflege in allen Altersgruppen.

Es sind aber noch zwei weitere Entwicklungstrends zu verzeichnen, die ebenfalls besondere Bedeutung für die Entwicklung der Pflegeversicherung haben. Zum einen vollzieht sich seit Jahren ein Wechsel von den Geldleistungen zu den Sachleistungen und zum anderen ist ein Rückgang höherer und eine Zunahme niedriger Pflegestufen zu verzeichnen. Die drei Trends lassen sich auf den ersten Blick nicht ohne weiteres zusammenführen. So könnte der Trend zu Pflegesachleistungen und auch der zu stationärer Pflege Ausdruck tendenziell höherer Pflegebedürftigkeit sein. Dies erscheint aber dann nicht plausibel, wenn man den Rückgang höherer Pflegestufen als Ausdruck tendenziell geringerer Pflegebedürftigkeit deutet.

Von den drei angesprochenen Trends ist der zur vollstationären Pflege nicht nur wegen seiner finanziellen Auswirkungen von herausragender Bedeutung. Die Pflegeversicherung ist angetreten mit dem Ziel, die Voraussetzungen zu schaffen, dass Pflegebedürftige so lange wie möglich in der gewohnten häuslichen Umgebung verbleiben können (§ 3 SGB XI: „Vorrang der häuslichen Pflege“). Dieses zentrale Ziel scheint offensichtlich nicht erreicht worden zu sein. Wegen seiner hervorgehobenen Bedeutung wird dem Trend zur stationären Pflege und seinen möglichen Ursachen in der vorliegenden Untersuchung besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung wird die Frage stehen, ob es einen Zusammenhang zwischen diesen drei dominierenden Trends in der Leistungsentwicklung der Pflegeversicherung gibt und wie die auf den ersten Blick unvereinbaren Trends zu einem stimmigen Gesamtbild zusammengeführt werden können.

Als Untersuchungszeitraum wurden die Jahre 1997 bis 2001 gewählt, da die Pflegeversicherung im Jahr 1997 erstmalig ganzjährig sowohl ambulante als stationäre Leistungen gewährte und bis zum Abschluss der Untersuchung nur Leistungsdaten bis einschließlich 2001 vorlagen.

2. Methodik der vorliegenden Untersuchung

Bevor die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt werden, soll zunächst kurz erläutert werden, auf welcher Grundlage die Untersuchung basiert und wie vorgegangen wurde. Die vorliegende Untersuchung stützt sich vor allem auf die Auswertung und Analyse von Dokumenten und statistischen Daten sowie auf Ergebnisse ausgewählter empirischer Forschungsprojekte zu einzelnen Themenbereichen. Für die Analyse waren die folgenden Quellen von besonderer Bedeutung:

- die vom Bundesministerium für Gesundheit jährlich im Bundesarbeitsblatt veröffentlichten Daten über Ausgaben und Leistungen der Pflegeversicherung,
- die beiden bisher erschienenen Pflegeberichte des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS 2000, 2002),
- die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2001), einschließlich eines auf Grundlage des Mikrozensus erstellten Sonderberichts zu „Lebenslagen der Pflegebedürftigen“ (Statistisches Bundesamt 2002),
- die beiden bisherigen Berichte der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung (Bundesregierung 1997, 2001),
- die Ergebnisse der ersten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von Infratest durchgeführten Repräsentativbefragung zur Situation der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen nach Inkrafttreten der Pflegeversicherung (Schneekloth/Müller 2000) sowie
- die Ergebnisse mehrerer kleinerer und mittlerer empirischer Studien zur Begutachtungspraxis des MDK und den Auswirkungen der Pflegeversicherung (u.a. Brömme 1999; Dinkel/Nafziger/Lebok 1997; Ewers/Schaeffer 1999; Kliebisch et al. 1997; Lange et al. 2000; Rädisch et al. 1996).

Auf die Einbeziehung der mittlerweile sehr zahlreichen Diskussionsbeiträge, Einschätzungen und Meinungsäußerungen in der wissenschaftlichen, sozialpolitischen und verbandspolitischen Literatur wurde verzichtet. Die vorliegende Untersuchung wird sich fast ausschließlich auf vorhandene empirische Daten stützen, die allerdings unter gezielten Fragestellungen zusammengeführt und analysiert werden. Dem liegt die Auffassung zugrunde, dass es der gegenwärtigen Diskussion um die Auswirkungen und Zukunft der Pflegeversicherung nicht an Meinungsäußerungen und politischen Statements mangelt, wohl aber an systematischen empirisch gestützten Analysen. Ein Problem der gegenwärtigen Diskussion scheint zu sein, dass zu häufig auf Grundlage von Vermutungen und Hypothesen argumentiert wird. Dies ist sicherlich auch dem Umstand geschuldet, dass der Forschungsstand trotz erheblicher Fortschritte immer noch unbefriedigend ist. Aber es gibt mittlerweile – und das ist vielleicht auch bereits an der obenstehenden Auflistung der Quellen erkennbar – doch recht umfassendes empirisches Material, das allerdings zu sehr verstreut und zersplittert ist. Woran es insbesondere mangelt, ist eine Analyse, die versucht dieses verstreute Datenmaterial zusammenzuführen zu einem dichteren und stimmigeren Gesamtbild der Pflegeversicherung,

als dies eine Fülle von verstreuten kleineren und mittleren Untersuchungen leisten kann.

Allerdings soll an dieser Stelle nicht der Eindruck vermittelt werden, kleinere und mittlere Forschungsprojekte und Untersuchungen seien von geringem Nutzen oder nicht hilfreich für die Gewinnung eines wirklichkeitsnahen Bildes über die Versorgung der Pflegebedürftigen und die Auswirkungen der Pflegeversicherung. Sie sind die Puzzlestücke aus denen das Bild zusammengesetzt werden muss. Anders als durch viele verschiedene kleinere und mittlere ‚Erkenntnisstücke‘ kann ein wirklichkeitsnahes Bild über Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherung in Deutschland nicht entstehen. Damit aber ein Bild daraus wird, müssen die einzelnen Teile auch zusammengesetzt werden.

Mit der vorliegenden Untersuchung soll keineswegs der Anspruch erhoben werden, dieses Bild geschaffen zu haben oder vollkommen neue Erkenntnisse zu präsentieren. Auch die vorliegende Untersuchung ist zu unvollständig, um ein solches Bild liefern zu können. Mit der Untersuchung ist vielmehr auch das Plädoyer verbunden, stärker als bislang an einer systematischen Zusammenführung der verschiedenen empirischen Studien zu arbeiten und dies gegebenenfalls auch als bundesweites interdisziplinäres Projekt zu konzipieren. Dabei sollte stärker als bislang die Zusammenführung ökonomischer und sozialwissenschaftlicher und vor allem quantitativer und qualitativer Daten in den Mittelpunkt gerückt werden. Nur mit einer Datenart, nur mit einem methodischen Ansatz ist soziale Wirklichkeit nicht angemessen zu erfassen und zu verstehen. Quantitative Daten, beispielsweise über die Ausgabenentwicklung oder Leistungsentwicklung der Pflegeversicherung, sind hochverdichtete Zeichen, die für etwas stehen, das sie nicht selbst sind. Sie sind Symbole, die interpretiert werden müssen, um auf sie richtig und angemessen reagieren zu können. Will man aber erfahren, warum sich bestimmte Ausgaben oder Leistungen in einem bestimmten Zeitraum so entwickelt haben wie es an den Daten erkennbar wird, muss man letztlich diejenigen fragen, deren Handeln in den Finanzdaten in Erscheinung tritt.

Für das Verstehen sozialer Prozesse im Bereich der Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherung hilft es nicht weiter, wenn lediglich konstatiert wird, dass eine bestimmte Leistungsart in einem bestimmten Umfang mehr oder weniger in Anspruch genommen wurde. Insbesondere für die politischen Entscheidungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ist es unabdingbar, dass nach den Gründen gefragt wird, und die erfährt man letztlich nur von den Handelnden selbst, in diesem Bereich also von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen und von der Profession, die ihnen bei dieser Frage am nächsten steht, den Pflegekräften in der ambulanten und stationären Pflege. Insofern soll an dieser Stelle auch ein deutliches Plädoyer für die Ausweitung insbesondere qualitativer Sozialforschung in diesem Bereich formuliert werden, und das heißt vor allem für eine stärkere finanzielle Förderung dieses Forschungszweiges.

Auch wenn qualitative Untersuchungen in diesem Bereich bislang nur einen relativ kleinen Ausschnitt der Wirklichkeit beleuchten konnten, beispielsweise nur 15-20 Interviews durchgeführt wurden und das unter Umständen auch nur in einer Stadt oder Region, so konnten sie doch in Bereiche vordringen, die quantitativer Sozialforschung

in der Regel verschlossen bleiben. Sie können beispielsweise bislang Unbekanntes zutage fördern, vor allem aber Handlungsmotive und Werthaltungen der Betroffenen erkennbar machen (vgl. u.a. Brömme 1999; Ewers/Schaeffer 1999).

Diese Vorbemerkungen sollten nicht nur dazu dienen, den methodischen Ansatz der vorliegenden Untersuchung zu begründen, sie sollten auch darauf vorbereiten, dass trotz eines mittlerweile durchaus reichhaltigen öffentlich zugänglichen Datenbestandes viele Fragen derzeit offenbar nicht empirisch gestützt zu beantworten sind und die Untersuchung deshalb an mehreren Stellen spekulativ bleiben muss.

Es bleibt noch darauf hinzuweisen, dass Wertangaben sowohl in DM als auch in Euro erfolgen. Da die DM im Untersuchungszeitraum Zahlungsmittel war, erfolgen monetäre Angaben zum Untersuchungszeitraum auch überwiegend in DM. Lediglich für Längsschnittvergleiche und den Überblick über die Leistungen der Pflegeversicherung werden Euro-Werte verwendet.

3. Die Ausgaben- und Leistungsentwicklung der Pflegeversicherung 1997 bis 2001

Im folgenden wird zunächst ein allgemeiner Überblick über die Entwicklung der Leistungen der Pflegeversicherung gegeben, an den sich in den nachfolgenden Abschnitten differenziertere Analysen zu einzelnen Entwicklungen anschließen.

Im Untersuchungszeitraum von 1997 bis 2001 ist die Zahl der Leistungsempfänger in der gesetzlichen Pflegeversicherung um insgesamt ca. 179.000 oder 10,8% von 1,66 Mio. auf 1,84 Mio. gestiegen (Tab. 1).¹ Die Ausgaben der Pflegeversicherung stiegen im gleichen Zeitraum um 11,4% von 29,6 Mrd. DM auf ca. 33 Mrd. DM. Dem stand ein Zuwachs der Einnahmen um lediglich 5,4% von 31,2 Mrd. DM auf ca. 32,9 Mrd. DM gegenüber. Legt man nur die Beitragseinnahmen zugrunde, so wird die Differenz noch größer, da die Beitragseinnahmen lediglich um 5,0% stiegen.

Tab. 1

Gesetzliche Pflegeversicherung
Leistungsempfänger insgesamt und nach Pflegestufen¹

	1997	1998	1999	2000	2001	1997-2001 in %
Leistungsempfänger insgesamt	1.660.710	1.715.972	1.826.362	1.822.104	1.839.602	10,8
ambulant						
Leistungsempfänger insgesamt <i>darunter</i>	1.206.482	1.206.482	1.280.379	1.260.760	1.261.667	5,3
Pflegestufe I	568.768	607.188	668.314	681.658	697.714	22,7
Pflegestufe II	486.338	463.721	472.189	448.406	436.693	-10,2
Pflegestufe III	142.997	135.573	139.876	130.696	127.260	-11,0
stationär						
Leistungsempfänger insgesamt <i>darunter</i>	462.607	509.490	545.983	561.344	577.935	24,9
Pflegestufe I	159.467	187.232	203.950	210.883	218.909	37,3
Pflegestufe II	189.862	209.751	226.657	234.836	242.779	27,9
Pflegestufe III	113.278	112.507	115.376	115.625	116.247	2,6

1) Ohne Mehrfachzählungen.

Quelle: BMG; eigene Berechnungen.

Die finanziellen Auswirkungen dieser Entwicklung sind hinlänglich bekannt: Der anfängliche Überschuss der jährlichen Einnahmen über die Ausgaben in Höhe von zunächst 6,7 Mrd. DM im Jahr 1995 und jeweils ca. 1,5 Mrd. DM in Jahren 1996 und 1997

¹ Zur Zahl der Leistungsempfänger enthält die amtliche Statistik unterschiedliche Angaben, bedingt durch Mehrfachzählungen von Leistungsempfängern, die mehr als eine Leistungsart in Anspruch nehmen. Soweit möglich wurde in der vorliegenden Untersuchung auf Angaben ohne Mehrfachzählungen zurück gegriffen.

schmolz bereits 1998 auf ca. 0,25 Mrd. DM, und seit 1999 verzeichnet die gesetzliche Pflegeversicherung jährlich einen Überhang der Ausgaben über die Einnahmen, der 2002 die Rekordhöhe von ca. 380 Mio. € (ca. 740 Mio. DM) erreichte. Es bleibt allerdings festzuhalten, dass die finanziellen Probleme der Pflegeversicherung in den letzten Jahren offenbar vor allem auf der Einnahmeseite verursacht wurden. Da sie aus derselben Einnahmegrundlage gespeist wird wie die gesetzliche Krankenversicherung, leidet die gesetzliche Pflegeversicherung ebenso wie die GKV vor allem an einer Erosion ihrer Einnahmehasis. Seit Anfang der 80er Jahre bleibt in der gesetzlichen Krankenversicherung die Entwicklung der beitragspflichtigen Löhne und Gehälter hinter der Entwicklung der Wirtschaftskraft zurück. Da sich dieser Trend in der zweiten Hälfte der 90er Jahre fortsetzte, entwickelte sich auch die Einnahmehasis der Pflegeversicherung relativ zum Bruttoinlandsprodukt unterproportional. Dies verdeutlicht ein Vergleich der Steigerungsraten des Bruttoinlandsproduktes mit der Entwicklung der Einnahmehasis der Pflegeversicherung und ihrer Ausgaben (Tab. 2).

Tab. 2

Gesetzliche Pflegeversicherung
Entwicklung der Finanzierungsbasis und Ausgaben

	1997	1998	1999	2000	2001	1997- 2001
in Mrd. €						
Bruttoinlandsprodukt	1.871,6	1.929,4	1.978,6	2.030,0	2.071,2	199,6
Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder	895,6	904,5	923,9	943,0	955,5	59,9
<i>in % des BIP</i>	47,9	46,9	46,7	46,5	46,1	
Beitragseinnahmen	15,8	15,8	16,0	16,3	16,6	0,8
Ausgaben der Pflegeversicherung insgesamt	15,1	15,9	16,4	16,7	16,9	1,7
<i>in % des BIP</i>	0,81	0,82	0,83	0,82	0,81	
Leistungsausgaben der Pflegeversicherung	14,3	15,1	15,5	15,9	16,0	1,7
Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in Prozent)						
Bruttoinlandsprodukt	2,1	3,1	2,6	2,6	2,0	10,7
Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder	0,7	1,0	2,1	2,1	1,3	6,7
Beitragseinnahmen	32,5	0,2	1,3	1,9	1,5	5,0
Ausgaben der Pflegeversicherung insgesamt	39,4	4,9	3,0	2,0	1,2	11,4
Leistungsausgaben der Pflegeversicherung	39,9	5,1	3,2	2,0	1,1	11,8

Quelle: Statistisches Bundesamt; BMG; eigene Berechnungen.

Während das Bruttoinlandsprodukt zwischen 1997 und 2001 um 10,7% stieg, nahmen die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Pflegeversicherung nur um 6,7% und die Beitragseinnahmen sogar nur um 5,0% zu. Die Differenz zwischen der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen und den tatsächlichen jährlichen Beitragseinnahmen deutet auf einen Rückgang der Zahl der Beitragszahler hin. Dies kann insofern nicht überraschen, als aus der GKV bereits bekannt ist, dass es in den 90er Jahren starke Abwanderungen insbesondere höherer Einkommensgruppen zur privaten Kranken- und somit auch Pflegeversicherung gegeben hat. Dass die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung mit 11,4% etwas stärker stiegen als das Bruttoinlandsprodukt,

ist vor allem auf die überproportionalen Zuwächse in den ersten Jahren der Pflegeversicherung zurückzuführen. Ab dem Jahr 2000 blieb Ausgabenentwicklung deutlich hinter der Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes zurück

Im Hinblick auf die gegenwärtige Diskussion und die Prognosen für die Zukunft der Pflegeversicherung ist festzuhalten, dass nur bis einschließlich 1999 deutliche Zuwächse bei der Gesamtzahl der Leistungsempfänger zu verzeichnen waren. In den beiden Folgejahren ging sie sogar leicht zurück beziehungsweise stagnierte auf dem erreichten Niveau. Von 1999 bis 2001 ist lediglich eine Steigerung um 0,7% erfolgt. Damit scheidet auf der Ausgabenseite für die Jahre 2000 und 2001 die Entwicklung der Gesamtzahl der Leistungsempfänger als Ursache von Finanzierungsproblemen der Pflegeversicherung aus.

Unterhalb der obersten Ebene der Betrachtung von Leistungskennzahlen zeigen sich sehr unterschiedliche und teilweise auch gegenläufige Entwicklungen, die von erheblicher Bedeutung für die zukünftige Entwicklung der Pflegeversicherung werden könnten. Sie lassen sich zu drei dominierenden Trends zusammenfassen:

- einer Verlagerung von den Geldleistungen zu Sachleistungen,
- einer Verschiebung im Pflegestufenspektrum von den höheren zu niedrigeren Pflegestufen und
- einer in allen Altersgruppen überproportionalen Zunahme der vollstationären Pflege.

Die drei Trends lassen sich auf den ersten Blick nicht ohne weiteres zu einem stimmigen Gesamtbild zusammenfügen. Wenn man die Verschiebung zu niedrigeren Pflegestufen als Rückgang der Pflegebedürftigkeit deuten würde, dürfte es eigentlich nicht zu einer Verlagerung von den Geldleistungen zu Sachleistungen und vor allem vom ambulanten in den stationären Sektor gekommen sein. Es wäre vielmehr eine Zunahme der Geldleistungen und eine Ausweitung der ambulanten Versorgungsformen zu erwarten gewesen. Den möglichen Ursachen dieser – auf den ersten Blick nicht zu vereinbarenden – Entwicklungen soll im folgenden nachgegangen werden. Dabei wird sich zeigen, dass sie unter bestimmten Annahmen, die sich aus den vorhandenen Daten ableiten lassen, doch vereinbar sein könnten, was aber in bezug auf die sich daraus ergebenden Probleme der Pflegeversicherung keineswegs beruhigen kann, sondern vielmehr dringenden Handlungsbedarf, vor allem aber auch Forschungsbedarf, signalisiert.

4. Von den Geldleistungen zu den Sachleistungen

Bereits im dritten Jahr des Bestehens der Pflegeversicherung setzte ein Rückgang der Ausgaben für Geldleistungen ein. Wurden 1995 zunächst ca. 6 Mrd. DM und 1996 8,7 Mrd. DM ausgezahlt, so sank der Betrag bis 2001 auf ca. 8 Mrd. DM. Parallel dazu stiegen die Ausgaben für Pflegesachleistungen in der ambulanten Pflege von 1,3 Mrd. DM im Jahr 1995 zunächst sprunghaft auf 3 Mrd. DM im Jahr 1996 und in den darauffolgenden Jahren schrittweise weiter bis auf 4,5 Mrd. DM im Jahr 2001. Im Untersu-

chungszeitraum 1997 bis 2001 gingen die Ausgaben für Geldleistungen somit um 4,9% zurück und stiegen zugleich die Ausgaben für Pflegesachleistungen um 29,1% (Tab. 3). Dadurch fiel der Anteil der Geldleistungen an den ambulanten Leistungen von 55,4% im Jahr 1997 auf 50,9% im Jahr 2001 und erhöhte sich der Anteil der Sachleistungen von 22,8% auf 28,4%. Dies alles innerhalb von nur vier Jahren.

Tab. 3

Gesetzliche Pflegeversicherung
Ausgaben für ambulante und teilstationäre Leistungen
 Angaben in Mrd. DM¹

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1997- 2001	in %
Ausgaben insgesamt	9,71	21,98	29,61	31,05	31,98	32,61	32,99	3,38	11,4
Leistungsausgaben insgesamt	8,65	20,05	28,05	29,47	30,41	31,02	31,36	3,31	11,8
<i>darunter</i>									
Geldleistungen	5,94	8,68	8,45	8,38	8,29	8,18	8,04	-0,41	-4,9
Pflegesachleistungen	1,35	3,02	3,47	3,89	4,17	4,36	4,48	1,01	29,1
Pflegeurlaub	0,26	0,26	0,09	0,11	0,14	0,19	0,22	0,12	129,1
Tages-/Nachtpflege	0,02	0,05	0,07	0,09	0,10	0,12	0,14	0,07	101,5
Kurzzeitpflege	0,10	0,17	0,19	0,21	0,24	0,27	0,30	0,11	55,6
Soz. Sicherung der Pflegepersonen	0,60	1,81	2,32	2,26	2,21	2,10	1,92	-0,39	-17,1
Pflegemittel/techn. Hilfen etc.	0,38	0,77	0,65	0,73	0,83	0,78	0,69	0,04	5,8
Ambulante Leistungen insgesamt	8,648	14,77	15,25	15,67	15,98	16,00	15,79	0,54	3,5
<i>davon in % der amb. Leistungen</i>									
Geldleistungen	68,7	58,8	55,4	53,5	51,9	51,1	50,9		
Pflegesachleistungen	15,6	20,5	22,8	24,8	26,1	27,3	28,4		
Pflegeurlaub	3,0	1,8	0,6	0,7	0,9	1,2	1,4		
Tages-/Nachtpflege	0,2	0,4	0,5	0,5	0,6	0,8	0,9		
Kurzzeitpflege	1,1	1,2	1,3	1,3	1,5	1,7	1,9		
Soz. Sicherung der Pflegepersonen	6,9	12,3	15,2	14,4	13,8	13,1	12,2		
Pflegemittel/techn. Hilfen etc.	4,4	5,2	4,3	4,7	5,2	4,9	4,4		

1) Abweichungen in den Summen durch Rundungen.

Quelle: BMG; eigene Berechnungen.

Die Anmerkung erscheint insofern angebracht, als es sich bei der Pflegeversicherung um einen Zweig der Sozialversicherung handelt, bei dem eher mit mittel- und langfristigen Veränderungen der Inanspruchnahme von Leistungen zu rechnen wäre. Vier Jahre sind in der Krankenversicherung ein langer Zeitraum, in dem – wie die zahlreichen gesetzgeberischen Interventionen des letzten Jahrzehnt zeigen – viel geschehen kann und erfahrungsgemäß auch geschieht. Für eine auf langfristige Entwicklungstrends ausgerichtete Sozialversicherung, wie die Pflegeversicherung, sind vier Jahre ein kurzer Zeitraum. Extrapoliert man den Entwicklungstrend, so wäre bereits für das Jahr 2005 eine Erhöhung des Anteils der Sachleistungen gegenüber dem Ausgangsjahr 1997 um ca. 50% zu erwarten. Dies ist für die Pflegeversicherung insofern von besonderer Bedeutung, da bei gleicher Pflegestufe die Ausgaben der Pflegeversicherung für Pflege-

sachleistungen deutlich höher sind als bei Inanspruchnahme von Pflegegeld. Hält der Trend zu Sachleistungen an, ist bei unveränderter Einnahmeentwicklung in den nächsten Jahren mit einem weiter steigenden Überhang der Ausgaben über die Einnahmen zu rechnen. Von einem Defizit kann vorerst jedoch nicht die Rede sein, da zurzeit noch das ‚Finanzpolster‘ aus der Anfangszeit der Pflegeversicherung ‚aufgezehrt‘ wird.

Tab. 4

Gesetzliche Pflegeversicherung
Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen
 Veränderungen von 1997 bis 2001
 Angaben in Prozent

Leistungsart	Leistungsempfänger				
	Pflegestufen				insgesamt
	I	II	III	Härtefälle	
Pflegesachleistung	56,2	17,0	15,1	3,6	35,4
Pflegegeld	18,0	-18,3	-21,2		-1,0
Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung	71,6	16,3	-3,4	32,6	28,0
Tages- und Nachtpflege	173,8	137,7	79,0		140,4
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	188,7	79,0	68,4		101,7
Kurzzeitpflege	99,7	25,7	-2,4		43,9
Ambulant insgesamt (einschl. Mehrfachzählungen)	27,1	-9,0	-12,5	12,6	7,1
Vollstationäre Pflege	33,8	27,2	-4,3	73,2	20,6
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	23,2				52,2
Stationär insgesamt	31,3	31,0	-0,8	74,5	23,2
Insgesamt (einschl. Mehrfachzählungen)	28,0	1,4	-7,5	49,7	11,4

Quelle: BMG; eigene Berechnungen

In den Finanzdaten kommt ein Wandel der Inanspruchnahme zum Ausdruck. Vergleicht man die Daten der Jahre 1997 und 2001 über die Verteilung der Leistungsarten auf die verschiedenen Pflegestufen, so zeigen sich einige Auffälligkeiten (Tab. 4). Die höchste Zuwachsrate bei der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen findet sich nicht in den hohen Pflegestufen, sondern mit 56,2% in der Pflegestufe I. Ähnlich verhält es sich auch mit der Entwicklung der Kombinationsleistungen, die insgesamt um 28% zugenommen haben und für die die höchste Steigerungsrate in der Pflegestufe I mit 72% zu verzeichnen ist. Durch den überproportionalen Zuwachs in der Pflegestufe I ist auch erklärlich, dass – trotzdem die Zahl der Empfänger von Sachleistungen um 35,4% zugenommen hat – die Ausgaben für Sachleistungen nur um 29,1% gestiegen sind.

Wenn aber in zunehmendem Maße bereits bei Pflegestufe I Sachleistungen in Anspruch genommen werden, ist zu erwarten, dass sich dieses Inanspruchnahmehemmer auch bei einer Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit nicht ändern wird. Ein Wechsel von der Sachleistung zur Geldleistung erscheint bei einer in der Regel progredient verlaufenden Pflegebedürftigkeit sehr unwahrscheinlich. Wenn der Trend zur Sachleis-

tung bereits in Pflegestufe I anhält, muss in den nächsten Jahren mit einem weiteren überproportionalen Anstieg der Ausgaben für Sachleistungen gerechnet werden, spätestens wenn die jetzigen Empfänger von Sachleistungen in Stufe I im Laufe der nächsten Jahre in höhere Pflegestufen gruppiert werden müssen.

Die Zunahme der Nachfrage nach Pflegesachleistungen könnte als Indikator für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes gedeutet werden. Dafür sprechen insbesondere die Ergebnisse der Infratest-Repräsentativbefragung. Wenn Pflegesachleistungen gewählt wurden, so verwiesen 1998 fast 90% der betreffenden Haushalte darauf, dass der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen dies erforderlich gemacht oder der Medizinische Dienst dazu geraten habe (Schneekloth/Müller 2000, S. 63). Diese Erklärung ist zwar für die individuelle Ebene sehr überzeugend, kann aber nicht befriedigend erklären, warum auf der Ebene aller Leistungsempfänger eine so deutliche Verschiebung der Anteile erfolgt ist. Dies wäre nur dann plausibel, wenn Pflegebedürftigkeit in Deutschland innerhalb von nur vier Jahren deutlich schwerere Verläufe und schnellere Verschlechterungen aufweisen würde. Dafür aber gibt es bislang keinerlei Hinweise. Dem würden auch die zunehmend ‚besseren‘ Ergebnisse der Begutachtung des MDK widersprechen, wenngleich aber gegenüber deren Validität durchaus Zweifel angemeldet werden können (worauf an späterer Stelle näher eingegangen wird). Geht man aber von der Annahme aus, dass es nicht zu einer deutlichen Verschlechterung des durchschnittlichen Gesundheitszustandes von Pflegebedürftigen zwischen 1997 und 2001 gekommen ist, so wäre zu erwarten, dass sich Zuwächse bei Sachleistungen aufgrund verschlechtertem Gesundheitszustand und Rückgänge durch die Sterblichkeit von Schwerstpflegebedürftigen sowie weniger sachleistungsintensive Neuzugänge im wesentlichen ausgleichen.

Tab. 5

Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Ausgaben in Mrd. DM	0,60	1,81	2,32	2,26	2,21	-
Pflichtversicherte Pflegepersonen	394.000	531.000	575.000	574.000	574.000	528.00 ¹
Frauenanteil in %	94	94	94	93	93	-

1) Vorläufiger Wert, der sich durch Nacherhebungen i.d.R. erhöht.

Quelle: Bundesregierung 2001, S. 28; BMGS 2002, S. 4.

Im Gesamtzusammenhang der vorliegenden Daten erscheint eine andere Interpretation überzeugender. Die rückläufige Zahl der Pflegegeldempfänger und die Zunahme der Zahl der Empfänger von Sachleistungen deuten eher auf einen Rückgang durchschnittlicher familiärer Pflegeleistungen je Pflegebedürftigem hin. Dazu würde auch die Entwicklung der Leistungen für die soziale Sicherung von Pflegepersonen passen (Tab. 5). Seit 1997 sind sowohl die Zahl der rentenversicherten Pflegepersonen als auch die

Aufwendungen der Pflegeversicherung für die soziale Sicherung von Pflegepersonen rückläufig.

Als *Pflegeperson* gelten nach § 19 SGB XI Angehörige oder Nachbarn, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen mindestens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Nach Angaben des BMG handelt es sich bei Pflegepersonen zu über 90% um Frauen (BMG 2002, S. 5), in der Regel Ehefrauen und Töchter oder Schwiegertöchter. War deren Zahl zunächst von 394.000 im Jahr 1995 bis auf 575.000 im Jahr 1997 angestiegen, so ging sie 1998 auf 574.000 leicht zurück und verharrte dort auch im Jahr 1999. Für das Jahr 2000 wurde vom BMG die vorläufige Zahl von 528.000 veröffentlicht, mit dem Hinweis, dass sie sich durch Nacherfassungen höchstwahrscheinlich noch deutlich erhöhen wird.

Betrachtet man die Entwicklung der Rentenbeitragszahlungen der Pflegekassen für die Alterssicherung von Pflegepersonen, legt dies die Vermutung nahe, dass es in den Jahren 1999 bis 2001 zu einem weiteren Rückgang der Zahl der Pflegepersonen beziehungsweise des Volumens informeller Pflegeleistungen gekommen ist. Die Aufwendungen waren zunächst von ca. 600 Mio. DM (305 Mio. €) im Jahr 1995 auf 1,81 Mrd. DM (0,925 Mrd. €) im Jahr 1996 und 2,31 Mrd. DM (1,186 Mrd. €) im Jahr 1997 angestiegen und gingen – analog zur Entwicklung der Zahl der Pflegepersonen – im Jahr 1998 auf 2,26 Mrd. DM (1,156 Mrd. €) zurück. Der Rückgang setzte sich danach fort bis auf 1,9 Mrd. DM (0,982 Mrd. €) im Jahr 2001. Nach neueren Zahlen des BMGS hielt der Trend mit einem Rückgang auf 0,960 Mrd. € auch im Jahr 2002 an.

4.1 Steigende Inanspruchnahme von Sachleistungen als Indikator für eine Erosion familiärer Pflegepotenziale

Dieser Rückgang kann zusammen mit der Verlagerung zu Sachleistungen und Kombinationsleistungen als Indikator für eine ‚Erosion familiärer Pflegepotenziale‘ gedeutet werden. Der Begriff ‚Erosion‘ wird hier gewählt, um deutlich zu machen, dass es sich um einen Prozess handelt, der wesentlich durch externe Faktoren beeinflusst ist, dessen Verlauf aber auch von der Beschaffenheit des ‚Materials‘ abhängig ist. Je härter und stabiler das der Erosion ausgesetzte ‚Material‘ ist, desto länger kann es den externen Erosionskräften widerstehen. Der Begriff soll aber vor allem darauf hinweisen, dass dieser Prozess in erster Linie von Umwelteinflüssen ausgelöst wird und sein Ausmaß durch Gestaltung der Umwelt familiärer Pflegearrangements – also auch durch sozialpolitische Interventionen – beeinflusst werden kann.

Hält die Erosion familiärer Pflegepotenziale an, dürfte dies von überragender Bedeutung für die zukünftige Ausgabenentwicklung der Pflegeversicherung sein, da die Pflegeversicherung lediglich als familienergänzende, nicht jedoch familiäre Pflege vollständig ersetzende Sozialleistung konzipiert und vor allem kalkuliert wurde. Eine Erosion familiärer Pflegepotenziale ist für die Pflegeversicherung vor allem deshalb von überragender Bedeutung, weil sie die Kalkulationsbasis der Pflegeversicherung angreift. Der gesetzlich fixierte Beitragssatz ist nur solange haltbar, wie weit überwiegend

die gegenüber den Sachleistungen und der Heimunterbringung wesentlich günstigeren Geldleistungen für häusliche Pflege in Anspruch genommen werden. Dies zeigt allein ein Vergleich der gegenwärtigen Leistungen der Pflegeversicherung (Tab. 6). Wird Laienpflege durch professionelle ambulante Pflege substituiert oder muss sie vollständig von dieser ersetzt werden, fallen höhere Kosten und somit auch Ausgaben für die Pflegeversicherung an. Geschieht dies in größerem Umfang, gerät die finanzielle Konstruktion der Pflegeversicherung ins Wanken.

Tab. 6			
Leistungen der Pflegeversicherung			
Stand 1.1.2003			
Angaben in €			
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III (Härfefälle)
Häusliche Pflege			
Pflegesachleistungen <i>(monatlich bis zu)</i>	384	921	1.432 (1.918)
Pflegegeld <i>(monatlich)</i>	205	410	665
Pflegevertretung <i>(für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr bis zu)</i>			
• durch nahe Angehörige	205 ¹	410 ¹	665 ¹
• durch sonstige Personen	1.432	1.432	1.432
Kurzzeitpflege <i>(jährlich bis zu)</i>	1.432	1.432	1.432
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege <i>(monatlich bis zu)</i>	384	921	1.432
Ergänzende Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf <i>(jährlich bis zu)</i>	460	460	460
Vollstationäre Pflege			
Vollstationäre Pflege <i>(pauschal monatlich)</i>	1.023	1.279	1.432 (1.688)
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	10% des Heimentgelts höchstens jedoch 256 € monatlich		

1) Auf Nachweis werden den ehrenamtlichen Pflegepersonen notwendige Aufwendungen (Verdienstaussfall, Fahrkosten usw.) bis zum Gesamtbetrag von 1.432 € erstattet.

Quelle: BMGS.

Für die gegenwärtige Diskussion über die Zukunft der sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit ist der Trend von den Geldleistungen zu den Sachleistungen auch insofern von besonderer Bedeutung, als er durch Leistungskürzungen oder die Abschaffung der Pflegeversicherung und Umwandlung in ein staatliches Leistungsgesetz analog zum Bundessozialhilfegesetz nicht aufgehoben oder umgekehrt werden kann. Das Gegenteil ist wahrscheinlicher, denn – das legen die Ergebnisse der nachfolgenden Analyse nahe – kommt es zu Leistungskürzungen im ambulanten Be-

reich wird dies den ohnehin bereits erkennbaren Trend zur stationären Pflege verstärken, mit der Folge weiterer Kostensteigerungen.

Die aus dem Wechsel in ein Heim resultierenden Mehrkosten werden allerdings nur unvollkommen an den Leistungen der Pflegeversicherung erkennbar, da die Vergütungen der Pflegeversicherung nur einen Teil der Heimkosten decken. Die übrigen Kosten, vor allem die Kosten für Unterbringung und Verpflegung sowie die nicht von den Bundesländern getragenen Investitionskosten, aber auch insbesondere bei höheren Pflegestufen die Differenz zwischen Leistungssatz der Pflegeversicherung und tatsächlichem Pflegesatz des Heimes müssen die Pflegebedürftigen tragen. Da die anfallenden Summen jedoch nicht selten deren Finanzkraft überschreiten, werden auch nach Einführung der Pflegeversicherung immer noch viele Pflegebedürftige infolge einer Heimunterbringung zu Sozialhilfeempfängern. Nach einer Repräsentativumfrage waren 1998 in Westdeutschland 44% und in Ostdeutschland 29% der Heimbewohner Sozialhilfeempfänger (Schneekloth/Müller 2000, S. 179).

Welche herausragende Bedeutung familiäre und nachbarschaftliche Pflege derzeit noch hat, wird daran erkennbar, dass 2001 von den ca. 479.000 Leistungsempfängern der Stufe II im ambulanten Bereich immerhin 325.000 oder 68% Pflegegeld und nur ca. 56.000 oder knapp 12% Pflegesachleistungen erhielten (Tab. 7). Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Pflegebedürftigen der Stufe III. Von den ca. 137.000 Leistungsempfängern wurden ca. 81.000 oder 59% vorwiegend oder ausschließlich von Angehörigen und Nachbarn gepflegt und nur 11% oder 15.800 durch professionelle Pflegedienste. Es wird sogar ein erheblicher Teil der Härtefälle noch überwiegend durch Angehörige oder Nachbarn versorgt. Im Jahr 2001 erhielten von den 1.119 Härtefällen in der ambulanten Versorgung immerhin noch 36% Kombinationsleistungen, also auch Pflegegeld für pflegende Angehörige oder Nachbarn.

Der Frage, in welchen Bereichen vor allem eine Erosion zu beobachten ist und auf welche Ursachen sie zurückgeführt werden kann, soll an dieser Stelle noch nicht nachgegangen werden, sondern erst im Zusammenhang der Diskussion des dritten Trends, des Trends von der häuslichen in die stationäre Pflege. Weit mehr als die Verlagerung von den Geldleistungen zu den Sachleistungen kann der Trend zur Heimpflege als Indikator für die gegenwärtigen Erosionstendenzen familiärer Pflegepotenziale gelten. Der Trend zu Pflegesachleistungen könnte für sich genommen auch als Indikator für die Stabilisierung vorhandener familiärer Pflegepotenziale gedeutet werden, da die Inanspruchnahme von Sachleistungen auch dazu dient, prekäre Pflegearrangements zu stabilisieren. Da in den nächsten Jahren mit einer Zunahme prekärer Pflegearrangements zu rechnen ist, könnte eine Ausweitung der Pflegesachleistungen im ambulanten Bereich sogar ein wichtiges sozialpolitisches Instrument zur Stabilisierung nicht nur prekärer Pflegearrangements, sondern mittelfristig auch des Haushaltes der Pflegeversicherung sein. Darauf wird an späterer Stelle näher eingegangen. Wenn aber sowohl die Pflegesachleistungen als auch die stationären Leistungen zunehmen, ist eine verstärkte Inanspruchnahme von Sachleistungen eher Warnsignal für eine zunehmende Destabilisierung häuslicher Pflegearrangements.

Tab. 7					
Gesetzliche Pflegeversicherung					
Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen					
2001					
Leistungsart	Leistungsempfänger				insgesamt
	Pflegestufen				
	I	II	III	Härtefälle	
Pflegesachleistung	88.871	56.272	15.798	712	161.653
Pflegegeld	556.098	324.999	81.033		962.130
Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung	79.905	85.369	35.986	407	201.667
Tages- und Nachpflege	4.857	5.786	1.534		12.177
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	2.494	3.332	1.669		7.495
Kurzzeitpflege	3.643	3.343	1.122		8.108
Ambulant insgesamt (einschl. Mehrfachzählungen)	735.868	479.101	137.142	1.119	1.353.230
Vollstationäre Pflege	163.568	234.965	112.273	2.571	513.377
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	47.332	6.968	4.127	19	58.446
Stationär insgesamt	210.900	241.933	116.400	2.590	571.823
Insgesamt (einschl. Mehrfachzählungen)	946.768	721.034	253.542	3.709	1.925.053
Verhältnis der Empfänger von ambulanten und stationären Pflegeleistungen in %					
Ambulante Pflege	78	66	54		70
Stationäre Pflege	22	34	46		30
Verhältnis der Empfänger von Pflegesachleistungen und Pflegegeld (nur ambulant) in %					
Pflegesachleistung (einschl. 50% Kombinationsleistung)	18	21	25		20
Pflegegeld (einschl. 50% Kombinationsleistung)	82	79	75		80

Quelle: BMG.

Doch zunächst zurück zur Analyse der Leistungsentwicklung der Pflegeversicherung. In Anbetracht der Ausweitung von Pflegesachleistungen ist es durchaus erstaunlich, dass zwischen 1997 und 2001 trotz eines erkennbaren Rückgangs der Laienpflege und Verlagerung zur professionellen Pflege und einer Erhöhung der Gesamtzahl der Leistungsempfänger im ambulanten Bereich um 5,3% die Ausgaben der Pflegeversicherung für ambulante Leistungen insgesamt nur um 3,5% gestiegen sind. Auf Grundlage der vorliegenden Daten der Pflegeversicherung lässt sich dies im Grunde nur mit zwei anderen an den Daten erkennbaren Entwicklungen erklären: Zum einen mit der im ambulanten Bereich beobachtbaren Verschiebung von den Pflegestufen II und III hin zur Pflegestufe I und zum anderen mit der Verlagerung von Leistungen in den stationären Bereich. Im folgenden soll zunächst auf die Verschiebung des Pflegestufenspektrums eingegangen werden.

5. Von den höheren zu den niedrigeren Pflegestufen

Sowohl in der ambulanten wie auch in der stationären Versorgung haben sich die Anteile der Pflegestufen deutlich in Richtung Pflegestufe I bzw. II verschoben. Diese Entwicklung wird allerdings erst bei der Betrachtung eines größeren Zeitraumes erkennbar. In seinem Pflegebericht für die Jahre 1999/2000 konstatierte der MDS noch, das Spektrum der Pflegestufen habe sich „nur geringfügig verändert“ (MDS 2002, S. 31).

In der ambulanten Pflege ist für den Zeitraum 1997 bis 2001 lediglich in der Pflegestufe I ein Anstieg zu verzeichnen (+22,7%), in den Pflegestufen II und III dagegen sogar *absolute Rückgänge* (Tab. 8). Im Jahr 2001 waren gegenüber 1997 ca. 50.000 Pflegebedürftige (-10,2%) weniger in Pflegestufe II und knapp 16.000 (-11,0%) weniger in Pflegestufe III eingestuft. Entsprechend stieg der Anteil der Leistungsempfänger in Pflegestufe I von 47,5% auf 55,3% und fielen die Anteile der Stufe II von 40,6% auf 34,6% und Stufe III von 11,9% auf 10,1%.

Tab. 8

Gesetzliche Pflegeversicherung Leistungsempfänger nach Pflegestufen 1997 bis 2001

	1997	1998	1999	2000	2001	1997-2001	in %
Ambulant	1.198.103	1.206.482	1.280.379	1.260.760	1.261.667	63.564	5,3
<i>Darunter</i>							
Pflegestufe I	568.768	607.188	668.314	681.658	697.714	128.946	22,7
<i>in %</i>	47,5	50,3	52,2	54,1	55,3		
Pflegestufe II	486.338	463.721	472.189	448.406	436.693	-49.645	-10,2
<i>in %</i>	40,6	38,4	36,9	35,6	34,6		
Pflegestufe III	142.997	135.573	139.876	130.696	127.260	-15.737	-11,0
<i>in %</i>	11,9	11,2	10,9	10,4	10,1		
Stationär	462.607	509.490	545.983	561.344	577.935	115.328	24,9
<i>Darunter</i>							
Pflegestufe I	159.467	187.232	203.950	210.883	218.909	59.442	37,3
<i>in %</i>	34,5	36,7	37,4	37,6	37,9		
Pflegestufe II	189.862	209.751	226.657	234.836	242.779	52.917	27,9
<i>in %</i>	41,0	41,2	41,5	41,8	42,0		
Pflegestufe III	113.278	112.507	115.376	115.625	116.247	2.969	2,6
<i>in %</i>	24,5	22,1	21,1	20,6	20,1		
Insgesamt	1.660.710	1.715.972	1.826.362	1.822.104	1.839.602	178.892	10,8
<i>Darunter</i>							
Pflegestufe I	728.235	794.420	872.264	892.541	916.623	188.388	25,9
<i>in %</i>	43,9	46,3	47,8	49,0	49,8		
Pflegestufe II	676.200	673.472	698.846	683.242	679.472	3.272	0,5
<i>in %</i>	40,7	39,2	38,3	37,5	36,9		
Pflegestufe III	256.275	248.080	255.252	246.321	243.507	-12.768	-5,0
<i>in %</i>	15,4	14,5	14,0	13,5	13,2		

Quelle: BMG; eigene Berechnungen.

Etwas anders stellt sich die Entwicklung im stationären Bereich dar, wenngleich im Ergebnis durchaus ähnlich. Auch hier stieg die Zahl der Leistungsempfänger in der Pflegestufe I mit 37,3% weit überproportional, zugleich nahm aber auch die Zahl der

Pflegebedürftigen in der Stufe II um 27,9% zu. Die Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger in Stufe III blieb mit einem Zuwachs von 2,6% hinter dem Durchschnitt zurück. Dementsprechend haben sich auch hier die Gewichte verschoben: Der Anteil der Pflegestufe I stieg von 34,5% auf 37,9% und der Anteil der Stufe III fiel von 24,5% auf 20,1%, während der Anteil der Stufe II fast unverändert blieb.

Die Verschiebungen im Pflegestufenspektrum könnten die Annahme nahe legen, dass das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit in Deutschland rückläufig ist (so bspw. Roth 2003, S. 79). Immerhin ist der durchschnittliche Grad der Pflegebedürftigkeit nach Feststellung des MDK offensichtlich gesunken und – so könnte man annehmen – somit müsste auch die individuelle Situation des durchschnittlichen Pflegebedürftigen besser sein als vier Jahre zuvor.

Eine solche Schlussfolgerung erscheint jedoch angesichts der beiden anderen Trends, des Rückgangs der Geldleistungen und der zunehmenden Verlagerung des Leistungsgeschehens in den stationären Bereich, als voreilig; denn: Wenn das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit rückläufig wäre und 2001 zwar mehr Menschen Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten haben als 1997, diese aber im Schnitt nicht mehr so pflegebedürftig waren als noch vier Jahre zuvor, dann wäre nicht einsichtig, warum diese im Schnitt gesünderen Menschen verstärkt Sachleistungen für professionelle Pflege in Anspruch nehmen sollten und nicht mit Geldleistungen für Laienpflege auskommen, vor allem aber warum zunehmend mehr von ihnen in Heime ziehen bzw. verlegt werden.

Zudem widerspräche die Annahme einer rückläufigen durchschnittlichen Pflegebedürftigkeit in Deutschland den Erfahrungen aus der Gutachtertätigkeit der Medizinischen Dienste. Pflegebedürftigkeit verläuft in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle progredient, also fortschreitend im Sinne eines zunehmenden Selbstständigkeitsverlustes und wachsenden Hilfebedarfes: „Die Analysen zu den Wiederholungsbegutachtungen belegen, dass eine idealtypische Pflegebiographie durch eine Zunahme des gesetzlich definierten Hilfebedarfs gekennzeichnet ist“ (MDS 2000, S. 3).

Eine Verschiebung des Pflegestufenspektrums zu den unteren Pflegestufen kann auch nicht mit einer in den höheren Pflegestufen zu erwartenden überdurchschnittlichen Sterblichkeit befriedigend erklärt werden. Geht man von einem in der Regel progredienten Verlauf aus, so ist zu erwarten, dass die sterblichkeitsbedingte Reduzierung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Pflegestufe III durch ein ‚Nachrücken‘ aus dem Bereich der Pflegestufe II ausgeglichen wird.

Gegen einen Trend zur leichteren Pflegebedürftigkeit und geringeren Morbidität der Pflegebedürftigen spricht auch die deutliche Zunahme der Härtefälle, also jener Leistungsempfänger, die aufgrund ihrer besonders schweren Pflegebedürftigkeit Leistungen erhalten, die über die der Pflegestufe III hinausgehen. Ihre Zahl ist zwischen 1997 und 2001 um insgesamt ca. 50% gestiegen, in der stationären Pflege sogar um knapp 75%.

Es bleibt also die Frage, wie und wodurch es zu einer solchen – der zu erwartenden Leistungsentwicklung zuwiderlaufenden – Verschiebung im Pflegestufenspektrum gekommen ist. Mit einem Wandel im Spektrum ‚objektiv gegebener‘ Pflegebedürftigkeit scheint sie jedenfalls nicht erklärbar zu sein. Wenngleich eine empirisch gesicherte

Aussage hierzu im Grunde nicht möglich ist, da eine ‚unabhängige‘ wissenschaftliche Datenbasis fehlt. Verfügbar sind lediglich die Daten der Pflegeversicherung, und die geben genau genommen nur das Ergebnis eines Antrags- und Leistungsbewilligungsverfahrens wieder, das nicht den Anforderungen an ein methodisch einwandfreies wissenschaftliches Forschungsprojekt genügen muss, sondern denen des Verwaltungsverfahrensrechts. Es geht letztlich um Entscheidungen von Pflegekassen, und das sind – da es sich um mittelbare Staatsverwaltung handelt – Verwaltungsakte. Das heißt aber nichts anderes, als dass sie im Zweifelsfall einer gerichtlichen Überprüfung standhalten müssen, die sich vor allem darauf richten wird, ob die Verfahrensvorschriften korrekt angewendet wurden, nicht aber, ob diese Daten Art und Umfang von Pflegebedürftigkeit in Deutschland richtig abbilden. An den Daten über Leistungsempfänger, bewilligte Pflegestufen etc. ist somit im Kern nur der Ausgang vieltausendfacher Verwaltungsakte ablesbar.

Sicherlich geben diese Daten auch über Art und Umfang von Pflegebedürftigkeit in Deutschland Auskunft. Sie sind aber unter den grundsätzlichen Vorbehalt zu stellen, dass die Basisdaten von einer Organisation erhoben werden, die sich in der Trägerschaft der Krankenkassen befindet, die wiederum mit eigenen wirtschaftlichen Interessen in die Thematik verstrickt sind. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung wird bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit im Auftrag der Pflegekassen tätig und gibt diesen Empfehlungen für die Ablehnung oder Bewilligung von Leistungen (§ 18 SGB XI).

Die Entscheidung liegt zwar dann bei den jeweiligen Pflegekassen, mit seinen Gutachten und Empfehlungen übt der MDK aber dennoch einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die finanzielle Entwicklung der Pflegekassen aus. Diese Bedeutung ist unvermeidbar jedem einzelnen Gutachter bewusst. Je großzügiger oder restriktiver die Gutachten und Empfehlungen über die Bewilligung und Einstufung von Antragstellern ausfallen, um so stärker oder geringer werden die Pflegekassen finanziell belastet. Dieser Zusammenhang ist so offensichtlich wie auch das Bemühen der MDKs erkennbar und bekannt, die Gutachtenpraxis zu objektivieren, um den berechtigten Ansprüchen von Pflegebedürftigen auf notwendige Leistungen gerecht zu werden. Im Zentrum dieser Bemühungen stehen bundeseinheitliche Begutachtungs-Richtlinien, die seit 1997 gelten und 2001 überarbeitet wurden.² Darüber hinaus gibt es in den MDKs kontinuierliche Anstrengungen im Bereich der internen Qualitätssicherung und -kontrolle.

Wenn im folgenden näher auf den Einfluss der Begutachtungspraxis des MDK eingegangen wird, so nicht, um diese zu diskreditieren, sondern um deutlich zu machen, dass es sich bei den Begutachtungen nicht um eine von wirtschaftlichen Interessen und Fragen unabhängige wissenschaftliche Datenerhebung handelt, sondern um einen sozialen Aushandlungsprozess, der – wie jedes soziale Aushandeln – unvermeidlich von Rahmenbedingungen und Verlauf der sozialen Interaktion beeinflusst wird. Dies ist auch dem Medizinischen Dienst bewusst und wird in den beiden bisherigen Pflegeberichten des MDS reflektiert (MDS 2000; 2002).

² Zu den aktuell geltenden Begutachtungs-Richtlinien vgl. <http://www.mds-ev.org>

Es kann nicht darum gehen, eine ‚objektive‘, von jeglichem Umwelteinfluss unabhängige Begutachtungspraxis zu fordern, sondern den Blick zu schärfen, wo eventuell vorhandene oder fehlende soziale Einflüsse zu systematischen ‚Verzerrungen‘ von Begutachtungsergebnissen führen könnten. Im Rahmen dieser Untersuchung sind dabei vor allem solche ‚Verzerrungen‘ von Interesse, die zu einer Erosion familiärer Pflegepotenziale und verstärkten Heimunterbringung beitragen können. Ein solcher Zusammenhang könnte beispielsweise entstehen, wenn im ambulanten Bereich bestimmte Hilfebedarfe nicht anerkannt und Leistungen nicht bewilligt werden und es dadurch zu einer Überforderung pflegender Angehöriger kommt, die sich schließlich nicht mehr in der Lage sehen, eine ausreichende häusliche Pflege aus eigener Kraft zu gewährleisten und eine Heimunterbringung veranlassen.

Dass die Begutachtungspraxis des MDK Einfluss auf den Wandel des Pflegestufenpektrums hat, davon geht auch die Bundesregierung aus. So vermutet sie beispielsweise, dass der Rückgang der höheren Pflegestufen im stationären Sektor auch auf eine Konkretisierung der Begutachtungs-Richtlinien und verstärkte Gutachterschulungen zurückzuführen ist (Bundesregierung 2001, S. 28).

5.1 Die Begutachtungspraxis des Medizinischen Dienstes

An der Validität der Begutachtungen des MDK gibt es seit Einführung der Pflegeversicherung Zweifel und Kritik. Darauf reagierten die Medizinischen Dienste mit verstärkten Bemühungen um eine zumindest in bezug auf die Verfahrensgrundsätze verbesserte und vor allem einheitlichere Begutachtungspraxis. Eines der Ergebnisse war die Veröffentlichung von Begutachtungsrichtlinien des MDS im Jahr 1997 und ihre Überarbeitung im Jahr 2001. Aber auch wenn das Begutachtungsverfahren normiert und vereinheitlicht wird, so bleibt doch die Frage weiter offen, wie valide waren und sind die Ergebnisse der Begutachtung, in wie weit bildeten sie eine vorhandene Pflegebedürftigkeit richtig ab. Auf diese Problematik weist auch die Bundesregierung in ihrem zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung hin, wenn sie zur internen Qualitätssicherung der Medizinischen Dienste feststellt: „Ein formal nicht zu beanstandendes Gutachten ist nicht zwingend in allen Bereichen schlüssig und inhaltlich kritikfrei“ und von daher sei „die Fortentwicklung der Qualitätsprüfungen hin zu einer mehr inhaltlichen und zielorientierten Prüfphilosophie auch künftig weiter zu forcieren“ (Bundesregierung 2001, S. 37).

Und in der Tat gibt es eine Reihe von Hinweisen und Anhaltspunkten, die zumindest für Teilbereiche der Begutachtungs- und Bewilligungspraxis Zweifel an der Validität der Gutachten bzw. Angemessenheit der bewilligten Pflegestufen nähren können. Im folgenden soll auf einige Problembereiche eingegangen werden, die in verschiedenen wissenschaftlichen Studien untersucht und/oder vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen in seinen beiden Pflegeberichten thematisiert wurden.

In den letzten Jahren hat es zwar eine Reihe von kleineren und mittleren Untersuchungen zur Validität der Begutachtungspraxis von MDKs gegeben, eine bundesweite

und repräsentative Evaluationsstudie oder kontinuierliche begleitende externe Qualitätssicherung mit jährlicher Berichtslegung findet nicht statt. Beides wäre angesichts der Bedeutung dieses Themas nicht nur für die mittlerweile ca. 2 Millionen Pflegebedürftigen und deren Angehörige durchaus angebracht, sondern könnte auch zu einer Entlastung der MDKs von internen und externen Zweifeln beitragen. Das Interesse aus den Reihen der Medizinischen Dienste an einer externen Qualitätsprüfung der Begutachtungspraxis und Verbesserung ihrer Validität ist nicht nur an den bisherigen Pflegeberichten erkennbar, sondern auch daran, dass mittlerweile zahlreiche Forschungsprojekte im Auftrag und/oder unter Beteiligung von MDKs durchgeführt und deren Ergebnisse veröffentlicht wurden.

Zwar ergaben einige der veröffentlichten Untersuchungen eine Bestätigung der Begutachtungsergebnisse, indem sie beispielsweise auch bei Anwendung anerkannter externer Klassifikationssysteme oder beim Einsatz externer Gutachter zu gleichen Einstufungsergebnissen wie der MDK kamen (vgl. u.a. Kliebach et al. 1997; Maidhof et al. 1999; Westhoff 2000), häufig aber wird auf nicht unerhebliche Probleme hingewiesen. Im Vordergrund standen dabei in den letzten Jahren insbesondere die teilweise erheblichen regionalen Unterschiede bei der Leistungsbewilligung und Pflegestufenverteilung. Zwischen den einzelnen MDKs, die im wesentlichen auf Länderebene organisiert sind, waren von Beginn der Begutachtungspraxis an teilweise erhebliche Unterschiede feststellbar, die nicht mit Unterschieden der soziodemographischen Struktur der begutachteten Klientel erklärt werden konnten (vgl. hierzu u.a. MDS 2000, 2002; Rädisch et al. 1995; Rädisch et al. 1996; Schneekloth 1996). Aber auch innerhalb einzelner MDKs gab es Unterschiede in der Ablehnungsquote oder Pflegestufenverteilung, die mit externen Faktoren nicht erklärt werden konnten (vgl. hierzu u.a. Dinkel/Nafziger/Lebok 1997; Pritzkeleit/Erben 2001). Zudem liegen Untersuchungen zu einzelnen Gruppen von Pflegebedürftigen vor, die Zweifel an der Validität der Einstufungen durch den zuständigen MDK bzw. Angemessenheit der bewilligten Pflegestufe nähren (vgl. u.a. Lange et al. 2000; Häußler et al. 2002; Schmitt/Böhning 2002). Im Mittelpunkt des Interesses standen in den letzten Jahren insbesondere zwei Gruppen von Pflegebedürftigen: altersverwirrte oder demenziell erkrankte Menschen und behinderte Kinder. Aber es gibt auch grundsätzliche Kritik, die die Angemessenheit des gutachterlichen Konzeptes in Frage stellen (vgl. Wingenfeld 1998).

Demenziell Erkrankten und behinderten Kindern wurden – das wird mittlerweile auch von der Bundesregierung beziehungsweise vom MDS anerkannt – in der Vergangenheit im Rahmen der Pflegeversicherung aufgrund von Vorgaben des SGB XI oder in den Begutachtungs-Richtlinien systematisch Hilfebedarfe nicht anerkannt und notwendige Leistungen nicht bewilligt. Systematisch meint hier und im folgenden, dass die Ablehnung eines entsprechenden Leistungsantrags nicht mehr oder weniger zufällig oder bewusst willkürlich auf der Ebene der Einzelbegutachtung erfolgte, sondern aufgrund bundesweit geltender Vorgaben. Im Fall der demenziell Erkrankten war die Berücksichtigung bestimmter Hilfebedarfe gesetzlich nicht vorgesehen, im Fall der behinderten Kinder liegt die Ursache offenbar in den Begutachtungs-Richtlinien des MDS.

Auf die Kritik an einer systematisch unzureichenden Leistungsgewährung für demenziell Erkrankte hat die Bundesregierung mittlerweile mit einer Ausweitung der Leistungen speziell für diese Gruppe der Pflegebedürftigen reagiert. Zum 1.1.2002 trat das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz in Kraft, das zusätzlichen Hilfebedarf anerkennt und Ansprüche auf entsprechende Leistungen gewährt. Im Fall der behinderten Kinder steht eine solche Änderung noch aus. Der MDS hat jedoch bereits eingeräumt, dass die bisherigen Richtlinien dem tatsächlichen Hilfebedarf von Kindern unter 14 Jahren nicht gerecht werden und die Begutachtungsrichtlinien in diesem Bereich deshalb „revisionsbedürftig“ seien (MDS 2002, S. 3).

Insgesamt aber erscheint der Forschungsstand zu Begutachtungs-Richtlinien und Begutachtungspraxis nicht nur wegen der geringen Zahl und Reichweite der Untersuchungen, sondern auch wegen methodischer Probleme einiger der vorliegenden Studien unbefriedigend. So wurde eine relativ häufig zitierte Untersuchung zur Reliabilität³ der Begutachtungs-Richtlinien mit nur vier als unabhängige Gutachter eingesetzten Testpersonen durchgeführt. Zwei der ‚Gutachter‘ waren Medizinstudenten im 9. Semester und zwei waren Krankenpflegekräfte mit lediglich zweijähriger Berufserfahrung (Kliebsch et al. 1997). Keiner der ‚Gutachter‘ verfügte über Erfahrungen in der ambulanten oder stationären Pflege oder Altenhilfe. Dass dann auch noch trotz Spannweiten bei der Beurteilung, die zwischen 51,6% bis 69,9% (Pflegebedürftigkeit liegt vor), 1,4% und 14,0% (persönliche Desorientierung) oder 2,2% und 71,9% (präventive Maßnahmen empfohlen) variierten, dem Begutachtungsverfahren eine „hohe Reliabilität“ (ebd., S. 34) attestiert wurde, erscheint angesichts des methodischen Zuschnitts der Studie als auch der gewonnenen Daten nicht ohne weiteres nachvollziehbar.

Die Daten scheinen eher eine Kritik zu stützen, wie sie beispielsweise von einem Autorenteam formuliert wurde, dem auch der Leiter eines MDK-Beratungszentrums angehörte: „Das bisherige gutachterliche Verfahren ist weder validiert noch reliabel. Hauptsächlicher Punkt zur Einstufung in eine bestimmte Versorgungsstufe ist nicht der Grad der Hilfebedürftigkeit, sondern die Zeit, die für den Pflegebedürftigen zur Pflege bereitgestellt werden muß. Hierbei handelt es sich um eine eher subjektive Beurteilung, auch wenn inzwischen Zeitkorridore für definierte pflegerische Verrichtungen existieren“ (Maidhof et al. 1999, S. 383). In die gleiche Richtung zielt auch eine Kritik aus pflegewissenschaftlicher Sicht, die sich auf Ergebnisse einer unabhängigen Untersuchung der Begutachtungspraxis eines MDK stützt (Wingefeld 1998).

Kritisiert wird auch die Einteilung in lediglich drei Pflegestufen, die noch dazu in bezug auf den zu Grunde gelegten Zeitbedarf mit 90, 180 und 300 Minuten pro Tag relativ weit auseinander liegen. Unter Hinweis auf das vor der Pflegeversicherung geltende Berliner Landespflegegesetz, das sechs Stufen vorsah, wird beispielsweise für eine fünfstufige Einteilung plädiert, die eine differenziertere Berücksichtigung des Pflegebedarfes erlaubt (Schmitt/Böhning 2002).

³ Bei der Prüfung der Reliabilität (Zuverlässigkeit) eines Untersuchungsinstrumentes wird getestet, ob es unter gleichbleibenden Bedingungen bei wiederholten Datenerhebungen durch verschiedene Untersucher bei denselben Testpersonen zu gleichen Ergebnissen führt (vgl. u.a. Atteslander 1995; Friedrichs 1990).

5.1.1 Regionale Unterschiede – Unterschiede zwischen MDKs

Dass die Begutachtungspraxis des MDK auch auf andere Faktoren als nur rein medizinisch-pflegerische Bedarfslagen reagiert, dafür sind insbesondere „teilweise weit auseinander klaffende regionale Unterschiede“ (Maidhof et al. 1999, S. 380) zwischen den verschiedenen MDKs, aber auch innerhalb einzelner MDKs, ein relativ deutlicher Beleg. Seit Beginn der Begutachtung sind zwischen den regional organisierten MDKs Unterschiede in der Anerkennungsquote wie auch dem Pflegestufenspektrum zu verzeichnen, die sich auch nach entsprechender Überprüfung weder mit unterschiedlichen soziodemographischen Strukturen noch mit unterschiedlichen Angebotsstrukturen erklären lassen (Dinkel/Nafziger/Lebok 1997; Pritzkeleit/Erben 2001; Rädisch et al. 1995; Rädisch et al. 1996; Schneekloth 1996).

Auch in bezug auf das Geschlecht und die bewilligende Pflegekasse wurden Unterschiede festgestellt, die sich kaum befriedigend mit einer ‚objektiv‘ unterschiedlichen Pflegebedürftigkeit erklären lassen (vgl. auch die an späterer Stelle folgende Datenanalyse). Bereits im ersten Jahr der Pflegeversicherung führte eine vergleichende Untersuchung zu dem Ergebnis, dass weniger das Lebensalter als die „Maßstäbe der Gutachter und/oder begründetes Antragsverhalten“ als wesentliche Einflussgrößen in Frage kämen (Rädisch et al. 1995, S. 681). Maßstäbe einzelner Gutachter kamen zumindest in den ersten Jahren der Pflegeversicherung als relevante Einflussgröße insbesondere deshalb in Betracht, weil „sowohl bei den Begutachtungsanleitungen als auch bei den Richtlinien gewisse subjektive Ermessensspielräume verbleiben“ (Dinkel et al. 1997, S. 62). Wie bereits erwähnt, gibt es begründete Zweifel, dass sich dies nach Einführung der Begutachtungs-Richtlinien grundlegend geändert hat.

Auch wenn nach Darstellung des MDS die Homogenität der Begutachtungsergebnisse vor allem im ambulanten Bereich nach Einführung der Begutachtungs-Richtlinien 1997 und Durchführung von Gutachterschulungen gestiegen ist, so zeigen doch auch die Daten für das Jahr 2000 immer noch deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen MDKs. Schwankten die Ablehnungsquoten (nicht pflegebedürftig) bei ambulanten Erstbegutachtungen im Jahr 1995 zwischen 22,0% (Baden-Württemberg) und 43,1% (Berlin), so bewegten sie sich im Jahr 2000 immer noch zwischen 28,6% (Thüringen) und 43,9% (Berlin/Brandenburg) (Tab. 9). Auch im Spektrum der bewilligten Pflegestufen unterscheiden sich die verschiedenen MDKs. Während beispielsweise 1995 im MDK Berlin bei ambulanten Anträgen nur 3,8% der Antragsteller die Pflegestufe III zuerkannt wurde, erhielten im MDK Baden-Württemberg immerhin 18,5% und damit fast fünfmal mehr Erstantragsteller die höchste Pflegestufe. Vergleicht man die Ergebnisse der ambulanten Erstbegutachtungen der Jahre 1995 und 2000 so zeigt sich eine Nivellierung und Reduzierung der Spannweiten nur in den oberen beiden Pflegestufen. In Pflegestufe II wurde sie von 10,3 Prozentpunkten auf 9,2 Prozentpunkte reduziert und in Pflegestufe III sogar von 14,7 Prozentpunkten auf 6,4 Prozentpunkte. Aber trotz dieser Verringerung erhielten im Jahr 2000 in Thüringen mit 8,6% anteilig mehr als viermal so viele Erstantragsteller im ambulanten Bereich die Pflegestufe III zugesprochen wie in Westfalen-Lippe (2,1%). Die Reduzierung der Spannweiten in den oberen beiden Pfl-

gestufen ging einher mit einer deutlichen Reduzierung ihrer Anteile insgesamt. Erhielten 1995 im ambulanten Bereich im Bundesdurchschnitt noch 12,6% der Erstantragsteller die Pflegestufe III und 27,3% die Stufe II, so waren es 2000 nur 5,0% für die Pflegestufe III und 19,9% für die Stufe II.

Tab. 9
**Gutachterliche Empfehlung einer Pflegestufe in v.H.
bei ambulanten Erstbegutachtungen
2000**

MDK	nicht pflegebed.	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III
Baden-Württemberg	29,7	44,2	20,9	5,1
Bayern	30,1	44,8	17,9	7,2
Berlin-Brandenburg	43,9	38,3	13,6	4,2
Bremen	30,8	45,6	17,6	6,0
Hamburg	35,7	44,6	16,6	3,1
Hessen	31,9	45,9	17,2	5,0
Meckl.-Vorpommern	32,6	47,1	16,5	3,8
Niedersachsen	29,3	46,1	18,9	5,8
Nordrhein	33,8	44,5	17,4	4,3
Rheinland-Pfalz	31,0	41,2	22,9	4,9
Saarland	41,6	34,2	16,2	8,0
Sachsen	30,1	46,0	19,7	4,2
Sachsen-Anhalt	34,4	42,1	16,9	6,7
Schleswig-Holstein	31,7	48,9	16,4	2,9
Thüringen	28,6	43,4	19,4	8,6
Westfalen-Lippe	38,3	42,3	17,2	2,1
Durchschnitt	33,1	43,9	18,0	5,0
Statistik				
Minimum	28,6	34,2	13,6	2,1
Maximum	43,9	48,9	22,9	8,6
Spannweite	15,3	14,7	9,2	6,4
Mittelwert *	33,4	43,7	17,8	5,1
Median	31,8	44,5	17,3	5,0

* ungewichteter Mittelwert
Quelle: MDS 2002, S. 19.

Ähnliche Spannweiten und Trends sind auch bei den stationären Erstbegutachtungen zu beobachten (Tab. 10). So schwankte die Ablehnungsquote im Jahr 2000 zwischen 11,2% (Sachsen) und 26,3% (Hamburg und Saarland) und wurde in Bremen mit 16,3% die Pflegestufe III relativ zur Gesamtzahl der Anträge fast viermal so häufig gewährt wie in Baden-Württemberg mit lediglich 4,2%. Von 1998 bis 2000 ging im Bundesdurchschnitt die Häufigkeit der gutachterlichen Empfehlungen für die Pflegestufe III im stationären Bereich von 10,4% auf 7,9% zurück, blieb die für Pflegestufe II fast unverändert und stieg die Zahl der Empfehlungen für Pflegestufe I von 38,0% auf 42,5%.

Tab. 10

**Gutachterliche Empfehlung einer Pflegestufe in v.H.
bei stationären Erstbegutachtungen
2000**

MDK	nicht pflegebed.	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III
Baden-Württemberg	14,6	52,4	28,7	4,2
Bayern	19,2	41,8	26,9	12,1
Berlin-Brandenburg	23,7	33,0	33,8	9,5
Bremen	13,6	35,3	34,8	16,3
Hamburg	26,3	41,4	23,4	8,9
Hessen	13,0	45,7	30,2	11,1
Meckl.-Vorpommern	13,6	42,8	37,2	6,4
Niedersachsen	15,0	45,9	31,6	7,5
Nordrhein	15,9	38,1	38,7	7,3
Rheinland-Pfalz	20,1	36,4	34,7	8,9
Saarland	26,3	33,6	29,8	10,4
Sachsen	11,2	38,8	40,8	9,2
Sachsen-Anhalt	18,9	40,1	30,1	10,9
Schleswig-Holstein	14,7	50,5	30,1	4,7
Thüringen	12,7	37,5	34,9	14,9
Westfalen-Lippe	20,3	39,3	35,6	4,8
Durchschnitt	16,9	42,5	32,6	7,9
Statistik				
Minimum	11,2	33,0	23,4	4,2
Maximum	26,3	52,4	40,8	16,3
Spannweite	15,1	19,4	17,4	12,2
Mittelwert *	17,4	40,8	32,6	9,2
Median	15,5	39,7	32,7	9,1

* ungewichteter Mittelwert

Quelle: MDS 2002, S. 20.

5.1.2 Unterschiede zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung

Auch ein Vergleich der Begutachtungsergebnisse von gesetzlicher und privater Pflegeversicherung zeigt signifikante Unterschiede, die nicht mit ‚objektiv‘ gegebenen Unterschieden in der Pflegebedürftigkeit erklärt werden können. In der privaten Pflegeversicherung wurden von Beginn an weniger Antragsteller abgelehnt und insgesamt auch höhere Einstufungen bewilligt als in der gesetzlichen Pflegeversicherung (Bundesregierung 2001, S. 36).

Die Unterschiede zeigen sich bereits auf der Ebene der Begutachtungsempfehlungen (Tab. 11). Offensichtlich agierte der MDK deutlich restriktiver als die für die private Pflegeversicherung tätigen Gutachter. Die Ablehnungsquote („nicht pflegebedürftig“) der MDK-Gutachter war beispielsweise 1999 im ambulanten Bereich um 37% und im stationären Bereich sogar um 65% höher als die der Gutachter der privaten Krankenversicherung. Insgesamt fielen die Unterschiede im stationären Bereich stärker aus als im ambulanten. Wenn Pflegebedürftigkeit anerkannt wurde, so empfahlen die Gutach-

ter der privaten Pflegeversicherung vor allem im Heimbereich deutlich häufiger höhere Pflegestufen. Die Pflegestufe II wurde von ihnen um ca. 20% und die Pflegestufe III sogar um 41% häufiger empfohlen.

Tab. 11

Begutachtungsempfehlungen
in v.H. aller bearbeiteten Anträge
1999

	Gesetzliche Pflegeversicherung	Private Pflegeversicherung
ambulant		
Ablehnung	31,8	23,2
Pflegestufe I	43,9	48,4
Pflegestufe II	19,2	22,9
Pflegestufe III	5,1	5,5
stationär		
Ablehnung	16,5	10,0
Pflegestufe I	39,7	32,3
Pflegestufe II	34,5	41,8
Pflegestufe III	9,3	15,9

Quelle: BMG 2001, S. 36.

Auch auf der Ebene der Bewilligungen zeigen sich deutliche Unterschiede. So stufte die private Pflegeversicherung im Jahr 2000 ihre Pflegebedürftigen im Schnitt höher ein als die gesetzliche (Tab. 12). Sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich wurde seltener die Pflegestufe I vergeben und lag der relative Anteil der Leistungsempfänger der Pflegestufe III um ca. ein Drittel höher als in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Noch deutlicher fiel der Unterschied in der Pflegestufe III im stationären Bereich aus. Hier lag der Anteil um 50% höher als der gesetzlichen Pflegeversicherung.⁴

Die Erklärung der Bundesregierung, durchschnittlich höhere Einstufungen in der privaten Pflegeversicherung seien durch den um 10% höheren Anteil hochbetagter Antragsteller bedingt (Bundesregierung 2001, S. 37), erscheint wenig überzeugend. Zum einen ist nicht das Alter ausschlaggebend, sondern die Pflegebedürftigkeit, und hohes Alter muss nicht zwingend mit höherer Pflegebedürftigkeit einhergehen. Zum anderen ist das Risiko der Pflegebedürftigkeit – ebenso wie das Krankheitsrisiko – sozial ungleich verteilt. So sind Angestellte und Beamte, verglichen mit ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung, unterdurchschnittlich oft von Pflegebedürftigkeit betroffen, Arbeiter dagegen überdurchschnittlich (Schneekloth/Müller 2000, S. 39). Die sozial ungleiche Verteilung zeigt sich auch an der Einkommensschichtung. Der Zusammenhang von Pflegebedürftigkeit und niedrigem Einkommen ist hoch signifikant (ebd. S. 37). Wobei

⁴ Ein direkter Vergleich der Daten der Jahre 1999 und 2000 kann nicht erfolgen, nicht nur weil es sich um verschiedene Entscheidungsebenen handelt, sondern auch weil im zweiten Datensatz die abgelehnten Antragsteller nicht einbezogen sind. Leider wurden bislang keine Längsschnittdaten für die beiden Entscheidungsebenen und beide Pflegeversicherungsarten veröffentlicht, so dass eine weitergehende Analyse nicht möglich ist.

allerdings anhand der Datenlage nicht eindeutig zu klären ist, welches wie häufig Ursache und welches Wirkung ist.

Tab. 12

Zuordnung zu Pflegestufen
in v.H. der Leistungsempfänger
2000

	Gesetzliche Pflegeversicherung	Private Pflegeversicherung
ambulant		
Pflegestufe I	54,1	49,1
Pflegestufe II	35,6	37,3
Pflegestufe III	10,4	13,6
stationär		
Pflegestufe I	37,6	23,7
Pflegestufe II	41,8	45,8
Pflegestufe III	20,6	30,5

Quelle: BMGS 2002, S. 2.

5.1.3 Herabstufung trotz zunehmender Pflegebedürftigkeit

Wenn aber der Rückgang der höheren Pflegestufen in der gesetzlichen Pflegeversicherung sowie die teilweise erheblichen Unterschiede der Begutachtungsergebnisse weder mit einer Verbesserung der Pflegebedürftigkeit noch mit ‚objektiven‘ Unterschieden im Ausmaß der Pflegebedürftigkeit erklärt werden können, bleibt die Frage, welche Faktoren statt dessen verantwortlich gewesen sein könnten.

Ein wichtiger Hinweis auf eine Ursache findet sich in den beiden Pflegeberichten des MDS. Darin weist der MDS darauf hin, dass eine Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit im allgemeinen mit einem Selbstständigkeitsverlust verbunden ist. In der Logik des SGB XI und der Begutachtungs-Richtlinien führt dies zu einer Verringerung des Zeitaufwandes und kann letztlich – wenn eine bestimmte Zeitgrenze unterschritten wird – eine Herabstufung zur Folge haben: „Nach der Zeitorientierung der Hilfebedarfsbewertung durch das SGB XI benötigt die vollständige Übernahme einer Verrichtung durch die Pflegeperson einen geringeren Zeitaufwand als die Anleitung, Beaufsichtigung oder Unterstützung der eigenständigen Durchführung durch den Pflegebedürftigen. Können vom Pflegebedürftigen wegen Selbstständigkeitsverlustes bestimmte Verrichtungen auch mit Anleitung oder Unterstützung nicht mehr eigenständig durchgeführt werden, muss die Pflegeperson diese Verrichtungen vollständig übernehmen, was in der logischen Konsequenz den Zeitaufwand, also die zeitliche und örtliche Bindung der Pflegeperson, aber meist verringert. In der Konsequenz führt dies zu einer Verringerung des Hilfebedarfs gemäß der Definition nach SGB XI“ (MDS 2002, S. 26).

Eine solche Verringerung des Hilfebedarfs nach SGB XI kann beispielsweise daraus resultieren, dass ein Blasendauerkatheder gelegt wird und die bis dahin notwendige zeitaufwändige Begleitung zur Toilette entfällt oder die Ernährung über eine Magen-

sonde erfolgt und dadurch die Unterstützung bei der normalen Nahrungsaufnahme entfällt. Auch wenn der Verweis auf einen für diese Einzelverrichtungen geringeren Zeitaufwand zutreffend ist, so bleibt es doch eine Absurdität, dass sich der Zustand eines Pflegebedürftigen verschlechtert, aber die Leistungen der Pflegeversicherung gekürzt werden. Dies scheint offenbar auch der MDS für problematisch zu halten, da er in seinen beiden Pflegeberichten sehr deutlich – vermutlich zur eigenen Entlastung – darauf hinweist, dass es eine Konsequenz der gesetzlichen Vorgaben sei (MDS 2000, S. 32, 2002, S. 26).

Immerhin wurden 1998 im Rahmen von Folgebegutachtungen im ambulanten Bereich 28,1% und im stationären Bereich 28,9% der erneut begutachteten Leistungsempfänger der Pflegestufe III herabgestuft (Tab. 13). Auch im Jahr 2000 erfolgten in dieser Pflegestufe überproportional häufig Herabstufungen, mit 21,5% im ambulanten und 23,8% im stationären Bereich. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung ist dies insofern von besonderem Interesse, als die aus den Herabstufungen resultierenden Leistungskürzungen zu einer Überlastung von Pflegepersonen führen könnten oder die niedrigere Pflegestufe nicht mehr zur Finanzierung ausreichender Pflegesachleistungen reicht. In beiden Fällen würde die Herabstufung die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels in die stationäre Pflege erhöhen. Leistungskürzungen in der ambulanten Pflege würden so zu Mehrausgaben durch stationäre Pflege führen.

Tab. 13

**Vergleich der Pflegestufenempfehlung des Vorgutachtens
mit der Pflegestufenempfehlung der Folgebegutachtung
1998 und 2000**

Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung	davon Änderungen der Pflegestufenempfehlung (Angaben in Prozent)					
	gleiche Pflegestufen- empfehlung		niedrigere Pflegestufen- empfehlung		höhere Pflegestufen- empfehlung	
	1998	2000	1998	2000	1998	2000
	ambulant					
Pflegestufe I	41,3	45,3	8,6	8,0	50,2	46,7
Pflegestufe II	48,7	53,6	13,2	11,6	38,1	34,8
Pflegestufe III	71,9	78,5	28,1	21,5	-	-
	stationär					
Pflegestufe I	24,3	30,3	2,3	1,9	73,5	67,8
Pflegestufe II	42,4	47,6	4,4	4,2	53,2	48,2
Pflegestufe III	71,1	76,2	28,9	23,8	-	-

Quelle: MDS 2000, S. 31; 2002, S. 25.

Mit den Herabstufungen kann die Veränderung des Pflegestufenspektrums insgesamt allerdings nur zu einem geringen Teil erklärt werden, da beispielsweise 1998 nur knapp 4.500 Leistungsempfänger der Pflegestufe III herabgestuft wurden und den Herabstufungen Höherstufungen von Pflegestufe II nach III im Umfang von mehr als 40.000 gegenüberstanden. Zudem ist der Anteil der Herabstufungen insgesamt rückläufig. Der

Schlüssel für die Erklärung des geänderten Pflegestufenspektrums und des Hospitalisierungstrends muss vielmehr bei den ‚normalen‘ Erstbegutachtungen liegen.

Auffällig ist im Übrigen, dass sich die Quoten zwischen ambulantem und stationärem Bereich teilweise deutlich unterscheiden. Im stationären Bereich wird seltener herabgestuft und häufiger hochgestuft. Die Ursache vermutet auch der MDS nicht in erster Linie in objektiv gegebenen Unterschieden in der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, sondern darin dass Begutachtungen in Heimen – im Unterschied zu Begutachtungen in der häuslichen Umgebung – in der Regel von professionellen Pflegekräften beobachtet und begleitet werden, die bei der Nichtberücksichtigung von Hilfebedarf gegebenenfalls intervenieren.

Damit ist ein Faktor angesprochen, der vermutlich einen weitaus stärkeren Einfluss auf die Ergebnisse von Begutachtungen, Leistungsbewilligungen und auch Widersprüchen hat, als dies bislang in der Diskussion und empirischen Forschung berücksichtigt wurde. Begutachtungen erfolgen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht auf Grundlage der Aktenlage, sondern im Rahmen eines Haus- oder Heimbesuches der Gutachter und auf Grundlage der Auskünfte von Pflegebedürftigen oder pflegenden Angehörigen. Begutachtungen sind somit soziale Interaktionen und müssen aus wissenschaftlicher Sicht vor allem unter diesem Aspekt betrachtet werden. Ihr Ergebnis ist dementsprechend in starkem Maße auch vom Verlauf der Interaktion, von der Interaktionskompetenz der Teilnehmer, von Deutungsmustern und Werthaltungen der Gutachter und auch von den situativen Rahmenbedingungen abhängig. Dieser Aspekt scheint aber in der bisherigen Forschung nicht oder viel zu wenig gewürdigt und vor allem kaum erforscht zu sein. Die folgenden Ausführungen können somit auch nicht in dem Maße, wie es wünschenswert wäre, auf vorliegende Ergebnisse empirischer Sozialforschung zu diesem Thema gestützt, sondern nur als Schlussfolgerungen aus der Analyse des vorliegenden empirischen Materials abgeleitet werden.

5.2 Begutachtung als soziale Interaktion und Aushandlungsprozess

Wie bereits angesprochen bleiben im Rahmen des standardisierten Begutachtungsverfahrens „subjektive Ermessensspielräume“ (Dinkel/Nafziger/Lebok 1997, S. 62). Eine Analyse der veröffentlichten Begutachtungsdaten legt die Vermutung nahe, dass die Nutzung dieser Ermessensspielräume auch von den Rahmenbedingungen der Interaktionssituation beeinflusst wird. Zu diesen Rahmenbedingungen sind insbesondere Vorannahmen, Werthaltungen, Rollenerwartungen, Deutungsmuster von Gutachtern zu rechnen, aber auch Werthaltungen und Interaktionskompetenz der Begutachteten beziehungsweise ihrer gegebenenfalls anwesenden Angehörigen. In den vorliegenden Daten zeigen sich einige Auffälligkeiten, die durchaus als Indiz für das Wirken derartiger Einflüsse gewertet werden können. So fällt – wie bereits erwähnt – die Begutachtung höher aus, wenn professionelle Pflegekräfte die Begutachtung begleiten, und es erhalten Männer über alle Altersgruppen hinweg höhere Pflegestufen als Frauen. Auch

scheint eine höhere soziale Schicht die Wahrscheinlichkeit zur Durchsetzung von Leistungsansprüchen zu erhöhen.

5.2.1 Die Bedeutung professioneller Unterstützung

Auch der MDS geht davon aus, dass die Anwesenheit professioneller Pflegekräfte, die nicht zum MDK gehören oder in seinem Auftrag tätig sind, Einfluss auf den Ausgang von Begutachtungen hat (MDS 2002, S. 15). Dies ist ohne weiteres plausibel und muss auch für den umgekehrten Begutachtungsfall angenommen werden: Auch die Abwesenheit professioneller Pflegekräfte ist dann als relevanter Einflussfaktor in Rechnung zu stellen, und dies betrifft vor allem den ambulanten Bereich. Dort werden die Begutachtungen weit überwiegend in der häuslichen Umgebung durchgeführt und erfolgen vor allem als Befragung und Gespräch mit den Pflegebedürftigen und gegebenenfalls auch mit pflegenden Angehörigen. Professionelle externe Pflegekräfte nehmen eher selten an der Begutachtung teil. Das aber heißt auch, die Gutachter treffen dort in der Regel auf Laien, die weder die Relevanz von bestimmten Fragen einschätzen können, noch tatsächlich in der Lage sind, die Richtigkeit der Einschätzungen der Gutachter zu beurteilen.

Erfahrungsberichte von Mitarbeitern aus der ambulanten Pflege, die bei Begutachtungen in häuslicher Umgebung anwesend waren, legen auch die Vermutung nahe, dass insbesondere ältere und hochbetagte oder verwirrte Pflegebedürftige den Grad ihrer Selbständigkeit zu hoch und Hilfebedarfe zu niedrig angeben. Dabei dürften neben Verwirrtheit und Defiziten bei der Selbstwahrnehmung auch sozialisatorische Einflüsse eine wesentliche Rolle spielen. Ist eine professionelle Pflegekraft anwesend, die um den Hilfebedarf des Pflegebedürftigen aufgrund bisheriger Betreuung weiß, so kann sie intervenieren und irreführende Auskünfte korrigieren oder auf Selbstständigkeitsdefizite hinweisen.

Es ist auch zu vermuten, dass nur die wenigsten Pflegebedürftigen und Angehörigen um die Möglichkeit des Widerspruchs wissen und in der Lage sind, zu erkennen wann sie nach den Begutachtungs-Richtlinien zu niedrig eingestuft sind und ein Widerspruch angebracht ist. So könnte sich auch die deutliche Diskrepanz zwischen der relativ niedrigen Widerspruchsquote von ca. 6% und der von Infratest ermittelten erheblich höheren Unzufriedenheitsquote erklären lassen. Danach hielten 1998 immerhin 27% der Antragsteller im ambulanten Bereich die gewährte Pflegestufe für zu niedrig (Schneekloth/Müller 2000, S. 70). Diese Differenz legt die Vermutung nahe, dass ein erheblicher Teil der Pflegebedürftigen und Angehörigen nicht um die Möglichkeit des Widerspruchs weiß oder davor zurückscheut.

Wie wichtig für Pflegebedürftige die Unterstützung durch professionelle Pflegekräfte bei der Antragstellung ist, zeigt auch die im Heimbereich zu verzeichnende deutlich höhere Quote von Folgegutachten. Auch der MDS geht davon aus, „dass das geschulte Personal in Heimen sensibler auf eine Änderung des Pflegebedarfs reagiert und deshalb vermehrt zu einem Antrag auf Folgebegutachtung rät“ (MDS 2002, S. 12).

Wenn man bedenkt, dass 1998 im ambulanten Bereich 40% und im stationären Bereich sogar 50% der Widersprüche erfolgreich waren und zu einer Höherstufung führten (MDS 2000, S. 36) und anscheinend nur ein Drittel potenzieller Widersprüche überhaupt gestellt wird, könnte dies darauf hindeuten, dass die zahlreichen Klagen über tendenziell zu niedrige Einstufungen des MDK durchaus ihre Berechtigung haben.

Tab. 14

**Bei den Medizinischen Diensten
eingegangene Begutachtungsaufträge
für die Pflegeversicherung
nach Auftragsart und beantragter Leistung**

	1998	1999	2000
ambulant			
Gesamt	1.133.291	1.124.883	1.102.027
<i>davon nach Auftragsart in %</i>			
Erstaufräge	60,3	58,9	58,7
Folgeaufträge	32,2	34,4	34,5
Widersprüche	7,4	6,7	6,8
stationär			
Gesamt	303.114	296.116	312.341
<i>davon nach Auftragsart in %</i>			
Erstaufräge	51,2	46,1	44,5
Folgeaufträge	44,9	50,5	52,6
Widersprüche	3,9	3,4	2,9

Quelle: MDS 2002, S. 12; eigene Berechnungen.

Das Wissen um die Widerspruchsmöglichkeit dürfte auch bereits für das erste Begutachtungsgespräch durchaus von Relevanz sein, da es zu einer subjektiv empfundenen Stärkung der Verhandlungsposition führen und das Signalisieren dieses Wissens durchaus auch den ‚subjektiven Ermessensspielraum‘ eines Gutachters beeinflussen kann. Da jeder Gutachter davon ausgehen muss, dass dieses Wissen bei professionellen Pflegekräften in der ambulanten und stationären Pflege vorhanden ist, ebenso wie wahrscheinlich auch bereits Erfahrungen mit anderen Begutachtungen und somit Vergleichsmöglichkeiten, erscheint es plausibel, dass bereits die bloße Anwesenheit einer externen Pflegekraft Einfluss auf den Verlauf der Begutachtung hat.

Es muss allerdings letztlich offen bleiben, welche Situation eher zu einer ‚Verfälschung‘ des Ergebnisses führt, da ein unabhängiger und allgemein anerkannter Bezugsrahmen für die Beurteilung und Bemessung von Pflegebedürftigkeit ebenso fehlt wie empirische Daten aus wissenschaftlichen Vergleichsstudien. Es kann folglich kein Urteil darüber abgegeben werden, ob nun die Anwesenheit oder die Abwesenheit externer professioneller Pflegekräfte zu einer ‚Verfälschung‘ führen. Es kann nur festgehalten und vermutet werden, dass beides Einfluss auf das Begutachtungsergebnis hat. Die Anwesenheit scheint im Schnitt zu einer höheren Einstufung zu führen, die Abwesenheit folglich zu einer vergleichsweise niedrigeren.

Es bleibt allerdings ein ernst zu nehmender Einwand festzuhalten. Wenn MDK-externe Pflegekräfte im Heim oder in der ambulanten Pflege an Begutachtungen teilnehmen und in den Interaktionsprozess eingreifen, so handelt es sich dabei häufig um Leitungskräfte von Heimen und Sozialstationen oder Pflegediensten, die mit eigenen wirtschaftlichen Interessen in die Situation verstrickt sind. Je höher die Pflegestufe ausfällt, desto höhere Einnahmen für Pflegesachleistungen oder Heimpflegesätze können sie wahrscheinlich erzielen.

Die Entscheidung über die Berücksichtigung von Einwänden und Hinweisen anwesender Pflegekräfte liegt jedoch allein beim Gutachter. Es erscheint von daher plausibel, dass die Anwesenheit MDK-externer professioneller Pflegekräfte, die auf möglicherweise übersehene oder zu gering eingeschätzte Hilfebedarfe hinweisen, eher zur Qualitätssicherung als zur gezielten Verfälschung von Begutachtungen beiträgt. Auf jeden Fall aber zeigt auch dieses Problem Forschungsbedarf an, um die offenen Fragen auf Grundlage wissenschaftlicher Untersuchungen fundierter beantworten zu können.

5.2.2 Einfluss von Interaktionskompetenz und sozialer Schicht

Wenn die Begutachtung als sozialer Interaktionsprozess betrachtet wird, dessen Verlauf und Ergebnis nicht nur von Richtlinien, sondern auch vom sozialen Handeln der Beteiligten beeinflusst wird, dann ist es plausibel, anzunehmen, dass das Ergebnis der Begutachtung auch von der Interaktionskompetenz und sozialen Schichtzugehörigkeit der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen abhängig ist.

Zwar mangelt es an Untersuchungen, die genau diesen Zusammenhang näher betrachten, aber es lassen sich Hinweise auf einen solchen Zusammenhang in einigen der bisherigen Studien durchaus finden. So ergab eine Untersuchung von Mitarbeitern des MDK Schleswig-Holstein über regionale Unterschiede im Antrags- und Leistungsspektrum zwischen verschiedenen Siedlungsräumen, dass in den relativ wohlhabenden ‚Speckgürteln‘ der Großstädte bei ambulanten Begutachtungen die relativ höchsten Unselbständigkeitswerte und ein überproportionaler Anteil der Pflegestufe III zu verzeichnen war (Pritzkeleit/Erben 2001). Dieser Siedlungsraum ist vielfach gekennzeichnet durch einen hohen Anteil von Eigenheimen und eine durchschnittlich relativ höhere soziale Schicht seiner Bewohner. Nach Auffassung der Autoren sind insbesondere die überproportional hohen Unselbständigkeitswerte, auf deren Grundlage die Pflegestufe ermittelt wird, durch ein bei den dortigen Antragstellern anzutreffendes „Anspruchsverhalten“ (ebd. S. 203) beeinflusst. Das aber bedeutet im Grunde genommen, dass das Begutachtungsergebnis auch von der Fähigkeit der Antragsteller abhängig ist, ihre Interessen in einem Interaktionsprozess durchzusetzen. Und da diese Fähigkeit sozial ungleich verteilt ist, kann dies auch zu einer sozial ungleichen Verteilung von Leistungen der Pflegeversicherung führen. Dieser Zusammenhang könnte auch zur Erklärung unterschiedlicher Pflegestufenverteilungen zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung beitragen.

Weitere Hinweise auf den Einfluss und die sozial ungleiche Verteilung von Verhandlungskompetenz und -macht finden sich in zwei Berliner Untersuchungen (Brömme 1999; Westhoff 2000). In einer Studie zu den Auswirkungen der Pflegeversicherung berichten interviewte Pflegekräfte aus der ambulanten Pflege, dass die härtesten Verhandlungen über Pflegeverträge und Leistungskomplexe von den Bewohnern der wohlhabenderen Bezirken der Stadt geführt werden, also keineswegs von denen, die über das geringere Einkommen verfügen (Brömme 1999, S. 68). Eine Vergleichsstudie des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums Berlin, in der Pflegebedarf und bewilligte Pflegestufen bei Rheumakranken verglichen wurden, ergab u.a. dass Angehörige der deutschen Rheumaliga einen signifikant höheren Grad der Bedarfsdeckung erreicht hatten (Westhoff 2000, S. 490).

5.2.3 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Insgesamt ist die Datenlage über den Einfluss von sozialer Schicht und Interaktionskompetenz auf das Begutachtungsergebnis noch vollkommen unzureichend, sind diese Einflussfaktoren noch zu wenig oder überhaupt nicht in das Blickfeld empirischer Forschung gerückt. Etwas anders stellt sich die Situation bei der Frage nach geschlechtsspezifischen Unterschieden dar. Dies liegt sicherlich wesentlich auch darin begründet, dass das Merkmal ‚Geschlecht‘ standardmäßig bei der Begutachtung erhoben und seit Einführung der Pflegeversicherung in die bundesweiten Auswertungen einbezogen wird. Dabei zeigten sich bereits im ersten Jahr der Pflegeversicherung Auffälligkeiten, die sich auch in den Folgejahren fortsetzten.

So ergab eine Auswertung der Daten des Jahres 1995, dass bei Männern eine deutlich geringere Ablehnungsquote und ein höherer Anteil der Pflegestufe III zu verzeichnen war (Rädisch et al. 1995, S. 681). Eine differenziertere Analyse des MDS für das Jahr 1998 kommt im Prinzip zu dem gleichen Ergebnis (Tab. 15): Anträge von Frauen wurden in allen ausgewiesenen Altersgruppen häufiger abgelehnt, und relativ zu den gestellten Anträgen erhielten Frauen in allen Altersgruppen seltener höhere Pflegestufen als Männer. Eine Analyse der Unselbständigkeitswerte in den Gutachten ergab, „dass männliche Antragsteller im Durchschnitt mehr Fähigkeitseinschränkungen als Frauen in der gleichen Altersgruppe aufweisen“ (MDS 2000, S. 63).

Nach Einschätzung der MDK-Gutachter hatten antragstellende Frauen demnach im Schnitt ein geringerer Hilfebedarf als Männern. Dass dies mit einer ‚objektiv‘ gegebenen geringeren Pflegebedürftigkeit, zu früher Antragstellung oder einem überproportional ausgeprägten ‚Anspruchsdenken‘ insbesondere älterer Frauen erklärt werden kann, erscheint wenig überzeugend, nicht nur im Hinblick auf typische Sozialisations- und Wertemuster älterer Frauen.

Es ließe sich auch kaum damit in Einklang bringen, dass 2001 unter den Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich doppelt so viele, im stationären aber mehr als dreimal so viele Frauen wie Männer waren. Da offenbar insbesondere alleinlebende ältere Frauen bereits bei einem – nach MDK-Gutachten – vergleichsweise geringen Hilfebedarf in die

vollstationäre Pflege wechseln, drängt sich hier die Frage auf, ob bei der ambulanten Begutachtung vorhandene Hilfebedarfe älterer Frauen ausreichend berücksichtigt werden. Sollte – aus welchen Gründen auch immer – diese Gruppe Pflegebedürftiger mit ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung tendenziell unterversorgt werden, wäre dies folglich nicht nur ein Problem für die betroffenen Frauen, sondern auch für die finanzielle Stabilität der Pflegeversicherung.

Tab. 15

**Begutachtungsempfehlungen des MDK bei Erstantragstellern
1998**

	Erstantrag- steller	davon in v.H.			
		nicht pflegebed.	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Alter in Jahren					
bis 19	10.861	49,7	37,9	10,3	2,2
20-65	58.634	40,9	36,9	16,9	5,2
66-80	149.305	34,4	42,5	19,2	3,9
81 und älter	188.738	27,8	47,8	21,1	3,2
Demographische Gruppen					
bis 19 Jahre	10.861	49,7	37,9	10,3	2,2
Männer 20-65 Jahre	31.043	38,6	37,5	18,0	5,8
Frauen 20-65 Jahre	27.591	43,4	36,3	15,7	4,6
Männer 66-80 Jahre	48.747	25,7	43,9	24,9	5,5
Frauen 66-80 Jahre	100.558	38,7	41,9	16,4	3,1
Männer 81 Jahre u.ä.	42.288	23,4	47,6	25,1	4,0
Frauen 81 Jahre u.ä.	146.450	29,1	47,9	20,0	3,0
Gesamt	407.538	32,7	44,1	19,5	3,7

Quelle: MDS 2000, S. 71.

Bei einer Begutachtung in häuslicher Umgebung nicht berücksichtigte Bedarfe würden dann zu einem relativ frühzeitigen Wechsel in ein Heim zwingen, wo unter Assistenz von professionellen Pflegekräften vorhandene Leistungsansprüche erfolgreich geltend gemacht werden können. Unter dieser Annahme ließen sich verschiedene Puzzleteile durchaus zu einem stimmigen Bild zusammenführen, das die Parallelität des Rückgangs höherer Pflegestufen im ambulanten Bereich und des Anstiegs stationärer Pflege erklären könnte. Alleinlebende ältere und pflegebedürftige Frauen scheinen gegenwärtig eine der zentralen, wenn nicht sogar die wichtigste Problemgruppe in der pflegerischen Versorgung zu sein. Dafür liefert auch die Analyse des Trends zu stationären Pflege deutliche Belege.

Zunächst aber kann als Fazit dieses Abschnitts festgehalten werden, dass es Hinweise darauf gibt, dass die Bewilligung und Höhe der Pflegestufe auch von dem Vorhandensein oder Fehlen professioneller Unterstützung, der sozialen Schicht und Interaktionskompetenz von Antragstellern und Angehörigen sowie der Geschlechtszugehörigkeit

der Antragsteller beeinflusst werden. Dies kann dann nicht überraschen, wenn man die Begutachtung und Ablehnung oder Bewilligung als das betrachtet, was sie letztlich ist: ein sozialer Interaktionsprozess, dessen Ausgang nicht nur von externen Vorgaben, sondern auch von den Interaktionspartnern beeinflusst wird. Dieses Zwischenergebnis sollte darum auch nicht als generelle Kritik an den Gutachtern oder der Begutachtungspraxis der MDKs insgesamt missverstanden werden. Wer auch immer als Gutachter in einen solchen Interaktionsprozess eintritt, ist diesen Einflüssen ausgesetzt.

Es geht hier nicht um die Frage bewusster oder gezielter Benachteiligungen oder Bevorzugungen einzelner Gruppen, sondern um allgemeine, in weiten Bereichen der Gesellschaft wirkende Deutungsmuster, Werthaltungen und Geschlechterstereotypen. Und diese wirken nicht nur auf Seiten von Gutachtern, sondern mit Sicherheit auch auf Seiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Wenn älteren Frauen tendenziell im Rahmen von Begutachtungen zur Pflegebedürftigkeit ein geringerer Hilfebedarf zugesprochen wird, so wird dies vermutlich auch mit dem Selbstbild und Auskunftsverhalten von Antragstellerinnen zusammenhängen.

Aber dennoch sind diese Einflüsse ein Problem, da sie quasi ‚hinter dem Rücken‘ und unbewusst wirken und zu einer Ungleichbehandlung und vor allem Benachteiligung führen können. Wenn die Analyse zutreffend sein sollte, müssten hier gezielte Maßnahmen der Gegensteuerung – beispielsweise im Rahmen der Gutachterschulung – eingeleitet werden, um derartige ‚Schieflagen‘ zukünftig bereits im Begutachtungsprozess besser erkennen und dann auch bewusst vermeiden zu können.

Ein Modell für den Ausgleich derartiger ‚Schieflagen‘ könnte sicherlich die Einführung eines unabhängigen Case Management im deutschen Gesundheitswesen sein (zu Konzeption und internationalen Erfahrungen vgl. u.a. Ewers/Schaeffer 2000). Case Managerinnen, die weder Angestellte von Kostenträgern noch von Leistungserbringern sind, könnten im Rahmen einer anwaltschaftlichen Interessenwahrnehmung bei Begutachtungen anwesend sein und gegebenenfalls intervenieren und darüber hinaus Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in allen Fragen der Pflegeversicherung beraten.

5.3 Pflegestufenverteilung als Ergebnis finanzwirtschaftlicher Steuerung?

Sowohl MDK als auch Pflegekassen waren von Beginn der Pflegeversicherung an mit dem Verdacht konfrontiert, Einstufungen und Bewilligungen könnten gesteuert sein, um die Ausgabenentwicklung im vorgegebenen Finanzrahmen zu halten. In der Tat kann die Konstruktion der Pflegeversicherung einen solchen Verdacht nahelegen. Im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht die Bedarfsdeckung oberstes Ziel, sondern Beitragssatzstabilität. Der Beitragssatz ist gesetzlich fixiert und seine Veränderung ist dadurch der Kompetenz der Pflegekassen entzogen. Damit ist die Hürde für eine Beitragssatzerhöhung auf die maximale Höhe gesetzt. Ausdrücklich haben sich die Ausgaben nach den Einnahmen zu richten und nicht umgekehrt.

Da die öffentliche und gesundheitspolitische Diskussion vielfach den Eindruck vermittelt, auch in der gesetzlichen Krankenversicherung genieße Beitragssatzstabilität

Vorrang vor der Bedarfsdeckung, scheint es sinnvoll, an dieser Stelle die entsprechende Formulierung im SGB V zu zitieren:

„Die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer haben die Vergütungen (...) so zu gestalten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität)“ (§ 71 Abs. 1 i.d.F. des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000).

Diese Formulierung gibt der Bedarfsdeckung eindeutigen Vorrang. Wenn notwendige Leistungen nicht anders zu gewährleisten sind, als durch höhere Einnahmen, dann müssen die Beiträge erhöht werden, da die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet sind, einen ausgeglichenen Haushalt vorzulegen. Die Beiträge *müssen* ausdrücklich so bemessen sein, dass sie zusammen mit den sonstigen Einnahmen die Ausgaben decken (§ 220 Abs. 1 SGB V). Der Vorrang der Bedarfsdeckung durchzieht das gesamte Recht der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Versicherten haben einen uneingeschränkten Anspruch auf alle Leistungen, die medizinisch notwendig und zweckmäßig sind (§ 11 SGB V); die Leistungen müssen bedarfsgerecht und ausreichend sein (§ 12 Abs. 1 und § 70 SGB V) und sie müssen dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen (§ 2 und § 70 SGB V).

Anders dagegen in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Sie ist durchzogen vom uneingeschränkten Vorrang einer Beschränkung der Leistungen und Ausgaben auf den Rahmen, der mit dem gesetzlich fixierten Beitragssatz finanzierbar ist. Der in § 70 SGB XI formulierte Grundsatz der Beitragssatzstabilität verpflichtet die Pflegekassen darauf, sicherzustellen, dass „ihre Leistungsausgaben die Beitragseinnahmen nicht überschreiten“. Versicherte und Leistungsempfänger haben keinen Anspruch auf Bedarfsdeckung, die Leistungen der Pflegeversicherung sollen lediglich eine Grundversorgung gewährleisten, darüber hinausgehende Bedarfe sind entweder privat oder von der Sozialhilfe zu finanzieren.

Diese Abkehr vom Bedarfsdeckungsprinzip hat Bedeutung auch für das hier behandelte Thema. Wenn die Sicherung der gegebenen Beitragssatzhöhe Vorrang vor der Deckung tatsächlich vorhandener Bedarfe von Pflegebedürftigen hat, dürfen Pflegebedarfe im Grunde nur bis zu der Grenze von MDK und Pflegekasse berücksichtigt und anerkannt werden, die mit dem gegebenen Beitragssatz finanzierbar ist. Soll trotz steigender Antragszahlen uneingeschränkte Beitragssatzstabilität von den Pflegekassen sichergestellt werden, so erfordert dies insbesondere eine Steuerung des Pflegestufenmix'. Die Bundesregierung selbst weist in ihrem zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung auf die zentrale Bedeutung der Pflegestufenverteilung für die finanzielle Stabilität der Pflegeversicherung hin: „Die Zahl der Empfänger von Versicherungsleistungen und ihre Verteilung auf die einzelnen Pflegestufen sind die entscheidenden Einflussfaktoren für die Ausgabenentwicklung der Pflegeversicherung“ (Bundesregierung 2001, S. 27).

Es ist davon auszugehen, dass dieser Zusammenhang den Gutachtern bewusst ist. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse eines Forschungsprojektes zur Begutachtungspraxis wurde denn auch vermutet, dass die politische Diskussion über die Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung auch die Gutachter beeinflusst und in die Richtung ei-

ner eher restriktiven Begutachtungspraxis drängt, die sich in der Pflicht sieht, „stärker im Sinne einer ‚Missbrauchskontrolle‘ tätig zu werden“ (Wingenfeld 1998, S. 102).

Zwar gibt es keinen Hinweis auf eine zentrale Steuerung des Pflegestufenmix, wohl aber eine Auffälligkeit, die es schwer fällt als Zufall zu deuten, zumal es sich um eine statistische Größe handelt, die über Jahre nahezu konstant blieb. Der nachfolgenden Berechnung liegt die Fragestellung zu Grunde, wie es dazu kommen konnte, dass die Ausgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung trotz Zunahme der Zahl der Leistungsempfänger, eines Trends von Geldleistungen zu Sachleistungen, der teilweise nicht unerheblichen ‚Turbulenzen‘ im Spektrum der Pflegestufen und des Trends zur teureren stationären Pflege zwischen 1997 und 2001 nicht wesentlich stärker gestiegen sind als die Zahl der Leistungsempfänger. Das Zusammenspiel der angesprochenen Teilprozesse hätte durchaus auch dazu führen können, dass die Ausgaben weit stärker steigen als geschehen, nämlich dann, wenn die verschiedenen Prozesse kumulativ zu Leistungsausweitungen geführt hätten.

Dass dies nicht geschehen ist, scheint in erster Linie an der Verschiebung des Pflegestufenspektrums in der häuslichen Pflege gelegen zu haben. Das verdeutlicht eine Zusammenstellung der Gesamtsummen bewilligter Pflegeminuten, die sich aus den Daten der Pflegeversicherung errechnen lassen. Die in Tabelle 16 enthaltenen Werte ergeben sich aus der Multiplikation der im SGB XI vorgegebenen Minutenwerte je Pflegestufe mit der Zahl der Leistungsempfänger je Pflegestufe. Die daraus resultierenden Summen sind keine realen Daten über tatsächliche Ausgaben, sondern fiktive Werte. Ihre besondere Bedeutung darin liegt, dass es sich um zentrale Kennzahlen für die Leistungs- und Ausgabenentwicklung und somit auch der Leistungssteuerung in der Pflegeversicherung handelt. Diese relativ simple Berechnungsmethode wird auch von den Spitzenverbänden der Pflegekassen in ihrem Rundschreiben vom 10.10.2002 zur Umsetzung der leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflegeversicherungsgesetzes den Mitgliedskassen für die Ermittlung der durchschnittlichen Ausgaben je Pflegebedürftigen empfohlen.⁵

Die Zahl der bewilligten Pflegeminuten ist nicht die alleinige Einflussgröße für die Ausgabenentwicklung, aber sie ist insofern von besonderem Interesse, als sie durchaus internen Steuerungsprozessen in den MDKs sowie in den Pflegekassen zugänglich ist, beispielsweise über die Ausgestaltung von Begutachtungs-Richtlinien, Zeitkorridoren, Gutachterschulungen oder informellen internen Diskussionen.

Bei der Betrachtung der Daten zeigen sich zwei Auffälligkeiten (Tab. 16): Trotz einer Zunahme der Gesamtzahl der Leistungsempfänger um 10,8% und der teilweise erheblichen Veränderungen im Pflegestufenmix stieg die Gesamtsumme der bewilligten Pflegeminuten nur um 5,2%. Damit blieb das von den MDKs empfohlene und den Pflegekassen bewilligte Gesamtleistungsvolumen vollkommen im Rahmen der Entwicklung der Einnahmen, die im gleichen Zeitraum um 5,4% stiegen. Auffällig ist insbesondere die Entwicklung des Minutenvolumens für häusliche Pflege. Abgesehen von einem kurzen leichten Anstieg im Jahr 1999 blieb es über fünf Jahre fast unverändert auf dem

⁵ vgl. <http://www.vdak.de/pflegevg.htm>

gleichen Niveau. Dass beides Zufallsprodukte sein sollen, fällt schwer anzunehmen, nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der bisherigen Untersuchung, die die prinzipielle Beeinflussbarkeit von Gutachterentscheidungen aufzeigte.

Tab. 16

Gesetzliche Pflegeversicherung							
Bewilligte Pflegeminuten im Tagesdurchschnitt							
	1997	1998	1999	2000	2001	1997-2001	in %
ambulant							
Insgesamt	181.629.060	178.788.600	187.105.080	181.271.100	179.577.000	-2.052.060	-1,1
<i>darunter</i>							
Pflegestufe I	51.189.120	54.646.920	60.148.260	61.349.220	62.794.260	11.605.140	22,7
Pflegestufe II	87.540.840	83.469.780	84.994.020	80.713.080	78.604.740	-8.936.100	-10,2
Pflegestufe III	42.899.100	40.671.900	41.962.800	39.208.800	38.178.000	-4.721.100	-11,0
stationär							
insgesamt	82.510.590	88.358.160	93.766.560	95.937.450	98.276.130	15.765.540	19,1
<i>darunter</i>							
Pflegestufe I	14.352.030	16.850.880	18.355.500	18.979.470	19.701.810	5.349.780	37,3
Pflegestufe II	34.175.160	37.755.180	40.798.260	42.270.480	43.700.220	9.525.060	27,9
Pflegestufe III	33.983.400	33.752.100	34.612.800	34.687.500	34.874.100	890.700	2,6
ambulant und stationär							
insgesamt	264.139.650	267.146.760	280.871.640	277.208.550	277.853.130	13.713.480	5,2

Quelle: BMG; eigene Berechnungen.

Es drängt sich hier die Parallele zur sogenannten ‚Punktlandung‘ im Krankenhausbereich auf. Der Begriff wird dort seit Einführung der Budgetierung im Jahr 1993 benutzt und bezeichnet das Ergebnis gezielter innerbetrieblicher Prozesse der Leistungssteuerung, die dazu dienen sollen, die Leistungsentwicklung so zu lenken, dass die mit den Krankenkassen vereinbarten Operationszahlen etc. eingehalten und das Krankenhausbudget nicht überschritten wird (vgl. hierzu ausführlicher Simon 2001).

Sollte die Entwicklung des Pflegeminutenvolumens sich nicht zufällig und quasi wildwüchsig ergeben haben, sondern auch oder vor allem Ergebnis interner Steuerungsprozesse sein, würde dies natürlich die vorhandenen Zweifel an der Validität der MDK-Begutachtungen weiter bestärken. Eine gewisse Plausibilität dürfte einer derartigen Vermutung nicht abzusprechen sein, zumal damit auch der relative und absolute Rückgang höherer Pflegestufen in der ambulanten Pflege erklärt werden könnte. Denn mit einem Rückgang ‚objektiv‘ gegebener Pflegebedürftigkeit ist er – wie bereits herausgearbeitet – nicht zu erklären.

Geht man davon aus, dass das Gesamtvolumen der bewilligten Pflegeminuten die wichtigste Einflussgröße für die Entwicklung der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung ist und die Ausgaben gemäß gesetzlichem Auftrag im Rahmen der Einnahmementwicklung zu halten sind, dann kann der Pflegestufenmix als ein System kommunizierender Röhren angesehen werden. Wird in eine Röhre (Neuzugänge/vor allem Pflegestufe I in der ambulanten Pflege) mehr eingefüllt, kann ein Überlaufen des Gesamt-

systems nur dann verhindert werden, wenn an anderer Stelle Volumen abgelassen wird, sprich: niedriger eingestuft wird.

Wenn zudem die Entwicklung im stationären Bereich weitaus schwieriger zu steuern ist als im ambulanten Bereich, vor allem weil der Wechsel von der ambulanten in die stationäre Pflege sich weitgehend dem Einfluss von MDK und Pflegekassen entzieht, dann bleibt als Hauptansatzpunkt für das Ausgleichen von ‚Zuflüssen‘ im Grunde nur die Verringerung der Zahl der Leistungsempfänger in Pflegestufe II und III im ambulanten Bereich.

Da die Ausgabenentwicklung aber nicht nur vom Pflegestufenmix abhängig ist, bietet seine Steuerung allein keine hinreichende Gewähr für Beitragssatzstabilität. Die beiden bedeutendsten anderen Einflussgrößen sind die Inanspruchnahme von Sachleistungen und der Wechsel in die stationäre Pflege. Deren Entwicklung entzieht sich aber weitgehend einer potenziellen externen Steuerung. Dies könnte erklären, wie es trotz gleichbleibender Minutenzahl zu einem über der Einnahmeentwicklung liegenden Ausgabenentwicklung kommen konnte.

Wohlgemerkt, für die Existenz derartiger Steuerungsprozesse in den MDKs und Pflegekassen gibt es bislang keine Hinweise in der Literatur oder gar Belege. Angesichts der vorliegenden Zahlen kann sich allerdings sehr wohl die Frage danach aufdrängen. Die technische Realisierung von Zielgrößen und zeitnahe Controlling dürfte das geringste Problem sein.

Dass die Annahme einer Steuerung der Pflegestufenverteilung keineswegs abwegig ist, zeigt der Blick in das SGB XI. An mehreren Stellen finden sich eindeutige Aufforderungen an die Pflegekassen, die Leistungsentwicklung so zu steuern, dass die finanzielle Stabilität der Pflegeversicherung bei gegebenen Beitragssatz erhalten bleibt. Hervorzuheben sind dabei vor allem zwei Vorgaben: die Limitierung der Zahl der Härtefälle und die Vorgabe eines von den Einzelkassen einzuhaltenden Durchschnittsbetrages je vollstationärem Fall.

Bereits die erste Fassung des Pflegeversicherungsgesetzes enthielt eine Höchstgrenze für die zulässige Zahl von Härtefällen, also von Leistungsempfängern, denen eine über die Pflegestufe III hinausgehender Leistungsumfang bewilligt werden darf. Die Pflegekassen dürfen im ambulanten Bereich nicht mehr als 3% (§ 36 Abs. 4 SGB XI) und im stationären Bereich nicht mehr als 5% der Empfänger von Pflegestufe III als Härtefälle anerkennen (§ 43 Abs. 3 SGB XI). Diese Vorgabe wird seit Jahren von den Pflegekassen sogar noch unterschritten. Im Jahr 1997 wurden im ambulanten Bereich statt 3% nur 0,6% und im stationären Bereich statt 5% lediglich 1,2% der Leistungsempfänger mit Pflegestufe III als Härtefälle anerkannt. Zwar wurden die Anteile in den Folgejahren leicht erhöht, aber auch im Jahr 2001 lagen sie mit 0,8% im ambulanten und 2,2% im stationären Bereich immer noch weit unter der gesetzlich erlaubten Grenze.

Die zweite Limitierung und Aufforderung zur Steuerung des ‚Pflegestufenmix‘ ist von weit höherer Bedeutung als die Härtefallregelung, da sie den gesamten stationären Bereich einschließt. In § 43 SGB XI werden die Pflegekassen aufgefordert, sicherzustellen, dass bei den stationären Leistungen „die jährlichen Ausgaben der einzelnen Pflegekassen für die bei ihr versicherten stationär Pflegebedürftigen im Durchschnitt 15.339 Euro

je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Die Pflegekasse hat jeweils zum 1. Januar und 1. Juli zu überprüfen, ob dieser Durchschnittsbetrag eingehalten ist" (§ 43 Abs. 2 SGB XI). Diese Vorgabe war in der ersten Fassung des Pflegeversicherungsgesetzes noch nicht enthalten. Sie wurde mit Einführung der stationären Leistungen zum 1.7.1996 in den § 43 SGB XI eingefügt und stand in direktem Zusammenhang zur Verlagerung der Finanzierungszuständigkeit für die Behandlungspflege bei stationären Leistungsempfängern von der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Pflegeversicherung.

Die Maßnahme diene ausschließlich der Entlastung der Krankenkassen. Um Ausgabensteigerungen in Folge der Übertragung zusätzlicher Ausgaben zu verhindern, wurde den Pflegekassen eine Höchstgrenze für die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Pflegebedürftigen in Höhe von 30.000 DM vorgegeben, deren Einhaltung sie zu überprüfen und sicherzustellen haben. Dazu haben die Pflegekassen, ein „Verfahren“ zu entwickeln, „das die Einhaltung der Durchschnittsvorgabe von 15.339 Euro je Pflegebedürftigen innerhalb der Kassenart auf Bundesebene sicherstellt" (§ 43 Abs. 5 SGB XI).

Tab. 17

Gesetzliche Pflegeversicherung
Durchschnittliche Ausgaben für stationäre Pflege
nach Pflegestufen und je Pflegebedürftigen¹

Angaben in €
1997 bis 2001

	1997	1998	1999	2000	2001	1997-2001	in %
Ausgaben insg. pro Monat	568.182.335	620.919.889	663.753.585	681.663.553	700.923.952	132.741.617	23,4
<i>darunter</i>							
Pflegestufe I	163.134.741	191.538.336	208.640.850	215.733.309	223.943.907	60.809.166	37,3
Pflegestufe II	242.833.498	268.271.529	289.894.303	300.355.244	310.514.341	67.680.843	27,9
Pflegestufe III	162.214.096	161.110.024	165.218.432	165.575.000	166.465.704	4.251.608	2,6
	Durchschnittsbetrag je Pflegebedürftigen						
pro Monat	1.228	1.219	1.216	1.214	1.213	-15	-1,3
pro Jahr	14.739	14.625	14.588	14.572	14.554	-185	-1,3

1) Ohne Berücksichtigung der Härtefälle.

Quelle: BMG; eigene Berechnungen.

Zwar bezieht sich die gesetzliche Vorgabe nicht auf eine Steuerung des ‚Pflegestufenmix‘, die nachfolgenden Daten legen jedoch die Vermutung nahe, dass eine solche Steuerung in den letzten Jahren dennoch erfolgte. Tabelle 17 zeigt, dass die Pflegekassen den gesetzlichen Auftrag umgesetzt haben, und zwar mit deutlich erkennbarem Erfolg. Die Datenangaben in der Tabelle ergeben sich aus der Multiplikation der Zahl der Leistungsempfänger je Pflegestufe mit den im SGB XI genannten Leistungsbeträgen je Pflegestufe. Dividiert man die sich daraus ergebende Gesamtsumme der Ausgaben durch die Gesamtzahl der Leistungsempfänger, so erhält man den Durchschnittsbetrag

je Leistungsempfänger.⁶ Dieser Betrag ist seit Jahren in einem Maße konstant, das es sehr schwer macht anzunehmen, all das habe sich durch Zufall ergeben.⁷

Das Bemerkenswerte daran ist vor dem Hintergrund der gesetzlichen Vorgaben aber nicht die Tatsache, dass die Ausgaben seit Jahren konstant gehalten wurden, sondern, dass dies anscheinend durch den Pflegestufenmix sichergestellt wurde. Die hier vorgestellte Berechnung berücksichtigt nicht vollzogene Anpassungskürzungen von Bewilligungsbescheiden. Die zugrunde gelegten Leistungsstufen gingen in der vollen, im Gesetz vorgesehenen Höhe in die Multiplikation ein. Es ist eine Berechnung ohne Kürzungen bei der Höhe der jeweiligen Leistungen pro Pflegestufe.

Dass diese ‚Punktlandungen‘ erreicht wurden, ist nur vorstellbar auf dem Wege gezielter Steuerungsmaßnahmen und -programme, die darauf abzielen müssen, dass bei der Begutachtung durch den MDK und der Bewilligung durch die Pflegekasse nicht die Bedarfslagen der betroffenen Pflegebedürftigen als letztentscheidender Maßstab dienen, sondern die Einhaltung finanzwirtschaftlicher Ziele. Auch wenn dies angesichts der seit Jahren geltenden gesetzlichen Vorgaben zumindest die Rechtsexperten dieses Bereiches nicht überraschen kann, es hat eine Bedeutung, die in ihrer Reichweite bislang zumindest in der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur kaum oder überhaupt nicht gewürdigt wurde. Im Grunde ist damit die Validität der Begutachtungen weitgehend in Zweifel zu ziehen und sind die statistischen Daten der Pflegeversicherung für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland relativ wertlos.

Damit bestätigt sich auch das Ergebnis der eingangs formulierten rein logischen Analyse von Begutachtungs- und Bewilligungsverfahren: Es handelt sich im Kern um Daten über die Vorbereitung und Durchführung von Verwaltungsakten. Die Erwartung wissenschaftlich gesicherter Validität oder einer wirklichkeitsnahen Abbildung von Pflegebedürftigkeit ist fehl am Platze. Vor diesem Hintergrund erhebt sich auch die Frage, welchen Sinn eigentlich die erwähnten Untersuchungen zur Überprüfung der Validität von MDK-Einstufungen haben, die im Auftrag und/oder unter Beteiligung von MDKs durchgeführt wurden. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Daten und Befunde kann leicht der Eindruck entstehen, es handele sich im Grunde um ‚Sandkastenspiele‘ für interessierte Wissenschaftler, mit denen Zweifel und Kritik an der Validität der MDK-Einstufungen zerstreut werden sollen.

Mangels öffentlich zugänglicher Daten zu diesem Thema kann jedoch leider nicht näher bestimmt werden, welchen Anteil an diesem Steuerungserfolg die Pflegekassen und welchen der MDK hat. Bislang wurden keine Daten darüber veröffentlicht, in welchem Maße die Pflegekassen den Empfehlungen der MDKs folgen und wie häufig und in

⁶ Die Berechnung wurde ohne Berücksichtigung der Härtefälle vorgenommen, da dies auch § 43 Abs. 5 SGB XI so vorgibt.

⁷ Dass die Ausgaben für stationäre Pflege dennoch deutlich gestiegen sind, ist auf den Anstieg der Gesamtzahl der Leistungsempfänger in der stationären Pflege zurückzuführen. Dagegen hilft die Einhaltung des Durchschnittsbetrages nicht. Hier würde nur eine Begrenzung des Zugangs in die stationäre Pflege helfen. Man darf gespannt sein, wann dieser Vorschlag in die politische Diskussion eingebracht wird.

welche Richtung sie abweichen.⁸ Die amtlichen Daten über die Pflegestufenverteilung bieten nur Angaben über die Zahl der bewilligten Pflegestufen. Interessant wäre hier eine Gegenüberstellung von Empfehlungen des MDK und Bewilligungen der zuständigen Pflegekasse.

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung kann wohl davon ausgegangen werden, dass die Steuerung des Pflegestufenmix vor allem zu Lasten bestimmter Gruppen von Pflegebedürftigen geht, und zwar überwiegend solcher, die ohnehin eher zu den sozial benachteiligten in dieser Gesellschaft gehören. Auch beeinträchtigt eine an finanzwirtschaftlichen Zielen ausgerichtete Steuerung der Leistungsbewilligung die Glaubwürdigkeit zahlreicher zentraler Aussagen des SGB XI, beispielsweise die Verantwortung der Pflegekassen für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung (§ 12 Abs. 1 SGB XI) oder die Verpflichtung der Pflegekassen, Pflegebedürftigen ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen (§ 2 Abs. 1 SGB XI).

Allerdings zeigt die genauere Lektüre des Gesetzes, dass die Abkehr vom Bedarfsdeckungsprinzip offenbar auch bei den zahlreichen Detailregelungen sehr genau bedacht und eingehalten wurde. Im Unterschied zum SGB V enthält das SGB XI keine nähere Qualifizierung der von den Kassen sicherzustellenden Versorgung. Haben die Krankenkassen eine gesetzlich vorgegebene Pflicht zur Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung für ihre Versicherten, so müssen die Pflegekassen nur irgend eine nicht näher spezifizierte pflegerische Versorgung ihrer Versicherten sicherstellen (§ 12 Abs. 1 SGB XI). Auch die zu gewährenden Leistungen müssen nur wirksam und wirtschaftlich sein, nicht jedoch ausreichend (§ 29 Abs. 1 SGB XI).

Von den Pflegeeinrichtungen dagegen wird sehr wohl hohe Qualität verlangt, unabhängig davon, ob die limitierten und seit Einführung der Pflegeversicherung nicht erhöhten Leistungsobergrenzen hierzu die notwendige Finanzierungsbasis bieten. Diese Diskrepanz wird denn auch von Pflegeeinrichtungen seit Jahren kritisiert (vgl. hierzu u.a. die Ergebnisse der Befragung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Schneekloth/Müller 2000).

Im folgenden soll nun auf den dritten und aus Sicht sowohl der betroffenen Pflegebedürftigen als auch der Gesundheitspolitik sicherlich wichtigsten Trend eingegangen werden, den Trend von der eher preiswerten häuslichen in die kostenaufwändigere vollstationäre Pflege. Dabei soll im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht seine Relevanz für die vergangene oder gegenwärtige Ausgabenentwicklung im Mittelpunkt stehen, sondern seine Eigenschaft, Indikator für Fehlentwicklungen und Probleme in der häuslichen Versorgung zu sein. Stationäre Pflege ist, so stellt der MDS zutreffend fest, „ein der häuslichen Pflege substitutives Pflegearrangement aufgrund pflegerischer Defizite“ (MDS 2000, S. 4). Der in den letzten Jahren gestiegene Anteil stationär versorgter Pflegebedürftiger ist darum vor allem ein deutlicher Hinweis auf Probleme in der

⁸ Auf eine entsprechende schriftliche Anfrage an den MDS erfolgte die Auskunft, dass der MDS über keine Daten darüber verfügt, ob und in welchem Umfang die Pflegekassen von den Empfehlungen der MDKs abweichen. „Erfahrungen“ sprächen jedoch dafür, dass die Pflegekassen den Empfehlungen entsprechen.

häuslichen Pflege und soll unter diesem Aspekt im folgenden vorrangig analysiert werden.

6. Von der ambulanten in die stationäre Pflege

Ein Trend zur stationären Pflege wurde bereits im Zweiten Bericht der Bundesregierung zur Entwicklung der Pflegeversicherung für die Jahre bis 1998 festgestellt. Die Verschiebung in Richtung vermehrter stationärer Pflege hat sich in den Folgejahren weiter fortgesetzt. Wurden 1997 noch ca. 72,1% der Leistungsempfänger ambulant gepflegt und 27,9% stationär, so fiel der Anteil ambulanter Leistungsempfänger bis zum Jahr 2001 auf 68,6% und stieg der Anteil von in Heimen versorgten Pflegebedürftigen auf 31,4%.

Tab. 18

Gesetzliche Pflegeversicherung
Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen
Veränderungen 1997 zu 2001 (in absoluten Zahlen)

Altersgruppe	ambulant				stationär				insgesamt			
	Pflegestufe			insg.	Pflegestufe			zusammen	Pflegestufe			insg.
	I	II	III		I	II	III		I	II	III	
bis unter 15	4.999	-3.442	-1.605	-48	423	105	51	579	5.422	-3.337	-1.554	531
15 bis unter 20	2.232	112	765	3.109	660	158	199	1.017	2.892	270	964	4.126
20 bis unter 25	1.072	-14	622	1.680	854	171	239	1.264	1.926	157	861	2.944
25 bis unter 30	-865	-1.427	-382	-2.674	267	56	75	398	-598	-1.371	-307	-2.276
30 bis unter 35	-253	-1.390	-76	-1.719	875	108	187	1.170	622	-1.282	111	-549
35 bis unter 40	1.083	383	412	1.878	2.462	263	241	2.966	3.545	646	653	4.844
40 bis unter 45	2.685	1.204	365	4.254	2.785	345	333	3.463	5.470	1.549	698	7.717
45 bis unter 50	2.467	356	102	2.925	2.046	411	319	2.776	4.513	767	421	5.701
50 bis unter 55	3.754	793	264	4.811	2.319	565	345	3.229	6.073	1.358	609	8.040
55 bis unter 60	-1.240	-4.605	-1.585	-7.430	-383	-516	-291	-1.190	-1.623	-5.121	-1.876	-8.620
60 bis unter 65	8.624	-574	-507	7.543	2.987	1.377	634	4.998	11.611	803	127	12.541
65 bis unter 70	10.129	-2.002	-1.037	7.090	2.670	1.915	512	5.097	12.799	-87	-525	12.187
70 bis unter 75	14.976	-1.954	-1.388	11.634	2.954	2.625	-62	5.517	17.930	671	-1.450	17.151
75 bis unter 80	26.355	-2.572	-1.393	22.390	6.490	7.689	478	14.657	32.845	5.117	-915	37.047
80 bis unter 85	22.980	-9.804	-3.201	9.975	7.589	7.157	-1.314	13.432	30.569	-2.647	-4.515	23.407
85 bis unter 90	5.968	-24.123	-6.663	-24.818	9.367	7.317	-4.022	12.662	15.335	-16.806	-10.685	-12.156
90 und älter	23.980	-586	-430	22.964	15.077	23.171	5.045	43.293	39.057	22.585	4.615	66.257
Insgesamt	128.946	-49.645	-15.737	63.564	59.442	52.917	2.969	115.328	188.388	3.272	-12.768	178.892
Frauen	82.003	-38.891	-11.093	32.019	41.734	42.037	723	84.494	123.737	3.146	-10.370	116.513
Männer	46.943	-10.754	-4.644	31.545	17.708	10.880	2.246	30.834	64.651	126	-2.398	62.379

Quelle: BMG; eigene Berechnungen.

Betrachtet man nur die hochaggregierten Angaben über das Verhältnis ambulanter zu stationären Leistungen insgesamt, so mag diese Entwicklung noch recht moderat und wenig beunruhigend erscheinen. Unterhalb dieser Analyseebene zeigen sich für einzelne Altersgruppen jedoch Veränderungen, die sehr wohl als beunruhigend angesehen werden können. Während die Zahl der Leistungsempfänger zwischen 1997 und 2001 insgesamt um 10,8% anstieg, nahm die der stationär untergebrachten Leistungsempfänger um knapp 25% zu. Dazu passend hat der ambulante Bereich lediglich eine unterproportionale Zunahme der Leistungsempfänger um lediglich 5,3% zu verzeichnen. In absoluten Zahlen ausgedrückt: Während die Zahl der ambulant versorgten Leistungsempfänger um 63.564 stieg, wuchs die der stationär versorgten um 115.328 und somit fast das Doppelte (Tab. 18, 19).

Tab. 19

Gesetzliche Pflegeversicherung
Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen
Veränderungen 1997 zu 2001 (Angaben in Prozent)

Altersgruppe	ambulant				stationär				insgesamt			
	Pflegestufe			zu- samme	Pflegestufe			zu- samme	Pflegestufe			zu- samme
	I	II	III		I	II	III		I	II	III	
bis unter 15	20,3	-13,6	-12,6	-0,1 ⁿ	27,4	21,0	9,4	22,4 ⁿ	20,7	-12,9	-11,7	0,8 ⁿ
15 bis unter 20	37,7	1,4	16,6	16,8	46,3	88,3	87,3	55,5	39,4	3,3	19,9	20,3
20 bis unter 25	22,4	-0,2	18,5	11,4	42,4	75,3	79,9	49,7	28,3	2,3	23,5	17,0
25 bis unter 30	-14,1	-19,1	-10,8	-15,6	8,0	15,3	16,7	9,6	-6,3	-17,5	-7,7	-10,7
30 bis unter 35	-3,3	-15,4	-2,0	-8,4	18,6	20,3	28,8	19,9	5,1	-13,4	2,5	-2,1
35 bis unter 40	13,3	4,3	12,2	9,2	54,2	38,9	29,5	49,1	28,0	6,8	15,6	18,4
40 bis unter 45	35,9	15,6	12,7	23,5	69,1	43,3	36,1	60,3	47,5	18,2	18,4	32,4
45 bis unter 50	29,5	4,5	3,4	15,2	51,0	39,4	30,6	45,5	36,5	8,5	10,5	22,5
50 bis unter 55	38,7	9,3	9,1	22,8	62,6	42,4	28,9	51,8	45,3	13,8	14,8	29,4
55 bis unter 60	-6,6	-28,3	-31,1	-18,5	-6,0	-16,7	-13,4	-10,2	-6,4	-26,5	-25,8	-16,6
60 bis unter 65	32,6	-2,5	-7,5	13,3	41,9	29,3	22,0	33,9	34,6	2,9	1,3	17,6
65 bis unter 70	27,3	-6,2	-11,8	9,1	35,5	28,8	12,6	28,0	28,7	-0,2	-4,1	12,6
70 bis unter 75	26,9	-4,4	-11,7	10,4	29,3	21,5	-0,8	18,5	27,2	1,2	-7,5	12,1
75 bis unter 80	32,7	-4,4	-9,4	14,5	39,8	33,6	3,4	27,6	33,9	6,3	-3,2	17,9
80 bis unter 85	23,2	-14,1	-19,1	5,4	30,6	19,7	-6,4	16,4	24,7	-2,5	-12,1	8,8
85 bis unter 90	5,2	-26,4	-30,4	-10,9	26,5	13,2	-13,3	10,5	10,2	-11,5	-20,4	-3,5
90 und älter	44,7	-1,0	-2,6	17,4	66,9	53,8	19,7	47,5	51,2	21,7	10,9	29,7
Insgesamt	22,7	-10,2	-11,0	5,3	37,3	27,9	2,6	24,9	25,9	0,5	-5,0	10,8

Quelle: BMG; eigene Berechnungen.

Auffällig ist, dass dieser Trend in *allen* Altersgruppen zu einer Steigerung des Anteils der stationär Gepflegten an der jeweiligen Altersgruppe der Leistungsempfänger geführt hat (Tab. 20). Es ist in keiner Altersgruppe ein Zuwachs der ambulant versorgten Pflegebedürftigen zu verzeichnen, wie es eigentlich entsprechend dem in § 3 SGB XI

vorgegebenen „Vorrang der häusliche Pflege“ zu erwarten wäre. Zwischen den einzelnen Altersgruppen zeigen sich zudem teilweise erhebliche Unterschiede in der Stärke des Hospitalisierungstrends. Entgegen der naheliegenden Annahme, die Steigerungsraten müssten in Abhängigkeit vom Alter zunehmen, ergibt die Zusammenstellung ein eher inhomogenes Bild mit den höchsten Steigerungsraten weit unterhalb der 60-Jahresgrenze (Tab. 19).

Zwar weisen die über 90jährigen erwartungsgemäß mit 47,5% überdurchschnittliche Zuwachsraten bei der Heimunterbringung auf, sie werden allerdings deutlich übertroffen von der Gruppe der 40 bis unter 45jährigen, deren Zahl in Heimen innerhalb von nur vier Jahren um 60,3% zugenommen hat. Insgesamt weist die Gruppe der 35-55jährigen mit 45-60% die höchste Zuwachsrate auf, gefolgt von der Gruppe der 15-20jährigen (+55,5%) und 20-25jährigen (+49,7%). Erst dann folgen die Hochbetagten.

Tab. 20

Gesetzliche Pflegeversicherung
Leistungsempfänger nach Ort ihrer Versorgung
 Anteile an den Altersgruppen
 Angaben in Prozent

Altersgruppe	1997			2001		
	ambulant	stationär	insges.	ambulant	stationär	insges.
bis unter 15	96,1	3,9	100	95,2	4,8	100
15 bis unter 20	91,0	9,0	100	88,4	11,6	100
20 bis unter 25	85,3	14,7	100	81,2	18,8	100
25 bis unter 30	80,5	19,5	100	76,1	23,9	100
30 bis unter 35	77,7	22,3	100	72,6	27,4	100
35 bis unter 40	77,1	22,9	100	71,1	28,9	100
40 bis unter 45	75,9	24,1	100	70,8	29,2	100
45 bis unter 50	76,0	24,0	100	71,4	28,6	100
50 bis unter 55	77,2	22,8	100	73,3	26,7	100
55 bis unter 60	77,5	22,5	100	75,8	24,2	100
60 bis unter 65	79,4	20,6	100	76,5	23,5	100
65 bis unter 70	81,1	18,9	100	78,5	21,5	100
70 bis unter 75	79,0	21,0	100	77,8	22,2	100
75 bis unter 80	74,3	25,7	100	72,2	27,8	100
80 bis unter 85	69,4	30,6	100	67,2	32,8	100
85 bis unter 90	65,3	34,7	100	60,3	39,7	100
90 und älter	59,1	40,9	100	53,5	46,5	100
Insgesamt	72,1	27,9	100	68,6	31,4	100
Frauen	68,4	31,6	100	64,6	35,4	100
Männer	80,2	19,8	100	77,1	22,9	100

Quelle: BMG; eigene Berechnungen.

Auffällig ist zudem, dass die Verteilung der Pflegestufen keineswegs der Altersentwicklung folgt. Es sind nicht die Alten und Hochbetagten, die die höchsten Steigerungsraten in den Pflegestufen II und III aufweisen, sondern die Jungen und Pflegebedürftigen mittleren Alters (Tab. 19). Die über 60jährigen weisen lediglich in der Pflege-

stufe I überdurchschnittliche Zuwachsraten auf. Die höchste Zunahme ist in den Pflegestufen II und III des stationären Bereichs bei den 15-20jährigen mit knapp unter 90% und bei den 20-25jährigen mit 75-79% erfolgt. Auch wenn es sich in diesen Altersgruppen um relativ wenige Fälle handelt, so bleibt es doch ein Entwicklungstrend, der mehr als deutlich ausgeprägt ist und als besonders bedenklich gelten muss. Es dürfte wohl außer Frage stehen, dass die Heimunterbringung ein um so schwerer Eingriff in die Lebensführung und Lebenschancen eines Menschen darstellt, je früher sie erfolgt.

Darüber hinaus bleibt festzuhalten, dass Steigerungsraten bei der Zahl der Leistungsempfänger in der stationären Pflege von bis zu 60% innerhalb von nur vier Jahren wohl kaum mit einer ‚objektiven‘ Entwicklung von Pflegebedürftigkeit in einzelnen Altersgruppen erklärt werden können. Hier müssen andere Faktoren gewirkt haben.

6.1 Mögliche Ursachen des Hospitalisierungstrends

Von den drei herausgearbeiteten Entwicklungstrends bei der Versorgung Pflegebedürftiger in den Jahren 1997 bis 2001 dürfte die Verlagerung der Leistungserbringung von der ambulanten in die stationäre Pflege der wohl wichtigste sein, sowohl im Hinblick auf seine Bedeutung für die Pflegebedürftigen als auch für die Zukunft der Pflegeversicherung. Der Gesetzgeber gab denn auch der Pflegeversicherung als vorrangiges Ziel die Vermeidung unnötiger Heimunterbringungen und Schaffung einer ausreichenden Pflegeinfrastruktur mit auf den Weg, einer Infrastruktur, die dafür sorgen sollte, dass Pflegebedürftige so lange wie nur irgend möglich in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben können. Dementsprechend postuliert das SGB XI einen grundsätzlichen „Vorrang der häuslichen Pflege“:

„Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können“ (§ 3 SGB XI).

Dieses Ziel scheint nach sieben Jahren Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes nicht erreicht worden zu sein.

Im folgenden soll nun der Fragen nachgegangen werden, worauf die Verlagerung des Versorgungsgeschehens von der häuslichen in die stationäre Pflege zurückgeführt werden kann. Angesichts der Vielzahl von Einflussfaktoren bei der Versorgung Pflegebedürftiger kann eine monokausale Wirkungskette nicht in Betracht kommen. Einfache Antworten mögen den Charme haben, dass sie leicht ‚mediengängig‘ sind und auf den ersten Blick durchaus auch plausibel erscheinen können, zur Lösung eines so komplexen Problems wie der Versorgung Pflegebedürftiger helfen sie nicht wirklich weiter. So hilft ein Klagen über eine abnehmende Pflegebereitschaft in der Bevölkerung nicht weiter, wenn die Ursachen derselben im Unklaren bleiben. Zudem gehen derartige Vorwürfe an der Realität vorbei.

Wichtigste tragende Säule der Versorgung Pflegebedürftiger ist immer noch die eheliche Gemeinschaft und die Familie, was beispielsweise daran abzulesen ist, dass 1998 knapp 50% aller Erstantragsteller in der Pflegeversicherung mit der jeweiligen Pflege-

person in einem Haushalt lebten (MDS 2000, S. 47). Weitere 34% lebten allein in ihrer Wohnung und lediglich ca. 17% mussten von professionellen Pflegekräften in einem Heim versorgt werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Wechsel von der häuslichen Umgebung in ein Heim in der Regel nur oder erst dann erfolgt, wenn häusliche Pflege durch Angehörige, Nachbarn oder aber einen professionellen Pflegedienst nicht oder nicht mehr in ausreichendem Maße gewährleistet ist (MDS 2000, S. 64). Dies zeigen auch die Ergebnisse der Infratest-Repräsentativbefragung: Der Wechsel in ein Heim kommt für Pflegebedürftige und Angehörige in der Regel „erst dann in Frage, wenn die ‚Grenzen der häuslichen Pflege‘ erreicht“ sind (Schneekloth/Müller 2000, S. 86).

Wie kann es nun dazu kommen, dass ein Mensch, der pflegebedürftig wird oder ist, nicht mehr in seiner gewohnten häuslichen Umgebung bleiben kann und in ein Pflegeheim wechseln muss oder verlegt wird? Um der Beantwortung dieser Frage näher zu kommen scheint es sinnvoll, die Gesamtheit der ambulant versorgten Pflegebedürftigen nach Wohnform und Pflegeperson zu differenzieren. Es können anhand dieser Merkmale folgende Pflegearrangements unterschieden werden:

- Pflegebedürftige werden von einer/einem Angehörigen gepflegt, mit der/dem sie gemeinsam in einer Wohnung leben, gegebenenfalls unter Hinzuziehung eines ambulanten Pflegedienstes;
- Pflegebedürftige leben allein und werden von einer Angehörigen oder einer Nachbarin gepflegt, gegebenenfalls unter Hinzuziehung eines ambulanten Pflegedienstes;
- Pflegebedürftige leben allein und sind vollständig auf professionelle Pflege angewiesen, da ihnen keine familiären Unterstützungsleistungen zur Verfügung stehen.

Für diese drei Typen von Pflegearrangements soll nun im folgenden untersucht werden, welche Entwicklungen und Faktoren Ende der 90er Jahre möglicherweise dazu geführt haben, dass zunehmend häufiger ein Wechsel in die stationäre Pflege erfolgte. Die erste Gruppe ist im Grunde *das* typische Pflegearrangement, auf dem die Pflegeversicherung aufbaut beziehungsweise für das sie als ‚familienergänzendes‘ Sicherungssystem vor allem konstruiert wurde. Auch die zweite Gruppe kann durchaus zum Fundament gerechnet werden, auf dem die Pflegeversicherung aufbaut, wenngleich eher randständig. Bereits vor Schaffung der Pflegeversicherung war absehbar, dass die Pflegebereitschaft nachfolgender Generationen tendenziell abnehmen wird und nachbarschaftliche Hilfe nicht den Umfang erreichen kann, der erforderlich wäre, um abnehmende familiäre Unterstützung vollständig zu substituieren.

Die dritte Gruppe hingegen, und das wird die nachfolgende Analyse zeigen, ist im Grunde für die Pflegeversicherung ein ‚Fremdkörper‘, der bereits schon auf der Ebene des Leistungskataloges in die stationäre Pflege quasi ‚abgestoßen‘ wird. Der Leistungskatalog der Pflegeversicherung ist nicht darauf ausgelegt, auch Alleinstehenden ohne funktionierende familiäre Unterstützung ein Verbleiben in der gewohnten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Für sie resümiert der MDS denn auch: „Das fehlende soziale Umfeld, das aktiv in den Pflegeprozess eingreift, lässt schon bei einem geringeren

Ausmaß von Fähigkeitseinschränkungen den Wechsel in vollstationäre Betreuung notwendig erscheinen" (MDS 2000, S. 64).

6.2 Sonderfall Behinderte: Heimunterbringung zur Entlastung der Sozialhilfeträger

Bevor die Entwicklungen in der Hauptgruppe der Pflegebedürftigen untersucht werden, soll zunächst aber auf eine Entwicklung eingegangen werden, die einen Teil der Behinderten betraf. Im Rahmen des Vermittlungsverfahrens zum 1. SGB XI-Änderungsgesetz erreichten die Bundesländer als Träger der überörtlichen Sozialhilfe im Mai 1996, dass auch Leistungen für Behinderte in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufgenommen wurden. Als Kompromiss zwischen Bundestag und Bundesrat wurde der § 43a SGB XI in den Gesetzentwurf eingefügt, der einen Zuschuss der Pflegeversicherung im Umfang von 10% des Heimentgelts, höchstens jedoch 500 DM monatlich vorsah. Ziel der Änderung war die finanzielle Entlastung der Sozialhilfe durch Verlagerung von Kostenanteilen auf die Pflegeversicherung.

Die Aufnahme dieser Leistungen sollte dazu dienen, drohende Verlegungen von Behinderten in Pflegeheime oder die Umwidmung von Behinderteneinrichtungen in vollstationäre Pflegeeinrichtungen zu verhindern. Trotz des erzielten Kompromisses wurden in der Folgezeit aber dennoch eine Reihe von Behinderteneinrichtungen umgewidmet, und zwar offenbar überwiegend auf Druck der zuständigen Sozialhilfeträger, also der jeweiligen Bundesländer. Unter Berufung auf Berichte von Behindertenverbänden und Behinderteneinrichtungen stellte die Bundesregierung in ihrem ersten Bericht zur Pflegeversicherung fest,

„daß Sozialhilfeträger auf die Einrichtungen der Behindertenhilfe Druck ausübten, sich zumindest teilweise in Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI umzuwidmen, um auf diese Art und Weise eine höhere finanzielle Entlastung durch die Leistungen der Pflegeversicherung zu erreichen. Statt der pauschalen Abgeltung der Pflegekosten in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in Höhe von höchstens 500 DM monatlich werde nicht nur in Einzelfällen der Versuch unternommen, möglichst die höheren Wertgrenzen der Sachleistungen der Pflegeversicherung zugunsten der Sozialhilfe auszuschöpfen. Auf eine Umfrage des BMA zu dieser Problematik im September 1997 haben die Länder und Pflegekassen geantwortet, daß in der Vergangenheit Plätze in Einrichtungen der Behindertenhilfe umgewidmet wurden und weitere Umwidmungen beabsichtigt seien" (Bundesregierung 1997, S. 34).

Nach Schätzung der Bundesregierung waren davon 10% der ca. 140.000 Behinderten in vollstationären Einrichtungen betroffen (ebd.). Die Entwicklung setzte sich offenbar in den Folgejahren fort, so dass sich die Bundesregierung 2001 veranlasst sah, dieses Thema auch im zweiten Bericht über Pflegeversicherung erneut und unter dem Stichwort „Umwidmungsproblematik" aufzugreifen (Bundesregierung 2001, S. 48-50).

Es kann wohl davon ausgegangen werden, dass ein wesentlicher Teil der überproportionalen Zuwachsraten für die stationäre Pflege in den Altersgruppen unter 55 Jahren, mit ihren Steigerungen von bis zu 50-60% in den Jahren 1997 bis 2001, auf diese „Umwidmungsproblematik" zurückzuführen ist. Eine genaue Quantifizierung des Einflusses der Umwidmungen von Einrichtungen der Behindertenhilfe und Verlegungen Be-

hinderter in Pflegeheime ist auf Grund der vorliegenden Daten der Pflegeversicherung leider nicht möglich. Es bleibt aber festzuhalten, dass dieser Teil des Hospitalisierungstrends einen eindeutig fiskalpolitischen Hintergrund hat. Offensichtlich wurden Behinderte hospitalisiert, um Länderhaushalte zu entlasten.

Aber auch für die damalige Bundesregierung spielten haushaltspolitische Motive bei der „Umwidmungsproblematik“ eine wesentliche Rolle. Es kann durchaus die Frage gestellt werden, warum Behinderte, wenn sie als Kind von ihren Eltern zu Hause betreut und versorgt werden, Versicherte mit Anspruch auf den vollen Leistungsumfang der Pflegeversicherung sind, ihnen jedoch – sobald sie in eine Einrichtung der Behindertenhilfe aufgenommen werden – nur noch ein Zuschuss zu den Heimkosten gewährt wird und sie ansonsten zu Sozialhilfeempfängern werden. Die Forderung von Behindertenverbänden, die Leistungen für Behinderte deutlich zu erhöhen, um so das Risiko der Verlegung in ein Heim zu mindern, lehnte die damalige Bundesregierung mit der Begründung ab, durch Mehraufwendungen in Höhe von 0,7-1,5 Mrd. DM „bestünde die Gefahr, daß die Ausgaben der Pflegeversicherung nicht mehr mit den Einnahmen gedeckt werden könnten. Ein frühzeitiges Abschmelzen des Überschusses und damit der ‚Demographiereserve‘ wäre die Folge“ (Bundesregierung 1997, S. 36).

6.3 Verwitung und Wechsel in die stationäre Pflege

Für die Hauptgruppe der Pflegebedürftigkeit scheint der Wechsel in die stationäre Pflege vor allem beeinflusst durch:

- den Tod des Ehepartners,
- die Überforderung der Hauptpflegeperson und/oder
- das Fehlen familiärer Unterstützungsleistungen.

Diese Einflussfaktoren wirken sowohl einzeln als auch durch ihre Kombination und gegenseitige Verstärkung. Der Tod des Ehepartners wird einen bereits pflegebedürftigen alten Menschen eher zu einem Wechsel in ein Heim zwingen, wenn keine Familienmitglieder existieren oder Familienmitglieder nicht bereit oder in der Lage sind, die verstorbene Hauptpflegeperson zu ersetzen. Eine Hauptpflegeperson wird eher dem Risiko einer Überlastung ausgesetzt sein, wenn es an der Unterstützung weiterer Familienmitglieder fehlt. Die Belastungen der häuslichen Pflege sind um so besser und länger zu tragen, je mehr Personen daran beteiligt sind. Nicht von ungefähr waren an häuslichen Pflegearrangements 1998 im Schnitt 2-3 Personen beteiligt, bei knapp einem Viertel sogar vier und mehr (Schneekloth/Müller 2000, S. 51).

Der Tod des Ehepartners wird in der Regel nur dann zum Wechsel eines Pflegebedürftigen in die stationäre Pflege führen, wenn die entstehende Lücke nicht oder nicht ausreichend durch familiäre Unterstützungsleistungen gefüllt wird und eine ausreichende Versorgung durch Pflegesachleistungen nicht finanzierbar ist. Von daher ist für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vor allem die Überforderung von Pflegepersonen und das Fehlen familiärer Unterstützungsleistungen von besonderer Bedeutung. Soll der Trend zur stationären Pflege gestoppt und möglichst umgekehrt

werden, muss die Pflegeversicherung auf diese beiden Problembereiche reagieren. Notwendig erscheint vor allem eine Reform des Leistungskataloges, damit stärker als in der Vergangenheit einer Überforderung von Pflegepersonen entgegengewirkt und fehlende familiäre Unterstützungsleistungen durch ein erweitertes Angebot an Sachleistungen ersetzt werden kann.

Eine Pflegeversicherung, die als lediglich familienergänzendes Sicherungssystem weiter darauf hofft, vorrangig über die Auszahlung von Pflegegeld an Angehörige eine ausreichende häusliche Versorgung Pflegebedürftiger sicherstellen zu können, wird den gegenwärtigen und zukünftigen Anforderungen nicht gerecht. Sie wird bei einem weiteren Trend zur stationären Pflege auch nicht finanzierbar sein.

Wie bereits angesprochen scheint Verwitwung für sich genommen kein ausreichender Grund für den Wechsel in ein Pflegeheim zu sein. Verwitwung scheint das Risiko der Hospitalisierung nur dann zu erhöhen, wenn sie Pflegebedürftige während bereits bestehender Pflegebedürftigkeit trifft und dann geschlechtsspezifisch in unterschiedlichem Maße. Für diese Annahme spricht, dass 1999 immerhin 60,3% der ambulant versorgten pflegebedürftigen Frauen verwitwet waren (Statistisches Bundesamt 2002). Ihr Anteil im stationären Bereich lag mit 74,6% um 14,3%-Punkte oder ca. 20% höher. Bei Männern ist diese Differenz deutlich stärker ausgeprägt. Von den ambulant versorgten pflegebedürftigen Männern waren 1999 18,5% verwitwet, von den stationär gepflegten dagegen 44,6% und damit 26,1%-Punkte mehr. Verwitwung erhöht das Hospitalisierungsrisiko von älteren Männern somit um ca. 140%. Der insgesamt höhere Anteil verwitweter Frauen unter den Pflegebedürftigen ist vor allem auf die kriegsbedingte Reduzierung von Männerjahrgängen zurückzuführen (Dinkel/Hartmann/Lebok 1997). Der hohe Anteil verwitweter Frauen in der ambulanten Pflege spricht dafür, dass nicht die Tatsache, verwitwet zu sein, sondern vielmehr das Eintreten der Verwitwung während bereits bestehender Pflegebedürftigkeit die Heimwahrscheinlichkeit erhöht. Stirbt die Ehefrau oder der Ehemann, kann diese Lücke bei einem Teil der Pflegebedürftigen nicht ausreichend gefüllt werden, um die Tragfähigkeit eines bestehenden häuslichen Pflegearrangements zu erhalten.

Dies ist offenbar deutlich häufiger bei pflegebedürftigen älteren Männern der Fall. Der Unterschied könnte dadurch zu erklären sein, dass in der jetzigen Rentnergeneration die Verantwortung für die Haushaltsführung fast ausschließlich in den Händen der Frauen liegt. Männer dieser Generation haben es häufig nicht gelernt, einen Haushalt allein zu führen. Stirbt die Ehefrau, entfällt nicht nur die Hauptpflegeperson, sondern auch die ‚Haushälterin‘. Die alltägliche Basisversorgung ist nicht mehr gewährleistet und der Wechsel in ein Heim ist unter Umständen auch Reaktion der Angehörigen auf beginnende Verwahrlosungstendenzen.

Wenn diese Analyse zutrifft, ist damit zu rechnen, dass sowohl die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels in die stationäre Pflege wie auch insgesamt der Hilfebedarf alleinstehender pflegebedürftiger älterer Männer in den nächsten Jahrzehnten rückläufig sein wird. Denn durch veränderte Sozialisationsmuster und biographische Verläufe der Nachkriegsgeneration wird ein erheblich größerer Anteil der älteren Männer über mehr

Alltagskompetenzen verfügen und weit eher in der Lage sein, allein einen Haushalt zu führen.

Wenn aber Verwitwung die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels in die stationäre Pflege deutlich erhöht, dann zeigt dies auch an, dass der hauswirtschaftliche Versorgungs- und Unterstützungsbedarf in seiner Bedeutung für den Erhalt und die Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements und der Vermeidung stationärer Pflege im Rahmen des Leistungsrechts der Pflegeversicherung unterschätzt wird. Die Bewilligung der Pflegestufen richtet sich gegenwärtig gemäß der Vorgaben des SGB XI in erster Linie nach dem Bedarf an somatischer, auf die Unterstützung von Körperfunktionen gerichteter Pflege. Bleibt die Pflegestufe gleich, erlaubt das SGB XI allein auf Grund einer Verwitwung keine zusätzlichen Leistungen. Eventuell könnte aber durch gezielte hauswirtschaftliche Unterstützungsleistungen im Fall der Verwitwung sowie zielgruppenspezifische Beratungs- und Trainingsprogramme für ältere pflegebedürftige Männer zur Entwicklung und Stärkung alltagspraktischer Fähigkeiten ein längeres Verbleiben in der häuslichen Pflege erreicht werden. Das würde nicht nur den betroffenen Pflegebedürftigen helfen, sondern wäre auch eine Investition in die finanzielle Stabilität der Pflegeversicherung.

6.4 Heimunterbringung als Folge einer Überlastung von Pflegepersonen

Die wahrscheinlich wichtigste Ursache für den Trend zur stationären Pflege dürfte eine zunehmende Überlastung pflegender Angehöriger sein, die an einem bestimmten Punkt zum Zusammenbruch des häuslichen Pflegearrangements führt. Dass die Überlastung pflegender Angehöriger ein zentrales Problem ist, dafür gibt es in der Forschungsliteratur und in den Daten eine Reihe von Hinweisen, die im folgenden herausgearbeitet werden sollen. Besonderen Stellenwert haben dabei die Ergebnisse einer 1999 im Auftrag der Bundesregierung durchgeführten Repräsentativbefragung von Haushalten mit Pflegebedürftigen (Schneekloth/Müller 2000). Danach ist die „entscheidende Bedingung für das gewünschte Verbleiben in den eigenen vier Wänden“ die Existenz eines stabilen familiären Unterstützungssystems, das nicht unzumutbar belastet wird (ebd., S. 80). Darin sind im Grunde zwei Bedingungen enthalten: a) die Existenz eines stabilen familiären Unterstützungssystems und b) die Verhinderung einer Überlastung der pflegenden Angehörigen.

Sicherlich ist diese Gefahr der Überlastung vor allem in Familien mit besonders schwer pflegebedürftigen Fällen gegeben, die vorliegenden Daten der Pflegeversicherung legen jedoch die Annahme nahe, dass auch unterhalb dieses Schweregrades der Pflegebedürftigkeit bereits ernstzunehmende Überlastungen zu verzeichnen sind. Wie anders wären sonst die überproportionalen Zuwachsraten der Pflegestufen I (+37%) und II (+28%) in der stationären Pflege zwischen 1997 und 2001 zu erklären. Offensichtlich kann eine ausreichende häusliche Versorgung bei einem zunehmenden Teil der Pflegebedürftigen mit relativ geringerer Pflegebedürftigkeit nicht mehr gewährleistet werden.

Der wohl wichtigste Indikator für die steigende Belastung der pflegenden Angehörigen und somit auch ein steigendes Risiko der Überlastung ist sicherlich die Zunahme der Sachleistungen. Die Infratest-Repräsentativbefragung ergab, dass für 73% der Empfänger von Sachleistungen die drohende Überlastung von pflegenden Angehörigen eine entscheidende Rolle bei der Beantragung dieser Leistungen spielte (Schneekloth/Müller 2000, S. 64). Auch die Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege diente vor allem zur Verhinderung einer Überlastung von pflegenden Angehörigen (ebd.). Für alle genannten Leistungsarten sind im Zeitraum von 1997 bis 2001 weit überdurchschnittliche Zuwächse festzustellen. Die Zahl der Empfänger von Pflegesachleistungen nahm um 56%, die der Empfänger von Kombinationsleistungen um 72% und der von Tages- und Nachtpflege sogar um 174% zu. Das Bild wird ergänzt dadurch, dass die Zahl der Empfänger von Geldleistungen nicht nur in Pflegestufe III (-21%), sondern auch in Pflegestufe II (-18%) sogar absolut zurückging.

Die häusliche Pflege von Angehörigen ist in der Regel nicht nur mit sehr hohen körperlichen Belastungen durch die grundpflegerischen Routinen verbunden, sondern auch und vor allem mit emotionalem Stress und einer hohen zeitlichen Bindung (ebd., S. 56). Besonders belastend für pflegende Angehörige sind offenbar psychische Veränderungen der Pflegebedürftigen: „So ist z.B. der schrittweise und progrediente Verlust der Identität und der Persönlichkeit eines demenziell Erkrankten für den pflegenden Angehörigen meistens schwerer zu ertragen, als die Pflege eines rein körperbehinderten Menschen, selbst wenn er dauernd bettlägrig ist“ (Schneekloth/Müller 2000, S. 74f.).

Tab. 21

Pflegebedürftige in Privathaushalten
Ausgewählte Indikatoren für mögliche prekäre Versorgungssituationen
Angaben in Prozent

	Pflege- bedürftige insgesamt	Alleinlebende	2-Personen Haushalt	3 u. mehr Personen- Haushalt
Pflegestufe				
Stufe I	47	70	44	37
Stufe II	41	26	44	45
Stufe III	12	4	12	18
Pflegebedürftige mit psychi- schen Veränderungen	46	22	50	55
Leistungsart				
Geldleistung	78	71	80	80
Sachleistungen	9	18	9	5
Kombinationsleistung	12	9	11	15
Teilstationäre Pflege	1	2	-	-
Keine private Pflegeperson	4	12	2	0
Mit zusätzlichen selbstange- worbenen Hilfen	16	22	13	16
Mit ergänzender Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege)	5	9	5	3

Quelle: Schneekloth/Müller 2000, S. 82.

Es wäre sicherlich in hohem Maße ungerecht, den zunehmend häufigeren Wechsel Pflegebedürftiger in die stationäre Pflege einer mangelnden Pflegebereitschaft und damit pauschal den Angehörigen anzulasten. Es sind auch heute noch vor allem die Angehörigen, die die Hauptlast der Pflege und Versorgung tragen, dafür ihre Berufstätigkeit einschränken oder aufgeben und zeitliche Belastungen von durchschnittlich 45 Stunden und teilweise bis zu 60 Stunden pro Woche in Kauf nehmen (Schneekloth/Müller 2000, S. 55). Ohne sie würde die Versorgung Pflegebedürftiger in dieser Gesellschaft weitgehend zusammenbrechen oder erheblich höhere Ausgaben für professionelle Versorgungsleistungen erfordern.

Es ist auch ein Irrtum beziehungsweise eine „Idylisierung“ (Klie/Blaumeister 2002, S. 133), anzunehmen in früheren Gesellschaften wäre die familiäre Versorgung Pflegebedürftiger deutlich besser gewesen. Trotz – oder besser – entgegen aller Klagen über die ‚Auflösung der Familien‘, ‚Entsolidarisierung‘ und ‚Ellenbogengesellschaft‘ sind familiäre Unterstützungsleistungen immer noch tragendes Fundament der sozialen Solidarität in diesem Bereich des Sozialstaates. Allerdings sollte dieses Fundament nicht überbelastet werden. Dies gilt insbesondere für die Generation der Kinder der gegenwärtigen älteren Pflegebedürftigen, von denen stillschweigend erwartet wird, dass sie sich sowohl aufopfernd um die Pflege und Versorgung ihrer Eltern als auch der eigenen Kinder kümmern, und dies auch über zunehmend größere räumliche Distanzen hinweg. Denn schließlich erwartet der Arbeitsmarkt und fordert die Sozialpolitik – in diesem Fall die Arbeitsmarktpolitik – dass sie zu einer deutlich höheren beruflichen Mobilität bereit sind, als die Generationen vor ihnen.

Prekäre Pflegearrangements, also ambulante Versorgungssituationen, die ein hohes Risiko des Zusammenbruchs aufweisen, scheinen nach den Ergebnissen der Repräsentativbefragung gekennzeichnet zu sein durch (Schneekloth/Müller 2000, S. 83):

- sehr stark belastete Hauptpflegepersonen, mit überdurchschnittlichem Zeitaufwand und psychischer Belastung,
- überproportional häufig psychisch veränderte Pflegebedürftige (62%)
- Pflegepersonen, die eine eigene Berufstätigkeit aufgegeben haben und damit eher unzufrieden sind.

Dieser Befund dürfte von besonderem Interesse sein für die Diskussion über eine Reform des Leistungsrechts der Pflegeversicherung. Sollen familiäre Pflegepotenziale erhalten und stabilisiert werden, müssten Unterstützungskonzepte entwickelt und Leistungen in den Katalog aufgenommen werden, die hier ansetzen. Mit der Einführung neuer spezifischer Leistungen und Angebote für die Betreuung demenzkranker Pflegebedürftiger ist bereits ein richtiger Schritt gemacht. Soll eine stärkere Entlastung und Unterstützung von Hauptpflegepersonen erreicht werden, so wäre sicherlich mit an erster Stelle über die Höhe und Budgetierung der Sachleistungen zu diskutieren. Zudem scheint es notwendig, mehr Aufmerksamkeit auf die Beratung und psycho-soziale Unterstützung pflegender Angehöriger zu richten.

6.4.1 Frauen im mittleren Lebensalter als besonders belastete Gruppe von Pflegepersonen

Die Ergebnisse der Infratest-Befragung werfen zudem die Frage auf, ob die Aufgabe eigener Berufstätigkeit ein tragfähiges Fundament für ein dauerhaft stabiles Pflegearrangement sein kann. Dies dürfte insbesondere pflegende Töchter oder Schwiegertöchter im mittleren Lebensalter betreffen, die sich moralisch verpflichtet fühlen, ihre Eltern oder Schwiegereltern zu pflegen, um den Wechsel in ein Heim zu vermeiden. Sie stellten 1998 immerhin ein Drittel der Hauptpflegepersonen in häuslichen Pflegearrangements (Schneekloth/Müller 2000, S. 52). Die Bedeutung der nachfolgenden Generation für die Stabilität häuslicher Pflegearrangements kann auch daran abgelesen werden, dass 1998 ca. 88% der alleinlebenden Pflegebedürftigen trotzdem eine familiäre Hauptpflegeperson hatten (Schneekloth/Müller 2000, S. 53). Dies dürfte weit überwiegend die Tochter oder Schwiegertochter gewesen sein.

Auf der Pflegebereitschaft der Töchter und Schwiegertöchter versucht die Pflegeversicherung aufzubauen, indem Pflegegeld auch als Ersatz für entgangenes Arbeitsentgelt begriffen wird und die Pflegeversicherung für Pflegepersonen Rentenbeiträge zahlt. Mit beidem wird versucht, häusliche Laienpflege ein Stück weit der Erwerbsarbeit gleichzustellen. Dieser Ansatz erscheint jedoch fragwürdig. Zum einen bleibt das Pflegegeld in der Regel deutlich unter dem Niveau üblicher Arbeitsentgelte und muss dies sicherlich auch zukünftig im Hinblick auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Pflegeversicherung bleiben, zum anderen entfallen bei einer Aufgabe der Berufstätigkeit die für die persönliche Zufriedenheit so bedeutenden ‚Nebeneffekte‘ erfolgreicher Berufstätigkeit, wie soziale Kontakte und soziale Anerkennung. Dieser Verlust ist mit Pflegegeld nicht auszugleichen und wird vermutlich als mindestens ebenso belastend empfunden, wie eingetretene Einkommensverluste.

Es scheint von daher dringend geboten, den Problemen von Frauen im mittleren, erwerbsfähigen Lebensalter, die Angehörige zu Hause versorgen, mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Neben den alten und hochbetagten Frauen und Männern, die ihre pflegebedürftigen Ehepartner oder Ehepartnerin versorgen, tragen sie offenbar die Hauptlast der häuslichen Laienpflege. Dies ist an einer Zusammenstellung der demographischen Merkmale von Pflegepersonen ablesbar (Tab. 22).

Insgesamt 68% der Hauptpflegepersonen in der häuslichen Pflege sind unter 64 Jahre alt und somit im erwerbsfähigen Alter. 80% der Pflegepersonen insgesamt sind Frauen, 66% der Pflegepersonen haben Kinder über 18 Jahre. Zwei Drittel der Pflegepersonen sind nicht erwerbstätig, aber immerhin 16% arbeiten 30 Stunden pro Woche und mehr und 13% sind teilzeitbeschäftigt mit bis zu 30 Stunden. Bei dem Vergleich der Daten von 1991 und 1998 fällt zudem auf, dass in der Gruppe der 40-64jährigen ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen ist. Hier genau scheint eines der wesentlichen gegenwärtigen, vor allem aber zukünftigen Probleme der Pflegeversicherung zu liegen. Die Konstruktion des Leistungskataloges ist nicht hinreichend darauf ausgelegt, die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger zu fördern. Im Rahmen der Infratestbefragung war der weitaus größte Teil der Befragten aus Haushal-

ten mit Pflegebedürftigen der Meinung, dass die Pflegeversicherung die Vereinbarkeit von Laienpflege und Beruf „ganz und gar nicht“ verbessere (Schneekloth/Müller 2000, S. 69).

Tab. 22

Hauptpflegepersonen in Privathaushalten
Demographische Merkmale
Angaben in Prozent

	1991	1998
Geschlecht		
männlich	17	20
weiblich	83	80
Alter		
bis 39 Jahre	10	15
40-64 Jahre	62	53
65-79 Jahre	25	27
80 Jahre und älter	3	5
Familienstand		
verheiratet	81	80
verwitwet	7	8
geschieden	6	4
ledig	6	8
mit Kindern		
unter 6 Jahren	-	6
von 6-13 Jahren	-	10
von 14-17 Jahren	-	10
ab 18 Jahren	-	66
Keine Kinder	-	16

Quelle: Schneekloth/Müller 2000, S. 54.

Soll verhindert werden, dass häusliche Pflegearrangements prekär werden, dekompen­sieren und zusammenbrechen und Pflegebedürftige auch zukünftig vermehrt in Heime wechseln müssen, so erscheint es notwendig, die Leistungen der Pflegeversicherung dahingehend weiterzuentwickeln, dass pflegende Angehörige im mittleren erwerbsfähigen Alter bei der Versorgung ihrer pflegebedürftigen Eltern oder Ehepartner stärker unterstützt und entlastet werden, und sie – soweit der Wunsch besteht – durchaus auch ihrer bisherigen Berufstätigkeit nachgehen können. Dies scheint eine der zentralen Herausforderungen für die Zukunft der sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Diese Aufgabe stellt sich unabhängig davon, ob es weiterhin eine gesetzliche Pflegeversicherung gibt oder nicht. Wird diese Aufgabe nicht als Gestaltungsaufgabe von der Sozialpolitik akzeptiert, kann der Problemdruck zu einer weiteren Zunahme der Heimunterbringungen führen.

6.4.2 Gedeckelte Sachleistungen und Heimunterbringung

Interpretiert man die zunehmende Nachfrage nach Sachleistungen als Anzeichen für eine zunehmende Überlastung von pflegenden Angehörigen, so zeigt die Nachfrage nach Pflegesachleistungen Unterstützungsbedarf an, der vor allem auch deshalb angemeldet wird, weil ein Wechsel in die vollstationäre Pflege vermieden werden soll. Der Umfang, in dem pflegenden Angehörigen ambulante Unterstützungsleistungen gewährt werden, hat somit Einfluss auf die Entwicklung der Nachfrage nach stationärer Pflege. Reichen die Sachleistungen nicht aus, um die Lücke zu füllen, die Angehörige und Nachbarn nicht oder nicht mehr in der Lage sind, durch eigene Laienpflege oder hauswirtschaftliche Dienstleistungen zu füllen, droht ein „*burn-out* der Helfer“ (Brömme 1999, S. 82). Das Ausbrennen wird früher oder später zu einem Zusammenbruch des häuslichen Pflegearrangements und Wechsel in ein Pflegeheim führen.

Die Leistungsentwicklung in der Pflegeversicherung lässt im Grunde keinen anderen Schluss zu, als dass in den Jahren 1997 bis 2002 diese Lücke nicht ausreichend und zudem in zunehmend geringerem Umfang von der Pflegeversicherung gefüllt wurde. Offensichtlich reichen die ambulanten Leistungen zunehmend weniger zur Deckung des vorhandenen Unterstützungsbedarfs der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Dafür scheinen vor allem zwei Faktoren verantwortlich: Die Höhe der ambulanten Leistungen je Pflegebedürftigen sowie die Begutachtungs- und Bewilligungspraxis von MDKs und Pflegekassen.

Sowohl die absolute Höhe der Leistungen als auch ihre starre Budgetierung ohne Anpassung an die allgemeine Preisentwicklung ist seit Jahren Gegenstand der Kritik. Wie bereits an früherer Stelle ausgeführt, sollte die niedrige Rate der Widersprüche gegen Leistungsbescheide der Pflegekassen nicht als Indikator für eine hohe Zufriedenheit der Pflegebedürftigen und Angehörigen mit den Leistungen der Pflegeversicherung gedeutet werden. Immerhin hielten 1998 27% die gewährten Leistungen für nicht ausreichend (Schneekloth/Müller 2000, S. 70). Sicherlich kann dem entgegengehalten werden, dass die Pflegeversicherung nur eine Grundversorgung gewähren soll. Wenn aber offensichtlich wird, dass die Befolgung dieses Grundsatzes den Vorrang häuslicher Pflege gefährdet, ist allerdings die Frage nach der Notwendigkeit einer Überprüfung des Leistungsrechts zu stellen.

Es hat den Anschein, dass der Finanzierungsbedarf der häuslichen Pflege seit Jahren nicht ausreichend gedeckt wird. Dieses Problem wird zudem verschärft durch die Unterlassung einer längst überfälligen Dynamisierung. Abgesehen von einer einmaligen Anhebung für einzelne Leistungsformen (teilstationäre Pflege) und der Einführung zusätzlicher Leistungen für die Versorgung altersverwirrter Menschen, ist seit Einführung der Pflegeversicherung keine Anpassung der Höchstgrenzen für die verschiedenen Leistungen der Pflegeversicherung an die Inflationsrate erfolgt. Dies ist zentrales Systemelement der Pflegeversicherung, mit dem Beitragssatzerhöhungen vermieden werden sollen.

Werden aber die Höchstleistungssätze der Pflegeversicherung nicht der allgemeinen Preisentwicklung angepasst, führt dies zu einer kontinuierlichen Absenkung des realen

Leistungsvolumens. Die Pflegeversicherung gewährt dadurch im Einzelfall jedes Jahr – bei gleichbleibender Pflegestufe – real weniger Leistungen. Damit trägt die Unterlassung einer Dynamisierung zur Verstärkung des Hospitalisierungstrends bei. Wenn Pflegebedürftigkeit typischerweise progredient verläuft und somit der Pflegeaufwand kontinuierlich oder durch akute Krisen auch sprunghaft steigt, durch einen fixierten Leistungshöchstbetrag aber weniger Pflegesachleistungen in Anspruch genommen werden können, rückt der Zeitpunkt, an dem hohe Belastung in Überlastung von Pflegepersonen umschlägt systembedingt immer weiter nach vorne.

Die Entscheidung über eine Dynamisierung der Leistungen liegt in der Hand der Bundesregierung und erfordert gemäß § 30 SGB XI lediglich eine entsprechende Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. Insofern ist der Darstellung des BMG zu widersprechen, dass „eine Dynamisierung nicht möglich“ sei (Pressemitteilung des BMG vom 10.3.2003). Eine Erhöhung der Leistungen ist allerdings nur „im Rahmen des geltenden Beitragssatzes“ (§ 30 SGB XI) erlaubt. Vor dem Hintergrund eines seit 1999 zu verzeichnenden Ausgabenüberhangs gegenüber den Beitragseinnahmen und im Hinblick auf zu erwartende weitere Ausgabensteigerungen durch verstärkte Inanspruchnahme von Sachleistungen und die demographische Entwicklung wurde eine solche Dynamisierung bislang abgelehnt. Der Trend zur stationären Pflege zeigt allerdings, dass ein Festhalten an dieser Strategie die finanzielle Stabilität der Pflegeversicherung weder erhalten noch wieder herstellen kann. Unzureichende Leistungen im ambulanten Bereich ziehen offensichtlich steigende Ausgaben im stationären Bereich nach sich.

In diesem Zusammenhang erhält auch die Begutachtungspraxis des MDK und die Bewilligungspraxis der Pflegekassen eine zusätzliche Bedeutung. Wenn die Bewilligung der Pflegestufen dahingehend gesteuert wurde, dass die finanzwirtschaftlichen Zielgrößen der Pflegeversicherung eingehalten werden, und zu diesem Zweck die Zahl der Leistungsempfänger in Pflegestufe II und III abgesenkt und die der Härtefälle deutlich unter der gesetzlich erlaubten Zahl gehalten wurde, dann trägt auch diese Praxis nicht unerheblich zum Zusammenbruch häuslicher Pflegearrangements bei.

Soll das bisherige System aus Verweigerung einer ausreichenden und bedarfsdeckenden pflegerischen Versorgung, strikter Beitragssatzstabilität und finanzwirtschaftlicher Steuerung der Begutachtungs- und Bewilligungspraxis beibehalten werden, treibt es im Grunde auf eine Rationierung stationärer Pflege zu. Die Ausgabenentwicklung im stationären Bereich könnte versucht werden dadurch zu begrenzen, dass der Zugang zur stationären Pflege entsprechend den finanziellen Zielen begrenzt wird. Die Rationierung kann explizit oder aber verdeckt erfolgen. Explizit wäre sie, wenn sie den Pflegekassen als gesetzlicher Auftrag ausdrücklich vorgegeben würde. Eine solche Strategie wäre allerdings mit dem Risiko verbunden, dass die Begrenzung zum Thema öffentlicher Diskussion und Kritik werden könnte. Der ‚politische Preis‘ im Sinne eines Ansehensverlustes wäre vermutlich hoch.

Mit deutlich weniger ‚politischen Kosten‘ verbunden wäre eine verdeckte Rationierung stationärer Pflege. Zentrales Instrument im Rahmen einer solchen Strategie könnte die Bewilligungspraxis der Pflegekassen sein. Bei einem Wechsel von der ambulanten

in die stationäre Pflege hat die Pflegekasse zu prüfen, ob vollstationäre Pflege erforderlich ist. Wechseln Pflegebedürftige in ein Pflegeheim, obwohl nach Feststellung der Pflegekasse keine stationäre Pflege erforderlich ist, so haben die Pflegebedürftigen gemäß § 43 Abs. 4 SGB XI keinen Anspruch auf den vollen Leistungssatz für stationäre Pflege. Sie erhalten nur einen Zuschuss zu den Heimkosten in Höhe der Sachleistungen für ambulante Pflege in der entsprechenden Pflegestufe. Statt 1.023 € in der stationären Pflegestufe I erhalten sie dann nur 384 € und statt 1.279 € in Pflegestufe II nur 921 €. Die Leistungshöhe in Pflegestufe III ist in beiden Bereichen identisch. Daten über die Zahl der von dieser Regelung betroffenen Pflegebedürftigen wurden bislang nicht veröffentlicht. Angesichts der rückläufigen Steigerungsrate für stationäre Pflegeleistungen im Jahr 2001 wären Angaben über den Umfang und die Entwicklung der Anwendung des § 43 Abs. 4 SGB XI von erhöhtem Interesse.

Eine Rationierung stationärer Pflege wäre auch über die gezielte und systematische Verschlechterung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Pflegeheime zu erreichen. Durch zunehmend restriktivere Pflegesatzverhandlungen könnte erreicht werden, dass Träger und Eigentümer das Angebot an Heimplätzen von sich aus reduzieren und sich zunehmend aus diesem Sektor zurückziehen. Längere Wartelisten wären die Folge und die Belastung pflegender Angehöriger würde steigen, mit unkalkulierbaren Auswirkungen auf die Pflegequalität und das Generationenverhältnis.

Auch aus dieser Perspektive betrachtet scheint die Pflegeversicherung auf eine Krise zuzusteuern, die durch ein Dilemma gekennzeichnet ist: Werden die Leistungen insgesamt erhöht, muss der Beitragssatz erhöht werden, was aber für weite Teile der Politik gegenwärtig vollkommen inakzeptabel ist. Werden die Leistungen im ambulanten Bereich aber nicht erhöht, steigen die Ausgaben für stationäre Pflege und zwingen über kurz oder lang auch zu einer Beitragssatzerhöhung. Der Verweis darauf, dass das gegenwärtige Finanzpolster der Pflegeversicherung noch bis zum Jahr 2008 reichen würde, kann nicht wirklich beruhigen. Zum einen ist die Ausgabenentwicklung und insbesondere die weitere Entwicklung des Hospitalisierungstrends nicht exakt vorhersagbar, der vorhandene Überschuss könnte folglich durchaus bereits früher aufgebraucht sein. Zum anderen ändert die ‚Schonfrist‘ nichts Grundsätzliches an der Notwendigkeit einer Reform der Pflegeversicherung.

Der Kritik an unzureichenden ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung kann allerdings entgegnet werden, dass die Pflegeversicherung nur eine Grundversorgung finanzieren soll. Darüber hinausgehende Bedarfe, auch pflegerische, sind privat zu finanzieren und von den Pflegebedürftigen oder ihren Angehörigen hinzuzukaufen. Der Sinn dieses Konstruktionsprinzips muss sich allerdings daran messen lassen, ob auf diesem Weg eine ausreichende häusliche Pflege zu erreichen ist. Die vorliegenden Daten der Pflegeversicherung lassen dies zweifelhaft erscheinen.

Sicherlich gibt es auch Angehörige, die den Kauf von Zusatzleistungen verweigern, trotzdem sie über ausreichend Einkommen verfügen. Der Regelfall dürfte dies aber wohl kaum sein, denn es werden auch nach Einführung der Pflegeversicherung weiterhin sehr wohl Zusatzleistungen privat finanziert. Der Infratest-Befragung zufolge wurden 1998 von Haushalten mit Pflegebedürftigen durchschnittlich für ca. 250 DM Leis-

tungen zusätzlich eingekauft und privat finanziert. Die Aufwendungen variieren erheblich, insbesondere auch in Abhängigkeit von der Pflegestufe. Insgesamt trugen ca. 13% der Pflegebedürftigen regelmäßig sogar zusätzliche Kosten in Höhe von 500 DM und mehr, bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III waren es sogar 25% (Schneekloth/Müller 2000, S. 79). Die höchsten privat getragenen Zusatzkosten fielen mit durchschnittlich 826 DM pro Monat bei den Empfängern von teilstationären Leistungen an (ebd.).

Tab. 23

Pflegebedürftige in Privathaushalten
Höhe der regelmäßig im Monat privat getragenen Kosten für Pflege, Betreuung und Versorgung
1998
Angaben in Prozent

	insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
keine privat getragenen regelmäßigen Kosten	35	33	39	35
regelmäßig privat getragene Kosten				
bis zu 100 DM	5	6	3	5
100-200 DM	10	12	8	9
200-300 DM	10	11	9	8
300-400 DM	7	6	9	3
400-500 DM	4	4	4	3
500 DM und mehr	13	11	13	25
keine Angaben	16	17	16	12
Durchschnitt in DM	254	210	264	384

Quelle: Schneekloth/Müller 2000, S. 82.

Auch nach Einführung der Pflegeversicherung ist Pflegebedürftigkeit somit immer noch vielfach mit erheblichen finanziellen Belastungen verbunden. Dies wird insbesondere deutlich, wenn man die genannten Beträge in Relation zum Pro-Kopf-Einkommen der Mitglieder von Haushalten mit Pflegebedürftigen setzt. Laut Infratestumfrage verfügten 1998 12-14% der Haushaltsmitglieder nur über ein monatliches Nettoäquivalenzeinkommen⁹ von weniger als 1000 DM und fielen damit unter die in der Armutsforschung geltende Definition der relativen Einkommensarmut. Weitere 25-31% verfügten lediglich über ein Nettoäquivalenzeinkommen von 1000-1500 DM (Schneekloth/Müller 2000, S. 37f.).

Ein Teil der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen stößt insbesondere bei Schwerpflegebedürftigkeit an die Grenzen ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit und manche Angehörige entscheiden sich unter diesen Bedingungen, „entgegen ihrem ursprüngli-

⁹ Zur Ermittlung des Nettoäquivalenzeinkommens der Mitglieder eines Mehrpersonenhaushaltes wird das Haushaltseinkommen nicht durch die Kopffzahl, sondern durch einen an den Bedarfsgewichten des Statistischen Bundesamtes orientierten Wert geteilt. Dadurch sollen wirtschaftliche Vorteile eines Mehrpersonenhaushaltes gegenüber einem 1-Personenhaushalt ausgedrückt werden (vgl. Schneekloth/Müller 2000, S. 37).

chen Wunsch, für eine Heimunterbringung des Pflegebedürftigen, die unter Umständen finanziell günstiger ist" (Brömme 1999, S. 48).

Für einen anderen Teil der Angehörigen wären zusätzliche Leistungen vermutlich zwar finanzierbar, scheinen aber häufig nicht akzeptabel, da erwartet wird, dass die Sachleistungen den vorhandenen Pflegebedarf vollständig decken (Brömme 1999, S. 63). Diese offenbar weit verbreitete Erwartung sollte nicht voreilig als unangemessenes ‚Anspruchsdenken‘ abgetan werden, denn sie bewegt sich in der Logik des deutschen Sozialversicherungssystems. Es ist die Pflegeversicherung, die ‚aus dem Rahmen fällt‘, indem sie bei Sachleistungen keine Bedarfsdeckung gewährt. Sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch im System der Sozialhilfe sind Sachleistungsprinzip und Bedarfsdeckungsprinzip eng miteinander verbunden. Von daher ist die Erwartung durchaus gerechtfertigt, dass – wenn Sachleistungen von einer Sozialversicherung finanziert werden – dieses auch mit dem Ziel geschieht, den Versicherten alle zur Deckung eines bestehenden Bedarfes notwendige Leistungen zur Verfügung zu stellen.

6.4.3 Systematisch unberücksichtigte Hilfebedarfe in der ambulanten Pflege

Für drei Gruppen wurde in der Vergangenheit bereits von der Bundesregierung oder dem Medizinischen Dienst anerkannt, dass vorhandene Hilfebedarfe im Rahmen der Pflegeversicherung nicht ausreichend befriedigt wurden bzw. werden: die Empfänger von teilstationären Leistungen, demenzkranke Pflegebedürftige und behinderte Kinder. Für die ersten beiden Gruppen wurde der Leistungskatalog der Pflegeversicherung durch Gesetz bereits erweitert, für behinderte Kinder hat der MDS die Notwendigkeit einer Änderung der Begutachtungs-Richtlinien bereits eingeräumt.

Bei den Empfängern teilstationärer Leistungen war es offensichtlich, dass die im Gesetz enthaltenen Vergütungsobergrenzen bei weitem nicht ausreichten. Wie bereits erwähnt, mussten die Betroffenen Ende der 90er Jahre durchschnittlich mehr als 800 DM zusätzlich privat zahlen, um eine angemessene Tages- oder Nachtpflege zu erhalten. Dem hat die Bundesregierung durch eine Erhöhung des Leistungsvolumens in Pflegestufe II von 1.500 DM auf 1.800 DM und von 2.100 DM auf 2.800 DM Rechnung getragen.

Im Fall der demenziell Erkrankten war es nach Darstellung des MDS den Medizinischen Diensten aufgrund gesetzlicher Bestimmungen nicht erlaubt, bestimmte auch aus ihrer Sicht vorhandene Hilfebedarfe als leistungsrelevant anzuerkennen (MDS 2000, S. 81).

Als Reaktion auf die Kritik wurde mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung um einen zusätzlichen Betreuungsbetrag für Demenzkranke in Höhe von monatlich knapp 40 € erweitert. Allerdings bezweifelt offenbar auch das BMG selbst, dass hierdurch die Situation demenzkranker Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen wirklich grundlegend verbessert wird. Aber: „Aufgrund der bestehenden finanziellen Rahmenbedingungen war es nicht möglich, die Demenzproblematik durchgreifend zu lösen" (BMGS 2003, S. 2).

An der Begutachtung und Leistungsbewilligung für behinderte pflegebedürftige Kinder wird seit mehreren Jahren kritisiert, dass sie den tatsächlich vorhandenen Hilfebedarf nicht angemessen berücksichtigt. Im Zentrum der Kritik stehen zu hoch angesetzte Altersgrenzen in den Begutachtungs-Richtlinien des MDK (vgl. u.a. Lange et al. 2000; Häußler et al. 2002). Der Hilfebedarf eines pflegebedürftigen Kindes wird auf Grundlage von Altersgrenzen für einzelne Verrichtungen ermittelt, die angeben sollen, ab wann ein gesundes Kind in der Lage ist, diese Verrichtungen allein auszuführen. Die Relevanz dieser Altersgrenzen liegt darin, dass mit ihrer Festsetzung über die Zahl der Leistungsberechtigten entschieden wird: Je höher die Altersgrenzen angesetzt werden, desto weniger Kinder haben Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung. Die Kritik von Elterverbänden und pädiatrischen Fachgesellschaften wurde mittlerweile auch vom Medizinischen Dienst als berechtigt anerkannt und eine Veränderung der Begutachtungs-Richtlinien in diesem Punkt in Angriff genommen. In seinem Pflegebericht für die Jahre 1999/2000 widmete er diesem Problem ein eigenes Kapitel (MDS 2002, Kap. 4).

Bei den genannten Gruppen handelt es sich mit Sicherheit nicht um die einzigen Gruppen von Pflegebedürftigen, denen aufgrund gesetzlicher Vorgaben oder der Begutachtungs-Richtlinien systematisch Hilfebedarfe nicht anerkannt und somit notwendige Leistungen nicht gewährt werden. Sie können vielmehr als Beispiele dafür gelten, dass wissenschaftliche Untersuchungen und offensive Thematisierung unberücksichtigter Hilfebedarfe durch Interessenverbände zur Anerkennung der Notwendigkeit zusätzlicher Leistungen führte. Sollte sich die empirische Sozialforschung oder Pflegeforschung diesem Themenbereich in den nächsten Jahren verstärkt zuwenden, was dringend geboten wäre, so ist damit zu rechnen, dass weitere unterversorgte Gruppen identifiziert werden. Bislang überwog auch in diesem Bereich der medizinische Blick auf Problemlagen, daran erkennbar, dass die Definitionskriterien primär medizinischer Logik folgten (z.B. Demenz). Die vorliegende Untersuchung lässt es aber als sinnvoll erscheinen, zukünftig weit stärker als bislang soziale Merkmale in den Blick zu nehmen und als leistungsauslösende Kriterien anzuerkennen.

6.5 Verweigerung von Krankenkassenleistungen

Abschließend soll noch auf einen weiteren Faktor eingegangen werden, der mit hoher Wahrscheinlichkeit auch zur Destabilisierung häuslicher Pflegearrangements beigetragen hat. Auch nach Einführung der Pflegeversicherung ist die gesetzliche Krankenversicherung immer noch einer der wichtigsten Kostenträger der professionellen ambulanten pflegerischen Versorgung. So stammten beispielsweise im Jahr 1998, in dem die Infratest-Repräsentativbefragung zur Pflegebedürftigkeit durchgeführt wurde, ca. 40% der Ausgaben für professionelle ambulante Pflege aus dem Haushalt der GKV.¹⁰ Es handelt sich dabei in der Regel um Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37

¹⁰ Zu den Ausgaben der Pflegeversicherung für ambulante professionelle Pflege werden hier nur die Ausgaben für Pflegesachleistungen gezählt, nicht jedoch die an Pflegebedürftige ausgezahlten Geldleistungen.

SGB V, die vorrangig dazu dienen sollen, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen.

Diese Leistungen sind in erster Linie Bestandteil der medizinisch-pflegerischen Akutversorgung. Da Pflegebedürftigkeit aber häufig zugleich mit einem Bedarf an Behandlungspflege verbunden ist, wie z.B. Verbandswechsel, Medikamentengabe etc., sind die Leistungen nach § 37 SGB V auch unerlässlicher Bestandteil der Versorgung von Pflegebedürftigen. Da die Leistungen der Pflegeversicherung ausdrücklich auf die grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung beschränkt wurden und Pflegebedürftige auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit weiterhin Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung sind, fällt die Finanzierung der notwendigen Behandlungspflege in den Zuständigkeitsbereich der GKV. Im Bereich des SGB V hat die Bedarfsdeckung zudem eindeutig Vorrang vor der Beitragssatzstabilität, so dass die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet sind, alle zur Deckung eines festgestellten Bedarfs notwendigen und zweckmäßigen Leistungen zu gewähren.

Dieser Verpflichtung haben sich zahlreiche Krankenkassen in den letzten Jahren aber offenbar zunehmend versucht zu entziehen, indem sie die Bewilligung häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V verweigerten oder sehr restriktiv handhabten. Die Bundesregierung ist auf dieses Problem in ihrem zweiten Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung ausdrücklich und ausführlicher eingegangen.

„Bereits im Ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung wurde dargestellt, dass gehäuft Fälle aufgetreten sind, in denen Krankenkassen Anträge von pflegebedürftigen Versicherten auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu Unrecht abgelehnt haben. Auch in der Zwischenzeit kam es immer wieder zu entsprechenden Klagen der Versicherten. Prüfungen des Bundesversicherungsamtes bei den bundesunmittelbaren Pflegekassen haben bestätigt, dass in vielen Fällen die Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu Unrecht von den Krankenkassen verweigert wurden. Dies hat das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde veranlasst, in einem Rundschreiben an die Krankenkassen vom 13. Januar 2000 klarzustellen, dass auch die sog. einfache Behandlungspflege (wie z. B. Medikamentengabe, Einreibungen, Blutdruckkontrolle, Insulininjektionen) grundsätzlich Bestandteil des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V ist. Es hat ferner klargestellt, dass sich die Krankenkasse auf den Ausschlussbestand des § 37 Abs. 3 SGB V nicht mit der Begründung berufen kann, im konkreten Einzelfall erbringe ein ambulanter Pflegedienst im Rahmen des in der Pflegeversicherung gegebenen Sachleistungsanspruchs regelmäßig im Haushalt des Pflegebedürftigen Leistungen der Grundpflege und/oder der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Anspruch auf Gewährung häuslicher Krankenpflege ist nicht deshalb ausgeschlossen, weil ein Pflegebedürftiger zugleich Leistungen bei häuslicher Pflege aus der Pflegeversicherung erhält“ (Bundesregierung 2001, S. 69).

Als Fazit stellt die Bundesregierung fest:

„Die bisherige Umsetzung der gesetzlichen Grundlagen der häuslichen Krankenpflege als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung war ungenügend. Darauf beruhten auch die in den letzten Jahren vermehrt auftretenden Vertragsstreitigkeiten zwischen den Krankenkassen und den Pflegediensten sowie die sozialgerichtlichen Streitigkeiten zwischen den Krankenkassen und ihren Versicherten um die Leistungsbewilligung (...) Es ist davon auszugehen, dass angesichts der klarstellenden Äußerungen des Bundessozialgerichts und des Bundesversicherungsamtes sowie der Regelungen in den Richtlinien des Bundesausschusses die Krankenkassen wieder zu einer Praxis zurückkehren, die die berechtigten Ansprüche ihrer pflegebedürftigen Versicherten nicht außer Acht lässt“ (Bundesregierung 2001, S. 69f.).

Als Reaktion auf die Kritik an den Leistungsverweigerungen der Krankenkassen wurden Mitte 2000 vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Richtlinien für die Verordnung von Grund- und Behandlungspflege vereinbart, die auflisten, welche Leistungen im einzelnen vom Arzt zu verordnen und den Krankenkassen zu bewilligen sind.

In bezug auf die Bedeutung für die Versorgung von Pflegebedürftigen dürfte wohl außer Zweifel stehen, dass die Verweigerung notwendiger Behandlungspflege durch die Krankenkassen zu einer Destabilisierung häuslicher Pflegearrangements beitragen kann. Werden professionelle Sachleistungen in diesem Bereich nicht finanziert und sehen sich pflegende Angehörige oder Nachbarn nicht in der Lage oder sind sie nicht bereit diese zu übernehmen oder als Zusatzleistungen privat zu finanzieren, so kann dies den Wechsel in die vollstationäre Pflege befördern. Dort ist Behandlungspflege zurzeit noch Teil der Leistungen der Pflegeversicherung, allerdings im Rahmen gesetzlich vorgegebenen Leistungshöchstgrenzen. Mit Inkrafttreten der 2. Stufe der Pflegeversicherung und Einführung der vollstationären Leistungen wurde die Finanzierung der Behandlungspflege in Heimen nicht den Krankenkassen übertragen, wo sie systematisch hingehört hätte, sondern der Pflegeversicherung.

Sah die erste Fassung des Pflegeversicherungsgesetzes noch vor, dass aus den Vergütungssätzen der Pflegeversicherung bei vollstationärer Versorgung nur die Kosten der Pflege zu finanzieren sind, erweiterte das zum 1.7.1996 in Kraft getretene 1. SGB XI-Änderungsgesetz die Finanzierungszuständigkeit auf die Kosten der Behandlungspflege und der sozialen Betreuung (§ 43 Abs. 2 SGB XI i.d.F.d. 1. SGB XI-ÄndG). Da das Gesamtvolumen der Ausgaben dennoch nicht steigen sollte, wurde den Pflegekassen zugleich eine Höchstgrenze für die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Pflegebedürftigen vorgegeben, deren Einhaltung sie zu überprüfen und gegebenenfalls durch Änderung ihrer Bewilligungsbescheide und Kürzung der Leistungsbeträge sicherzustellen haben.

Die Verlagerung der Finanzierungszuständigkeit war nicht sozialrechtlich systematisch begründet, sondern ausschließlich fiskalisch. Ausschlaggebend dafür waren nach Aussage der damaligen Bundesregierung ausschließlich „finanzielle Erwägungen“ (Bundesregierung 1997, S. 14). Nach Schätzung des BMG hätte die Übertragung der Finanzierungsverantwortung auf die Krankenkassen diese mit Mehrausgaben in Höhe von ca. 2,7 Mrd. DM belastet (ebd.). Die Verlagerung in die Pflegeversicherung hatte nach Darstellung der Bundesregierung zum einen den Vorteil, dass die Kostenübernahme nicht für alle Heime galt, sondern auf die Pflegeheime beschränkt werden konnte. Dadurch verringerte sich der Finanzierungsbedarf auf lediglich ca. 800 Mio. DM (ebd.). Zum anderen wurde damit ein Anstieg der Ausgaben verhindert, „weil die Pflegeversicherung Leistungen – einschließlich der medizinischen Behandlungspflege – nur innerhalb ihrer Leistungsgrenzen erbringen kann“ (ebd.). Die Verlagerung der Finanzierungsverantwortung auf die Pflegeversicherung war 1996 zunächst nur als zeitlich begrenzte Übergangsregelung in das 1. SGB XI-Änderungsgesetz eingefügt worden. Zum 31.12.1999 sollte sie auslaufen. Inzwischen wurde diese Regelung mehrfach verlängert und gilt nach aktuellem Stand der Gesetzgebung nun bis Ende 2004. Angesichts der gegenwärtigen finanziellen Probleme der GKV erscheint eine erneute Verlängerung wahrscheinlicher als die Herstellung einer systemgerechten Finanzierungsregelung.

Vor dem Hintergrund dieser Politik kann die Verweigerung von Leistungen der Behandlungspflege durch die Krankenkassen als folgerichtig erscheinen. Es hat den Anschein, als wären die Krankenkassen dem Vorbild der Regierung gefolgt und hätten die

Finanzierungsregelung für den stationären Bereich als Aufforderung verstanden, diesem Beispiel auch im ambulanten Bereich zu folgen. In beiden Fällen wird der gleichen Logik gefolgt, nur mit dem Unterschied, dass Behandlungspflege im ambulanten Bereich bislang noch nicht per Gesetzesänderung in die Finanzierungsverantwortung der Pflegeversicherung verlagert wurde. Die Gründe, die im stationären Bereich aus Sicht der Regierung für eine Verlagerung sprechen, gelten nicht minder auch für den ambulanten Bereich. Eine solche Regelung hätte aus fiskalischer Sicht den Vorzug, dass die Krankenkassen entlastet werden und diese Leistung der Deckelung in der Pflegeversicherung unterworfen wird. Da eine solche Regelung aber rechtssystematisch betrachtet einen Systembruch darstellt, dürfte der Versuch einer endgültigen Verlagerung sowohl für den stationären wie auch den ambulanten Bereich mit dem Risiko behaftet sein, dass die entsprechenden Rechtsnormen einer gerichtlichen Überprüfung womöglich nicht standhalten würden. So betrachtet hätte eine weitere Verlängerung der ‚Übergangsregelung‘ für den stationären Bereich gewisse Vorzüge.

Aus Sicht der Pflegebedürftigen und Beitragszahler der Pflegeversicherung ist eine weitere Verlängerung jedoch abzulehnen. Wenn die Leistungen der Behandlungspflege in Pflegeheimen rechtssystematisch korrekt von den Krankenkassen zu finanzieren sind, dann werden durch diese Regelung der Pflegeversicherung Finanzmittel entzogen, die für die Gewährung ihrer originären Leistungen fehlen. Folgt man der Schätzung der Bundesregierung aus dem Jahr 1997, nach der sich die Mehrausgaben der Pflegeversicherung für Behandlungspflege in Heimen auf ca. 0,8 Mrd. DM belaufen (Bundesregierung 1997: 14), so wurden den Pflegekassen in den vier Jahren zwischen 1997 und 2001 ca. 3,2 Mrd. DM zum Zweck der Subventionierung des Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung entzogen. Seit Inkrafttreten der Regelung Mitte 1996 wird sich die Summe bis Ende 2004, dem Auslaufen der Übergangsregelung nach derzeitigem Recht, auf insgesamt ca. 6,8 Mrd. DM oder 3,5 Mrd. € addieren. Bezogen auf den gegenwärtigen Haushalt der Pflegeversicherung entsprechen die jährlichen Ausgaben für Behandlungspflege, bei einem geschätzten Volumen von ca. 0,41 Mrd. €, knapp 2,6 % der Leistungsausgaben. Hätten der Pflegeversicherung diese Mittel zur Finanzierung ihrer originären Leistungen in der Vergangenheit zur Verfügung gestanden, so wäre bislang kein Ausgabenüberhang zu verzeichnen gewesen. Statt dessen würden zusätzliche Mittel für eine Verbesserung von Pflegeleistungen zur Verfügung stehen.

6.6 Die Verordnungspraxis der niedergelassenen Ärzte

Problematisch in der Versorgung von Pflegebedürftigen mit Leistungen der Behandlungspflege war in der Vergangenheit aber nicht nur die Bewilligungspraxis der Krankenkassen, sondern auch eine zunehmend restriktivere Verordnungspraxis niedergelassener Ärzte (vgl. hierzu u.a. Brömme 1999; Ewers/Schaeffer 1999; Schaeffer/Ewers 2000). Behandlungspflege nach § 37 SGB V bedarf der Verordnung durch einen behandelnden Arzt. Unter den Vorgaben der Budgetierung im ambulanten Bereich scheinen

niedergelassene Ärzte seit Mitte der 90er Jahre zunehmend restriktiver bei der Verordnung von Behandlungspflege geworden zu sein, vor allem um ihr Heil- und Hilfsmittelbudget nicht zu überschreiten. Vor dem Hintergrund ihrer alltäglichen Erfahrungen kritisieren Pflegekräfte aus der ambulanten Pflege, dass dies nicht selten zu einem „übersteigerten Sparwillen“ (Ewers/Schaeffer 1999, S. 15) niedergelassener Ärzte geführt hat. Da Pflegebedürftige häufig nicht in der Lage sind, sich selbst um die notwendige Verordnung für häusliche Krankenpflege, deren regelmäßige Verlängerung oder Rezepte für Pflegehilfsmittel, Salben etc. zu bemühen, übernehmen dies in der Regel die betreuenden Pflegekräfte der Sozialstation oder des ambulanten Pflegedienstes. Dabei treffen sie in den letzten Jahren offenbar immer häufiger auf Hausärzte, die aus Budgetgründen Verordnungen nicht ausstellen oder verlängern wollen und entsprechende Bitten als lästig abwehren. Bedingt durch entsprechendes Verhalten von Ärzten empfinden Pflegekräfte die im Auftrag der Pflegebedürftigen stattfindende Intervention vielfach als „Bittgänge“, „Hinterherlaufen hinter dem Arzt“ oder „Klinkenputzen“ und dementsprechend als entwürdigend (ebd.).

Eine ausreichende Versorgung von Pflegebedürftigen mit Leistungen der Behandlungspflege ist somit nicht allein eine Frage der Bewilligungspraxis von Krankenkassen und durch Vereinbarung von Richtlinien für die Verordnung und eine geänderte Bewilligungspraxis sicherzustellen. Offenbar hat auch die Budgetierung von Heil- und Hilfsmitteln in der ambulanten ärztlichen Versorgung, vor allem aber eine herablassende Grundeinstellung niedergelassener Ärzte gegenüber der Bedeutung und dem Nutzen professioneller ambulanter Pflege Einfluss auf die Stabilität häuslicher Pflegearrangements.

Der Grundhaltung von Ärzten dürfte insofern eine besondere Bedeutung zukommen, als sie zum Zeitpunkt der Verordnung nicht wissen, ob und in wie weit sie ihr Budget bereits ausgeschöpft oder sogar überschritten haben. Ob das Budget unter- oder überschritten wurde, kann im derzeitigen Vergütungs- und Abrechnungssystem der ambulanten ärztlichen Versorgung erst nach Auswertung aller erbrachten und abrechenbaren Leistungen im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung festgestellt werden, also erst nach Ablauf des Jahres. Erst dann steht der monetäre Wert der Einzelleistungspunkte fest und kann das finanzielle Volumen der verschiedenen Leistungsbereiche ermittelt werden. Die Verweigerung von Verordnungen kann also nur auf Grundlage von Vermutungen erfolgen und ist insofern sicherlich in besonderem Maße anfällig für eine Überlagerung durch Einstellungen gegenüber dem Nutzen der Leistungen anderer Professionen.

6.7 Alleinlebende fallen durch das Netz

Bisher galt das Augenmerk der Untersuchung vor allem Pflegebedürftigen, die von pflegenden Angehörigen versorgt werden und mit diesen zumeist auch in einem Haushalt leben. Abschließend soll nun die Aufmerksamkeit auf die Gruppe der alleinlebenden Pflegebedürftigen gerichtet werden, nach der Infratest-

Repräsentativerhebung 1998 ca. 22% aller Pflegebedürftigen (Schneekloth/Müller 2000, S. 32). Bezogen auf die ambulanten Erstantragsteller lag ihr Anteil 1998 sogar bei ca. 41% (MDS 2002, S. 71).

Alleinlebende Pflegebedürftige, und in besonderem Maße alleinlebende ältere Frauen, scheinen zu den am stärksten benachteiligten Gruppen unter den Pflegebedürftigen zu gehören. Hauptverantwortlich hierfür dürfte ein zentrales Konstruktionsmerkmal der Pflegeversicherung sein. Die gesetzliche Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn gemäß § 3 SGB XI lediglich ergänzen, nicht ersetzen. Sämtliche Leistungen im ambulanten Bereich bauen fiktiv auf einem Sockel vorhandener familiärer, nachbarschaftlicher oder sonstiger ehrenamtlicher Unterstützungsleistungen auf (§ 4 Abs. 2 SGB XI). Ist dieser Sockel nicht vorhanden, sieht das SGB XI nicht vor, ihn durch professionelle Dienstleistungen zu ersetzen. Dies hat u.a. zur Folge, dass alleinlebende Pflegebedürftige auch nach Einführung der Pflegeversicherung deutlich früher und häufiger in die stationäre Pflege wechseln müssen, als Pflegebedürftige, die in einem Haushalt mit ihren Angehörigen leben:

„Antragsteller, die mit ihrer Pflegeperson in Wohngemeinschaft leben, besitzen eine weitaus höhere Ausprägung von (teilweiser) Unselbständigkeit als alleinlebende Versicherte. Im Grad dieser (teilweisen) Unselbständigkeit ähneln sie den Antragstellern aus Alten/Pflegeheimen. Auch bei schweren Fähigkeitseinschränkungen zeigt sich damit das soziale (familiäre) Umfeld als der Bezugsrahmen, der das Pflegearrangement im häuslichen Umfeld ermöglicht. Ein Wechsel ins Pflegeheim wird unter diesen Bedingungen nur dann virulent, wenn entweder die Pflegeperson nicht mehr zur Verfügung steht, oder die Fähigkeitseinschränkungen in physischer wie psychischer Hinsicht einen Umfang annehmen, der professionelle Hilfe in einem Alten-/Pflegeheim notwendigerweise erfordert. Bei alleinlebenden Versicherten ist diese Schwelle vorge setzt. Das fehlende soziale Umfeld, das aktiv in den Pflegeprozess eingreift, lässt schon bei einem geringeren Ausmaß von Fähigkeitseinschränkungen den Wechsel in vollstationäre Betreuung notwendig erscheinen. Es ist freilich anzunehmen, dass dieser Wechsel nicht in direkter Abfolge vollzogen wird, sondern in vielen Fällen über den Zwischenschritt der häuslichen Pflege - gegebenenfalls unter Einbezug professioneller Hilfe - bei den nächsten Verwandten, üblicherweise bei der Tochter, erfolgt. Die Gruppe der alleinlebenden Antragsteller auf ambulante Leistungen hat sich insofern durch einen Selektionsprozess herauskristallisiert. Beim MDK werden in vielen Fällen nur solche alleinlebende Antragsteller auf ambulante Leistungen begutachtet, deren (teilweise) Unselbständigkeit noch nicht das Ausmaß erreicht hat, das einen Wechsel in vollstationäre Betreuung, bzw. den Umzug zu den nächsten Verwandten, nahelegt“ (MDS 2000, S. 64).

Ohne ein familiäres Unterstützungsnetz ist ein Verbleiben in der häuslichen Umgebung insbesondere für Schwer- und Schwerstpflegebedürftige offensichtlich kaum noch möglich. Dies kann auch daran abgelesen werden, dass 1998 von den Pflegebedürftigen insgesamt ca. 15% in die Pflegestufe III eingestuft waren, von den alleinlebenden Pflegebedürftigen aber nur 4% (Schneekloth/Müller 2000, S. 82). Noch niedriger war die Quote unter den alleinlebenden Erstantragstellern im ambulanten Bereich, mit lediglich 0,8% in Pflegestufe III (Tab. 24).

Die Wahrscheinlichkeit, auch bei Schwerstpflegebedürftigkeit noch in häuslicher Umgebung zu verbleiben und vollstationäre Pflege vermeiden zu können, steigt offenbar mit der Größe des Haushaltes, in denen Pflegebedürftige versorgt werden. Während der Anteil der Pflegestufe III unter Pflegebedürftigen in 2-Personen-Haushalten 1998 bei 12% lag, betrug er in 3 und mehr Personen-Haushalten sogar 18%.¹¹

¹¹ Bei der Diskussion der Pflegestufenverteilung alleinlebender Pflegebedürftiger in der ambulanten Pflege muss natürlich bedacht werden, dass in der Grundgesamtheit nicht mehr die Pflegebedürftigen enthalten sind, die aufgrund unzureichender Versorgung bereits in die stationäre Pflege wechseln mussten.

Die Daten zeigen somit, dass selbst Schwerstpflegebedürftige noch in häuslicher Umgebung gepflegt werden können. In weit stärkerem Maße gilt dies natürlich für Pflegebedürftige in Stufe I und II, in die 1998 70% bzw. 26% der alleinlebenden Pflegebedürftige eingestuft waren. Der Wechsel in ein Heim ist folglich nicht nur abhängig vom Ausmaß der Pflegebedürftigkeit, sondern auch und vor allem von der Existenz und Tragfähigkeit familiärer Unterstützungsnetze. Sie zu unterstützen und zu stabilisieren sollte somit eine der vorrangigen Aufgaben der sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit sein.

Tab. 24

**Begutachtungsempfehlungen des MDK bei Erstantragstellern
Empfehlungen nach pflegerelevanter Wohnform
1998**

	Erstantrag- steller	davon in Prozent			
		nicht pflegebed.	Stufe I	Stufe II	Stufe III
alleinlebend	140.697	44,2	45,3	9,6	0,8
zusammenlebend	198.850	28,7	44,9	22,1	4,2
vollstationär	67.991	20,6	38,9	32,4	8,2
Gesamt	407.538	32,7	44,1	19,5	3,7

Quelle: MDS 2000, S. 71.

Auch aus dieser Perspektive betrachtet sollte überdacht werden, ob es angesichts der gegenwärtigen und absehbaren zukünftigen Entwicklung der Sozialstruktur vertretbar und sinnvoll ist, die Beschränkung der Pflegeversicherung auf eine lediglich ‚familien-ergänzende‘ Funktion aufrecht zu erhalten. Diese Beschränkung führt offensichtlich dazu, dass Alleinlebende gegenwärtig und mit Sicherheit auch zukünftig bereits in einem sehr frühen Stadium der Pflegebedürftigkeit in die vollstationäre Pflege wechseln müssen. Soll dies verhindert werden, so dürfte es nur über eine deutliche Erhöhung des zur Verfügung gestellten Betrages für ambulante Pflegesachleistungen zu erreichen sein.

Dies lässt sich auch aus dem gegenwärtigen Leistungsprofil der Alleinlebenden ableiten, die in deutlich höherem Umfang Sachleistungen in Anspruch nehmen. Während der Anteil der Empfänger von Sachleistungen unter den ambulant versorgten Pflegebedürftigen 1998 insgesamt bei ca. 10,8% lag, war er unter den Alleinlebenden mit 30,4% fast dreimal so hoch (MDS 2000, S. 53). Mit steigendem Alter steigt der Bedarf an Pflegesachleistungen insgesamt, und das gilt insbesondere auch für Alleinlebende. So beantragten im Jahr 2000 15,4% der über 75jährigen Erstantragsteller in Haushalten mit zwei und mehr Personen Sachleistungen, unter den Alleinlebenden waren es 33,9% (Tab. 25)

Tab. 25

**Beantragte Leistungsart in Prozent der pflegerelevanten Wohnform
von Antragstellern über 75 Jahre
mit der MDK-Empfehlung „pflegebedürftig im Sinne des SGB XI“**
Angaben in Prozent
2000

	Geldleistung	Kombi- leistung	Sachleistung	vollstationär
alleinlebend	43,9	22,2	33,9	-
alleinlebend + Leistungsart				
vollstationär	24,3	12,3	18,8	44,7
zusammenlebend	63,8	20,8	15,4	-

Quelle: MDS 2002, S. 41.

Auch an diesem Punkt zeigt sich, dass die Dominanz eines medizinisch-somatischen Blicks auf Pflegebedürftigkeit zur systematischen Vernachlässigung vorhandener Unterstützungsbedarfe führt. Pflegebedürftigkeit ist nun einmal nicht nur ein körperliches, sondern auch und vor allem ein soziales Problem. Diese Erkenntnis war zwar konstitutiv für die Pflegeversicherung, fand aber in ihren Leistungskatalog nicht ausreichend Eingang. Wichtigstes Kriterium für die Bewilligung von Leistungen sind Einschränkungen körperlicher Funktionen, die soziale Situation Pflegebedürftiger spielt – wenn überhaupt – nur eine nachrangige Rolle.

Wenn die Pflegeversicherung auch eine Antwort auf die Veränderung familiärer Strukturen sein soll, dann darf sie nicht an der Fiktion einer ausreichend vorhandenen familiären Unterstützung festhalten. Sie muss dort, wo familiäre Unterstützungsnetze nicht existieren oder ausreichend funktionieren, versuchen, diese so weit wie möglich zu ersetzen. Nur so kann das Ziel der Pflegeversicherung, Pflegebedürftigen so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben in ihrer häuslichen Umgebung zu ermöglichen, auch für die Gruppe der Alleinlebenden erreicht werden.

Hauptbetroffene der Beschränkung auf ‚familienergänzende‘ Leistungen sind gegenwärtig offenbar vor allem alleinlebende ältere Frauen. Insgesamt sind die älteren Frauen ohnehin gegenwärtig die größte Gruppe der Pflegebedürftigen. Unter ihnen wiederum ist der Anteil der Alleinlebenden überproportional hoch. Von den ca. 400.000 Erstanträgen im Jahr 1998 entfielen knapp 70% auf pflegebedürftige Frauen, von denen wiederum fast 90% über 65 Jahre alt waren (MDS 2000, S. 40f.). Auf die Gruppe der über 80jährigen Frauen entfielen allein 36% aller Erstanträge (ebd. S. 44). Von den antragstellenden Frauen über 65 Jahre lebten ca. 42-46% allein. Zählt man die Wohnform „stationär“ (für stationäre Pflege) hinzu, so ergibt sich ein Anteil von knapp 60% der Frauen über 65 Jahre, die allein oder in einem Heim lebten. Unter den antragstellenden Männern betrug dieser Anteil lediglich 28% (66-80 J.) bzw. 42% (81 J. u. älter) (MDS 2000, S. 48).

Der überproportionale Anteil der älteren Frauen ist zwar auch Folge der höheren durchschnittlichen Lebenserwartung von Frauen, vor allem aber ist er auf die kriegsbedingt unterproportionale Zahl älterer Männer zurückzuführen (Din-

kel/Hartmann/Lebok 1997). Dieser Hintergrund ist insofern von besonderer Bedeutung, als sich das Ungleichgewicht in den nächsten Jahren verringern wird, in dem Maße, wie die Nachkriegsgeneration ins Rentenalter eintritt. Da unter ihnen die Geschlechterproportion ausgeglichener ist, wird dies mit hoher Wahrscheinlichkeit auch Einfluss auf die Zahl der Alleinlebenden haben. Es ist zu erwarten, dass in den nächsten Jahrzehnten zunehmend weniger Frauen im höheren Alter alleinstehend sind und somit im Falle von Pflegebedürftigkeit der in der Pflegeversicherung unterstellte Sockel familiärer Unterstützungsleistungen in weit stärkerem Umfang als gegenwärtig von Ehepartnern geleistet wird (MDS 2002, S. 42; Dinkel/Hartmann/Lebok 1997, S. 52). Eine Ausweitung des Leistungskataloges zur gezielten Unterstützung Alleinlebender – insbesondere älterer pflegebedürftiger Frauen – wäre folglich nur für einen bestimmten Zeitraum erforderlich. In dem Maße, wie Ehemänner die häusliche Pflege älterer Frauen übernehmen, könnte mit einer rückläufigen Inanspruchnahme gerechnet werden.

Gegenwärtig jedoch wird die Versorgungslücke nicht in ausreichendem Maße durch Leistungen der sozialen Sicherung gefüllt, mit der Folge, dass insbesondere ältere alleinlebende Frauen früher und häufiger in die stationäre Pflege wechseln müssen. Dies wird u.a. auch daran erkennbar, dass der Anteil lediger älterer Frauen im Heimbereich bis zu viermal höher ist als im ambulanten Bereich. So lag der Anteil lediger Frauen 1999 bei den 60-70jährigen Frauen in der häuslichen Pflege nur bei 9,1%, in der stationären Pflege dagegen bei 36,6% (Statistisches Bundesamt 2002, S. 9, 13). Der Vergleich mit den Anteilen der verwitweten Frauen legt die Annahme nahe, dass wahrscheinlich nicht die Wohnform primärer Einflussfaktor ist, sondern der Familienstand, denn der Unterschied im Anteil der verwitweten Frauen unter den stationär versorgten Pflegebedürftigen zu denen im ambulanten Bereich fällt deutlich geringer aus. So waren 1999 beispielsweise von den häuslich gepflegten 60-70jährigen 25% verwitwet und von den stationär versorgten 37,6% (ebd.). In den höheren Altersgruppen nähern sich die Anteile sogar weiter an.¹²

Auch diese Daten stützen den bereits an früherer Stelle herausgearbeiteten Befund, dass Verwitwung allein offenbar kein Grund ist, bei Pflegebedürftigkeit frühzeitig in ein Heim zu wechseln. Ältere Frauen werden häufig von ihren Kindern, vor allem Töchtern, zu Hause versorgt, selbst wenn diese nicht mehr in der elterlichen Wohnung leben oder dahin zurückgezogen sind.

Allerdings dürfte die gestiegene Erwerbstätigkeit von Frauen insbesondere auch auf diese Gruppe der Pflegebedürftigen Auswirkungen haben. Unter den Bedingungen zunehmender beruflicher Mobilität ist mit einem weiteren Anstieg der Entfernungen zwischen Elternhaus und Kindern zu rechnen, der die Erbringung direkter familiärer Pflegeleistungen erschwert. Wird die dadurch entstehende Lücke in häuslichen Pflegearrangements nicht durch ausreichende professionelle Pflegesachleistungen gefüllt, ist

¹² Dass es weniger die Wohnform als vielmehr der Familienstand ist, der die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels in die stationäre Pflege erhöht, dafür sprechen auch die Ergebnisse von Untersuchungen zur pflegerischen Versorgung von AIDS-Patienten, bei deren Versorgung die gleichen systematischen Defizite der Pflegeversicherung zu erkennen sind (Ewers/Schaeffer 1999).

damit zu rechnen dass auch die verwitweten älteren Frauen früher und häufiger als bislang in die vollstationäre Pflege wechseln müssen.

7. Schlussbetrachtung

In der vorliegenden Untersuchung wurde die Entwicklung des Leistungsgeschehens in der gesetzlichen Pflegeversicherung für die Jahre 1997 bis 2001 analysiert. Die Analyse erfolgte auf Grundlage der verfügbaren statistischen Daten sowie der Ergebnisse empirischer Forschungsprojekte zu diesem Themenbereich. Es wurden drei dominierende Entwicklungstrends identifiziert:

- ein Rückgang der Inanspruchnahme von Geldleistungen und Zunahme der Nachfrage nach Pflegesachleistungen,
- ein Wandel des Pflegestufenspektrums, der gekennzeichnet ist durch einem Rückgang in den höheren Pflegestufen und überproportionalen Zuwachs der niedrigsten Pflegestufe sowie
- eine in allen Altersgruppen zu verzeichnende überproportionale Zunahme der vollstationären Pflege.

Die Trends lassen sich auf den ersten Blick nicht ohne weiteres zu einem einheitlichen, in sich stimmigen Bild zusammenführen. Der Wandel des Pflegestufenspektrums mit deutlichen Rückgängen in den höheren Pflegestufen und überproportionalen Zuwachsraten für die Pflegestufe I könnte als Ausdruck einer Verbesserung des durchschnittlichen Zustandes der Pflegebedürftigen gedeutet werden. Damit wäre aber kaum zu vereinbaren, dass es parallel zu einem Rückgang der Inanspruchnahme von Geldleistungen und deutlichen Zunahme der Pflegesachleistungen gekommen ist. Vor allem aber lässt sich der erste Trend nicht mit dem seit 1997 zu verzeichnenden Trend zur stationären Pflege in Einklang bringen. Zunehmend mehr Pflegebedürftige wechseln von der häuslichen Pflege in ein Heim beziehungsweise werden dorthin verlegt.

Dieser dritte Trend ist sicherlich auch wegen der daraus resultierenden höheren Ausgaben der Pflegeversicherung von besonderer Bedeutung. Im Vordergrund der Diskussion und Bewertung sollte aber die Bedeutung für die betroffenen Pflegebedürftigen stehen. Der Wechsel in ein Heim kommt in der Regel erst dann in Betracht, wenn ein Verbleiben in der gewohnten häuslichen Umgebung nicht mehr möglich ist. Der häufigere und frühere Wechsel in die Heimpflege ist von daher ein beunruhigendes Signal und Indikator für tiefgreifende Defizite der ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger. Dies um so mehr, als er keineswegs nur bei den Hochbetagten zu beobachten ist, sondern in *allen* Altersgruppen. Zudem sind die höchsten Steigerungsraten deutlich unterhalb der Altersgrenze von 65 Jahren zu verzeichnen.

Der Trend zur stationären Pflege ist auch Anzeichen dafür, dass die Pflegeversicherung eines ihrer zentralen Ziele bislang verfehlt hat. Sie war geschaffen worden mit dem erklärten Ziel, Pflegebedürftigen „möglichst lange das Verbleiben in der gewohnten häuslichen und familiären Umgebung zu ermöglichen“ (BT-Drs. 12/5262, S. 2; vgl. § 3 SGB XI: „Vorrang der häuslichen Pflege“). Dies ist offensichtlich nicht gelungen.

Die drei Trends lassen sich dann zu einem stimmigen Bild zusammenführen, wenn man die Leistungsdaten der Pflegeversicherung nicht als Abbild ‚objektiv‘ gegebener Pflegebedürftigkeit deutet, sondern als Ausdruck sozialer Prozesse. So betrachtet deuten sowohl der Rückgang der Geldleistungen und die zunehmende Inanspruchnahme von Sachleistungen als auch die überproportionalen Zuwachsraten der vollstationären Pflege auf eine zunehmende Überlastung von Pflegepersonen und Erosion familiärer Pflegepotenziale hin.

Der Trend von den höheren zu den niedrigeren Pflegestufen erweist sich dagegen eher als statistisches ‚Artefakt‘ und scheint primär Ergebnis einer an finanzwirtschaftlichen Zielen orientierten Begutachtungs- und Bewilligungspraxis von MDK und Pflegekassen zu sein. Es hat den Anschein, dass insbesondere die Bewilligung höherer Pflegestufen so gesteuert wurde, dass in der Summe der Pflegestufen aller Leistungsempfänger eine beitragsatzneutrale Leistungsentwicklung sichergestellt ist. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung geben damit den ohnehin bereits vorhandenen Zweifeln an der Validität der Begutachtungen und Bedarfsgerechtigkeit der bewilligten Pflegestufen neue Nahrung. Auch wenn MDK und Pflegekassen mit dieser Praxis gesetzlichen Vorgaben folgen, so bleibt es doch ein ausgesprochen problematischer Befund, weil durch eine restriktive und primär auf Beitragssatzstabilität abzielende Begutachtungs- und Bewilligungspraxis häusliche Pflegearrangements destabilisiert und Pflegebedürftige verstärkt zum Wechsel in ein Heim veranlasst werden können.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung lassen sich insgesamt zu dem Befund zusammenfassen, dass es auch nach Einführung der Pflegeversicherung zu einer weiteren Erosion familiärer und informeller Pflegepotenziale gekommen ist. Der Erosionsprozess vollzieht sich bereits über einen längeren Zeitraum und ist von der Pflegeversicherung nicht verursacht. Die Pflegeversicherung ist vielmehr geschaffen mit dem Ziel, eine weitere Erosion aufzuhalten und den Prozess möglichst umzukehren, indem die Pflegebereitschaft von Angehörigen und Nachbarn durch Geld- und Sachleistungen unterstützt und erhalten wird.

Die Erreichung dieses Ziels wird allerdings durch die über der gesamten Pflegeversicherung stehende Vorgabe der Beitragssatzstabilität behindert. Die Pflegeversicherung wurde geschaffen unter der Maßgabe, dass in ihr der Grundsatz der Beitragssatzstabilität absoluten Vorrang vor allen anderen Grundsätzen, insbesondere vor dem der Bedarfsdeckung, hat. Damit weicht sie ausdrücklich von der Konstruktion der gesetzlichen Krankenversicherung ab, in der die Bedarfsdeckung nach Gesetzeslage immer noch Vorrang vor der Beitragssatzstabilität genießt (vgl. § 71 SGB V). Dass dies in der gesundheitspolitischen Diskussion und Berichterstattung oftmals verkannt und anders dargestellt wird, ändern nichts am Inhalt der Rechtsnorm.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen nicht den tatsächlich vorhandenen Bedarf der Pflegebedürftigen decken, sondern nur eine Grundversorgung gewährleisten, deren Umfang sich danach zu richten hat, was mit dem gegebenen gesetzlich festgesetzten Beitragssatz zu finanzieren ist. Daraus folgt im Grunde, dass sich die Begutachtung von Pflegebedürftigen und Bewilligung von Leistungsbescheiden in erster Linie an finanzwirtschaftlichen Zielen und erst in zweiter Linie am Bedarf der Pflegebedürft-

tigen zu orientieren hat. Im Gesetzestext kommt diese Logik am deutlichsten in den Vorgaben des § 43 Abs. 2 und Abs. 5 SGB XI zum Ausdruck. Danach haben die Pflegekassen bei der Bewilligung von Leistungen der stationären Pflege darauf zu achten, dass die Ausgaben je Pflegebedürftigen im Durchschnitt 15.339 € pro Jahr nicht übersteigen. Ist dies der Fall, haben sie die Leistungen so zu kürzen, dass die Einhaltung des Höchstbetrages innerhalb der Kassenart auf Bundesebene sichergestellt ist (§ 43 Abs. 5 SGB XI).

Der uneingeschränkten Vorrang der Beitragssatzstabilität verbunden mit der Aussetzung des Bedarfsdeckungsprinzips hat weitreichende Folgen für die Versorgung der Pflegebedürftigen und ihre pflegenden Angehörigen, aber auch für die finanzielle Stabilität der Pflegeversicherung. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung legen die Schlussfolgerung nahe, dass diese politische Grundsatzentscheidung und die daraus resultierenden nachgeordneten Einzelfallentscheidungen in den letzten Jahren zu einer Destabilisierung häuslicher Pflegearrangements und einem verstärkten Wechsel in Pflegeheime beigetragen haben. So eigenartig es erscheinen mag, aber es hat den Anschein, dass gerade der uneingeschränkte Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die daraus abgeleitete Verweigerung bedarfsgerechter Leistungen zu höheren Ausgaben und das heißt letztlich auch zu einer Destabilisierung des Beitragssatzes der Pflegeversicherung führen. Offenbar sind die Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege für einen nennenswerten Teil der Pflegebedürftigen nicht ausreichend, um existierende häusliche Pflegearrangement zu stützen und zu erhalten. Als Folge unzureichender Leistungen kommt es in diesen Fällen über kurz oder lang zu einer Überlastung von Pflegepersonen und Destabilisierung des häuslichen Pflegearrangements. Führt diese Überlastung zu einem Zusammenbruch des Pflegearrangements, ist der Wechsel in die vollstationäre Pflege unausweichlich.

Von dem Mangel an bedarfsgerechten Leistungen in der ambulanten Versorgung scheinen Pflegebedürftige unterschiedlich stark betroffen zu sein. Differenziert man Pflegebedürftige nach pflegerelevanter Wohnform und Art der familiären Unterstützungsleistungen, so lassen sich drei Gruppen unterscheiden:

- Pflegebedürftige die mit ihrer Hauptpflegeperson, in der Regel die Ehefrau oder Tochter, in einem Haushalt leben,
- Pflegebedürftige die allein leben aber familiäre Unterstützungsleistungen erhalten, in der Regel von ihren Töchtern oder Schwiegertöchtern, sowie
- Pflegebedürftige die allein leben und keine familiären Unterstützungsleistungen erhalten.

Inbesondere für die beiden Gruppen der alleinlebenden Pflegebedürftigen scheint die Pflegeversicherung unzureichende Leistungen zu gewähren. Dies liegt vor allem darin begründet, dass die Pflegeversicherung als lediglich familienergänzende Sozialversicherung konzipiert wurde (vgl. § 4 Abs. 2 SGB XI). Ihre Leistungen bauen auf der Annahme auf, dass den Pflegebedürftigen ein Sockel von familiären oder nachbarschaftlichen Unterstützungsleistungen zur Verfügung steht, der lediglich um weitere Leistungen, vor allem der Grundpflege, erweitert werden muss, um ein Verbleiben in der gewohnten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Diese Fiktion der in jedem Einzelfall

verfügbaren informellen Unterstützungsleistungen mag für die erste Gruppe zutreffen und auch für einen erheblichen Teil der zweiten Gruppe. Die Gruppe der alleinlebenden Pflegebedürftigen ohne familiäre Unterstützungsleistungen wird dadurch aber von der Pflegeversicherung im ambulanten Bereich quasi als Fremdkörper ‚abgestoßen‘, da die Lücke nicht durch Leistungen der Pflegeversicherung gefüllt wird. Diese Lücke ist insofern von besonderer Bedeutung, als über ein Drittel der ambulanten Antragsteller zur Gruppe der Alleinlebenden gehören. In dieser Gruppe findet sich ein überproportional hoher Anteil älterer alleinlebender Frauen. Sie scheinen insgesamt die am stärksten benachteiligte Gruppe der Pflegebedürftigen zu sein, nicht nur weil ihre Leistungsanträge überproportional häufig vom MDK abgelehnt werden, sondern auch weil ihnen im Vergleich zu Männern gleicher Altersgruppen in der Regel ein niedrigerer Pflegebedarf zuerkannt wird.

Von besonderer Bedeutung ist die Beschränkung der Pflegeversicherung auf lediglich familienergänzende Leistungen nicht nur für die Gruppe der alleinstehenden ohne familiäre Unterstützungsleistungen, sondern offenbar zunehmend auch für die Gruppe der allein lebenden Pflegebedürftigen mit familiärer Unterstützung. Hier tragen insbesondere die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen und die steigende berufliche Mobilität zur Erosion häuslicher Pflegepotenziale bei. Soll ein Verbleiben der betroffenen Pflegebedürftigen in ihrer häuslichen Umgebung ermöglicht werden, muss die größer werdende Lücke zwischen Versorgungsbedarf und tatsächlich verfügbarer familiärer Unterstützung durch Pflegesachleistungen und hauswirtschaftliche Leistungen gefüllt werden. Die gestiegene Inanspruchnahme von Sachleistungen in den letzten Jahren dürfte wesentlich auf diese Entwicklung zurückzuführen sein. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind aber offensichtlich insgesamt nicht ausreichend, um die Pflegebereitschaft Berufstätiger, und das heißt überwiegend: berufstätiger Frauen, zu fördern und zu erhalten, so dass zunehmend mehr Pflegebedürftige in die stationäre Pflege wechseln müssen.

Wird zukünftig an der Fiktion einer lediglich familienergänzenden Pflegeversicherung festgehalten, ist damit zu rechnen, dass nicht nur Pflegebedürftige der dritten, sondern auch zweiten Gruppe zunehmend häufiger und früher in die stationäre Pflege wechseln müssen.

Aber auch für die Pflegebedürftigen der ersten Gruppe, die mit ihrem Ehepartner zusammen leben, erscheint ein Überdenken des Leistungskataloges erforderlich. Auch in dieser Gruppe stellt die Überforderung von Pflegepersonen ein ernstzunehmendes Problem dar. Gewährt die Pflegeversicherung keine ausreichenden Leistungen, werden auch zukünftig zunehmend mehr Pflegebedürftige trotz einer im gleichen Haushalt lebenden Hauptpflegeperson in ein Heim wechseln müssen. Auch hier zeichnet sich ein zukünftig höherer Bedarf an Pflegesachleistungen ab, um häusliche Pflegearrangements zu stützen und in ihrer Funktionsfähigkeit zu erhalten. Darüber hinaus erscheint es notwendig, den betroffenen Pflegepersonen – in der Regel älteren Ehefrauen – ein höheres Maß an sozialen Unterstützungsleistungen anzubieten. Bisherige Erfahrungen mit Pflegekursen, die vor allem wegen der entlastenden Funktion von Gesprächen mit anderen Pflegepersonen sehr geschätzt werden, lassen es sinnvoll erscheinen, dass sich

die Angebote nicht nur auf die Vermittlung von Pflorgetechniken beschränken, sondern vor allem auch eine stärkere psychosoziale Unterstützung bieten sollten.

Die soziale Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen scheint aber nicht erst nach Bewilligung ihrer Leistungsanträge sinnvoll zu sein, sondern bereits während des Antragsverfahrens. Da das Ergebnis der Begutachtung offenbar durch die Anwesenheit einer professionellen, nicht dem MDK angehörenden oder in seinem Auftrag tätigen Pflegekraft im Sinne der Pflegebedürftigen positiv beeinflusst wird, scheint es sinnvoll, Pflegebedürftigen eine anwaltschaftliche professionelle Unterstützung als Teil des Leistungskataloges der Pflegeversicherung anzubieten oder dies sogar gesetzlich vorzuschreiben. Damit würde die Pflegeversicherung dem in der gesetzlichen Krankenversicherung bereits eingeschlagenen Weg folgen. Durch die Gesundheitsreform 2000 wurde die Bereitstellung von Mitteln für Institutionen der unabhängigen Beratung Unterstützung von Patienten in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen. Auf der Agenda für die nächste Gesundheitsreform steht das Thema Patientenrechte und –unterstützung an prominenter Stelle. Warum sollte dann nicht auch für Pflegebedürftige eine Unterstützung durch unabhängige Pflegeexperten bei der Begutachtung und Beratung im Rahmen des Antragsverfahrens finanziert werden? Diese Pflegeexpertinnen oder Case Managerinnen sollten zur Vermeidung von Interessenkollisionen weder in einem Abhängigkeitsverhältnis zum MDK oder den Pflegekassen stehen, noch Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen sein.

Wie die Ergebnisse der Infratest-Repräsentativbefragung von 1998 zeigen, kann ein solcher Vorschlag nicht mit dem Hinweis auf die relativ niedrige Quote von Widersprüchen gegen die Leistungsbescheide der Pflegekassen zurückgewiesen werden. Die Unzufriedenheit der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen mit den Begutachtungsergebnissen und Leistungsbescheiden ist offensichtlich erheblich höher. Professionelle Unterstützung ist nicht nur gegenüber ärztlichen Behandlungsfehlern notwendig, sondern auch bei der Interessenwahrnehmung von Pflegebedürftigen gegenüber den jeweiligen Kranken- und Pflegekassen. Auch dies zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung. Zu verweisen ist hier insbesondere auf die zahlreichen, zum Teil auch gerichtlichen Auseinandersetzungen mit Krankenkassen um die Bewilligung von Leistungen der Behandlungspflege. Eine unabhängige Unterstützung könnte auch dazu beitragen, die offenbar wirkenden ‚Schieflagen‘ bei der Begutachtung bestimmter Gruppen von Pflegebedürftigen zu neutralisieren.

Aus dem Vorhergehenden lassen sich die folgenden Reformoptionen ableiten:

- Anpassung der Pflegeversicherung an die Grundsätze der gesetzlichen Krankenversicherung, das heißt vor allem: Einführung des Bedarfsdeckungsprinzips und Unterordnung der Beitragssatzstabilität unter den Grundsatz der Bedarfsdeckung;
- Dynamisierung der Leistungen durch jährliche Anpassung an die allgemeine Preisentwicklung oder eine Anbindung an die üblicherweise im Sozialgesetzbuch verwendeten Rechengrößen für die jährliche Anpassung von Geldleistungen;
- Aufgabe der Leitvorstellung von einer lediglich familienergänzenden Pflegeversicherung und Anpassung an die soziale Realität, das heißt vor allem Erhöhung der Pflegesachleistungen und Ausbau des Leistungskataloges im Bereich der sozialen

Unterstützungsleistungen wie Beratung, Gesprächskreise, Aufwertung der hauswirtschaftlichen Unterstützungsleistungen etc.;

- ein insgesamt stärkeres Gewicht für soziale Problemlagen als leistungsauslösende Kriterien der Pflegeversicherung, die durch die gegenwärtige Dominanz einer somatisch-ärztlichen Sichtweise im SGB XI vernachlässigt werden;
- Finanzierung einer anwaltschaftlichen Unterstützung für Pflegebedürftige durch unabhängige Pflegekräfte bei der Interessenwahrnehmung im Rahmen des Begutachtungs- und Bewilligungsverfahrens (Pflegegutachterinnen, Pflegeexpertinnen oder pflegerische Case Managerinnen).

Ohne Zweifel würde die Umsetzung dieser Reformoptionen zumindest kurzfristig zu höheren Ausgaben der Pflegeversicherung führen. Von daher mag es weltfremd erscheinen, überhaupt derartige Vorschläge zu formulieren, zu einer Zeit, in der Beitragserhöhungen in der Sozialversicherung von Politik und Öffentlichkeit tendenziell als nationale Katastrophe diskutiert und alle Anstrengung auf eine Senkung der sogenannten Lohnnebenkosten gerichtet werden.

Ziel der vorliegenden Untersuchung war nicht die Entwicklung eines Konzepts zur dauerhaft tragfähigen Finanzierung der Pflegeversicherung, sondern vielmehr die Analyse der Leistungsentwicklung in der Pflegeversicherung. Die Beschäftigung mit der Leistungsentwicklung führt aber unvermeidlich auch zur Frage der finanziellen Bedeutung bestimmter Trends und von daher soll abschließend auch kurz auf diesen Aspekt eingegangen werden.

Zunächst einmal ist dazu festzuhalten, dass die Pflegeversicherung – ebenso wie die gesetzliche Krankenversicherung – in erster Linie ein Einnahmeproblem hat. Für die GKV ist dies mittlerweile sowohl in der Wissenschaft als auch in der Politik weitgehend anerkannt. Da die Finanzierung der Pflegeversicherung aus der gleichen Grundlage erfolgt, teilt die Pflegeversicherung das Problem einer unterproportional wachsenden oder sogar schrumpfenden Finanzierungsbasis auch mit den Krankenkassen. Die Notwendigkeit einer Verbreiterung der Finanzierungsgrundlage stellt sich folglich auch für die Pflegeversicherung. Sollte sich die Bundesregierung dazu entschließen, beispielsweise die Pflichtversicherungsgrenze und Beitragsbemessungsgrenze der GKV auf die der Rentenversicherung anzuheben oder die Beitragspflicht auf weitere Einkünfte wie Mieten etc. auszuweiten oder eine teilweise Steuerfinanzierung einzuführen, und bliebe es bei einer Koppelung der Beitragsregelungen der Pflegeversicherung an die der Krankenversicherung, so könnte sich mit Inkrafttreten der entsprechenden Reform auch die Einnahmesituation der Pflegeversicherung verbessern. Dadurch entstünde Handlungsspielraum für eine Reform des Leistungskatalogs ohne Anhebung des Beitragssatzes.

Die Notwendigkeit einer Reform des Leistungskataloges der Pflegeversicherung stellt sich aber unabhängig von einer solchen, längst überfälligen Verbesserung der Einnahmehasis und scheint auch mit Blick auf die Ausgabenentwicklung unausweichlich. Der Weg einer Leistungsreduzierung im ambulanten Bereich birgt offensichtlich das Risiko einer Verstärkung des Trends zu stationärer Pflege und damit verbundener Mehrausgaben. Soll dennoch dieser Weg beschritten werden, müssten die Leistungen der statio-

nären Versorgung reduziert und gegebenenfalls auch der Zugang zu ihnen rationiert werden. Die Folge wäre vermutlich, dass ein Teil der Pflegebedürftigen in ihrer häuslichen Umgebung bleiben muss, dort aber nicht ausreichend wird. Soll die verbleibende Versorgungslücke gefüllt werden, müsste dies von den Pflegebedürftigen oder ihren Angehörigen finanziert werden. Wie die Infratest-Repräsentativbefragung zeigte, müssen aber bereits unter den jetzigen Bedingungen Pflegebedürftige zusätzliche Leistungen in erheblichem Umfang finanzieren. Es wäre von daher absehbar, dass ein zunehmender Teil der Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich wieder zu Sozialhilfeempfängern würde. Gleiches hat sicherlich auch die Pflegebedürftigen zu gelten, die ohne Bewilligung der Pflegekasse in die stationäre Pflege wechseln.

Finanzwirtschaftlich betrachtet, führt ein solcher Weg der weiteren Leistungskürzung in der Pflegeversicherung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Rückverlagerung von Kosten in die Sozialhilfe. Die aber sollte gerade durch die Pflegeversicherung entlastet werden. Zur Erinnerung: Die Diskussion um die Notwendigkeit einer sozialen Absicherung des Pflegefallrisikos begann in den frühen 70er Jahren vor dem Hintergrund, dass damals zunehmend mehr ältere Menschen nach einem arbeitsreichen Leben aufgrund von Pflegebedürftigkeit zu Sozialhilfeempfängern wurden und dies nicht nur von den Betroffenen als entwürdigend empfunden wurde.

Die finanziellen Probleme der Pflegeversicherung auf dem Weg von Leistungskürzungen lösen zu wollen, wäre im Grunde das Eingeständnis des Scheiterns dieses Konzeptes der sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit und die verdeckte Rückkehr zum Sozialhilfemodell. Es wäre nur eine Frage der Zeit, wann die Sozialhilfeträger, Gemeinden und Länder, die Forderung nach finanzieller Entlastung ihrer Haushalte und einer Reform erneut in die politische Diskussion einbringen. Die Verschiebung des Problems in andere öffentliche Haushalte wäre aus Sicht der Bundespolitik folglich nur eine zeitliche Verschiebung, die allerdings ihren Reiz haben kann: Die Lösung des Problems wäre dann Aufgabe nachfolgender Regierungen.

Als Alternative zur Rückkehr in die Sozialhilfe ist eine private Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit in der Diskussion. Deren Für und Wider soll hier nicht diskutiert werden, sondern darauf hingewiesen werden, dass auch eine gesetzlich vorgeschriebene private Absicherung vor den gleichen Problemen der Leistungsentwicklung stünde wie die derzeitige gesetzliche Pflegeversicherung. Der Hinweis auf eine weniger spektakuläre Entwicklung der gegenwärtigen privaten Pflegeversicherung kann nicht überzeugen. Das derzeitige Versichertenkollektiv der privaten Pflegeversicherung weist eine deutlich andere soziale Zusammensetzung und damit auch andere Morbiditäts- und Pflegebedürftigkeitsstruktur auf als das der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Es scheint folglich keine dauerhaft tragfähige Alternative an einer grundlegenden Reform des Leistungskatalogs der gesetzlichen Pflegeversicherung zu geben; einer Reform, die darauf abzielt, vorhandene Pflegebereitschaft unter den Bedingungen einer modernen Gesellschaft zu unterstützen. Dazu dürfte in erster Linie ein Ausbau der Pflegesachleistungen und die Einführung zusätzlicher sozialer Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige notwendig sein. Vor allem aber ist es Zeit, Abschied zu nehmen von der Vorstellung, die Pflegeversicherung könne über lediglich familiener-

gänzende Leistungen ein Verbleiben von Pflegebedürftigen in der gewohnten häuslichen Umgebung ermöglichen. Diese Annahme verfehlt derzeit offenbar in zunehmendem Maße die soziale Realität. Zumindest gegenwärtig und in den nächsten Jahren scheint es vielmehr erforderlich, stärker als bislang den Leistungskatalog auf diejenigen Pflegebedürftigen auszurichten, die nicht oder nicht ausreichend auf familiäre Unterstützungsleistungen zurückgreifen können.

Ein solcher Ausbau des Leistungskataloges muss keineswegs langfristig im derzeit erforderlichen Umfang notwendig sein. Wenn – wie prognostiziert – gegen Ende dieses Jahrzehnts und Anfang des nächsten die erste Nachkriegsgeneration in das Rentenalter eintritt, ist zu erwarten, dass darunter der Anteil alleinstehender, verwitweter älterer Frauen deutlich rückläufig ist. Ältere Frauen werden dann weit häufiger als gegenwärtig mit ihrem Ehepartner zusammenleben und im Falle der Pflegebedürftigkeit von ihm gepflegt werden. Es ist zu erwarten, dass dies zu einer Entlastung bei den Leistungsausgaben der Pflegeversicherung führen wird.

Die politische Gestaltung und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – das dürfte insbesondere auch an diesem Beispiel deutlich werden – muss langfristige Zeiträume in den Blick nehmen, nicht nur um das für diesen Bereich der sozialen Integration so wichtige Vertrauen in die Stabilität sozialer Sicherung zu erhalten. Bei einer langfristigen Betrachtung kann es durchaus als sinnvoll erscheinen, kurzfristig wirkende Erweiterungen des Leistungskataloges vorzunehmen und Ausgabenerhöhungen in einem Bereich zuzulassen, wenn zu erwarten ist, dass dies mittelfristig zu Einsparungen in einem anderen Bereichen führen wird.

8. Literatur

- Atteslander, Peter (1995): Methoden der empirischen Sozialforschung, 8. bearb. Auflage, Berlin; New York: de Gruyter.
- Brömme, Norbert (1999): Eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung? Über die sozialen Auswirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes, Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P99-106.
- Bundesministerium für Gesundheit (2002): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (08/02). Bundesministerium für Gesundheit: Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2003): Kurzdarstellung des Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsaufwand (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz - PflEG), www.bmgesundheit.de/inhalte-frames_themen/pflegeversicherung/dokumente (11.03.2003).
- Bundesregierung (1997): Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Bundestags-Drucksache 13/9528 vom 19.12.1997.
- Bundesregierung (2001): Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Bundestags-Drucksache 14/5590 vom 15.03.2001.
- Dinkel, R.H./Hartmann, K./Lebok, U. (1997): Langfristige Veränderungen in der Verfügbarkeit häuslicher Unterstützungspotenziale aufgrund familiärer Strukturverschiebungen - Eine Modellrechnung, in: Gesundheitswesen, Jg. 59, S. 49-54.

- Dinkel, R.H./Nafziger, W./Lebok, U. (1997): Regionale Unterschiede in den Begutachtungsergebnissen des häuslichen Pflegebedarfs im Jahr 1995 und deren mögliche Erklärungen, in: Gesundheitswesen, Jg. 59, S. 59-63.
- Ewers, Michael/Schaeffer, Doris (1999): Herausforderungen für die ambulante Pflege Schwerstkranker. Eine Situationsanalyse nach Einführung der Pflegeversicherung, Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P99-107.
- Ewers, Michael/Schaeffer, Doris (Hrsg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis, Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber.
- Friedrichs, Jürgen (1990): Methoden empirischer Sozialforschung, 14. Auflage, Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Häußler, M./Großpietsch, R./Straßburg, H.-M. (2002): Validität der Pflegebegutachtung bei körperbehinderten und bei geistig behinderten Kindern, in: Gesundheitswesen, Jg. 64, S. 527-533.
- Klie, Thomas/Blaumeister, Heinz (2002): Perspektiv Pflegemix. Pflegekulturelle Orientierung im Wandel und die Zukunft der Pflege, in: Klie, Thomas et al. (Hrsg.): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf, Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag, S. 132-174.
- Kliebsch, Ulrike/Reiser, K./Brenner, H. (1997): Reliabilitätsstudie zum Begutachtungsverfahren der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung, in: Gesundheitswesen, Jg. 59, S. 34-41.
- Lange, Saskia/Albrecht, M./Dammann, J./Saleem, S./Wessel, U. (2000): Werden Kinder im Rahmen der Begutachtung zur Bestimmung von Pflegebedürftigkeit richtig eingestuft?, in: Gesundheitswesen, Jg. 62, S. 59-63.
- Maidhof, R./Pirk, O./Winkel, M./Hartung, J. (1999): Es geht auch anders - Ein neues Instrument zur Begutachtung der Pflegestufen?, in: Gesundheitswesen, Jg. 61, S. 380-384.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2000): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 1998, Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2002): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 1999/2000, Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
- Pritzkeleit, R./Erben, C.M. (2001): Antragsverhalten und Pflegebedürftigkeit in der ambulanten Pflege nach dem SGB XI. Ein siedlungsstruktureller Ansatz, in: Gesundheitswesen, Jg. 63, S. 200-204.
- Rädisch, T./Erben, C.M./Großpietsch, R. (1995): Berichterstattung zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), in: Gesundheitswesen, Jg. 57, S. 680-682.
- Rädisch, T./Erben, C. M./Conrad, P./Schölch, U. (1996): Begutachtungsergebnisse der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung ausgewählter Diagnosegruppen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), in: Gesundheitswesen, Jg. 58, S. 173-175.
- Roth, Günter (2003): Die Entwicklung von Angebot und Nachfrage nach Pflegedienstleistungen: Regionale und sektorale Analysen, in: Sozialer Fortschritt, Jg. 52, Heft 3, S. 73-79.
- Schaeffer, Doris/Ewers, Michael (2000): Versorgung und Betreuung Schwerkranker in der ambulanten Pflege - Ergebnisse einer Evaluationsstudie, in: Gesundheitswesen, Jg. 62, S. 264-269.
- Schmitt, J./Böhning, D. (2002): Ein Vergleich der sozialmedizinischen Begutachtungen zur Pflegeversicherung (SGB XI) und nach dem Berliner Landespflegegesetz (HPG), in: Gesundheitswesen, Jg. 64, S. 578-584.

- Schneekloth, U. (1996): Pflegebedürftigkeit im regionalen Vergleich, München: Infratest Sozialforschung.
- Schneekloth, Ulrich/Müller, Udo (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden: Nomos.
- Simon, Michael (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin, P01-205.
- Statistisches Bundesamt (2001): Kurzbericht: Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung.
- Statistisches Bundesamt (2002): Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung.
- Westhoff, Giesela (2000): Bedarf und Versorgung mit Leistungen aus der Pflegeversicherung bei Patienten mit rheumatoider Arthritis, in: Gesundheitswesen, Jg. 62, S. 487-495.
- Wingenfeld, Klaus (1998): Maßstäbe zur Bemessung von Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Jg. 29, S. 95-111.

Der Autor

Prof. Dr. Michael Simon lehrt seit 1998 an der Evangelischen Fachhochschule Hannover mit den Arbeitsschwerpunkten Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik; er ist Mit-herausgeber und Mitglied der Redaktion des Jahrbuch für Kritische Medizin.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Michael Simon
Evangelische Fachhochschule Hannover
Blumhardtstr. 2
30625 Hannover
Tel.: (0511) 5301-198
Email: simon@efh-hannover.de

Ausgewählte weitere Veröffentlichungen

- Simon, Michael (1997a): Das Krankenhaus im Umbruch. Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P97-204. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung: Berlin.
- Simon, Michael (1997b): Das Krankenhaus zwischen öffentlichem Versorgungsauftrag und einzelwirtschaftlicher Orientierung, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 28, Heft S. 33-54.
- Simon, Michael (1998): Krankenhausfinanzierung und Rationierung. Zum Zusammenhang von ökonomischen Anreizen und Rationierung medizinischer Leistungen im Krankenhaus, in: Feuerstein, Günter/Kuhlmann, Ellen (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen, Wiesbaden: Ullstein Medical, S. 81-96.
- Simon, Michael (2000a): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Simon, Michael (2000b): Monistische Finanzierung der Krankenhäuser. Kritische Anmerkungen zu einem umstrittenen Reformvorhaben, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Jg. 32, Heft S. 58-81.
- Simon, Michael (2000c): Neue Krankenhausfinanzierung - Experiment mit ungewissem Ausgang: Zur geplanten Umstellung auf ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin, P00-201.
- Simon, Michael (2000d): Kein Ende des Experimentierens: Zur geplanten Einführung eines DRG-basierten Fallpauschalensystems, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Jg. 33, Heft S. 10-36.
- Simon, Michael (2000e): Ökonomische Rahmenbedingungen der Pflege, in: Rennen-Allhoff, Beate/Schaeffer, Doris (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft, Weinheim; München: Juventa, S. 243-269.
- Simon, Michael (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P01-205, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin.
- Simon, Michael (2002): Das neue DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Anmerkungen zum Konzept einer Steuerung „über den Preis“, in: Deppe, Hans-Ulrich/Burkhardt, Wolfram (Hrsg.): Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin, Frankfurt/M.: VSA, S. 145-158.