

Konstantin Kehl\*

# Nach dem Pflegestärkungsgesetz II: Eine alternative Interpretation der Probleme und ein Plädoyer für potenzialorientierte Reformen

DOI 10.1515/zsr-2016-0006

**Abstract:** The German long-term care insurance has been introduced 20 years ago and recently reformed, but is still subject to criticism. A continued decline of informal care-giving is indicated by a decreasing percentage of people who receive cash benefits for informal care. It renders the political goal of strengthening informal care unachievable, even though it would contribute to the financial sustainability and a more encompassing approach to care. Referring to socio-demographic developments, the author suggests a capability-oriented policy strategy aiming at the mobilization of resources within the social proximity of the affected elderly. Such a strategy would not only contribute to reduce costs, but would also increase quality of life and public legitimacy. As part of such an approach policy instruments will be discussed that aim at activating and facilitating informal care.

**Schlüsselwörter:** Pflegeversicherung, Pflegereform, Informelle Pflege, Pflegegeld, Demografie

## 1 Einleitung

Mit der Gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) als Elftem Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) fügte der Gesetzgeber den vier Säulen der deutschen Sozialversicherung – der Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung – zum 1. Januar 1995 ein fünftes Element hinzu. Das Risiko, wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung in erheblichem oder

---

\*Kontaktperson: Dr. Konstantin Kehl, Centrum für soziale Investitionen und Innovationen (CSI), Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Büro Berlin, Neue Promenade 6, 10178 Berlin, E-Mail: konstantin.kehl@csi.uni-heidelberg.de

höherem Maße der Hilfe zu bedürfen, erhielt damit den Status eines *pro forma* gleichberechtigten sozialen Risikotatbestands neben Krankheit, berufsbedingten Unfällen, der Erreichung des Renteneintrittsalters und Arbeitslosigkeit. *Pro forma*, weil die GPV als „Teilkasko-Versicherung“ konzipiert wurde: Ihre Leistungen orientieren sich nicht am Bedarf oder an entrichteten Versicherungsbeiträgen, sondern werden nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und Einordnung der Anspruchsberechtigten in Pflegestufen gewährt, deren Umfang nach oben hin begrenzt ist (Hinrichs 1995; Rothgang 1997, 2009).

Das Leistungsrecht und die Gestaltung des Leistungskatalogs folgten von Beginn an einer zweistufigen Strategie der De-Institutionalisierung: Zunächst sollte die eingehende MDK-Begutachtung sicherstellen, dass ein Umzug ins Pflegeheim von den Bedürftigen und ihren Angehörigen nur erwogen wird, wenn eine Versorgung in der häuslichen Umgebung nicht oder nicht ausreichend möglich ist. Dieses Prinzip ist als Formel „ambulant vor stationär“ in den politischen und wissenschaftlichen Jargon eingegangen. Sodann sollte mit der Ergänzung von Sach- um Geldleistungen – dem *Pflegegeld*, das in voller Höhe oder kombiniert mit Sachleistungen den Bedürftigen gewährt wird, und von diesen an die Pflegenden weitergegeben werden kann – die *informelle Pflege* gestärkt werden. Hierbei handelt es sich um pflegerische und alltagsunterstützende Tätigkeiten, die im häuslichen Umfeld der Bedürftigen von Angehörigen, FreundInnen, NachbarInnen oder freiwillig engagierten HelferInnen – und nicht von einem ambulanten Pflegedienst – erbracht werden (Schneider 2006).<sup>1</sup> Das Pflegegeld sollte einen Anreiz für privat organisierte Pflege stiften und

---

<sup>1</sup> Die „Informalität“ soll in Anlehnung an das international gängige Konzept *Informal Care* in erster Linie die Abgrenzung vom beruflichen Handeln betonen. Dadurch entsteht das Problem der Unterscheidung zwischen Pflege im engeren Sinne, die sich auf einen begrenzten Rahmen von „Verrichtungen des täglich Lebens“ (nach der Definition von Pflegebedürftigkeit als Voraussetzung für SGB-XI-Leistungen) bezieht, und einem im alltäglichen Sprachgebrauch verwendeten Konzept, welches zusätzlich betreuende, alltagsunterstützende und soziale Teilhabe-Aktivitäten umfasst. Tatsächlich ist eine strikte Abgrenzung schwierig, da in der häuslichen Versorgung „pflegerische“ und nicht im engeren Sinne „pflegerische“ Tätigkeiten ineinander übergehen bzw. zeitgleich in Kuppelproduktion erbracht werden (Schneider 2006; van den Berg et al. 2004). Pflege im häuslichen Umfeld meint deshalb meist auch ergänzende Unterstützung. Der englische Terminus *Care*, der allgemein mit Sorgearbeit oder „sich um jemanden kümmern“ übersetzt werden kann, fängt diese Vielschichtigkeit ein (Klie/Monzer 2008). Der Begriff *Informelle Pflege* soll ferner nicht Formen der Hilfe ausschließen, die vermittels Organisationen zustande kommen und/oder koordiniert werden (z. B. im Rahmen von Sozialstationen).

durch niedrigere Kosten gegenüber den Sachleistungen die Sozialversicherungskassen entlasten.

Infolge der demografisch bedingt ansteigenden Pflegebedürftigkeit geriet die Pflegeversicherung in den vergangenen rund 20 Jahren zunehmend unter Kosten- und Legitimitätsdruck. Vielfach wurde ihre Finanzierung als nicht nachhaltig<sup>2</sup> beschrieben (für viele: Schmidt 2010; Rothgang 2011, 2012a; Zuchandke et al. 2013) und das Leistungsspektrum als unzureichend kritisiert (Zintl-Wiegand/Krumm 2003; Rothgang 2011; BMG 2009, 2013). Dass sich Bürgerinnen und Bürger in Situationen entstehender Pflegebedürftigkeit einer nahestehenden Person *gegen* die Übernahme pflegerischer Verantwortung bzw. für die kostenintensive professionelle Versorgung entscheiden, wurde dabei allenfalls am Rande diskutiert und von Reformen nicht ausdrücklich in den Blick genommen.<sup>3</sup> Dies gilt auch für das im Herbst 2015 verabschiedete Pflegestärkungsgesetz (PSG) II, mit dem ab 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff Grundlage eines runderneuten Leistungskatalogs sein wird. Das Ziel der effektiven Förderung informeller Pflege droht somit unerreichbar zu werden.

Der vorliegende Beitrag argumentiert, dass mit der hergebrachten Politik erhebliche Potenziale gesteigerter Lebensqualität, höherer Akzeptanz der GPV und geringerer Kosten verloren gehen. Da die traditionellen Ressourcen im Angehörigen-Umfeld schmelzen, gilt es, Unterstützung inner- und außerhalb der Familien zu fördern. Eine in diesem Sinne feinjustierte Pflege bedarf nicht zwingend großangelegter Finanzierungsreformen. Vielmehr lassen weitere Modifikationen an den rechtlichen Grundlagen der *Leistungsanspruchnahme* positive Effekte erwarten. Hierbei ist nach der Neugestaltung des Leistungskatalogs im Zuge des PSG II insbesondere das Pflegegeld mit seiner begrenzten Aktivierungs- und Steuerungswirkung zu hinterfragen. Die Entwicklung von wirk-

---

<sup>2</sup> Eine Politik oder ein Finanzierungsmodell kann als nachhaltig bezeichnet werden, wenn sie bzw. es der gegenwärtigen Nachfrage Genüge leistet, ohne die Bedürfnisbefriedigung nachkommender Generationen zu riskieren (Grunwald/Kopfmüller 2006).

<sup>3</sup> Hierfür spricht, dass die informelle Pflege in der deutschsprachigen Fachdebatte – abgesehen von ihrer Berücksichtigung als GPV-Budgetposten in ökonomischen Modellrechnungen – fast ausschließlich als pflegewissenschaftliches oder familiensoziologisches Phänomen thematisiert wird (mit wenigen Ausnahmen wie z. B. Schneider 2006). Die mangelnde politische Aufmerksamkeit wird daran deutlich, dass bisherige Reformen trotz eines seit der GPV-Einführung anhaltenden Rückgangs der Empfänger von Geldleistungen (hierzu Abschnitt 3) am dominanten Steuerungsinstrument Pflegegeld festgehalten haben, anstatt die für die Erreichung des Ziels der Förderung informeller Pflege eingesetzten *Mittel* im Sinne einer Reform zweiter Ordnung (Hall 1993) oder das *Ziel* selbst (Reform dritter Ordnung) zu verändern. Auch die jüngste Novelle von 2015 hat diesbezüglich keine Fortschritte gebracht.

samen Ergänzungen kann gelingen, wenn anstelle einer vorwiegend defizitorientierten Politik das Potenzial der Betroffenen besser gewürdigt und die Realität zunehmend „gemischter“ Pflege-Arrangements stärker anerkannt wird.

Nach einer Einführung in den leistungsrechtlichen *Status quo* und Entwicklungen der vergangenen 20 Jahre wird der Bedeutungsverlust des Pflegegelds vor dem Hintergrund soziodemografischer Entwicklungen akzentuiert. Eine umfassende Literatur-Umschau zum aktuellen Stand der Innovationsdebatten mündet sodann in Argumente für einen politischen Strategiewechsel. Eine Zusammenfassung der identifizierten Probleme und angebotenen Lösungen schließt den Beitrag ab.

## 2 Die Leistungen der Pflegeversicherung im Wandel

Voraussetzung für den Erhalt von Leistungen der Pflegeversicherung nach mindestens fünfjähriger Mitgliedschaft ist derzeit Pflegebedürftigkeit insoweit, als Personen wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedürfen (§ 14 SGB XI). Sofern eine Person die Kriterien erfüllt, wird sie in eine der Pflegestufen I bis III eingestuft, die sich aus dem Hilfebedarf in der Körperpflege, Ernährung und Mobilität ableiten (wobei Stufe I greift, wenn Bedürftige mindestens einmal täglich Hilfe benötigen, und Leistungen der Stufe III Personen gewährt werden, die täglich rund um die Uhr nicht ohne Hilfe auskommen). Ab 2017 wird die Definition von Pflegebedürftigkeit erweitert; es ist dann in § 14 SGB XI nicht mehr von einer Krankheit oder Behinderung die Rede, sondern von körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen bzw. gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen, die nicht selbstständig kompensiert oder bewältigt werden können. Zudem werden die drei Pflegestufen von fünf Pflegegraden abgelöst, mit denen sich Einschränkungen im Alltag leistungsrechtlich differenzierter abbilden lassen sollen.

Unbenommen der Modifikationen durch das PSG II genießt die Pflege von Angehörigen, Nachbarn und Bekannten Priorität gegenüber den Leistungen professioneller ambulanter Dienste. Letztere wiederum sind der stationären Pflege vorzuziehen. Wird ein Bedürftiger oder eine Bedürftige ambulant betreut, können seit 2015 *Sachleistungen* in der Größenordnung von bis zu 468 Euro (Pflegestufe I), 1.144 Euro (Stufe II) und 1.612 Euro (Stufe III, in Ausnahmefällen

mit besonderem Pflegeaufwand bis zu 1.995 Euro) monatlich gewährt werden. Sie sollen durch *Pflegegeld* ersetzt werden, wenn sich der Pflegebedürftige um eine oder mehrere Pflegepersonen kümmert und die Pflege dadurch „angemessen“ sichergestellt ist.<sup>4</sup> Seit 2015 betragen die Geldleistungen 244 Euro in Pflegestufe I, 458 Euro in Stufe II und 728 Euro in Stufe III. Ab 2017 wird zwischen 316 Euro in Pflegegrad 2 und 901 Euro in Pflegegrad 5 gezahlt (in Pflegegrad 1 bei geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit soll kein Anspruch auf Pflegegeld bestehen). Sachleistungen und Pflegegeld können zu *Kombinationsleistungen* verbunden werden, wenn Pflegepersonen nur Anteile der Pflege übernehmen.<sup>5</sup> Nur wenn ambulante oder teilstationäre Pflege<sup>6</sup> nicht möglich oder nicht ausreichend ist, sollen Pflegebedürftige in einer stationären Einrichtung untergebracht werden. Seit 2015 betragen die Leistungen zwischen 1.064 Euro in Pflegestufe I und 1.612 Euro in Pflegestufe III (bei außergewöhnlich hohem Pflegebedarf 1.995 Euro), wobei im stationären Bereich lange Zeit nur die Aufwendungen für Stufe III erhöht wurden und 2015 in den Stufen I und II erstmals seit 20 Jahren ein Inflationsausgleich stattfand. Ab 2017 wird der stationäre Maximalbetrag bei schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (Pflegegrad 5) 2.005 Euro betragen.

Aufgrund der Budgetierung des Leistungskatalogs kann man der GPV einen „lediglich grundsichernden Charakter“ attestieren (Rothgang 1997: 33). Deshalb und wegen der anfänglichen Orientierung an körperlichen Verrichtungen wurde der mit der GPV-Einführung niedergelegte *Pflegebedürftigkeitsbegriff*, mit dem Hilfebedarfe infolge eingeschränkten kognitiven Vermögens weitgehend ausgeschlossen wurden (Zintl-Wiegand/Krumm 2003), „sehr bald [...] als unzureichend kritisiert“ (Rothgang 2011: 659). Um Abhilfe zu schaffen, wurden die (allgemeinen) Leistungen ab 2008 in vier Schritten erhöht und bereits ab 2002 Zuschläge bei erhöhtem Betreuungsbedarf gewährt. Diese erfassen seit 2008 auch nicht körperlich Pflegebedürftige im Sinne der Pflegestufen (seit 2013 im Rahmen der „Pflegestufe 0“ und für Altersverwirrte in den Pflegestufen I und II als Zuschläge). Somit sind Bedarfe von Menschen mit demenzbedingten oder

---

4 Die pflegebedürftige Person kann entscheiden, ob und in welcher Höhe sie das Pflegegeld an die Pflegeperson(en) auszahlt. Als Pflegeperson mitsamt Anspruch auf Leistungen zur sozialen Sicherung gilt, wer einen oder mehrere Pflegebedürftige in häuslicher Umgebung nicht erwerbsmäßig mindestens 14 (ab 2017: zehn) Stunden pro Woche pflegt.

5 In diesem Fall wird das Pflegegeld entsprechend anteilig ausgezahlt.

6 Teilstationäre Leistungen analog der ambulanten Pflege können in Anspruch genommen werden, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Maße verfügbar ist (§ 41 SGB XI).

psychischen Störungen schrittweise in den Regelleistungskatalog vorgedrungen, ohne körperlichen Beeinträchtigungen gleichgestellt worden zu sein. Hieraus resultieren Versorgungsausfälle bei Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die zu der Entwicklung eines differenzierteren Begutachtungsinstruments durch die 2006 und 2012 eingesetzten Beiräte zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs geführt haben (Enquête-Kommission 2005; BMG 2009, 2013). Da die Empfehlungen eine erhebliche Kostensteigerung nach sich ziehen (Rothgang 2011), hat die Politik ihre Umsetzung jedoch zunächst neuerlich prüfen lassen. Erst ab 2017 werden körperlich, geistig und psychisch bedingte Einschränkungen durch die genannten Änderungen am Leistungskatalog weitgehend gleichrangig behandelt.

Zusätzlich zu den Modifikationen der Leistungsentgelte wurden Reformen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen häuslicher Versorgung auf den Weg gebracht. So schuf die Pflegezeit von 2008 erstmals den Rechtsanspruch auf einen sechsmonatigen, unbezahlten Berufsausstieg für die Angehörigenpflege. Gleichzeitig begann der Gesetzgeber im Zuge der Errichtung von Pflegestützpunkten mit dem Auf- und Ausbau wohnortnaher Anlaufstellen für die Beratung und Vernetzung pflegerischer mit alltagsunterstützenden Hilfen. Die 2012 eingeführte Familienpflegezeit verfolgte das Ziel, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf durch ein Wertguthabenmodell zur Reduzierung der Arbeitszeit voranzutreiben, das nach geringem Zuspruch nachträglich mit einem Rechtsanspruch (seit 2015) ausgestattet wurde. Ambulante Wohngruppen können seit 2013 zusätzliche Fördergelder beziehen, und zum 1. Januar 2015 wurden Zuschüsse für Umbaumaßnahmen (z. B. Rollstuhlrampen) und Pflegehilfsmittel erhöht. Seit dem 1. Januar 2016 besitzen auch pflegende Angehörige Anspruch auf Pflegeberatung.

Die verschiedenen Reformen haben an den *Grundprinzipien* der Pflege nicht gerüttelt, sondern Kaufkraftverluste ausgeglichen, weitere Bedürftige einbezogen und den Pfad hin zu einer verstärkten Förderung von Infrastrukturen – wenngleich auf überschaubarem Niveau – eingeschlagen. Neben Lob hierfür wurden von ExpertInnen allerdings noch große Herausforderungen ausgemacht: Kritisiert wurde und wird angesichts der demografischen Entwicklung und steigender Pflegefallzahlen vor allem das Fehlen einer Reform der Pflegeversicherungs-Finanzierung (Schmidt 2010; Bönker 2010; Raffelhüschen/Vatter 2011; Rothgang 2011, 2012a; Zuchandke et al. 2013). Kritiker des PSG II werfen der Politik und dem federführenden Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) vor, den Mehrausgaben für die Leistungserweiterungen kein zukunftsfähiges Finanzierungskonzept gegenübergestellt zu haben. Das Gesetz lasse zu-

dem verbindliche Richtlinien zur Bemessung des zusätzlich benötigten Personalbedarfs vermissen.

### 3 Die Entwicklung der Pflege innerhalb und außerhalb der Pflegeversicherung

Die im vergangenen Absatz skizzierte Kritik an den bisherigen Reformen der Pflegeversicherung soll in die Entwicklungen der Leistungsanspruchnahme und Finanzgrundlage eingeordnet werden, da der Ruf nach Finanzierungsreformen vor allem deshalb laut wurde, weil die GPV seit ihrer Einführung für immer mehr Bedürftige aufkommt, während sie zur Mitte des vergangenen Jahrzehnts Budgetdefizite anhäuften. Wie der folgende Abschnitt zeigt, ist das Pflege-sozialversicherungsmodell jedoch mitnichten gescheitert. Vielmehr erweist es sich als finanziell erstaunlich robust und offenbart beachtliche Chancen der Weiterentwicklung (siehe 3.1). Allerdings werden diese in hohem Maße davon abhängen, wie die Politik auf soziodemografische Veränderungen (siehe 3.2) reagiert.

#### 3.1 Trends in der GPV-Leistungsanspruchnahme und Finanzentwicklung

Tatsächlich sind die gesellschaftlichen Aufgaben, die mit der GPV gelöst werden sollen, in den vergangenen Jahren erkennbar schwieriger geworden. So ist die Zahl der LeistungsbezieherInnen zwischen 1997 und 2014<sup>7</sup> insgesamt von 1,66 auf 2,57 Millionen Personen am jeweiligen Jahresende (errechnet aus den Empfängern von Pflegestufen) bzw. von 1,73 auf 2,78 Millionen Personen im Jahresdurchschnitt (errechnet aus Leistungstagen der unterschiedlichen Versorgungsarten) gestiegen (Tabelle 1 und 2). Beachtlich ist, dass der Anteil der Empfänger von Pflegegeld nicht nur prozentual stark zurückgegangen ist, sondern bis 2005 auch absolut – um erst dann wieder leicht anzusteigen: Empfangen 1997 noch rund 971.000 Personen Pflegegeld, waren es 2005 rund 11.000 weniger, und 2012 mit 1,08 Millionen zwar wieder etwas mehr. Gemessen an der

---

<sup>7</sup> Es ist sinnvoll, sich auf die Zeitspanne zwischen 1997 und 2014 zu beschränken, da die zweite Stufe der Pflegeversicherung im Juli 1996 in Kraft trat und demnach 1997 das erste statistische Regeljahr ist.

allgemeinen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit entspricht dies allerdings einem Rückgang von 56,3 auf 43,9 Prozent der GesamtleistungsempfängerInnen zwischen 1997 und 2012. Nur bedingt durch die Reform der Berücksichtigung von Betreuungsbedarfen, welche in der häuslichen Umgebung gut zu decken sind, gab es diesbezüglich bis 2014 eine statistische Konsolidierung (1,25 Millionen Personen bzw. 45,1 Prozent). Dem gegenüber ist der Anteil der EmpfängerInnen kostenintensiver Sachleistungen zunächst gestiegen, um auf 5,3 Prozent im Jahre 2014 zurückzufallen. Nutznießer dieser jüngeren Entwicklung sind die Kombinationsleistungen, deren Anteil von 9,1 auf mittlerweile 15,1 Prozent geklettert ist, sowie innerhalb der sonstigen Leistungen die Urlaubs- und die teilstationäre Tages- und Nachtpflege.

Diese Zahlen erlauben zweierlei Schlüsse:

- Zum einen, dass das Ziel der Förderung des informellen Bereichs durch finanzielle Anreize verfehlt wurde. Dies wird auch deutlich, wenn man annimmt, dass in der häuslichen Pflege die Versorgung *grundsätzlich* über Angehörige oder andere Bezugspersonen zu organisieren ist, und unter Ausschluss der vollstationären Pflege konstatiert, dass der Anteil der Geldleistungen an der ambulanten Pflege zwischen 1997 und 2014 von 76,9 auf 62,2 Prozent geschrumpft ist.
- Zum anderen lässt die zunehmende Relevanz der Kombinationsleistungen sowie teilstationärer oder Urlaubs-Pflege darauf schließen, dass die Pflegepersonen zwar vielfach *versuchen*, Pflege im Privatumfeld der Bedürftigen zu organisieren, aber oft nicht in der Lage sind, die Verantwortung alleine zu tragen – also ergänzend Pflegedienste und/oder Urlaubsvertretung in Anspruch nehmen.

Weniger Sorge ist mit Blick auf die vollstationäre Pflege geboten. Da ihr Anteil zwischen 1997 und 2014 von 26,9 auf 27,5 Prozent der Gesamtzahl der LeistungsempfängerInnen stieg, ist zwar die intendierte Verhinderung eines „Heimsogs“ zunächst nur bedingt geglückt. Andererseits wurde der Scheitelpunkt von 2007 (31,4 Prozent) mittlerweile deutlich über- bzw. der Wert von damals wieder unterschritten; wenngleich dies auch der umfangreicheren Berücksichtigung von Betreuungsbedarfen (im ambulanten Segment) geschuldet ist.



**Tabelle 1:** GPV-LeistungsempfängerInnen im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten

Jahr	Leistungs- empfänger insgesamt/ in Prozent	Ambulante und teilstationäre Pflege				Vollstationäre Pflege**
		Pflegegeld- Leistungen	Pflegesach- Leistungen	Kombina- tions- Leistungen	Sonstige Leistungen*	
<b>1997</b>	1.725.000	970.775	119.167	157.390	14.397	463.270
	100,0	56,3	6,9	9,1	0,8	26,9
<b>2002</b>	1.971.638	977.327	165.679	205.322	30.604	592.706
	100,0	49,6	8,4	10,4	1,6	30,1
<b>2007</b>	2.102.116	986.294	184.280	217.724	53.474	660.344
	100,0	46,9	8,8	10,4	2,5	31,4
<b>2012</b>	2.449.383	1.075.835	129.489	380.186	140.367	723.506
	100,0	43,9	5,3	15,5	5,7	29,5
<b>2014</b>	2.782.136	1.253.745	148.674	420.950	193.976	764.791
	100,0	45,1	5,3	15,1	6,9	27,5

Anmerkung: Errechnet aus Leistungstagen. Die Gesamtzahl der LeistungsempfängerInnen und die kumulierten Werte der nach Leistungsformen aufgeschlüsselten Empfängerzahlen weichen teilweise geringfügig voneinander sowie von den Zahlen in Tabelle 2 mit Angaben zu der Gesamtzahl der Leistungsempfänge am Jahresende nach Pflegeform und Pflegestufen ab. Dies ist mit Mehrfachzählungen aufgrund gleichzeitiger Inanspruchnahme mehrerer Leistungen zu erklären. \*Urlaubspflege, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege. Urlaubs-/Kurzzeitpflege sind nicht Teil der stationären Leistungen, da sie die häusliche Pflege nur ergänzen oder vorübergehend ersetzen. \*\*Inklusive vollstationärer Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Quelle: Eigene Berechnung und Zusammenstellung nach BMG (2016)

**Tabelle 2:** GPV-LeistungsempfängerInnen am Jahresende nach Pflegestufen

Jahr	Leistungs- empfänger insgesamt/ in Prozent	Ambulante und teilstationäre Pflege					Vollstationäre Pflege				
		Gesamt		Stufe I	Stufe II	Stufe III	Gesamt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	
<b>1997</b>	1.659.948 100,0	1.197.677 100,0	568.481 47,5	486.263 40,6	142.933 11,9	462.271 100,0	159.383 34,5	189.702 41,0	113.186 24,5		
<b>2002</b>	1.888.969 100,0	1.289.152 100,0	725.993 56,3	435.924 33,8	127.235 9,9	599.817 100,0	230.383 38,4	249.600 41,6	119.834 20,0		
<b>2007</b>	2.029.285 100,0	1.358.201 100,0	804.628 59,2	426.855 31,4	126.718 9,3	671.084 100,0	273.090 40,7	266.222 39,7	131.772 19,6		
<b>2012</b>	2.396.654 100,0	1.667.108 100,0	1.043.065 62,6	483.159 29,0	140.884 8,5	729.546 100,0	313.280 42,9	273.733 37,5	142.533 19,5		
<b>2014</b>	2.568.936 100,0	1.818.052 100,0	1.145.958 63,0	522.218 28,7	149.876 8,2	750.884 100,0	321.215 42,8	280.733 37,4	148.936 19,8		

Quelle: Eigene Zusammenstellung nach BMG (2016)

Hinzu kommt, dass bezüglich der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegestufen ein starker Zuwachs vor allem in Pflegestufe I zu verzeichnen ist und der Anteil der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen aus Stufe II und III in allen

Versorgungs-Settings zurückging. So ist die Zahl der häuslichen Stufe-I-Bedürftigen zwischen 1997 und 2014 von 568.000 auf 1,1 Millionen Personen gestiegen. Ihr Anteil an der ambulanten Pflege machte 2014 bereits 63,0 Prozent aus (gegenüber 47,5 Prozent 1997). Die Zahl der entsprechend stationär Bedürftigen hat sich im gleichen Zeitraum ebenfalls verdoppelt. Somit betrug der Anteil der Pflegestufe I an der vollstationären Pflege 2014 bereits 42,8 Prozent (gegenüber 34,5 Prozent 1997). Dies ist ein Indiz dafür, dass zunehmende Pflegebedürftigkeit

- einerseits Bedarfe (vor allem von Hochbetagten) schafft, die stationär in „Rundum-Versorgung“ gedeckt werden müssen, aber
- andererseits diejenigen Unterstützungsbedarfe zunehmen, denen von Angehörigen und Bekannten im häuslichen Umfeld grundsätzlich nachgekommen werden *könnte* – sofern Politik die hierfür notwendigen Rahmenbedingungen entwickelt.

Letzteres lässt sich argumentieren, wenn man neben dem niedrigeren Unterstützungsbedarf, wie er aus der Pflegestufen-Verschiebung abgeleitet werden kann<sup>8</sup>, konstatiert, dass die informellen Ressourcen aufgrund von soziodemografischen Trends zwar tendenziell abschmelzen (ausführlich 3.2), aber sich die familiäre Generationensolidarität ebenso wie das Freiwilligenengagement in der Bundesrepublik weitgehend stabil auf international überdurchschnittlichem Niveau bewegt (Mahne/Motel-Klingebiel 2010; Kohli/Künemund 2013; BMFSFJ 2010). Nach dieser Interpretation kollidiert eine durchaus ausgeprägte Bereitschaft zur Pflege mit den hierfür konstitutiven politischen, ökonomischen und kulturellen Opportunitätsstrukturen (Zok 2011; Preuß 2014).

---

<sup>8</sup> Dies setzt voraus, dass sich die Begutachtungspraxis des MDK im betrachteten Zeitraum nicht verändert hat, was angesichts der nicht erfolgten Re-Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (und abgesehen von erweiterten Prüftatbeständen für zusätzliche Betreuung) angenommen werden kann. Allerdings muss eingeschränkt werden, dass die Gutachten Pflegebedarf nur begrenzt objektiv und differenziert feststellen können, da sie – wenn auch auf der Grundlage wissenschaftlich fundierter Kriterien – soziale Interaktionen darstellen, die von den Wahrnehmungen, Werten, Rollenerwartungen, Deutungsmustern und Interaktionskompetenzen der Beteiligten geprägt sind. Dadurch kommen mitunter beträchtliche Selektionsmechanismen in Gang, die nach Simon (2004) z. B. zu einer signifikant häufigen Ablehnungsquote bei Anträgen alleinstehender älterer Frauen führen. Überdies wird die Begutachtung auf Basis des derzeit gültigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs den Unterstützungsbedarfen bei kognitiven Beeinträchtigungen oder spezifischen Bedarfskonstellationen, etwa von Personen mit einem besonderen nächtlichen Versorgungsaufwand, nur bedingt gerecht (Wingenfeld/Gansweid 2013).

Der sinkende Anteil der PflegegeldempfängerInnen schlägt auch finanziell zu Buche: Wurden 1997 noch 4,32 Milliarden Euro für Geldleistungen gezahlt, waren es im Jahre 2007 rund 300 Millionen Euro weniger, und erst durch die Leistungserhöhungen und den Anstieg der Geldleistungsempfänger in den unmittelbar vergangenen Jahren hat das Ausgabenniveau 5,94 Milliarden Euro im Jahre 2014 erreicht. Ähnlich bildet sich die Kostenzunahme durch leistungsrechtliche Modifikationen im Posten Sachleistungen ab, wobei hier trotz rückläufiger absoluter Empfängerzahlen seit 2007 ein ähnlicher Zuwachs (von nahezu der Hälfte des Werts von 2007) wie bei den Geldleistungen (deren absolute EmpfängerInnenzahl gestiegen ist) stattgefunden hat bzw. der Budgetposten bei nur moderater Zunahme ausschließlicher Sachleistungen seit 1997 mittlerweile doppelt so „teuer“ ist. Eine Erklärung hierfür ist die Verschiebung in Kombinationsleistungen, die in der Statistik den Geld- und Sachleistungen zugerechnet werden – und offenbar zu weiten Teilen Sachleistungen sind (wie auch die seit Jahren stagnierenden Ausgaben für die soziale Sicherung der Pflegepersonen nahelegen) –, sowie, dass professionelle Versorgung in der gleichen Pflegestufe bis zu 2,5-mal höhere Kosten produziert.

Damit wäre unterstrichen, dass das Pflegegeld in seiner Relevanz abnimmt und häusliche Pflege verstärkt als Mix organisiert wird, in dem wesentliche Anteile des Aufwands professionell erledigt werden, wie auch, dass der Bedeutungsgewinn der Sach- und Kombinationsleistungen „teuer“ eingekauft wird. Allerdings kann der Kostenanstieg in der ambulanten Versorgung angesichts der Verschiebung in Pflegestufe I noch als durchaus moderat bezeichnet werden. Demnach ist Häcker/Raffelhüschen (2007: 392) zwar zuzustimmen, dass „zwei Formen der Verschiebung im Inanspruchnahmeverhalten stattgefunden [haben], die beide zu einem höheren Ausgabeneffekt führen“, nämlich „einerseits die Umschichtung von den ‚günstigen‘ Geld- hin zu den ‚teureren‘ Sachleistungen und damit von der informellen zur professionellen ambulanten Pflege und andererseits die Umschichtung von der vergleichsweise ‚günstigeren‘ ambulanten zur ‚teureren‘ stationären Pflege“. Aktuell relativiert sich die Diagnose aber insofern, als eine dritte Verschiebung (von den „teuren“ Stufen II und III in die „günstigere“ Stufe I) die beiden anderen Trends abfedert.

Folgerichtig gibt die Gesamtfinanzlage derzeit ein ausgesprochen freundliches Bild ab: Nachdem bis ins Jahr 2004 zunächst ein Minus von 820 Millionen Euro angehäuft wurde, führten die genannten Verschiebungen gemeinsam mit

- zusätzlichen Beiträgen von Kinderlosen,
- vorgezogenen Sozialversicherungsbeiträgen (2006<sup>9</sup>),
- allgemeinen Beitragssatzanhebungen (2008, 2013 und 2015), sowie
- konjunkturell bedingt steigenden Mitgliederzahlen

trotz Leistungserhöhungen ab 2008 zu Überschüssen in den vergangenen Jahren. Hierdurch und infolge verstärkter Zuflüsse aus den Erträgen eines als Sondervermögen angelegten Ausgleichsfonds der Pflegekassen wurde der Mittelbestand stabilisiert und betrug am Ende des Jahres 2014 rund 6,6 Milliarden Euro, oder drei Monatsausgaben – und damit weit mehr als die gesetzlich vorgeschriebene halbe Monatsausgabe.

1997	98	99	2000	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
0,80	0,13	-0,03	-0,13	-0,06	-0,38	-0,69	-0,82	-0,36	0,45	-0,32	0,63	0,99	0,34	0,31	0,10	0,63	0,46

Beitragssatzerhöhung für Kinderlose ab 2005 ↑↑ Dynamisierung ↑↑

Änderung der Sozialversicherungsbeitragsfähigkeit ↑↑      Dynamisierung ↑↑

Allgemeine Beitragssatzanhebung um 0,25 Prozent am 1.7.2008 ↑↑      Dynamisierung ↑↑

Allgemeine Beitragssatzanhebung um 0,1 Prozent am 1.1.2013 – Einführung der „Pflegestufe 0“ ↑↑

**Abbildung 1:** Überschuss/Defizit von Einnahmen und Ausgaben der GPV

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Rothgang 2012b; BMG 2016

Allerdings geht die vergleichsweise günstige Finanzsituation einerseits auf Faktoren zurück, die pflegeversicherungspolitisch kaum zu beeinflussen sind (Gesundheits- und Arbeitsmarktentwicklung), sowie andererseits auf gesetzgeberische Interventionen (Anhebung der Beitragssätze) und „Nicht-Entscheidungen“ (mangelnder Inflationsausgleich bis 2008), für die angesichts steigender Pflegefallzahlen und der mittlerweile über Parteigrenzen hinweg geteilten Einsicht in die Notwendigkeit regelmäßiger Leistungsanpassungen (Dynamisierung) zukünftig weniger Spielraum besteht. Im Resultat sind umso höhere Kostensteigerungsraten zu erwarten, je weniger BürgerInnen vom Pflegegeld überzeugt werden können.

<sup>9</sup> Im Januar 2006 wurde der Einzug der Sozialversicherungsbeiträge vom 15. des Folgemonats auf den drittletzten Bankarbeitstag des Monats vorgezogen. Dadurch wurden im Kalenderjahr 2006 inklusive des Beitrags für Dezember 2005 insgesamt 13 Monatseinnahmen erzielt.

## 3.2 Soziodemografischer Wandel und Veränderung informeller Pflege-Arrangements

Befürchtungen erheblicher Kostensteigerungen infolge der abnehmenden Relevanz informeller Pflege erscheinen besonders vor dem Hintergrund der soziodemografischen Entwicklungen und Veränderungen häuslicher Pflege-Arrangements angebracht, die erhebliche Zweifel daran nähren, dass der Pflegebedarf zukünftig in traditionellen Formen gedeckt werden kann. So wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen im Zuge höherer Lebenserwartung bis ins Jahr 2050 je nach Hochrechnung um rund 80 bis 100 Prozent auf einen Wert zwischen 4,5 und 5 Millionen erhöhen (Hackmann/Moog 2009; Hagen/Lamping 2011; Raffelhüschen/Vatter 2011; Rothgang et al. 2013). Umgekehrt ist ohne politische Maßnahmen nicht davon auszugehen, dass sich der Rückwärtstrend im informellen Versorgungssegment der Pflegeversicherung (Pflegegeld) umkehrt. Eher das Gegenteil steht zu befürchten, da die informelle Pflege bislang überwiegend von Ehepartnerinnen und (Schwieger-)Töchtern geleistet wird, deren Verfügbarkeit aufgrund von sich ändernden Familienstrukturen und Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt abnimmt (Schneekloth 2006; Rothgang et al. 2012):

- Zunächst ist die Zahl der Geburten innerhalb der vergangenen 50 Jahre erheblich zurückgegangen. Die Geburtenziffer ist dadurch von dem für die gesellschaftliche Reproduktionsfähigkeit benötigten Niveau von 2,1 Kindern pro Frau weit entfernt, von denen nur rund die Hälfte weiblich – und demnach statistisch „pflegeaffin“ – ist (Luy/Pöttsch 2010; Peuckert 2012; Destatis 2015a). Auch ist die lebenslange Ehe mit Kindern und gemeinsamer Haushaltsführung nicht mehr die dominierende Form des Zusammenlebens. So konnte sich der Anteil von Eheschließungen und Scheidungen an den Gesamteinwohnern Deutschlands zwar innerhalb der vergangenen Dekade konsolidieren, jedoch hat sich die Zahl der Neu-Ehen verglichen mit dem Niveau Mitte des vergangenen Jahrhunderts halbiert, während sich die Zahl der Scheidungen verdoppelt hat (Meyer 2008; Destatis 2015b). Misst man die Zahl der Scheidungen mit der „speziellen Scheidungsziffer“ an den bestehenden Ehen, werden heute rund 20 Prozent mehr Ehen geschieden als Mitte der 1990er Jahre (Krack-Roberg 2011). Zunehmend werden Ehen auch spät geschieden, d. h. mitunter just vor der Phase, in der Bedürftigkeit des Partners eintritt. Da die emotionalen Ansprüche an Partnerschaften gestiegen und die (wahrgenommenen) Zwänge durch gesellschaftliche Konventionen gesunken sind, wodurch die Scheidungsdiskretion und die Partnerfluktuation zugenommen haben, ist die Abwesenheit pflegender

Partner im Alter heute wahrscheinlicher als noch vor 30 Jahren (Meyer 2008; Peuckert 2012).

- Ein weiterer Faktor ist die steigende Frauenerwerbsbeteiligung seit Ende der 1990er Jahre. Zwar ist die Erwerbstätigenquote in den vergangenen Jahren allgemein gestiegen, allerdings mit Unterschieden zwischen Frauen und Männern: So ist der Anteil der Erwerbstätigen zwischen 2005 und 2012 bei den Männern von 75,6 auf 81,8 Prozent und bei den Frauen von 63,1 auf 71,5 Prozent geklettert (Destatis 2013). Noch deutlicher wird das Bild, wenn die gesamte vergangene Dekade betrachtet wird: Nach Informationen der Bundesagentur für Arbeit (2012), die zusätzlich die 15- bis 19-jährigen berücksichtigen, ergab sich zwischen 2000 und 2010 ein Anstieg von 72,8 auf 75,9 Prozent bei den Männern und von 57,7 auf 66,0 Prozent bei den Frauen. Hinzu kommt, dass die steigende Mobilität am Arbeitsmarkt die geografische Verfügbarkeit beeinträchtigt. Durch die steigende Erwerbsorientierung sind Frauen zudem nicht nur weniger bereit, Pflegerollen zu übernehmen, sondern drängen mit qualifizierten Ausbildungs- und Studienabschlüssen auf den Arbeitsmarkt und werden dort auch verstärkt nachgefragt (BMAS 2011; Peuckert 2012).

Die gesammelten Erkenntnisse lassen bereits vermuten, dass sich die Pflege- und Unterstützungs-Arrangements in Deutschland vom Prototypen der intensiv pflegenden Tochter oder Ehefrau zunehmend in *komplexere Verantwortungs-Mixturen* verschieben, in denen – siehe Abschnitt 3.1 – verstärkt professionellen Dienstleistern die Hauptpflegeverantwortung zukommt und wegen der Beschränkungen des professionellen Bereichs sowie geringerer Verfügbarkeit traditioneller (Familien-)Ressourcen eine heterogenere Mischung aus Angehörigen und nichtfamiliären Helfern (ergänzend) zum Zuge kommt. Hiervon künden auch Erhebungen zur informellen Pflege: So hat die Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ zwar gezeigt, dass es sich bei den *Hauptpflegepersonen* zu Beginn des Jahrtausends im weit überwiegenden Fall (92 Prozent) um Familienangehörige, insbesondere EhepartnerInnen und Töchter, handelte (Schneekloth 2006). Während allerdings der Anteil pflegender Ehepartner zwischen 1991 und 2002 von 37 auf 28 Prozent zurückgegangen ist, hat sich der Anteil der HelferInnen aus dem nachbarschaftlichen und freundschaftlichen Umfeld von 4 auf 8 Prozent verdoppelt, und bei Personen mit Hilfebedarf außerhalb des SGB XI betrug er 2002 bereits 12 Prozent (1991: 7 Prozent). Werden nicht ausschließlich die Hauptpflegenden betrachtet, sondern alle an der Pflege sowie an Haushaltshilfen und Schreiarbeiten Beteiligten außerhalb des Haushalts der Unterstützten, kann mit dem *Survey of Health*,

*Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) für Deutschland im Jahre 2006 konstatiert werden, dass sich bereits rund 28 Prozent der Befragten um Personen außerhalb der Familie und 72 Prozent um nahe Angehörige kümmerten (Kehl/Stahlschmidt 2016). Für die Verdrängung der (weiblichen) Angehörigenpflege durch Formen gemischter Verantwortung spricht auch, dass nach Erkenntnissen des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) die Zahl der Deutschen, die regelmäßig mit der Betreuung Pflegebedürftiger betraut sind, zwischen 2001 und 2010 von 3,1 auf 4,3 Millionen Personen gestiegen ist (Rothgang et al. 2012). Stellt man die Zahlen der Pflegestatistik gegenüber, haben im Jahre 2010 durchschnittlich vier Personen eine Pflegegeldempfängerin oder einen Pflegegeldempfänger unterstützt, während es 2001 noch 3,2 Personen waren. Dies kann damit erklärt werden, dass zunehmend nicht-familiäre (auch männliche) Unterstützungspersonen mit einem verhältnismäßig geringen Engagement ergänzend hinzugezogen werden (müssen) (Schneekloth 2006; Kehl/Stahlschmidt 2016).

Vor dem Hintergrund der Entwicklung absoluter *und* relativer Pflegebedürftigkeit (d. h. einer Polarisierung bei den stationär Versorgten wie auch bei Personen, die grundsätzlich von Laien zuhause versorgt werden können) erscheint es zunächst paradox, dass die Statistik einerseits eine positive Entwicklung der Unterstützungsbedarfe nachzeichnet – also mehr Menschen prinzipiell außerhalb der professionellen Strukturen versorgt werden *könnten* –, aber der GPV-Bereich der informell pflegenden Geldleistungsempfänger zunehmend erodiert. Mit Blick auf die Entwicklungen innerhalb der Familien, auf dem Arbeitsmarkt und in der informellen Pflege zeigt sich allerdings, dass hergebrachte Vorstellungen von Sorgearbeit zukünftig kaum aufrecht zu erhalten sind und bereits heute von der Realität neuer Pflege-Arrangements eingeholt werden. Veränderte Rollen- bzw. Verantwortungszuweisungen und die Beteiligung von mehr Helfern an der Pflege haben jedoch den Bedeutungsverlust des informellen Segments in der GPV nicht verhindern, sondern bestenfalls bremsen können.

Offenkundig ist in Zweifel zu ziehen, dass die veränderten Opportunitätsstrukturen für häusliche Pflege mit dem Pflegegeld hinreichend zu beeinflussen sind und die intendierte Förderung der informellen Pflege primär mit Geldtransfers erreicht werden kann. Um die Nachhaltigkeit der Pflege langfristig zu sichern, bleiben Reformen der Pflegeversicherungs-Finanzierung *oder* Modifikationen an den rechtlichen Grundlagen der Inanspruchnahme von Leistungen unausweichlich, um

- die Funktionsfähigkeit des kostenintensiven professionellen Versorgungsapparats langfristig sicherzustellen *oder*
- entsprechenden Ausgabensteigerungen durch die vergleichsweise kostengünstige informelle Pflege (Pflegegeldleistungen) vorzubeugen.



Diese beiden Aspekte werden im nächsten Abschnitt 4, auch mit Blick auf ihre Umsetzbarkeit und Synergien, ausführlich behandelt.

## **4 Von der defizit- zur potenzialorientierten Pflege: Argumente (und Instrumente) für einen politischen Strategiewechsel**

Die Stärkung der informellen Pflege kann nicht nur einer nachhaltigen Finanzierung der GPV dienen, sondern angesichts einer Neubestimmung pflegepolitischen Handelns zur Auflösung eines Konflikts zwischen Finanzierung und *Legitimität* beitragen: Während Teilkasko-Prinzip und Pflegedefinition dazu geführt haben, dass Pflege- und Unterstützungsbedarfe von vielen Bürgern als private Risiken wahrgenommen werden, zieht eine professionell ausgerichtete Sozialversicherungslösung angesichts absehbarer Kostenzuwächse bei einem weitgehend unveränderten Leistungsportfolio nicht nur die Akzeptanz bei Beschäftigten und Arbeitgebern in Zweifel, sondern läuft an den Wünschen zahlreicher Betroffener vorbei. Dagegen leisten informelle Arrangements in der eigenen Wohnung am ehesten das, was gemeinhin als „Pflege der Wahl“ von den Bedürftigen gewünscht wird (4.1). Eine kritische Evaluation der politischen Instrumente zur Förderung der informellen Pflege erscheint deshalb angebracht (4.2).

### **4.1 Vom Zusammenhang zwischen Finanzierung, Versorgung und Legitimität**

Bereits während der Verhandlungen zur Pflegeversicherung in den 1990er Jahren wurde die demografische Entwicklung als Argument von den Gegnern der Sozialversicherung ins Feld geführt. Es verwundert deshalb kaum, dass in Fachdebatten seitdem zahlreiche Reformvorschläge unterbreitet wurden. Diese sahen das Hauptproblem der Pflegeversicherung in ihrer langfristigen Finanzierbarkeit, wenn sie bei weitgehend stabilen Ordnungsprinzipien für mehr Anspruchsberechtigte aufkommen soll.

Allein die Lösungen gingen in verschiedene Richtungen; einerseits Modelle, die für den Umstieg in die Kapitaldeckung warben (BMGS 2003; Häcker/Raffelhüschen 2004, 2007; Arentz et al. 2011; Häcker et al. 2011), andererseits Bürgerversicherungslösungen, die mit einer Ausdehnung der gesetzli-

chen Versicherungspflicht und der zu berücksichtigenden Einkommensarten eine Sozialisierung der Risiken ins Spiel brachten (Lauterbach et al. 2005; Rothgang et al. 2011; Groß/Bieback 2013). Gemeinsam ist den Konzepten, dass sie auf der Basis von Projektionen über die Pflegefallzahlenentwicklung und aus der Perspektive des leistungsrechtlichen *Status quo* (zum Teil unter Annahmen über Dynamisierungseffekte oder Karenzzeiten) Wege suchen, wie der benötigte Finanzbedarf zukünftig aufgebracht und die entstehende Belastung verteilt werden können.

Allerdings fußen die angebotenen Problemlösungen auf einer Gleichung mit vielen Unbekannten, da unzureichende Erkenntnisse über den Einfluss der steigenden Lebenserwartung auf die Unterstützungsbedarfe, Pflegeverläufe und die Inanspruchnahme von Leistungen vorliegen.<sup>10</sup> Dies zeigt ein Blick in die Sammlung von Hochrechnungen der vergangenen zwei Dekaden, die als Lehrstück über den Nutzwert entsprechender Prognosen erscheint. So wurden um die Jahrtausendwende Pflege-Fallzahlen für 2040 angenommen, die heute bereits übertroffen sind oder das Ausmaß angesichts aktuellen Wissens zumindest unterschätzt haben (Rothgang/Vogler 1997; BMGS 2003). Umgekehrt wurden Szenarien formuliert, wonach ein „Super-GAU“ (Raffelhüschen in Spiegel Online vom 7. April 2005) und bis 2050 gar eine „Verdreifachung der Transferempfänge“ (derselbe im Deutschlandfunk vom 1. August 2005) drohe. Dräther/Hollmanoharan (2009) haben in diesem Kontext darauf hingewiesen, wie anfällig die Schätzungen für Variationen ihrer zentralen Determinanten sind, und dass je nach Annahmen zur Lebenserwartung, Fertilität, Pflegeprävalenz usw. Werte zwischen 2,4 und 4,8 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2050 entstehen. Angesichts dessen ist die Zukunft offenbar nur *bedingt berechenbar*, da statistische Modelle politische Interventionen, Bedarfsentwicklungen und die Inanspruchnahme von Leistungen nur spekulativ einbeziehen können.

Ein weiteres Problem ist, dass die Reformmodelle bemerkenswerte Restrukturierungen der hergebrachten Pflegesozialversicherung verlangen. Aufgrund von Koalitionszwängen und heterogenen Interessen im Politikfeld Pflege

---

**10** Laut der Kompressionsthese sorgen medizinisch-technischer Fortschritt sowie ein gesünderer Lebensstil dafür, dass Pflegebedarfe bei höherer Lebenserwartung abnehmen und auf eine kürzere Phase vor dem Tode reduziert werden. Dagegen besagt die Medikalisierung- bzw. Expansionsthese, dass das Zeitfenster verstärkter Krankheiten und Abhängigkeiten größer wird und die Pflegewahrscheinlichkeit zunimmt (Dietz 2002). Verfügbare Daten untermauern eher die zweitgenannte Variante: Demnach dehnen sich mit der gestiegenen Lebenserwartung auch die Jahre in Pflegebedürftigkeit aus (Unger et al. 2011). In der Krankenversicherung gibt es außerdem Anzeichen dafür, dass längere Gesundheit erst durch umfangreichere Versorgung erzielt wird, weshalb selbst eine Kompression höhere Kosten produziere (Niehaus 2012).

– mit den Verbänden der öffentlichen, freigemeinnützigen und privatgewerblichen Pflegedienstleister, den Kassen, Sozial- und Betroffenenverbänden, Pflegeberufsverbänden, Gewerkschaften, Arbeitgebern und zwei konkurrierenden Parteifamilien, die je stärker eine Privatisierung (CDU/CSU) oder Sozialisierung (SPD) favorisieren – erscheint der hierfür nötige Systemwechsel höchst unwahrscheinlich. Bereits die Einführung der GPV, die nach Meinung des federführenden Ministers Norbert Blüm „Zugeständnisse von allen Seiten“ verlangt hat (BT-Plpr. 12/223: 19279), war ein Paradebeispiel für die institutionellen Zwänge des „Staates der Großen Koalition“ (Schmidt 2011: 273). Anschließend vermochte es keine der Regierungen unterschiedlicher Couleur, über Beitragssatzanhebungen hinaus weitreichende Finanzierungsreformen zu verabschieden. Da diese basale Gerechtigkeitsvorstellungen und ökonomische Interessen berühren, fallen sie oft politischer Pfadabhängigkeit zum Opfer (Pierson 2000; Rothgang 2007; Hagen/Lamping 2011; Kehl 2016). Es ist deshalb zielführender, zu analysieren, wie die begrenzten Mittel *effektiver und effizienter* eingesetzt werden können – etwa über die Mobilisierung von Ressourcen im sozialen Nahraum der Bedürftigen, die in der professionellen Versorgung teuer zu bezahlen sind. Anstelle defizitorientierter Interpretationen von Pflege als „Konsumakt“ verbindet sich damit eine *potenzialorientierte* und *investive* Sichtweise, der es nicht nur um ökonomische Argumente oder etwa Substitution durch die Bürgerinnen und Bürger, sondern um eine Ermöglichungsstrategie im Sinne der Betroffenen geht.

Die skizzierten Reformvorschläge sind im Zusammenhang mit der Vertrauens- und Legitimationskrise der Sozialversicherung zu bewerten, deren Akzeptanz wegen wahrgenommener Ungerechtigkeiten bei finanziellen Belastungen sozialer Gruppen oder eines als unzureichend empfundenen Risikoschutzes leiden kann (Loose 2001; Kaufmann 2009). Auf Letzteres wurde bereits im Kontext zusätzlicher Betreuungsleistungen und der Diskussionen um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verwiesen. Die zwei Debattenstränge werden in der Pflege intensiv geführt und berühren sich: Finanzierungsdiskussionen, die bis zur Mitte des vergangenen Jahrzehnts den öffentlichen Diskurs nahezu „monopolisiert“ haben, konzentrieren sich auf den hergebrachten Mix aus professioneller Versorgung und Geldtransfers; sie gehen allerdings zunehmend auch auf leistungsrechtliche Modifikationen ein. Debatten über leistungsrechtliche Reformen – die *pflegeversicherungsbezogene* Anliegen teilweise überschreiten – insistieren nach anfänglicher Ablendung der Finanzierung verstärkt auf die durch informelle Unterstützung erzielten Synergien im Sinne einer besseren Berücksichtigung der Bedürfnisse von Betroffenen bei gleichzeitiger Entlastung der Pflegekassen.

Es wurde gezeigt, dass der Gesetzgeber die Pflegeversicherung durch Zusatzleistungen bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf zunehmend für Unterstützung bei kognitiven Beeinträchtigungen geöffnet hat und ab 2017 weiter öffnen wird. Davon abgesehen stellt sich die Frage des Risikoschutzes im Hinblick auf Bedarfe, die der Pflege im engeren Sinne *vorgelagert* sind. So werden alltagsunterstützende Hilfen z. B. bei Einkäufen, Haushalts- und Handwerksarbeiten oder Behördengängen vielfach als notwendige Bestandteile der Sorgearbeit wahrgenommen, aber im Rahmen der Pflegeversicherung nicht berücksichtigt. So ergab eine Repräsentativbefragung von TNS Emnid (2007), dass sich nur 30 Prozent der Personen, die ein Familienmitglied pflegen, von der Politik und Gesellschaft stark oder „angemessen“ unterstützt fühlen. Laut einer Allensbach-Studie teilen lediglich 10 Prozent der Bevölkerung die Meinung, „dass man mit der Pflegeversicherung im Pflegefall ausreichend abgesichert ist“ (IfD Allensbach 2009: 31; einer Versicherten-Umfrage der AOK zufolge sagt dies immerhin jeder Fünfte; Zok 2011). Hierbei werden Unterstützungsleistungen im vorpflegerischen Bereich und soziale Teilhabestrukturen angemahnt, die vom Sozialrecht nach verbreiteter Meinung bislang unzureichend in den Blick genommen werden (Kehl 2016). Dabei ist *ein* Problem, dass mangelnde Unterstützung oft über Schwarzarbeit kompensiert wird, bei der die Sicherung der Versorgungsqualität weder juristisch noch praktisch möglich ist (Dettbarn-Reggentin/Reggentin 2004). Ein *anderer* Aspekt ist derjenige der Prävention: So stehen ergänzende Hilfen, die das SGB-XI-Leistungsrecht überschreiten, im Verdacht, positiv auf selbstbestimmte Lebensführungschancen, Gesundheit und Pflegeverläufe zu wirken, und somit höheren Pflegebedarf mitsamt seinen finanziellen Folgen zu verzögern oder zu vermeiden.

Wie wir aus der Literatur wissen, möchten ältere Menschen möglichst lange in der eigenen Wohnung anstatt in einem Heim mit professioneller Unterstützung leben. Dabei sind die Ablehnung von Passivität und der Wunsch nach Autonomie zentrale Faktoren, wohingegen ein aktives Altern inklusive der Aufrechterhaltung sozialer Kontaktnetzwerke nachweislich positiv auf die Gesundheit, Lebenszufriedenheit und das Auftreten pflegebedingter Abhängigkeit wirken kann (u.a. Baker et al. 2005; Kruse 2006, 2012; Philippson 2007; Wahl/Oswald 2010; Generali Zukunftsfonds 2012). Häufig trifft jedoch der Wunsch nach Eigenständigkeit auf die Wirklichkeit physischer Fragilität und Hilfebedürftigkeit; d. h. die Positiveffekte des Alterns im vertrauten Umfeld gehen mit logistischem und koordinativem (Mehr-)Aufwand einher, der nicht mehr selbstverständlich von Familienmitgliedern übernommen wird (siehe Abschnitt 3.2). Um dennoch Hilfe zu gewährleisten, werden intensiv Wohn- und Versorgungskonzepte wie Nachbarschafts- und Hausgemeinschaften, Mehrge-

nerationen-Wohnprojekte und sogenannte „Alten-WGs“ diskutiert und erprobt, die eine Verzahnung der professionellen mit familiären, nachbarschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Unterstützungsleistungen im lokalen Nahraum garantieren sollen, und denen beachtliche präventive und alltagsunterstützende Potenziale bescheinigt werden (Kremer-Preiß/Stolarz 2003; Kricheldorf 2008). Eine Kontrollgruppenstudie über den sozioökonomischen Mehrwert moderierter Nachbarschaften hat gezeigt, dass Infrastrukturen, die soziale Kontakte verdichten und informelle Hilfenetzwerke aktivieren, signifikant bessere Gesundheitsindikatoren, einen verzögerten Pflegebedarf und geringere Kosten zutage fördern (Kehl/Then 2013).

Nach neuesten Zahlen können sich 44 Prozent der Deutschen im Alter von 65 bis 85 Jahren vorstellen, in einer Mehrgenerationensiedlung oder in einer Wohngemeinschaft zu leben (Generali Zukunftsfonds 2012). Folgerichtig erkennen auch Experten „erheblichen politischen Handlungsbedarf“ und sehen „keine Alternative“ dazu, „Unterstützungsnetzwerke aufzubauen und das nahe Wohnumfeld als Pflege- und Kontaktpunkt bei Bedarf zu nutzen“ (Heinze 2012: 313, 315; ähnlich eine Sachverständigengruppe um Rothgang in: Bertelsmann Stiftung 2012). Indem er die Problemlösungsfähigkeit des informellen Bereichs akzentuiert und Prävention und Selbstständigkeit für die Gewinnung „aktiver Jahre“ in Anschlag bringt, nimmt dieser potenzialorientierte Blick einen anderen Ausgangspunkt als Finanzierungsreform-Debatten (Kruse 2006). Sein Erfolg hängt allerdings von – bislang erst sporadisch getätigten – Investitionen in Infrastrukturen ab, die darauf hinwirken, dass ältere Menschen *später* und/oder *weniger* Unterstützung durch professionelle Dienste benötigen (Kehl/Then 2013).

Die Ausführungen in den Abschnitten 2 und 3 haben gezeigt, dass die Kosten der Pflege im Wesentlichen von zwei Faktoren abhängen: von der Schwere der Pflegebedürftigkeit und dem „Pflege-Setting“ (informell vs. professionell – ambulant vs. stationär). In diesem Sinne kann eine potenzialorientierte Strategie entlastend wirken, wenn Versicherungsleistungen infolge psychosozialer Einbindung, besserer Gesundheit und nachbarschaftlicher Unterstützung später und/oder in geringerem Umfang abgerufen werden und Angehörige aufgrund geringerer Belastungen in die Lage versetzt werden, professioneller Versorgung durch eigene Beiträge vorzubeugen (siehe 3.2). Zudem könnte der sich verschärfende Pflege-Fachkräftemangel durch gebremste Nachfrage gelindert werden (Hämel/Schaeffer 2013). Wenn die Legitimationskrise der Sozialversicherung in der verbreiteten Wahrnehmung begründet liegt, dass die gesetzliche Risikoabsicherung unzureichende Leistungen bei zu hohen Beiträgen bietet, kann die Stärkung der informellen Pflege durch ihre Sensibilität für die Wünsche der

Betroffenen und kostensenkende Effekte zudem einen Beitrag zur Legitimität der GPV leisten. Dabei geht es vor allem auch darum, ihre *grundsätzlich* hohe Akzeptanz innerhalb der Bevölkerung und bei den Versicherten (Zok 2011) nicht dadurch zu gefährden, dass den bereits vielfach vorgenommenen und auch für die Zukunft erwartbaren Beitragssatzerhöhungen keine (wirksamen) Maßnahmen anheimgestellt werden, die der verbreiteten Sorge über das Versorgungsniveau Rechnung tragen.<sup>11</sup>

## 4.2 Instrumente zur Förderung der informellen Pflege

Angesichts tiefgreifender soziodemografischer Entwicklungen ist zu erwarten, dass sich die Abnahme der Zahl von GPV-PflegegeldempfängerInnen ohne politische Interventionen fortsetzt. Ein erweitertes Pflegeverständnis, wie es ab 2017 Grundlage der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit sein wird, und die genannten Infrastrukturen können zwar wertvolle Dienste im Sinne der Lebensqualität der Betroffenen und der Legitimität der Pflege leisten. Das Potenzial möglicher Kostenersparnisse wird jedoch erst ausgeschöpft, wenn Angehörige und weitere Bezugspersonen politisch *in den Stand gesetzt* werden, in ihren jeweiligen Lebenslagen Pflege und Unterstützung bereitzustellen. Was kann Politik in dieser Situation tun, um hinreichende Pflege vor dem Hintergrund der skizzierten Entwicklungen und der Gefahr einer Residualisierung der informell pflegenden Geldleistungsempfänger sicherzustellen, und den in Abschnitt 4.1 formulierten Ansprüchen Lebensqualität, Wirtschaftlichkeit und Legitimität gerecht zu werden?

Sofern sich weniger Personen aus dem Familienumfeld in der Lage sehen, die (Haupt-)Verantwortung der Pflege zu übernehmen, ist es fragwürdig, ob das Niveau der informellen Pflege mit den derzeitigen politischen Instrumenten – inklusive der Umstellung auf Pflegegrade ab dem nächsten Jahr – aufrechterhalten werden kann, da familiäre und nicht-familiäre Unterstützung primär mit Geld immer schwerer zu gewinnen ist. Wie wir aus der Analyse von Instrumenten zugunsten der Familienförderung wissen, ist die Wirksamkeit geringfügiger dauerhafter Leistungen (wie z. B. des Kinder- oder des ehemaligen Bun-

---

<sup>11</sup> Durch das PSG II steigt der Beitragssatz zum 1. Januar 2017 erneut (um 0,2%) an. Im Gegensatz zu früheren Beitragssatzerhöhungen soll dies der Finanzierung erheblicher leistungsrechtlicher Verbesserungen für einen Großteil der Pflegebedürftigen dienen. Der Gesetzgeber hat aber bereits angekündigt, dass damit die Beitragssätze voraussichtlich nur bis ins Jahr 2022 stabil bleiben werden.

deserziehungsgelds) besonders schwach ausgeprägt, wenn die Übernahme von Sorgeaufgaben mit hohen Opportunitätskosten – bedingt etwa durch die Aufgabe oder Reduktion von Lohnarbeit mitsamt langfristigen Effekten auf die Erwerbsbiografie – konkurriert. So führt das Kindergeld nach wie vor zum Fernbleiben vom Arbeitsmarkt, weshalb es weder zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf noch zur Verbesserung der ökonomischen Situation von Familien beiträgt (Rainer et al. 2013). Da sich ein erwerbsorientierter ebenso wie ein adaptiver Lebensstil zunehmend durchsetzt, waren dies Einsichten, die bei der Einführung der Elternzeit als zeitpolitischer Initiative und dem Ausbau der Kindertagesbetreuung als Infrastrukturpolitik Pate standen (Dingeldey 2003; Bertram et al. 2005; Klein 2013).

Ähnliches kann für das Pflegegeld als ebenfalls geringfügiger dauerhafter Leistung angenommen werden. Hier ist zunächst grundsätzlich zu hinterfragen, inwieweit Geld aus der Perspektive einer rationalen Opportunitätskostenbetrachtung Anreiz- und Steuerungswirkung in der Pflege entfaltet. Wenn angenommen wird, dass die Sorgearbeit mit der Erwerbsarbeit und gegebenenfalls weiteren Lebensvollzügen konkurriert, kann ein Pflegegeld in Höhe von momentan 244 Euro monatlich in der dominierenden Pflegestufe I (sofern ausbezahlt) die verlorenen Erträge infolge der Reduzierung regulärer Voll- oder Teilzeitbeschäftigung nicht kompensieren; verglichen mit der Betreuung von Kindern insbesondere nicht, da die wahrgenommenen Kosten der Pflege in aller Regel höher und unberechenbarer sind als in der durchaus gut planbaren und weniger belastenden Kindererziehung (Kümmerling/Bäcker 2012).

Umgekehrt wird Pflege nicht ausschließlich als Belastung und Einschränkung individueller Lebensplanung, sondern auch als bereichernd und sinnstiftend empfunden (Walker et al. 1995; Brouwer et al. 2005). Ermittelt man deshalb, welche monetäre Kompensation Pflege- und Unterstützungspersonen nach subjektiver Abwägung aller Kosten und Nutzeneffekte für eine geringfügige Intensivierung ihres Engagements geleistet werden müsste, sind nur für die im Haushalt der Bedürftigen lebenden Pflegenden (d. h. rund 30 Prozent der Deutschen) niedrige Schattenpreise zu ermitteln, wohingegen für Angehörige und freiwillig engagierte HelferInnen außerhalb des Haushalts Variationen des Einkommens keinen messbaren Anreiz darstellen (Kehl/Stahlschmidt 2016). Dies verwundert keineswegs, lehrt doch die Pflegewissenschaft, dass die drängendsten Probleme der Pflegenden mangelnde Autonomie und Rückzugsräume sind – die ausschließlich mit Geld nicht „zurückgekauft“ werden können –, während für Freiwillige die intrinsischen und gemeinwohldienlichen Motive wichtiger sind als (direkter) materieller Ertrag. Eine Bezahlung wird von Engage-

gierten sogar kritisch beurteilt, da sie hierdurch ihre Autonomie beeinträchtigt sehen (Wilson/Musick 1999; Wehner 2008).

In diesem Sinne sollte es lohnend sein, dem Instrumente-Tableau der Pflegepolitik, die sich bislang weitgehend auf das Pflegegeld konzentriert, weitere zeit- und infrastrukturpolitische Instrumente ähnlich der Familienpolitik hinzuzufügen, um durch bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie eine lokal angesiedelte Beteiligungsinfrastruktur informelle Ressourcen zu mobilisieren (Bertram et al. 2005; Bertram 2009). Eine Weiterentwicklung der Pflegezeitmodelle (etwa durch eine langfristige Lohnersatzleistung) ebenso wie eine stärkere Förderung präventiver, zivilgesellschaftlich orientierter Wohn- und Versorgungsformen – oder auch eine Neuausrichtung der 2008 nur halbherzig umgesetzten Idee von Pflegestützpunkten als Vernetzungsstellen integrierter Versorgung – könnten Schritte in diese Richtung sein. Außerdem wäre denkbar, Investitionen in nachweislich Pflege verzögernde Versorgungsformen über Zuschläge zu den GPV-Leistungsansprüchen oder in den Pflegesatzverhandlungen stärker zu berücksichtigen. Mit der jüngsten Reform wurde diese Chance vertan. An das in Vorbereitung befindliche PSG III als Förderprogramm für die Entwicklung kommunaler Versorgungsstrukturen knüpfen sich deshalb umso höhere Erwartungen.

## 5 Zusammenfassung

Gestern wie heute gilt, dass „die informelle Pflegearbeit eine ebenso zentrale wie vernachlässigte Ressource im System der Pflegesicherung [ist]“ (Schneider 2006: 514). Sie ist zentral, weil sie nach wie vor die überwiegende und präferierte Form der Versorgung inner- und außerhalb der Pflegeversicherung darstellt, und sie wird zugleich vernachlässigt, weil der Bedeutungsverlust informell pflegender GeldleistungsempfängerInnen der GPV trotz enormer Potenziale des häuslichen Versorgungsbereichs nur am Rande in Politik und Forschung adressiert wird. Das im Herbst 2015 verabschiedete Pflegestärkungsgesetz II, welches die langjährige Diskussion des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ab 2017 leistungsrechtlich umsetzt, aber die Probleme der informellen Pflege nicht lösen kann, zeigt dies sehr eindrücklich.

Der vorliegende Beitrag hat argumentiert, dass die Förderung der informellen Pflege vor dem Hintergrund der soziodemografischen Entwicklungen zur finanziellen Nachhaltigkeit wie auch zu einer umfassenderen Versorgung beitragen kann. Es wurde eine Strategie beworben, die bei der (Verhinderung der) Inanspruchnahme von (kostenintensiven) Leistungen ansetzt, indem mit po-



tenzialorientierten Reformen Ressourcen im sozialen Nahraum der Betroffenen mobilisiert und professionelle Bedarfe verzögert werden. Hier bleiben Potenziale gesteigerter Lebensqualität, höherer Legitimität der Versorgungsarchitektur wie auch geringerer volkswirtschaftlicher Kosten bislang ungenutzt. Angesichts der Erosion von Ressourcen im Angehörigen-Umfeld gilt es jedoch, Unterstützung inner- und außerhalb der Familien politisch zu aktivieren. Da das Pflegegeld hierzu nur begrenzt in der Lage ist, da es die entstehenden Opportunitätskosten nicht aufwiegen kann oder – wie im nachbarschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Bereich – keinen ausreichenden Handlungsanreiz darstellt, müssten wirksame Ergänzungen entwickelt werden. Neben Investitionen in Infrastrukturen kann es sich hierbei um Weiterentwicklungen zeitpolitischer Instrumente handeln, um eine bessere Kombination von beruflichen Pflichten und Sorgaufgaben zu ermöglichen.

## Literaturverzeichnis

- Arentz, Christine; Läufer, Ines; Roth, Steffen J. (2011): Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung: Teilkapitaldeckungsmodelle im Vergleich. Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung, Diskussionspapier 04/2011, April 2011.
- Baker, Lindsey A.; Cahalin, Lawrence P.; Gerst, Kerstin; Burr, Jeffrey A. (2005): „Productive Activities and Subjective Well-Being among Older Adults. The Influence of Number of Activities and Time Commitment“, *Social Indicators Research* 73: 431–458.
- Bertelsmann Stiftung (2012): *Themenreport „Pflege 2030“: Was ist zu erwarten – was ist zu tun?* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Bertram, Hans (2009): „Nachhaltige Familienpolitik und demografische Entwicklung. Zeit, Geld und Infrastruktur als Elemente einer demografiebewussten Familienpolitik“, *Zeitschrift für Pädagogik* 55: 37–55.
- Bertram, Hans; Rösler, Wiebke; Ehlert, Nancy (2005): „Zeit, Infrastruktur und Geld: Familienpolitik als Zukunftspolitik“, *Aus Politik und Zeitgeschichte* 23/24: 6–15.
- BMAS, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011): *Fachkräftesicherung: Ziele und Maßnahmen der Bundesregierung*. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010): *Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009: Zivilgesellschaft, soziales Kapital und freiwilliges Engagement in Deutschland 1999 – 2004 – 2009*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2009): *Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2013): *Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2016): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (Stand 20. Januar 2016). Download unter

- [http://bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/Zahlen\\_und\\_Fakten\\_01-2016.pdf](http://bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_01-2016.pdf) (Zugriff am 03. Februar 2016).
- BMGS, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2003): *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziales.
- Bönker, Frank (2010): „Unüberbrückbare Differenzen, verpasste Gelegenheiten? Die Pflegepolitik der Großen Koalition“, in: Christoph Egle; Reimut Zohlnhöfer (Hg.): *Die zweite Große Koalition: Eine Bilanz der Regierung Merkel 2005–2009*. Wiesbaden: VS, 350–360.
- Brouwer, Werner B.; van Exel, N. Job; van den Berg, Bernard; van den Bos, Geertruidis A.; Koopmanschap, Marc A. (2005): „Process utility from providing informal care: the benefit of caring“, *Health Policy* 74: 85–99.
- BT-Plpr., Bundestagsplenarprotokoll 12/223 vom 22. April 1994.
- Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsmarktberichterstattung (2012): *Der Arbeitsmarkt in Deutschland, Frauen und Männer am Arbeitsmarkt im Jahr 2011*. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.
- Destatis, Statistisches Bundesamt (2013): Ergebnisse des Mikrozensus und der Arbeitskräfteerhebung. Originalquelle nicht mehr verfügbar – online archiviert: <http://web.archive.org/web/20131115183007/https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Arbeitskraeften/Arbeitskraeften/MikrozensusTabelle.html> (Zugriff am 3. Februar 2016).
- Destatis, Statistisches Bundesamt (2015a): Zusammengefasste Geburtenziffer nach Kalenderjahren. Tabelle des Statistischen Bundesamts. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenZiffer.html> (Zugriff am 3. Februar 2016).
- Destatis, Statistisches Bundesamt (2015b): Bevölkerung: Eheschließungen, Ehescheidungen. Tabelle des Statistischen Bundesamts. [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Ehescheidungen/Tabellen/\\_lrbev06.html](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Ehescheidungen/Tabellen/_lrbev06.html) (Zugriff am 3. Februar 2016).
- Dettbarn-Reggentin, Jürgen; Reggentin, Heike (2004): *Freiwilliges Engagement in der Pflege und Solidarpotenziale innerhalb der Familie. Expertise vorgelegt der Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege des Landtags Nordrhein-Westfalen“*. Berlin: ISGOS.
- Deutschlandfunk (1. August 2005): Das Konzept der Bundesregierung ist falsch: Finanzexperte Raffelhüschen zur Zukunft der Pflegeversicherung. [http://www.deutschlandfunk.de/das-konzept-der-bundesregierung-ist-falsch.694.de.html?dram:article\\_id=62392](http://www.deutschlandfunk.de/das-konzept-der-bundesregierung-ist-falsch.694.de.html?dram:article_id=62392)
- Dietz, Berthold (2002): *Die Pflegeversicherung. Ansprüche, Wirklichkeiten und Zukunft einer Sozialreform*. Wiesbaden: VS.
- Dingeldey, Irene (2003): „Politikfeldübergreifende Koordination als neue Steuerungsform im aktivierenden Sozialstaat? Eine Analyse der Employability Politik in Dänemark, Deutschland und Großbritannien am Beispiel der Beschäftigungsfähigkeit von Müttern“, *Österreichische Zeitschrift für Politikwissenschaft* 32: 97–107.
- Dräther, Hendrik; Holl-Manoharan, Nauka (2009): „Modellrechnungen zum zukünftigen Finanzierungsbedarf der sozialen Pflegeversicherung“, in: Hendrik Dräther; Klaus Jacobs; Heinz Rothgang (Hg.): *Fokus Pflegeversicherung: Nach der Reform ist vor der Reform*. Berlin: WIdO, 15–40.

- Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ (2005): *Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen*. Düsseldorf: Landtag Nordrhein-Westfalen.
- Generali Zukunftsfonds (Hg.) (2012): *Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Greß, Stefan; Bieback, Karl-Jürgen (2013): Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Gutachten für die Arbeiterwohlfahrt, März 2013.
- Grunwald, Armin; Kopfmüller, Jürgen (2006): *Nachhaltigkeit*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Häcker, Jasmin; Hackmann, Tobias; Raffelhüschen, Bernd (2011): „Pflegerreform 2010: Karenzzeiten in der Sozialen Pflegeversicherung“, *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* 100: 347–367.
- Häcker, Jasmin; Raffelhüschen, Bernd (2004): „Denn sie wussten, was sie taten: Zur Reform der sozialen Pflegeversicherung“, *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung* 73: 158–174.
- Häcker, Jasmin; Raffelhüschen, Bernd (2007): „Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des ‚Heimsog-Effekts““, *Zeitschrift für Sozialreform* 53: 391–422.
- Hackmann, Tobias; Moog, Stefan (2009): „Die Auswirkungen der steigenden Lebenserwartung auf die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in Deutschland“, *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* 98: 73–89.
- Hagen, Kornelia; Lamping, Wolfram (2011): „Karenzzeit, ‚Pflege-Riester‘, Bürgerversicherung – Was hilft weiter?“, *DIW Wochenbericht* 39: 3–15.
- Hall, Peter A. (1993): „Policy Paradigms, Social Learning, and the State. The Case of Economic Policymaking in Britain“, *Comparative Politics* 25: 275–296.
- Hämel, Kerstin; Schaeffer, Doris (2013): „Who cares? Fachkräftemangel in der Pflege“, *Zeitschrift für Sozialreform* 59: 413–431.
- Heinze, Rolf G. (2012): „Selbständiges Wohnen: Nur in einer sorgenden Gemeinschaft“, in: Generali Zukunftsfonds (Hg.): *Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren*. Frankfurt a. M.: Campus, 313–319.
- Hinrichs, Karl (1995): „Die Soziale Pflegeversicherung – eine institutionelle Innovation in der deutschen Sozialpolitik“, *Staatswissenschaften und Staatspraxis* 6: 227–259.
- IfD Allensbach, Institut für Demoskopie Allensbach (2009): *Pflege in Deutschland. Ansichten der Bevölkerung über Pflegequalität und Pflegesituation. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung im Auftrag der Marseille-Kliniken*. Allensbach: IfD.
- Kaufmann, Franz-Xaver (2009): *Sozialpolitik und Sozialstaat: Soziologische Analysen*. 3., erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS.
- Kehl, Konstantin (2016): Sozialinvestive Pflegepolitik in Deutschland: Familiäre und zivilgesellschaftliche Potenziale im Abseits wohlfahrtsstaatlichen Handelns; Wiesbaden.
- Kehl, Konstantin; Stahlschmidt, Stephan (2016): „The Limits of Monetizing and Paying for Volunteering in Eldercare: A Behavioral-Economic Approach“ (erscheint in *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*).
- Kehl, Konstantin; Then, Volker (2013): „Community and Civil Society Returns of Multi-generation Cohousing in Germany“, *Journal of Civil Society* 9: 41–57.
- Klein, Uta (2013): *Geschlechterverhältnisse, Geschlechterpolitik und Gleichstellungspolitik in der Europäischen Union. Akteure – Themen – Ergebnisse*. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS.
- Klie, Thomas; Monzer, Michael (2008): „Case Management in der Pflege. Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung

- in der Reform der Pflegeversicherung“, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 41: 92–105.
- Kohli, Martin; Künemund, Harald (2013): „Social connections of older Europeans“; in: John Field; Ronald J. Burke; Cary L. Cooper (Hg.): *The SAGE Handbook of Aging, Work and Society*. Thousand Oaks: Sage, 347–632.
- Krack-Roberg, Elle (2011): „Ehescheidungen 2009“, in: Statistisches Bundesamt (Hg.): *Wirtschaft und Statistik, März 2011*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 239–255.
- Kremer-Preiß, Ursula; Stolarz, Holger (Hg.) (2003): *Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse*. Köln: Bertelsmann Stiftung, Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Kricheldorf, Cornelia (2008): „Neue Wohnformen und gemeinschaftliches Wohnen im Alter“, in: Sylvia Buchen; Maja S. Maier (Hg.): *Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel*. Wiesbaden: VS, 237–248.
- Kruse, Andreas (2006): „Alterspolitik und Gesundheit“, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 49: 513–522.
- Kruse, Andreas (2012): „Mitverantwortliches Leben und gelingendes Altern aus individueller und gesellschaftlicher Sicht“, in: Generali Zukunftsfonds (Hg.): *Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren*. Frankfurt a. M. u. a.: Campus, 372–382.
- Kümmerling, Angelika; Bäcker, Gerhard (2012): *Zwischen Beruf und Pflege: Betriebliche Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflegeverpflichtung*. Duisburg: Universität Duisburg-Essen.
- Lauterbach, Karl W.; Lungen, Markus; Stollenwerk, Björn; Gerber, Andreas; Klever-Deichert, Gabriele (2005): „Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung“, *soFid Gesundheitsforschung* 2005/2: 11–31.
- Loose, Brigitte (2001): „Die Gerechtigkeitsfrage in der gesetzlichen Rentenversicherung: Konturen der ‚Legitimationskrise‘“, *Zeitschrift für Sozialreform* 47: 255–268.
- Luy, Marc; Pöttsch, Olga (2010): „Schätzung der tempobereinigten Geburtenziffer für West- und Ostdeutschland, 1955–2008“, *Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 35: 569–604.
- Mahne, Katharina; Motel-Klingebiel, Andreas (2010): „Familiale Generationenbeziehungen“, in: Clemens Tesch-Römer; Andreas Motel-Klingebiel; Susanne Wurm (Hg.): *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. Stuttgart: Kohlhammer, 188–214.
- Meyer, Thomas (2008): „Private Lebensformen im Wandel“, in: Rainer Geißler (Hg.): *Die Sozialstruktur Deutschlands: Zur gesellschaftlichen Entwicklung mit einer Bilanz zur Vereinigung*, 5., durchgesehene Auflage. Wiesbaden: VS, 331–357.
- Niehaus, Frank (2012): „Kompressions- versus Medikalisationsthese. Die monetären Auswirkungen“, in: Uwe Repschläger; Claudia Schulte; Nicole Osterkamp (Hg.): *BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2012. Beiträge und Analysen*. Düsseldorf: Barmer GEK.
- Peuckert, Rüdiger (2012): *Familienformen im sozialen Wandel*. 8. Auflage. Wiesbaden: VS.
- Philippson, Chris (2007): „The ‚elected‘ and the ‚excluded‘: sociological perspectives on the experience of place and community in old age“, *Ageing & Society* 27: 321–342.
- Pierson, Paul (2000): „Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics“, *The American Political Science Review* 94: 251–267.
- Preuß, Maren (2014): *Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit. Vermittlungshandeln in einem komplexen Spannungsfeld*. Wiesbaden: VS.

- Rainer, Helmut; Bauernschuster, Stefan; Danzer, Natalia; Hener, Timo; Holzner, Christian; Reinkowski, Janina (2013): *Kindergeld. ifo Forschungsbericht 60 im Auftrag der Geschäftsstelle Gesamtevaluation der ehe- und familienbezogenen Leistungen in Deutschland*. München: ifo Institut.
- Raffelhüschchen, Bernd; Vatter, Johannes (2011): „Pflegereform: Ausgangspunkte und Weichenstellungen“, *Wirtschaftsdienst* 91: 664–667.
- Rothgang, Heinz (1997): *Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung: Eine ökonomische Analyse*. Frankfurt a. M. u. a.: Campus.
- Rothgang, Heinz (2007): *Unterschiedliche Gestaltungs- und Finanzierungskonzepte der Pflegeversicherung. Expertise gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung*. Düsseldorf: Heinz-Böckler-Stiftung.
- Rothgang, Heinz (2009): *Theorie und Empirie der Pflegeversicherung*. Münster u. a.: LIT.
- Rothgang, Heinz (2011): „Reformoptionen und Reformsackgassen“, *Wirtschaftsdienst* 91: 659–663.
- Rothgang, Heinz (2012a): „Der ‚Pflege-Bahr‘. Umverteilung von unten nach oben“, *Soziale Sicherheit* 61: 204.
- Rothgang, Heinz (2012b): Reformoptionen für die Finanzierung der Langzeitpflege. Vortrag bei der 48. Jahrestagung der DGSM „Gesundheitsökonomie vs. Sozialmedizin“, 12.–14. September 2012 in Essen. Download unter: <http://www.dgsmp.de/files/jahrestagung/2012/vortraege/mittwoch/session2/Rothgang.pdf> (Zugriff am 3. Februar 2016).
- Rothgang, Heinz; Arnold, Robert; Wendland, Katharina; Sauer, Sebastian; Wolter, Annika (2011): *Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen*. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2013): *BARMER GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege*. Siegburg: Asgard-Verlagsservice.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer; Weiß, Christian; Wolter, Annika (2012): *BARMER GEK Pflegereport 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit*. Siegburg: Asgard-Verlagsservice.
- Rothgang, Heinz; Vogler, Anke (1997): Die zukünftige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahre 2040 und ihre Einflußgrößen. Zentrum für Sozialpolitik Bremen, Arbeitspapier 6/1997, Juni 1997.
- Schmidt, Manfred G. (2010): „Die Sozialpolitik der zweiten Großen Koalition (2005 bis 2009)“, in: Christoph Egle; Reimut Zohlnhöfer (Hg.): *Die zweite Große Koalition: Eine Bilanz der Regierung Merkel 2005–2009*. Wiesbaden: VS, 302–326.
- Schmidt, Manfred G. (2011): *Das politische System Deutschlands: Institutionen, Willensbildung und Politikfelder*. 2., überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. München: Beck.
- Schneekloth, Ulrich (2006): „Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten. Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung“, in: Ulrich Schneekloth; Hans Werner Wahl (Hg.): *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten: Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. Stuttgart: Kohlhammer, 57–102.
- Schneider, Ulrike (2006): „Informelle Pflege aus ökonomischer Sicht“, *Zeitschrift für Sozialreform* 52: 493–520.
- Simon, Michael (2004): „Die Begutachtung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung. Kritische Anmerkungen zur Validität der Ergebnisse“, *Public Health* 12: 218–228.

- Spiegel Online vom 7. April 2005: Pflegeversicherung: Experte warnt vor dem Kollaps.  
<http://www.spiegel.de/wirtschaft/pflegeversicherung-experte-warnt-vor-dem-kollaps-a-350138.html> (Zugriff am 3. Februar 2016).
- TNS Emnid (2007): *Die Pflegesituation in Deutschland, Ergebnisse einer Repräsentativbefragung unter der Bevölkerung in Deutschland im Auftrag der Marseille-Kliniken AG*. Bielefeld: TNS Emnid.
- Unger, Rainer; Müller, Rolf; Rothgang, Heinz (2011): „Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit. Ausmaß und Entwicklungstendenzen in Deutschland“, *Gesundheitswesen* 73: 292–297.
- Van den Berg, Bernard; Brouwer, Werner B. F; Koopmanschap, Marc A. (2004): „Economic valuation of informal care. An overview of methods and applications“, *European Journal for Health Economics* 5: 36–45.
- Wahl, Hans-Werner; Oswald, Frank (2010): „Environmental Perspectives on Ageing“ in: Dale Dannefer; Chris Phillipson (Hg.): *The SAGE Handbook of Social Gerontology*. London: Sage, 111–125.
- Walker, Alexis J.; Pratt, Clara C.; Eddy, Linda (1995): „Informal Caregiving to Aging Family Members: A Critical Review“, *Family Relations* 44 (4): 402–411.
- Wehner, Theo (2008): „Jenseits der Erwerbsarbeit liegen Antworten für eine Tätigkeitsgesellschaft“, *Aus Politik und Zeitgeschichte* 40/41: 44–46.
- Wilson, John; Musick, Marc A. (1999): „The Effects of Volunteering on the Volunteer“, *Law and Contemporary Problems* 62: 141–168.
- Wingenfeld, Klaus; Gansweid, Barbara (2013): *Analysen für die Entwicklung von Empfehlungen zur leistungsrechtlichen Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Abschlussbericht*. Bielefeld u. a.
- Zintl-Wiegand, Almut; Krumm, Bertram (2003): „Werden Demenzkranke bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz benachteiligt?“, *Der Nervenarzt* 74: 571–580.
- Zok, Klaus (2011): „Erwartungen an eine Pflegereform: Ergebnisse einer Repräsentativbefragung“, *WIdO monitor* 8(2): 1–8.
- Zuchandke, Andy; Bowles, David; Greiner, Wolfgang; von der Schulenburg, J.-Matthias Graf (2013): „Bevölkerungsentwicklung und soziale Pflegeversicherung in Deutschland. Der Einfluss von demografischen Faktoren auf das Verhältnis von potenziellen Beitragszahlern und Leistungsbeziehern“, *Zeitschrift für Sozialreform* 59: 433–457.

## Kurzbiografie

Dr. Konstantin Kehl studierte Politikwissenschaften und Soziologie und leitet derzeit die Abteilung Transfer & Beratung des Centrums für soziale Investitionen und Innovationen (CSI) der Universität Heidelberg (Büro Berlin). Er wurde mit einer Arbeit über „Sozialinvestive Pflegepolitik in Deutschland“ (SpringerVS, 2016) bei Prof. Dr. Dr. h.c. Manfred G. Schmidt promoviert. Der vorliegende Beitrag greift argumentative Grundlagen der empirischen Studie auf.