

Einleitung

Pflegesicherungssysteme sind der jüngste Zweig des Wohlfahrtsstaats und haben sich in den letzten 50 Jahren aus den Gesundheitssystemen heraus entwickelt (Österle und Rothgang 2010). Wie Gesundheitssysteme müssen sie drei Funktionen erfüllen: Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung (Rothgang et al. 2010a). Bei der Finanzierungsfunktion geht es darum, die finanziellen Ressourcen bereitzustellen, die das System benötigt, um Langzeitpflege zu finanzieren. In Deutschland sind diesbezüglich die Pflegeversicherung, die Sozialhilfe und die privat aufgebrauchten Eigenmittel als wichtigste Finanzierungsquellen zu benennen. Während die Leistungserbringung im Gesundheitssystem praktisch ausschließlich durch Gesundheitseinrichtungen und entsprechend ausgebildetes Gesundheitspersonal erfolgt, sind in der Langzeitpflege neben den formellen Anbietern von Pflegeleistungen auch die informellen Strukturen zu betrachten. Die Regulierung der Aspekte von Finanzierung und Leistungserbringung erfolgt in Deutschland in der Langzeitpflege – ebenso wie im Gesundheitssystem – durch den Gesetz- und Verordnungsgeber. Auf Bundes- und Landesebene erfolgt diese aber auch durch die gemeinsame Selbstverwaltung von Leistungsanbietern und Finanzierungsträgern nach § 113 SGB XI (den sogenannten Vertragspartnern).

In diesem Pflegereport wird über die Entwicklung im Zeitraum von 2016 bis 2017 in allen drei Dimensionen berichtet.

Das Kapitel 1 widmet sich der Regulierung. Nachdem die Reformen der Pflegestärkungsgesetze bereits in den vergangenen Pflegereports ausführlich dargestellt wurden, geht es in diesem Jahr insbesondere um die Reformfolgen, die bislang – mangels Daten – noch nicht analysiert werden konnten: die Auswirkungen der Reform auf Pflegesätze, die Eigenanteile der Heimbewohner und die Einnahmen der Heimbetreiber. Dabei werden nicht nur die aktuellen Werte mit Mitteln der deskriptiven Statistik beschrieben, sondern es wird durch Vergleiche mit den Ergebnissen der Pflegestatistik 2015 auch gezeigt, wie sich die Einnahmesituation der Heimbetreiber in den eineinhalb Jahren bis Mai 2017 verändert hat.

Das Kapitel 2 beschäftigt sich mit der Leistungserbringung und der Finanzierung. Anders als im Gesundheitssystem wird die Leistungsberechtigung nicht bei jedem Leistungsbezug einzeln (durch die Anbieter) festgelegt, sondern generalisiert durch die Pflegebegutachtung der Medizinischen Dienste, also einer vom Finanzierungsträger finanzierten Institution beziehungsweise von Medicproof, dem funktionalen Pendant für die Private Pflegepflichtversicherung, festgestellt. Das Kapitel 2 gibt daher zunächst Auskunft über die Zahl der Pflegebedürftigen und deren Struktur sowie die Inanspruchnahme von Leistungen – für die Jahre 2015 (anhand der Pflegestatistik) und das Jahr 2016 (anhand von Daten der BARMER) aber auch im Zeitverlauf. Eine Inanspruchnahme setzt jedoch ein entsprechendes Leistungsangebot voraus, das gleichfalls beschrieben wird. Hierbei ist zwischen der informellen Pflege durch Angehörige und weitere informelle Pflegepersonen und den formellen Pflegeeinrichtungen zu unterscheiden, die sich wiederum in ambulante und stationäre Anbieter untergliedern lassen. Schließlich wird im Kapitel 2 die Leistungsfinanzierung in der Langzeitpflege und die Aufteilung der Ausgaben auf die verschiedenen Finanzierungsträger für 2016 und im Längsschnitt thematisiert.

Im Kapitel 3 wird dann der Rahmen der Berichterstattung verlassen und ein Schwerpunktthema behandelt: die jungen Pflegebedürftigen. Häufig wird die Langzeitpflege mit der Altenpflege gleichgesetzt. Dies ist allerdings nicht zutreffend. Die deutsche Pflegeversicherung stellt – im Unterschied etwa zur japanischen – Leistungen für Pflegebedürftige jeden Alters bereit. Im Jahr 2015 sind 386.000 der Leistungsempfänger jünger als 60 Jahre (Statistisches Bundesamt 2017d: 9). Dies entspricht 13,5 Prozent der insgesamt 2,86 Millionen Pflegebedürftigen. Diese Pflegebedürftigen zeichnen sich aber durch andere Lebensumstände und einen anderen Bedarf aus. Im Kapitel 3 wird daher untersucht, wie junge Pflegebedürftige versorgt werden, welchen Bedarf sie haben und inwieweit dieser gedeckt ist beziehungsweise inwieweit sich aus einem ungedeckten Bedarf Hinweise auf eine notwendige Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ergeben. Da dies nicht ausschließlich anhand der vorhandenen Daten und Statistiken untersucht werden kann, wurde hierzu bei den jungen Pflegebedürftigen der BARMER eine Primärdatenerhebung durchgeführt, deren Ergebnisse in Kapitel 3 vorgestellt werden.

Da mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1. Januar 2017 Personen mit der bisherigen Pflegestufe 0 in den Pflegegrad 2 übergeleitet wurden und damit ab diesem Zeitpunkt pflegebedürftig im Sinne des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind, wurde in diesem Pflegereport ein erweiterter Pflegebedürftigkeitsbegriff verwendet. Dieser bezieht sowohl die bisherigen Pflegebedürftigen der Pflegestufen I - III als auch die Leistungsberechtigten der sogenannten Pflegestufe 0, also Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, deren Pflegebedarf aber unterhalb von Pflegestufe I liegt, mit ein. Insbesondere für eine Langfristbetrachtung ist die Berücksichtigung der Menschen mit Pflegestufe 0 sinnvoll, da diese bereits seit dem Jahr 2013 nicht nur zusätzliche Betreuungsleistungen, sondern auch Pflegegeld und Pflegesachleistungen beziehen können und seit dem Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1. Januar 2017 auch pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. Wird auf den engeren Pflegebedürftigkeitsbegriff, der sozialrechtlich bis zum 31. Dezember 2016 galt, Bezug genommen, so wird dies explizit erwähnt. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff kann erstmals im Jahr 2018 Grundlage der Berichterstattung werden, wenn Daten des Jahres 2017 vorliegen, in dem der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff erstmals Grundlage des Leistungsgeschehens ist.