

Die große Pflegereform zeigt Wirkung –
Es bleibt aber noch viel zu tun

Statement

von Prof. Dr. Heinz Rothgang

SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der
Universität Bremen

anlässlich der Pressekonferenz

zur Vorstellung des Pflegereports 2016 der BARMER GEK

am 24. November 2016 in Berlin

Mit der Verabschiedung des PSG III im Dezember dieses Jahres wird die größte Pflegereform seit Einführung der Pflegeversicherung ihren vorläufigen Abschluss finden. Während die Effekte der ersten Stufen dieser Reform, d. h. insbesondere des 2013 in Kraft getretenen PNG und des 2015 in Kraft getretenen PSG I bereits bewertet werden können, tritt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff als Kern der Reform erst am 1.1.2017 in Kraft. Dennoch können auch jetzt schon Aussagen insbesondere über die Finanzfolgen des PSG II und die Effekte auf die stationäre Versorgung getroffen werden.

I. Erste Reformstufen zeigen Wirkung

1. Steigerung der Pflegebedürftigenzahlen ist auch auf PNG und PSG I zurückzuführen

Bereits im Pflege-Neuausrichtungsgesetz (2012) und dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (2015) wurden – neben vielen kleineren Veränderungen – vor allem die Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA), das sind insbesondere Menschen mit Demenz, verbessert. Als pflegebedürftig in Stufe I und II anerkannte PEA haben dabei nach § 123 SGB XI Anspruch auf erhöhte Leistungssätze bei Pflegegeld und Pflegesachleistungen, und auch nicht pflegebedürftige PEA haben nun erstmals Zugang zu diesen Leistungen. Insgesamt rund eine halbe Million Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung haben davon 2015 profitiert.

Die Leistungsverbesserungen zielen dabei vor allem auf niedrigere Pflegestufen und das ambulante Setting. Die Wirkungen dieser Reformen zeigen sich auch bei den Prävalenzen und Inzidenzen insgesamt, die ohne die Beachtung der Reformfolgen leicht falsch interpretiert werden können. So kann die Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger nicht mehr – wie in der Vergangenheit – nur auf die Alterung der Gesellschaft zurückgeführt werden, sondern auch auf steigende Pflegequoten pro Altersgruppe. Steigende *altersspezifische Prävalenzen* könnten auf höhere Morbidität zurückgeführt werden. Das ist aber wenig wahrscheinlich. Vielmehr zeigen vertiefende Analysen, dass die Steigung der altersspezifischen Prävalenzen insbesondere in Pflegestufe "0" und – abgeschwächt – in Pflegestufe I auftritt. Das legt nahe, dass hier nicht eine veränderte Morbidität abgebildet wird, sondern ein Effekt der Reformen.

Das bestätigt auch die *Antragsstatistik*, die nach Inkrafttreten der Reformen eine Erhöhung der Antragstellerzahlen verzeichnet. Zusätzliche Antragsteller, die zunächst nur Leistungen für Pflegestufe "0" erlangen wollten, werden dabei teilweise in Pflegestufe I eingestuft und erhöhen auch dort die Prävalenz.

In noch höherem Ausmaß als bei der Prävalenz sind diese Effekte bei der Betrachtung der *Inzidenz* zu erkennen, die nur die Neufälle enthält und daher sensibler auf Veränderungen im Antragstellerverhalten reagiert. Bei der Inzidenz, ebenso wie bei der Prävalenz, zeigt sich weiterhin, dass altersspezifische Steigerungen nur in ambulanten Settings auftreten. Auch dies kennzeichnet die höheren Fallzahlen als Reformfolgen, da nur in diesen Settings Leistungsverbesserungen vorgenommen wurden.

2. Pflege wird bunter: Ergänzungs- und Ersatzleistungen spielen eine größere Rolle – Lerneffekte sind erkennbar

Die Wirkung der Reformen zeigt sich auch in der Entwicklung der Anteile häuslicher Pflege und der Inanspruchnahme der *Ergänzungs- und Ersatzleistungen* wie teilstationäre Pflege und Verhinderungspflege. Die Voraussetzungen für die Nutzung dieser Leistungen wurden in den genannten Reformgesetzen flexibilisiert. Diese Flexibilisierungen dürften ursächlich dafür sein, dass diese Leistungsarten eine besonders hohe Zunahme erfahren haben. So haben sich die Nutzung der teilstationären Pflege und der Verhinderungspflege im Zeitraum von 2012 bis 2015 fast verdoppelt. Es sind also genau die Leistungsarten, die im Hinblick auf die Versorgung von PEA und durch die Flexibilisierung besonders attraktiv gemacht wurden.

Diese Leistungen werden in der Regel nicht unmittelbar nach Beginn der Pflegebedürftigkeit in Anspruch genommen. Wer Verhinderungs- und Tagepflege aber einmal in Anspruch genommen hat, nutzt sie sehr wahrscheinlich wieder. Drei Viertel von denen, die im ersten Jahr schon die Tages- und Nachtpflege genutzt hatten, nutzten diese durchgängig in jedem Jahr, und die Hälfte derer, die im ersten Jahr die Verhinderungspflege genutzt haben, nutzen diese durchgängig in jedem Jahr. Von denjenigen, die im vierten Jahr Verhinderungspflege oder Tages- und Nachtpflege nutzen, tun dies jeweils rund 70 Prozent mindestens zum zweiten Mal. Gelingt es im Rahmen der Pflegeberatung Pflegebedürftige von einer probeweisen Nutzung der Zusatzleistungen zu überzeugen, besteht deshalb eine hohe Chance, dass diese Leistung auch weiterhin genutzt und so häusliche Arrangements entlasten werden.

3. Verbesserungen der ärztlichen Versorgung zeigen sich kaum – wohl aber der zahnärztlichen Versorgung in Pflegeheimen

Ebenfalls explizit mit dem PNG und dem PSG I angestrebt wurde die Stärkung der (*fach*)-*ärztlichen*, aber insbesondere der *zahnärztlichen Versorgung* Pflegebedürftiger, die vor allem in stationärer Versorgung zu einer Erhöhung der Versorgungsdichte geführt hat. Dabei hat sich die Versorgung durch *Allgemeinärzte* in den Jahren 2011-2015 nicht wesentlich verändert – weder im Hinblick auf die Versorgung unterschiedlicher Altersklassen noch im Hinblick auf

verschiedene Pflegearrangements. Bei *Orthopäden und Nervenärzten* hingegen sind leichte Anstiege in den Versorgungsgraden bei Pflegebedürftigen festzustellen, die sich insbesondere im Pflegeheim zeigen. Deutlichere Anreizsteigerungen gab es in der *zahnärztlichen Versorgung*. Insgesamt zeigt sich aber auch hier nur in der Versorgung im Pflegeheim eine deutlich höhere Steigerung der Versorgungsanteile als in der Gesamtbevölkerung. Festgestellte Entwicklungen beispielsweise bei Pflegegeldbeziehern liegen dagegen im Trend der Gesamtbevölkerung.

II. Das PSG II ist ein sehr großzügiges, aber auch ein sehr teures Gesetz

Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird die wesentliche Grundlage zur Leistungsberechtigung in der Pflegeversicherung novelliert. Hierdurch wird die – seit ihrer Einführung kritisierte – Ungleichbehandlung von Pflegebedarfen, die in Folge kognitiver oder somatischer Einschränkungen entstehen, aufgehoben. Dies führt dazu, dass eine größere Anzahl von Personen als pflegebedürftig anerkannt wird und alle Pflegebedürftigen anders eingestuft werden. In der konkreten Gesetzesausgestaltung sind dabei durchgängig für die Pflegebedürftigen *großzügige Festsetzungen* erfolgt. Dies gilt sowohl für die individuellen Zuordnungen zu Pflegegraden durch das Neue Begutachtungsassessment (NBA), die konkreten Leistungshöhen in den entsprechenden Pflegegraden, als auch für die impliziten und expliziten Bestandschutzregelungen. Dies führt jedoch auch dazu, dass das PSG II zu *erheblichen Mehrausgaben* der Pflegeversicherung führen wird. Für das Jahr 2017 sind hierdurch in den Hauptleistungsarten Pflegegeld, Pflegesachleistungen und vollstationäre Pflege zusätzliche Ausgaben von etwa 5 Mrd. Euro zu erwarten. Hinzu kommen in diesem Zeitraum weitere zwei Milliarden Euro, die aus Ergänzungs-, Ersatz- und Nebenleistungen sowie Bestandsschutz entstehen. Diese erheblichen Leistungssteigerungen gleichen in etwa den Kaufkraftverlust der Versicherungsleistungen aus, der seit Einführung der Pflegeversicherung durch fehlende (bis 2008) und begrenzte (ab 2008) Leistungshöhendynamisierung entstanden ist.

Zur Finanzierung stehen die Mehreinnahmen aufgrund der Beitragssatzsteigerung von 0,2 Beitragssatzpunkten zur Verfügung. Das entspricht etwa 2,6 Milliarden Euro. Gleichzeitig hat die Pflegeversicherung 2015 Überschüsse produziert. Ein – allerdings geringerer – Überschuss wäre nach altem Recht auch für 2017 zu erwarten. Werden diese Mehreinnahmen und Überschüsse den Mehrausgaben gegenübergestellt, verbleibt für 2017 aber ein strukturelles Defizit von mehr als drei Milliarden Euro.

III. In den Pflegeheimen ändert sich zunächst nichts – eine Verbesserung der Personalschlüssel bleibt Aufgabe bis 2020

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erfordert auch eine Umstellung der Heimvergütungen, da sich die Pflegesätze bislang auf Pflegestufen beziehen, die es im nächsten Jahr nicht mehr gibt. Im PSG II sind entsprechende Formeln hinterlegt, die diese Umrechnung budgetneutral ermöglichen. Die im PSG II festgesetzten neuen Leistungen führen zwar zu erheblichen Mehrausgaben der Pflegeversicherung, die jedoch zunächst ausschließlich zur Entlastung der Pflegebedürftigen (und subsidiär der Sozialhilfeträger) führen. Die Einnahmen der Pflegeeinrichtungen bleiben davon unberührt. Insofern werden Erwartungen, dass die Mehrausgaben für stationäre Pflege etwa zu einem höheren Personalschlüssel in Heimen führen, zunächst enttäuscht. Allerdings sieht das PSG II die Möglichkeit vor, auf Länderebene Regelungen zu treffen, die Zuschläge zu einer budgetneutralen Umrechnung der Pflegesätze vorsehen. Davon haben alle Länder Gebrauch gemacht, und die weit überwiegende Mehrzahl der Heime stellt nach dieser Variante um. Dabei kommt es zu Einnahmesteigerungen, die im Durchschnitt bei drei bis vier Prozent liegen dürften. Diese – begrenzten – Mehreinnahmen sind aber allein schon erforderlich, um den von uns so bezeichneten "Zwillingseffekt" zu kompensieren. Dieser beruht darauf, dass die derzeitigen Bewohner tendenziell „zu hoch“ übergeleitet werden. Werden sie im Zeitverlauf dann durch quasi identische Bewohner ersetzt, die tendenziell niedriger eingestuft werden, kommt es zu Einnahmerückgängen bei unverändertem Pflegeaufwand. Die auf Länderebene vereinbarten Regelungen sind im Durchschnitt ausreichend, um diesen Effekt für zwei Jahre zu kompensieren. In diesem Zeitraum sollte es zu erneuten Verhandlungen gekommen sein. Das durchschnittliche Pflegeheim muss aufgrund der Reform ceteris paribus, d.h. insbesondere bei gleicher Belegung, also nicht mit Umsatzeinbußen rechnen. Eine nachhaltige Verbesserung der Personalschlüssel und des Personaleinsatzes in stationären Einrichtungen ist als unmittelbare Reformfolge aber ebenfalls nicht zu erwarten. Derartige Verbesserungen müssen im Rahmen der Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens bis 2020 erfolgen.

IV. Regionale Unterschiede in der Pflege bleiben groß – Pflege muss regional gedacht werden

Die regionalen Unterschiede in der Pflege sind beachtlich. Das bezieht sich auf die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen, die Versorgungsformen und zukünftige Personallücken.

So liegt die erwartete *Fallzahlsteigerung* im Zeitraum von 2015 bis 2060 in Berlin mit 105 Prozent viermal so hoch wie in Sachsen-Anhalt (26 Prozent). War die Fallzahlsteigerung in Ostdeutschland in der Vergangenheit besonders hoch und ist sie auch in dieser Dekade noch überdurchschnittlich, fällt sie in den Folgedekaden deutlich unter den Bundesdurchschnitt zurück.

Unterschiedlich sind auch die *Pflegekapazitäten*: Pro Pflegebedürftigem gibt es in Schleswig-Holstein doppelt so viele Pflegeheimplätze wie in Brandenburg. Dabei liegen die Heimkapazitäten in allen westdeutschen Flächenländern über dem Bundesdurchschnitt und in vier der fünf ostdeutschen Länder (Ausnahme: Sachsen) unter dem Bundesdurchschnitt. Umgekehrt sind die Kapazitäten ambulanter Pflegedienste (gemessen als Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten in Vollzeitäquivalenten pro Pflegebedürftigem) in allen westdeutschen Flächenländern unterdurchschnittlich, in allen ostdeutschen Ländern überdurchschnittlich, werden aber noch übertroffen von den drei Stadtstaaten. Dabei handelt es sich aber nicht um reine Substitutionsbeziehungen innerhalb der formellen Pflege, da sich auch der Anteil der informellen Pflege zwischen den Ländern unterscheidet.

Eine steigende Zahl Pflegebedürftiger bei gleichzeitig sinkendem Erwerbspersonenpotential führt – bei einem als gleich unterstellten Anteil der Erwerbstätigen, die in der Pflege arbeiten – zu einer (zusätzlichen) personellen Versorgungslücke an Beschäftigten in der Pflege, die von 2013 bis 2030 auf rund 350.000 Vollzeitäquivalente anwächst. Relativ zu ihrer Beschäftigtenzahl in der Langzeitpflege (gemessen in Vollzeitäquivalenten im Jahr 2013) weisen die ostdeutschen Bundesländer größere relative Versorgungslücken auf als die westdeutschen Bundesländer. So beträgt die höchste berechnete Versorgungslücke in Brandenburg 75,3 Prozent der Beschäftigtenzahl des Jahre 2013. Auf Rang zwei bis vier folgen die ostdeutschen Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Sachsen-Anhalt, deren relative Versorgungslücke mindestens zehn Prozentpunkte über dem bundesdeutschen Durchschnitt von 50 Prozent liegt.

Die großen Unterschiede in den Versorgungsstrukturen zeigen, dass deren Weiterentwicklung kleinräumig gedacht werden muss, da nur so die vorhandenen Strukturen, von denen auszugehen ist, in den Blick genommen werden können.