

IWS-Studie:  
Sozialreformen seit 1989

# Die Reform der Gesetzlichen Pflegeversicherung

von Kay Bourcarde

## Reform der ...

Gesetzlichen Krankenversicherung	(in Heft 1)
Gesetzlichen Rentenversicherung	(in Heft 2)
Gesetzlichen Arbeitslosenversicherung	(in Heft 3)
<b>Gesetzlichen Pflegeversicherung</b>	<b>(in Heft 4)</b>

**Mit einer Betrachtung der Reformen im Bereich der Gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) schließt das IWS – vorläufig – seine Studie zu den Sozialreformen seit 1989 ab. Wie bereits die vorangegangenen Untersuchungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung gezeigt haben, waren die Gesetzesänderungen so zahlreich, aufwendig und zugleich grundlegend, dass sie kaum mehr überblickt werden können. Dementsprechend, so die wiederkehrende Feststellung, kann es nicht überraschen, wenn in der Öffentlichkeit die jeweils aktuellen Reformen weitgehend losgelöst von den vorangegangenen Änderungen diskutiert werden. Solche ausschnittartigen Betrachtungen können jedoch immer nur „Momentaufnahmen“ sein. Ziel dieser vierteiligen Reihe war es daher, die teils auch gegenläufigen Änderungen im Sozialversicherungsrecht zusammenhängend darzustellen.**

## 1 Einleitung

Der Reformweg der Gesetzlichen Pflegeversicherung zeichnet sich im Vergleich mit dem der anderen Sozialversicherungszweige durch einen grundlegenden Unterschied aus, ohne dessen Kenntnis auch die „Stoßrichtung“ späterer Reformen nicht verstanden werden kann: Die Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung (ebenso die Unfallversicherung) haben in Deutschland eine lange Tradition, die teils weit vor die Entstehung der Bundesrepublik Deutschland zurückreicht.<sup>1</sup> Diesen Versicherungen ist gemein, dass sie bis in die 1970er Jahre hinein ausgebaut worden waren, wohingegen seitdem zwar viele Reformen auch einen Umbau zum Ziel hatten, hinsichtlich des Leistungsumfangs jedoch eine klare Tendenz zu dessen Abbau zu beobachten ist.

Mit der Gesetzlichen Pflegeversicherung verhält es sich anders. Bis zum 1. Januar 1995 war das Risiko der Pflegebedürftigkeit „als einziges großes gesellschaftstypisches Lebensrisiko nicht öffentlich-rechtlich abgesichert.“<sup>2</sup>

Pflegebedürftige mussten ihr Vermögen einsetzen, die Sozialhilfe bildete lediglich das letzte Auffangnetz. Der Handlungsdruck auf die Politik wuchs, denn mit der steigenden Zahl an Pflegebedürftigen wurden nicht nur die sozialen Probleme größer, sondern auch die finanzielle Belastung im Rahmen der Sozialhilfe nahm zu. So entfiel vor Inkrafttreten der GPV etwa ein Drittel der Gesamtausgaben auf die Unterstützung Pflegebedürftiger.<sup>3</sup> 1994 verabschiedete der Bundestag nach jahrzehntelanger Diskussion schließlich das Pflegeversicherungsgesetz. Die Pflegeversicherung wurde als „fünfte Säule“ des Sozialversicherungssystems in einem XI. Sozialgesetzbuch geregelt. Nachfolgend wird eine Übersicht zum Leistungsumfang bei der Einführung der Pflegeversicherung gegeben. Die Grundprinzipien sind weitgehend erhalten geblieben und werden daher im Weiteren nur erwähnt, falls sie Änderungen unterworfen waren. Soweit Leistungen bis heute in gleichem Umfang erhalten geblieben sind, wird zur Verdeutlichung im Text auf die Vergangenheitsform verzichtet.

## Kurzübersicht: Die Prinzipien der Gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV)

Die GPV wurde 1995 als fünfte Säule der öffentlich-rechtlich verfassten Sozialversicherung eingeführt und hat als solche Gemeinsamkeiten mit den übrigen Sozialversicherungszweigen, weist jedoch auch einige Besonderheiten auf. Zwar handelt es sich ebenfalls um eine *Pflichtversicherung* mit eigenständiger Finanzierung, sie steht jedoch unter dem Dach der Gesetzlichen Krankenversicherung.<sup>i</sup> Alle Mitglieder der GKV sind automatisch auch Mitglied in der GPV. Der Gesetzgeber ist mit dem Grundsatz „Die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“ jedoch noch einen Schritt weitergegangen und hat ihn auch auf privat Krankenversicherte bzw. die privaten Krankenversicherungsunternehmen erweitert. Für diese besteht ein so genannter *Kontrahierungszwang*, was bedeutet, dass Personen in einer privaten Krankenversicherung sich zugleich auch gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit absichern müssen und umgekehrt die privaten Krankenversicherungen ihre Leistungen nur im Paket anbieten dürfen. Diese können ihre Beiträge („Prämien“) nicht – wie sonst für die private Versicherungswirtschaft typisch – nach der Höhe der Leistung oder des Risikos bemessen. Die Prämien dürfen zudem nicht den Höchstbetrag der Gesetzlichen Pflegeversicherung übersteigen, Kinder des Versicherungsnehmers sind beitragsfrei mitzuversichern.<sup>ii</sup>

Aus der „Zwangsehe“ von Pflege- und Krankenversicherung einerseits und der Einführung eines allgemeinen Krankenversicherungsschutzes mittels des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes aus dem Jahr 2007<sup>iii</sup> andererseits folgt, dass nunmehr prinzipiell alle Einwohner der Bundesrepublik gesetzlich oder privat pflegeversichert sein müssen. Die Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung sollen Pflegebedürftigen helfen, „trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.“<sup>iv</sup> Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die üblichen alltäglichen Verrichtungen dauerhaft und in erheblichem Maße der Hilfe bedürfen.<sup>v</sup> Vorrangig soll dabei die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützt werden, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer Umgebung bleiben können.<sup>vi</sup> Wie bei der Gesetzlichen Krankenversicherung steht das Sachleistungsprinzip im Vordergrund, es ist hier aber weniger stark ausgeprägt, da anstelle von Pflegeleistungen auch ein Pflegegeld oder eine Kombination aus beidem gewährt werden kann.<sup>vii</sup> Die Höhe der Leistungsgewährung richtet sich nach der Pflegebedürftigkeit, wobei die Betroffenen drei *Pflegestufen* zugeordnet werden.<sup>viii</sup> Im Unterschied zu den anderen Sozialversicherungszweigen bietet die GPV allerdings nur eine *Grundsicherung*, die Leistungen sind betragsmäßig begrenzt. Ein über die gewährte Grundsicherung hinaus gehender Pflegebedarf muss daher weiterhin privat finanziert und – wo dies nicht möglich ist – durch die Sozialhilfe gedeckt werden.

Die Gesetzliche Pflegeversicherung finanziert sich über die Beiträge der Versicherungspflichtigen, die prozentual zum Bruttoeinkommen erhoben werden und die von Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu zahlen sind. Äußerlich handelt es sich dabei um eine *paritätische Finanzierung*, bei der beide Seiten jeweils die Hälfte tragen.<sup>ix</sup> Tatsächlich wird der Arbeitgeberanteil jedoch durch Streichung eines landesweiten gesetzlichen Feiertages teilweise kompensiert.<sup>x</sup> Kinderlose Versicherte zahlen einen höheren Beitragssatz. Der Beitragssatz wird zum 1.7.2009 von bisher 1,7% (1,95% für Kinderlose) auf 1,95% (2,2% für Kinderlose) angehoben.<sup>xi</sup> Das Einkommen der Versicherten ist wie in allen anderen Sozialversicherungszweigen nicht unbegrenzt beitragspflichtig, sondern nur bis zu einer Obergrenze, der *Beitragsbemessungsgrenze*. Die Beitragsbemessungsgrenze der GPV ist identisch mit der der GKV und beträgt ab dem Jahr 2009 bundesweit 3.675 Euro monatlich.<sup>xii</sup>

Rechtsgrundlage der GPV ist das Elfte Sozialgesetzbuch (SGB XI).

## 2 Leistungsumfang bei Einführung der GPV

Die Pflegeversicherung gewährte von Beginn an einen Katalog verschiedener Leistungen. Insbesondere waren dies Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Pflegevertretung,

Pflegehilfsmittel, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, stationäre Pflege, Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen sowie Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.<sup>4</sup> Wie in der Kurzübersicht dargestellt, soll die Pflegeversicherung vorrangig häusliche Pflege unterstützen, teilstationäre Pflege und Kurz-

zeitpflege gehen der vollstationären Pflege vor. Die Höhe der Leistungen richtet sich pauschal nach der jeweiligen Pflegestufe.

## 2.1 Pflegestufen

**Pflegestufe I:** *Erheblich Pflegebedürftige* sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Zeitaufwand: min. 90 Minuten, davon min. 45 Minuten für die Grundpflege.

**Pflegestufe II:** *Schwerpflegebedürftige* sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Zeitaufwand: min. 3 Stunden, davon min. 2 Stunden für die Grundpflege.

**Pflegestufe III:** *Schwerstpflegebedürftige* sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder Mobilität rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Zeitaufwand: min. 5 Stunden, davon min. 4 Stunden für die Grundpflege.<sup>5</sup>

Derzeit lässt das Bundesgesundheitsministerium prüfen, ob die Pflegestufen stärker ausdifferenziert werden sollen.<sup>6</sup>

## 2.2 Häusliche Pflege

Im Rahmen der häuslichen Pflege<sup>7</sup> besteht grundsätzlich die Auswahl zwischen Pflegesachleistungen und Pflegegeld. Sach- und Geldleistungen können auch kombiniert werden.<sup>8</sup>

**Sachleistungen:** Pflegebedürftige erhielten pro Monat Sachleistungen im Wert von 750 DM (Pflegestufe I), 1.800 DM (Pflegestufe II) oder 2.800 DM (Pflegestufe III). In Härtefällen, wenn das übliche Maß der Pflegestufe III weit überschritten wird, konnten bis 3.750 DM gewährt werden. Die Pflegekassen hatten sicherzustellen, dass diese Ausnahmeregelung in nicht mehr als 3% der Fälle von Pflegestufe III angewendet wurde.<sup>9</sup>

**Pflegegeld:** Anstelle der häuslichen Pflegehilfe kann ein Pflegegeld beantragt werden. Dessen Höhe betrug 400 DM (Pflegestufe I), 800 DM (Pflegestufe II) oder 1.300 DM (Pflegestufe III).<sup>10</sup>

## 2.3 Teilstationäre Pflege / Kurzzeitpflege

**Teilstationäre Pflege:** Kann die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden, haben Pflegebedürftige einen Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege inklusive der Beförderung zu diesen. Soweit der vorgesehene Höchstwert für die jeweilige Pflegestufe nicht ausgeschöpft wird, erhalten die Pflegebedürftigen ein anteiliges Pflegegeld. Übernommen wurden pro Monat 750 DM (Pflegestufe I), 1.500 DM (Pflegestufe II) oder 2.100 DM (Pflegestufe III).<sup>11</sup>

**Kurzzeitpflege:** In besonderen Situationen, wenn die häusliche Pflege (noch) nicht in dem erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht, besteht Anspruch auf stationäre Pflege, maximal vier Wochen pro Kalenderjahr. Voraussetzung war, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vorher mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen durften 2.800 DM im Kalenderjahr nicht überschreiten.<sup>12</sup>

## 2.4 Vollstationäre Pflege

Voraussetzung für eine vollstationäre Pflege ist, dass häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Unter diesen Umständen übernahm die Pflegekasse die Kosten von pflegebedingten Aufwendungen im Rahmen von vollstationärer Pflege bis zu einem Betrag von 2.800 DM pro Monat. Dabei durften die jährlichen Ausgaben der Pflegekassen im Durchschnitt 30.000 DM je Pflegebedürftigen nicht überschreiten. Bei Härtefällen konnten bis zu 3.300 DM pro Monat übernommen werden. Die Pflegekassen haben sicherzustellen, dass diese Ausnahmeregelung in nicht mehr als 5% der Fälle von Pflegestufe III angewendet wird. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung haben die Pflegebedürftigen selbst zu tragen.<sup>13</sup>

## 2.5 Weitere Pflegeleistungen

**Pflegevertretung:** Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten für eine Ersatzpflegekraft. Dies geschah für längstens vier Wochen je Kalenderjahr in Höhe von bis zu 2.800 DM. Voraussetzung war, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen bereits mindestens zwölf Monate gepflegt hat.<sup>14</sup>

**Pflegehilfsmittel:** Die Pflegekasse hat die Kosten von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln in Höhe

## Übersicht: Wichtige Veränderungen bei der GPV

(in Euro, soweit nicht anders dargestellt handelt es sich um monatliche Beträge.  
Alle Leistungen werden ab 2015 dynamisiert, die meisten zuvor bis 2012 per Gesetz angehoben)

	1989	2009
<b>Beitragssatz</b>	1,0% (1,7% ab 1996)	1,95% / 2,2% <sup>a)</sup>
<b>Häusliche Pflegesachleistungen</b>	384 € / 921 € 1.432 € (1.918 €) <sup>b)</sup>	420 € / 980 € / 1.470 € (1.918 €)
<b>Pflegegeld</b>	205 € / 410 € / 665 €	215 € / 420 € / 675 €
<b>Teilstationäre Pflege</b>	384 € / 767 € / 1.074 €	420 € / 980 € / 1.470 €
<b>Kurzzeitpflege (max. 4 Wochen / Jahr)<sup>c)</sup></b>	max. 1.432 € / Jahr	max. 1.470 € / Jahr
<b>Vollstationäre Pflege (pauschal seit 1996)<sup>d)</sup></b>	1.023 € / 1.279 € 1.432 € / Jahr	1.023 € / 1.279 € / 1.470 € (1.750 €) <sup>b)</sup>
<b>Pflegevertretung (max. 4 Wochen / Jahr)<sup>e)</sup></b>	1.432 € / Jahr	1.470 € / Jahr
<b>Leistungen f. Pflegebedürftige m. erheblichem Betreuungsbedarf</b>	---	2.400 € / Jahr

a) mit / ohne Kinder

b) im Härtefall

c) Voraussetzung war bis 1999, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vorher min. zwölf Monate gepflegt hat.

d) Der von der Pflegekasse zu übernehmende Anteil darf jedoch 75% der Gesamtkosten nicht überschreiten.

e) Voraussetzung war bis Juni 2008, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vorher min. zwölf Monate gepflegt hat; seitdem sechs Monate



von monatlich maximal 60 DM (heute: 31 Euro) zu übernehmen. Die Kosten von nicht zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln werden übernommen (vorrangig werden diese von den Pflegekassen verliehen), allerdings müssen volljährige Versicherte 10% zuzahlen (höchstens jedoch 50 DM / heute: 25 Euro). In Härtefällen kann der Versicherte von der Zuzahlung befreit werden. Die Pflegekassen können darüber hinaus subsidiär Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes gewähren (z.B. für technische Hilfen im Haushalt). Dabei ist die Höhe des Einkommens des Versicherten zu berücksichtigen. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag von 5.000 DM (heute: 2.557 Euro) je Maßnahme nicht überschreiten.

## 2.6 Leistungen für Pflegepersonen

Pflegepersonen sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung pflegen.<sup>15</sup> Soweit die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist, zahlt die GPV für diese Beiträge an die Gesetzliche Rentenversicherung.<sup>16</sup> Für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen bietet die Pflegekasse unentgeltlich Schulungskurse an.<sup>17</sup>

## 3 Reformweg

### 3.1 Beitragssatz

Der Beitragssatz betrug bei der Einführung der GPV ab dem 1.1.1995 bundeseinheitlich 1,0%. Im Gesetz war

bereits festgelegt, dass er ab dem 1.7.1996 auf 1,7% steigen sollte.<sup>18</sup> Im April 2001 urteilte das Bundesverfassungsgericht, dass Eltern nicht mit einem gleich hohen Beitrag wie Kinderlose belastet werden dürfen.<sup>19</sup> Der Gesetzgeber reagierte darauf, indem ab 2005 der Beitragssatz für Kinderlose, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, um 0,25 Beitragssatzpunkte erhöht wurde und damit 1,95% betrug. Der Arbeitnehmeranteil stieg damit von 0,85% auf 1,1%.<sup>20</sup> Zum 1.7.2009 wird der Beitragssatz weiter angehoben von 1,7% (1,95% für Kinderlose) auf 1,95% (2,2% für Kinderlose).<sup>21</sup>

### 3.2 Häusliche Pflege

Seit der Einführung der Pflegeversicherung und bis 2008 sind die Beträge der wichtigsten Leistungen nicht angehoben, sondern lediglich bei der Euro-Einführung entsprechend umgerechnet worden. Durch den Geldwertverfall kam es daher zu einem realen Leistungsrückgang.<sup>22</sup> Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 werden die Leistungen bis 2012 stufenweise angehoben und danach dynamisiert, d.h. im Abstand von drei Jahren erfolgt eine Anhebung entsprechend der Preisentwicklung.

**Sachleistungen:** Im Falle der häuslichen Pflege führt dies zu folgenden Erhöhungen von Sachleistungsbeträgen: In der Pflegestufe I von bisher 384 Euro über 420 Euro (2008) und 440 Euro (2010) auf 450 Euro (2012). In der Pflegestufe II von bisher 921 Euro über 980 Euro (2008) und 1.040 Euro (2010) auf 1.100 Euro (2012). In der Pflegestufe III von bisher 1.432 Euro über 1.470 Euro (2008) und 1.510 Euro (2010) auf 1.550 Euro (2012). Die Höhe der Leistung bei Härtefällen blieb gleich bei 1.918 Euro.<sup>23</sup>

**Pflegegeld:** Seit 1999 wird Pflegegeld, das in dem Monat gezahlt wurde, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist, bis zum Ende des Kalendermonats geleistet. Zuvor mussten die Hinterbliebenen einen Teil des Geldes zurückzahlen.<sup>24</sup> Seit 2008 wird das Pflegegeld ebenfalls bis 2012 stufenweise angehoben: In der Pflegestufe I von bisher 205 Euro über 215 Euro (2008) und 225 Euro (2010) auf 235 Euro (2012). In der Pflegestufe II von bisher 410 Euro über 420 Euro (2008) und 430 Euro (2010) auf 440 Euro (2012). In der Pflegestufe III von bisher 665 Euro über 675 Euro (2008) und 685 Euro (2010) auf 700 Euro (2012). Danach erfolgt auch hier die Anhebung dynamisch im Abstand von drei Jahren entsprechend der Preisentwicklung.<sup>25</sup>

### 3.3 Teilstationäre Pflege / Kurzzeitpflege

1999 wurde bei der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege die Voraussetzung gestrichen, dass die Pflegeperson

zuvor mindestens ein Jahr lang die Pflege erbracht haben muss.<sup>26</sup> Ebenfalls 1999 wurden die Höchstbeträge bei teilstationärer Tages- oder Nachtpflege bei Pflegestufe II von 1.500 DM auf 1.800 DM, bei Pflegestufe III von 2.100 auf 2.800 DM erhöht und damit den Leistungen im Rahmen der häuslichen Pflege angeglichen.<sup>27</sup> Seit 2008 werden diese im gleichen Umfang wie die Sachleistungsbeträge der häuslichen Pflege erhöht und sollen danach ebenfalls dynamisiert werden (siehe 3.2). Zudem besteht seither neben dem Anspruch auf teilstationäre Pflege noch ein zusätzlicher Anspruch in halber Höhe auf die jeweilige häusliche Pflegesachleistung bzw. das Pflegegeld (und umgekehrt).<sup>28</sup>

### 3.4 Vollstationäre Pflege

Die Leistungen der vollstationären Pflege sind seit Einführung der Pflegeversicherung ebenfalls nicht erhöht worden. Im Gegensatz zur häuslichen und teilstationären Pflege bzw. Kurzzeitpflege bleiben in den Stufen I und II die Sachleistungsbeträge im vollstationären Bereich bis zum Beginn der Dynamisierung unverändert. In der Pflegestufe III werden sie hingegen angehoben von bisher 1.432 Euro über 1.470 Euro (2008) und 1.510 Euro (2010) auf 1.550 Euro (2012). Bei Härtefällen steigen sie von bisher 1.688 Euro über 1.750 Euro (2008) und 1.825 Euro (2010) auf 1.918 Euro (2012). Danach erfolgt in allen Stufen die Anhebung dynamisch im Abstand von drei Jahren entsprechend der Preisentwicklung.<sup>29</sup>

Seit 1996 hat die Pflegekasse die bei vollstationärer Pflege zu tragenden Kosten (weiterhin ohne die Kosten für Unterkunft und Verpflegung) pauschal entsprechend der jeweiligen Pflegestufe übernommen (Pflegestufe I: 2.000 DM, Pflegestufe II: 2.500 DM, Pflegestufe III: 2.800 DM, Härtefälle: 3.300 DM). Insgesamt darf der von der Pflegekasse zu übernehmende Anteil jedoch 75% nicht übersteigen (hier gemessen an den Gesamtkosten, also einschließlich Unterkunft und Verpflegung).<sup>30</sup> Diese Regelung galt zunächst nur übergangsweise und wurde insgesamt vier Mal verlängert,<sup>31</sup> bis sie schließlich 2007 auf Dauer eingeführt worden ist.<sup>32</sup>

### 3.5 Weitere Änderungen

**Pflegevertretung:** Seit 1996 werden die Kosten für die Pflegevertretung, wenn diese durch eine nicht erwerbsmäßige Pflegeperson erfolgt, nur bis zum Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe gezahlt. Zusätzlich können von der Pflegekasse notwendige Aufwendungen wie Verdienstausschlag oder Fahrkosten<sup>33</sup> übernommen werden, die der Ersatzpflegekraft entstanden sind.<sup>34</sup> Im

Rahmen der Umgestaltungen der Leistungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 wird die Leistung der Verhinderungspflege schrittweise von bisher 1.432 Euro über 1.470 Euro (2008) und 1.510 Euro (2010) auf 1.550 Euro (2012) erhöht. Danach erfolgt die Anhebung ebenfalls dynamisch im Abstand von drei Jahren entsprechend der Preisentwicklung. Zudem kann die Pflegevertretung nun bereits in Anspruch genommen werden, wenn die Pflegeperson den Pflegebedürftigen seit sechs Monaten (statt bisher zwölf) gepflegt hat.<sup>35</sup>

**Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem Betreuungsbedarf:** Seit 2002 können Personen, die einen zusätzlichen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung bzw. Betreuung haben – insbesondere Demenzkranke, geistig Behinderte oder Personen mit psychischen Erkrankungen – zusätzliche Betreuungsleistungen im Wert von bis zu 460 Euro pro Kalenderjahr in Anspruch nehmen.<sup>36</sup> Dieser sehr geringe Betrag ist 2008 auf bis zu 2.400 Euro jährlich angehoben worden. Dies gilt nun auch für Betroffene ohne erheblichen Pflegebedarf der so genannten „Pflegestufe 0“.<sup>37</sup>

Die Pflegekasse bezahlt seit 2008 an stationäre Betreuungseinrichtungen einen Vergütungszuschlag für die zusätzliche Betreuung von Demenzkranken, so dass für jeweils 25 Betroffene eine zusätzliche Pflegekraft eingestellt werden kann.<sup>38</sup>

**Medizinische Behandlungspflege:** 1996 wurde beschlossen, dass Kosten der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen von teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege oder stationärer Pflege bis einschließlich 1999 von der Pflegeversicherung übernommen werden. Auch die Kosten der sozialen Betreuung in Pflegeheimen werden innerhalb der Leistungsobergrenzen übernommen. Diese Kosten trug der Pflegebedürftige zuvor selbst.<sup>39</sup> Die Regelung wurde zunächst 1999 um zwei Jahre,<sup>40</sup> 2001 um drei Jahre<sup>41</sup> und 2005 um weitere drei Jahre verlängert.<sup>42</sup> 2007 schließlich ist die Übernahme der Kosten auf Dauer zu einer Leistung der Pflegeversicherung gemacht worden.<sup>43</sup>

**Qualitätsmanagement und Beratung:** 2002 trat das „Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege“ in Kraft. Unter anderem verpflichtet es die Pflegeheime und -dienste (ergänzend zu der externen Qualitätssicherung durch die Landesverbände der Pflegekassen) ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen. Desweiteren ist das neue Instrument der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen geschaffen worden, das dem Zweck dienen soll, die Pflege selbstverwaltung (bestehend aus Leistungserbringern und -trägern) bei der Sicherstellung einer qualitativ hoch-

wertigen Pflege zu stärken.<sup>44</sup> Neuen Verfahren wurden eingeführt, die die Personalbemessung bei Pflegeeinrichtungen auf wissenschaftliche Grundlagen stellen sollen.<sup>45</sup> Außerdem wurden die Pflegekassen verpflichtet, den Pflegebedürftigen über mögliche Leistungen und Vergütungen zugelassener Pflegeeinrichtungen zu informieren, Beratung anzubieten und die Leistungen stärker an den jeweiligen Bedürfnissen bzw. an der jeweiligen Situation auszurichten.<sup>46</sup> 2008 wurden schärfere Qualitätsstandards beschlossen; Einrichtungen werden seither jährlich überprüft und die Prüfberichte veröffentlicht.<sup>47</sup> Ab spätestens 1.1.2009 sollen in Zusammenarbeit mit den Kommunen zentrale Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige eingerichtet worden sein, die ein Fallmanagement anbieten. Die Anlaufstellen haben hierzu einen Versorgungsplan zu erstellen und sollen so bei der Organisation der Pflege sowie bei der Vermittlung von Pflegediensten, Haushalts-hilfen und Heimen unterstützen.<sup>48</sup>

### 3.6 Weitere Neuerungen ab 2008:

**Pflegezeit / Freistellung:** Seit 1.7.2008 besteht Anspruch auf eine Pflegezeit. Für bis zu sechs Monate kann sich dann ein Arbeitnehmer (in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten) von der Arbeit freistellen lassen. In dieser Zeit bezieht er kein Gehalt, ist aber weiter sozialversichert.<sup>49</sup> Darüber hinaus wird für den Fall einer unerwartet auftretenden „Pflagesituation“ ein Anspruch auf kurzzeitige Freistellung von bis zu zehn Arbeitstagen eingeführt.<sup>50</sup>

**„Poolen“ von Ansprüchen:** Zur Förderung von Wohnformen wie Senioren-WGs können seit 2008 Sachleistungsansprüche gemeinsam mit anderen Leistungsberechtigten wahrgenommen werden.<sup>51</sup>

**Prävention und Rehabilitation:** Die bereits bestehende Verpflichtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, in jedem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (unabhängig von dessen Ergebnis) darzustellen, welche Leistungen der medizinischen Rehabilitation im jeweiligen Fall geboten sind, wird konkretisiert. Stationäre Pflegeeinrichtungen sollen durch finanzielle Anreize dazu bewegt werden, stärker auf aktivierende Pflege und Rehabilitation zu setzen.<sup>52</sup>

## 4 Zusammenfassung und Fazit

Im direkten Vergleich mit dem Reformweg der Gesetzlichen Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung wird ein Unterschied unmittelbar deutlich: Bei den anderen drei Sozialversicherungszweigen zielten die meisten Reformen seit 1989 auf Leistungseinschränkungen ab,

um eine Senkung oder zumindest Stabilisierung des Beitragssatzes zu erreichen. Nicht so im Falle der Pflegeversicherung. Diese wurde in einer Zeit eingeführt, während der die Zeichen in der Sozialpolitik bereits auf Konsolidierung standen. Dementsprechend war die GPV von vornherein lediglich als eine Grundsicherung konzipiert. Ihre Zuschüsse bewahren daher viele, aber keineswegs alle Pflegebedürftigen davor, in die Sozialhilfe abzugleiten: Die Zahl derer, die auf ergänzende Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind, hat sich in den ersten drei Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung auf rund 222.000 halbiert. Seitdem ist sie wieder etwas angestiegen auf etwa 273.000 in 2006.<sup>53</sup> Der erneute Anstieg mag auch damit zusammenhängen, dass die absoluten Beträge fast aller Leistungen bis 2008 konstant geblieben sind und somit real an Wert verloren.<sup>54</sup> Insgesamt ist mit Blick auf die Leistungen daher einerseits festzustellen, dass im Wesentlichen zwar nicht – wie in den anderen Sozialversicherungszweigen – Einschränkungen qua Gesetz vorgenommen worden sind. Andererseits muss aber erstens berücksichtigt werden, dass das Ausgangsniveau von vornherein vergleichsweise niedrig war und es zweitens mangels Dynamisierung zu einer faktischen Leistungssenkung kam. Soweit Leistungen hingegen bis 2007 ausgebaut wurden, handelte es sich zumeist um Änderungen im Detail (beispielsweise geringere Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege bzw. Pflegevertretung) oder um nur bescheidene Verbesserungen (so die zusätzliche Betreuungsleistung für Demenzzranke im Wert von anfangs lediglich 460 Euro pro Jahr). Ansonsten betrafen die Reformen seit 1995 vor

allem das Qualitätsmanagement und die Beratung. Erst das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 führte zu erkennbaren Leistungsausweitungen. So wird die Leistung für Demenzzranke auf immerhin 2.400 Euro pro Jahr angehoben und kann nun auch Betroffenen gewährt werden, die nicht die Kriterien für Pflegestufe I erfüllen. Mit der Möglichkeit, Ansprüche zu „poolen“, wird das Leistungsrecht zudem flexibler. Schließlich wurde mit der ‚Pflegezeit‘ auch die Stellung der Pflegeperson verbessert. Vor allem aber ist die Anhebung und anschließende Dynamisierung fast aller Leistungen zu nennen, wodurch den Preissteigerungen entgegengewirkt wird. Unrühmliche Ausnahme bleiben hier die Leistungen der Stufen I und II in der vollstationären Pflege: Diese werden zusammen mit übrigen Beträgen erstmals 2015 im Rahmen der ersten Dynamisierung angehoben werden und dann nahezu zwanzig Jahre unverändert geblieben sein. Insgesamt hat das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz seinen Schwerpunkt nicht bei den Leistungen, sondern soll vielmehr die Inanspruchnahme derselben vereinfachen und verbessern, insbesondere mittels verstärkter Pflegeberatung, mehr Prävention sowie schärferen Qualitätsstandards. Dies ist sozialpolitisch wünschenswert, doch ein wichtiger Beweggrund für die Entstehung der Pflegeversicherung war es gewesen, Menschen im Falle ihrer Pflegebedürftigkeit nicht in die Sozialhilfe abgleiten zu lassen. Seit 2004 ist Zahl der von Sozialhilfe abhängigen Pflegebedürftigen wieder deutlich gestiegen. Der Erfolg der letzten Pflegereform wird daher auch daran zu messen sein, ob sie diesen Trend umkehren kann.

### Anmerkungen

- 1 Vgl. etwa Benz/Boeckh/Huster (2006), S. 62 ff.
- 2 Vgl. Waltermann (2008), S. 110; Ausnahmen bildeten für ihren Regelungsbereich die Gesetzliche Unfallversicherung und das Recht der sozialen Entschädigung (z.B. Kriegsopferversorgung).
- 3 Vgl. Waltermann (2008), S. 110.
- 4 §§ 28, 36-45 SGB XI; BGBl. I, 1994, S. 1024 ff.
- 5 § 15 SGB XI; BGBl. I, 1994, S. 1020; BGBl. I, 1996, S. 830.
- 6 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2009).
- 7 Seit 1996 ist häusliche Pflege auch dann möglich, wenn Pflegebedürftige – ohne sich dabei in einer stationären Pflegeeinrichtung zu befinden – nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden (BGBl. I, 1996, S. 831).
- 8 § 38 SGB XI; BGBl. I, 1994, S. 1026.
- 9 § 36 SGB XI; BGBl. I, 1994, S. 1025.
- 10 § 37 SGB XI; BGBl. I, 1994, S. 1025.
- 11 § 41 SGB XI; BGBl. I, 1994, S. 1026.
- 12 § 42 SGB XI; BGBl. I, 1994, S. 1026 f.
- 13 § 43 SGB XI; BGBl. I, 1994, S. 1027.
- 14 § 39 SGB XI; BGBl. I, 1994, S. 1026.
- 15 § 19 SGB XI; BGBl. I, 1994, S. 1021.
- 16 § 44 SGB XI; BGBl. I, 1994, S. 1027.
- 17 § 45 SGB XI; BGBl. I, 1994, S. 1027.
- 18 § 55 SGB XI; BGBl. I, 1994, S. 1030.
- 19 Vgl. BVerfGE 103, 271.
- 20 BGBl. I, 2004, S. 3448.
- 21 BGBl. I, 2008, S. 884.
- 22 Vgl. Bundesrats-Drs. 718/07, S. 90.
- 23 BGBl. I, 2008, S. 879, 878.
- 24 BGBl. I, 1999, S. 1656.
- 25 BGBl. I, 2008, S. 879, 878.
- 26 BGBl. I, 1999, S. 1656.

- 27 BGBl. I, 1999, S. 1656.  
28 BGBl. I, 2008, S. 881, 878, 881.  
29 BGBl. I, 2008, S. 881 f.  
30 BGBl. I, 1996, S. 834 f.  
31 BGBl. I, 1998, S. 1229; BGBl. I, 1999, S. 2648; BGBl. I, 2001, S. 3730; BGBl. I, 2005, S. 828.  
32 BGBl. I, 2007, S. 446. Seit der ersten Übergangsregelung 1996 durften die jährlichen Ausgaben der einzelnen Pflegekassen für die bei ihnen versicherten Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege im Schnitt 30.000 DM (15.339 Euro) nicht übersteigen (Härtefälle nicht berücksichtigt), andernfalls waren die Leistungen für die einzelnen Pflegebedürftigen zu kürzen. Diese Regelung wurde 2008 aufgehoben, da sie, in der Praxis bisher keine Bedeutung erlangt [hat], weil die Ausgaben der Pflegekassen durch die festen Leistungspauschalen ohnehin unter dem Wert lagen.“ (Bundesrats-Drs. 718/07, S. 137; BGBl. I, 2008, S. 881 f.).  
33 Vgl. Bundestags-Drs. 13/3696, S. 13.  
34 BGBl. I, 1996, S. 831.  
35 BGBl. I, 2008, S. 880, 878.  
36 BGBl. I, 2001, S. 3730 f.  
37 BGBl. I, 2008, S. 882 f.  
38 BGBl. I, 2008, S. 887 f.  
39 BGBl. I, 1996, S. 832.  
40 BGBl. I, 1999, S. 2648.  
41 BGBl. I, 2001, S. 3730.  
42 BGBl. I, 2005, S. 828.  
43 BGBl. I, 2007, S. 445 f.  
44 BGBl. I, 2001, S. 2322 f., 2326 ff.  
45 BGBl. I, 2001, S. 2321 f.  
46 BGBl. I, 2001, S. 2320 f.  
47 BGBl. I, 2008, S. 891 ff.  
48 BGBl. I, 2008, S. 875 f.  
49 BGBl. I, 2008, S. 897.  
50 BGBl. I, 2008, S. 882.  
51 BGBl. I, 2008, S. 879.  
52 BGBl. I, 2008, S. 877, 878, 887. Pflegeheime, denen es nach verstärkten aktivierenden und rehabilitativen Bemühungen gelingt, Pflegebedürftige in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, erhalten einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von einheitlich 1.536 Euro.  
53 Bundesministerium für Gesundheit 2008, S. 53.  
54 Die allgemeine Inflation betrug zwischen 1995 und 2007 rund 9% (Statistisches Bundesamt 2008, Tab 1.1; eigene Berechnungen).

## Anmerkungen Kurzübersicht

- I § 1 SGB XI.  
II § 110 SGB XI.  
III BGBl. I, 2007, S. 469 f., 466 ff., 391 f.  
IV § 2 Abs. 1 SGB XI.  
V § 15 SGB XI.  
VI § 3 SGB XI.  
VII §§ 36 ff. SGB XI.  
VIII § 15 Abs. 1 SGB XI.  
IX § 58 Abs. 1 SGB XI.  
X § 58 Abs. 2 SGB XI.  
XI § 55 Abs. 1 SGB XI; BGBl. I, 2008, S. 884.  
XII BGBl. I, 2008, S. 2337.

## Quellen (außer Bundesgesetzblatt)

Benz, Benjamin/ Boeckh, Jürgen/ Huster, Ernst-Ulrich: Sozialpolitik in Deutschland . Eine systematische Einführung, 2. aktualisierte Auflage, Wiesbaden 2006.

Bundesministerium für Gesundheit: Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Berlin 2008.

Bundesministerium für Gesundheit: Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin 2009.

Statistisches Bundesamt: Statistisches Taschenbuch 2008, Wiesbaden 2008.

Waltermann, Raimund: Sozialrecht, 7. Auflage, Heidelberg 2008.