

ALLOKATION IM
MARKTWIRTSCHAFTLICHEN SYSTEM

68

CHRISTIAN MAIER

**EINE EMPIRISCHE
ANALYSE DER ANREIZE
ZUR INFORMELLEN
PFLEGE**

Impulse für Deutschland aus
einem europäischen Vergleich

1 Motivation

1.1 Pflege(bedürftigkeit) in Deutschland

Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) als sogenannte fünfte Säule der sozialen Sicherung in Deutschland stellt seit ihrem Inkrafttreten zum 1. Januar 1995 neben Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung das jüngste Mitglied der Sozialversicherung dar. Sie wurde ins Leben gerufen, um dem ständig steigenden Bedarf nach pflegerischer Unterstützung in Zeiten des demografischen Wandels gerecht zu werden und der wachsenden Anzahl finanziell mit den daraus erwachsenden Verpflichtungen Überforderter zu begegnen, bzw. „die soziale Absicherung von Pflegebedürftigen umfassend zu verbessern und auf eine neue Grundlage zu stellen“ (BMA (1997), S. 8). In Ergänzung der bereits auf Grundlage der Verfassung der Bundesrepublik Deutschland zur gemeinschaftlichen Absicherung gegen allgemeine Lebensrisiken existierenden Bücher des Sozialgesetzbuches wurde mit dem Elften Buch (Elftes Buch Sozialgesetzbuch (1994) - SGB XI) durch das Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) eine eigenständige Pflichtversicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit eingeführt. Mit dieser „ordnungspolitische[n] Neuorientierung“ (Oberender (1986), S. 27) ging ein Zugewinn an Rechtssicherheit einher, welcher insbesondere auf der Schaffung konkreter Regelungen gegenüber der bis zu diesem Zeitpunkt existierenden „Schwerpflegebedürftigkeit“ als unbestimmtem Rechtsbegriff beruhte und die pflegerische Versorgung der Bevölkerung laut § 8 Absatz 1 SGB XI zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe erhob.

Heute wie damals bietet die Soziale Pflegeversicherung ihren zurzeit knapp 70 Mio. Versicherten (davon mehr als 51 Mio. Mitglieder) Absicherung gegen das finanzielle Risiko einer Pflegebedürftigkeit gemäß des Teilkaskoprinzips als Gegenleistung für die nach dem Umlageverfahren erhobenen Beiträge in Höhe von bis zu 2,2 % des beitragspflichtigen Einkommens. Wenngleich als Pflichtversicherung gestartet, gehören faktisch erst seit der Einführung der Krankenversicherungspflicht in Deutschland durch das zum 01.04.2007 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) alle Bürger auch der Pflegeversicherung an. Dies ergibt sich aus dem Grundsatz, dass die Pflege- der Krankenversicherung folgt, was bedeutet, dass in der Regel sowohl gesetzlich wie auch

privat Versicherte über die zu ihrer Krankenversicherung gehörige Pflegekasse versichert sind und sich die Pflicht zum Abschluss einer Krankenversicherung auch im Geltungsbereich der Pflege auswirkt.

Eine generelle Voraussetzung zur Leistungsgewährung aus den Mitteln der Pflegeversicherung stellt die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI dar. Von besonderer Bedeutung im Rahmen dieser Arbeit sind die Paragraphen 14 und 15 SGB XI, wobei in § 14 SGB XI die Pflegebedürftigkeit auslösenden Verrichtungen festgelegt sind und in § 15 SGB XI die Beurteilung des Schweregrades geregelt ist. Des Weiteren gelten diese Regelungen nicht für Einschränkungen, welche lediglich kurze Zeiträume betreffen; vielmehr wird auf einen Hilfsbedarf von mindestens sechs Monaten abgestellt. Gemäß dieser Vorgaben zählen in Deutschland auf Grund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung derzeit mehr als 2,3¹ Millionen Menschen als betreuungs- oder unterstützungsbedürftig im Sinne des SGB XI (vgl. Statistisches Bundesamt (2011a), S. 5). Die Leistungsempfänger sollen in die Lage versetzt werden, ein selbstbestimmtes Leben zu führen, obwohl sie die regelmäßigen Aufgaben des täglichen Lebens nicht mehr oder nur eingeschränkt selbstständig meistern können. Auf Grund des Teilkaskocharakters ist jedoch davon auszugehen, dass den reinen Auszahlungsbetrag der Versicherung übersteigende Verpflichtungen (in der Regel monetär oder als physisch unterstützende Hilfeleistung) entstehen, welche durch den Pflegebedürftigen selbst, dessen Angehörige oder letztlich durch staatliche Unterstützung im Rahmen der Hilfe zur Pflege und somit als Teil der Sozialhilfe (§§ 61-66 SGB XII) erbracht werden müssen.

Angesichts der Prognosen, dass sich die Zahl der von Pflegebedürftigkeit Betroffenen in Deutschland bis zum Jahr 2050 auf bis zu rund 4,5 Millionen Menschen nahezu verdoppeln könnte (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010), S. 30) und somit der Bedarf an Pflegeleistungen weiter stark zunimmt, wird die Notwendigkeit einer zeitnahen Reform der Sozialen Pflegeversicherung deutlicher denn je. Die diskutierten Lösungsansätze knüpfen beispielsweise an Fragen nach der Finanzierung, der Demografiefestigkeit oder auch an Qualitäts- und Leistungsgewährungsaspekte an. Wenngleich die bereits beobachtbaren und noch zu erwartenden demografischen und gesellschaftlichen Entwicklungen eine breitere Auseinandersetzung mit allen Teilbereichen der Pflege nahelegen, konzentrieren sich die Analysen mit (überwiegend)

1 Die Zahlen der Pflegetatistik 2009 aus dem Jahr 2011 weisen einen Stand von rund 2,34 Millionen Menschen aus. Diese Zahl wird bis zum Jahresende 2012 auf knapp 2,5 Millionen Betroffene anwachsen (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010), S. 26ff.).

ökonomischem Schwerpunkt bislang oftmals auf alternative bzw. ergänzende Modelle zur Finanzierung des Systems und vernachlässigen die Leistungsseite.

Vordergründig erscheint die Präferenz für finanzierungsseitige Lösungsansätze durchaus plausibel, bietet sich die Soziale Pflegeversicherung mit einem monetären Volumen von rund 21,5 Mrd. Euro pro Jahr (vgl. Statistisches Bundesamt (2012b), S. 21) als Testobjekt für größere Aufgaben (beispielsweise die Krankenversicherung) doch geradezu an. Sie kämpft mit vergleichbaren Problemen aller umlagefinanzierten Gesundheitssysteme, welche sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite anzutreffen sind. Als Gründe für das Auseinanderklaffen von Einnahmen und Ausgaben sind insbesondere die Erosion der Einnahmehasis einerseits und ein fortwährend steigender Ausgabendruck andererseits zu nennen (vgl. Oberender und Zerth (2010), S. 115ff.). Mit der Diskussion um das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) einerseits sowie im Zuge der Reformbestrebungen zur Neuordnung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs andererseits, steht zukünftig die Betrachtung der Leistungsseite stärker im Fokus.

Es scheint sich die Erkenntnis durchzusetzen, dass finanzierungsseitig „mehr Geld in das System“ zu bringen oder leistungsseitig – bei von Interessenverbänden und Wohlfahrtsorganisationen ohnehin als weitaus unzureichend kritisierten Leistungssätzen - mehr oder weniger wahllos den Rotstift anzusetzen zwar die wohl einfachsten, sicher jedoch nicht die kreativsten und nachhaltigsten Antworten auf die Frage nach der Zukunft der Pflege in Deutschland sind. Es gilt, sich den Herausforderungen einer alternden Bevölkerung auch mittel- bis langfristig zu stellen und die Zukunft durch Schaffung verlässlicher Rahmenbedingungen sowie mittels gesellschaftlich akzeptierter Anreizstrukturen zu gestalten. Dies muss zwangsläufig weit über die bisherige Praxis der Verlagerung weiterer Lasten in die Zukunft hinausgehen. Ziel sollte es sein, Lösungen zu finden, die über rein monetäre Aspekte hinausgehen und nicht einzig auf die intrinsische Motivation der Angehörigen bauen. Des Weiteren ist die Autonomie und Entscheidungsfreiheit der Betroffenen zu respektieren, in die der Staat nicht eingreifen sollte (vgl. Ulrich (2006b), S. 246 am Beispiel der privaten Entscheidung für oder gegen Kinder). Die in Betracht kommenden Anreize dürfen diese Wahl nicht verzerren, sondern sollen lediglich diejenigen, die sich zur informellen Pflege bereiterklären, unterstützen und vor, während sowie gegebenenfalls nach ihrer Pflegeleistung begleiten.

Die Notwendigkeit solcher Maßnahmen verdeutlicht der Blick auf die Prognosen zu den bevorstehenden Entwicklungen auf der Leistungsseite. Die weitgehend feststehenden Ausgabensteigerungen bis zu den Jahren 2030 oder gar 2050 weisen auf die mit einer alternden Bevölkerung einhergehenden ungelösten Probleme hin: Unter den zunehmenden altersbedingten Krankheiten sei beispielhaft

auf Demenz², welche sich zu einer Erkrankung mit epidemischen Ausmaßen entwickeln wird, verwiesen. Bereits heute lassen sich demenzielle Erkrankungen und Depressionen als häufigste psychische Erkrankungen im höheren Lebensalter identifizieren (vgl. Copeland et al. (1999)). Es ist davon auszugehen, dass in der Gruppe der 85-Jährigen nahezu 30 Prozent von einer Alzheimer-Demenz als wichtigster Form der demenziellen Syndrome betroffen sein werden (vgl. Böhler und Pfundstein (2002), S. 37f.), ohne dass deren Versorgung und Betreuung ansatzweise gesichert erscheint, da zeitgleich (im Jahr 2050) auch jeder dritte Einwohner in Deutschland 65 Jahre und älter ist. Somit stellt sich angesichts des seit Jahrzehnten beobachtbaren Rückgangs der Pflegebereitschaft und der Pflegefähigkeit die Frage, wie bzw. von wem entweder diese Betroffenen gepflegt werden oder an welcher Stelle andere Pflegebedürftige stattdessen durch informelle Pflegeleistungen die Kapazitäten der formellen Pflege entlasten können, um so eine adäquate Versorgung aller sicherzustellen (vgl. Ulrich und Maier (2012), S. 1).

Diese und angrenzende Fragestellungen betreffen konkret die Situation in Deutschland, haben ihren Ursprung jedoch in übergeordneten Entwicklungen, die alle umlagefinanzierten Sozialversicherungssysteme der wichtigsten Industriestaaten vor große Herausforderungen³ stellen. Vornehmlich durch den sich langsam, aber unaufhaltsam vollziehenden demografischen Wandel⁴, dessen vielfältige Auswirkungen in weiten Teilen unserer Gesellschaft spürbar sind, kommt es zu einer abnehmenden Belastbarkeit familiärer Netzwerke. Diese stellen seit Generationen – und somit vor allem weit vor, aber auch nach Einführung der Pflegeversicherung – ein wichtiges Element bei der Versorgung Pflegebedürftiger dar.⁵ In Zeiten, als die Großfamilie noch die am weitesten verbreitete Form

2 Für weitere Informationen zu Demenz bzw. zur Alzheimer-Krankheit siehe Pschymbel (2011), S. 451 bzw. S. 67, Kuhlmann (2005), S. 15ff., Böhler und Pfundstein (2002), Weyerer (2005) sowie Zsolnay-Wildgruber (1997), S. 14-54.

3 Ein aktueller Einblick in die unterschiedlichen Reformgegenstände und –ansätze findet sich für ausgewählte europäische Länder beispielhaft unter anderem bei Le Bihan und Martin (2011) (für Frankreich), Comas-Herrera et al. (2011) (England), Santana (2011) (Portugal), Trydegård und Thorslund (2011) (Schweden), Costa-Font (2011) (Spanien und Italien) sowie Schut und van den Berg (2011) (Niederlande).

4 In den sogenannten entwickelten Ländern weist der demografische Wandel hinsichtlich seiner Ursachen zum Teil sehr ähnliche, zum Teil jedoch auch differenzierte Merkmale auf, was die übergreifende Gültigkeit der identifizierten Herausforderungen jedoch nicht beeinträchtigt (vgl. Birg (2005), S. 31ff. und Véron und Pennec (2007), S.45f.).

5 Dies ist unter anderem auch auf die Zustände in den nach dem Prinzip der Kosteneffektivität ausgestalteten Einrichtungen zur Institutionalisierung Pflegebedürftiger

des Zusammenlebens ausmachte, erfüllten diese familiären Bande oft auch eine unverzichtbare soziale Funktion, zu der unter anderem die Pflege Angehöriger ganz selbstverständlich zählte (vgl. Bischoff-Wanner (2011), S. 20). Wenngleich durch die Existenz der Pflegeversicherung und einem verbesserten Zugang zu professioneller Hilfeleistung die unbedingte Notwendigkeit des persönlichen Umsorgens nicht mehr gegeben ist (vgl. Dallinger und Theobald (2008), S. 83; siehe auch Kapitel 4.2), stellt diese Form des Pflegeangebots nach wie vor eine wichtige, unverzichtbare Stütze des Systems dar. Als kostengünstigste Variante trägt die häusliche, nicht-professionelle Pflege, welche in der Regel durch Angehörige und/oder Bekannte (beispielsweise Nachbarn oder Freunde) geleistet wird, zur finanziellen Entlastung der Pflegekassen bei und hilft, das Verhältnis zwischen aufzubringendem Beitrag und Leistungshöhe zu wahren.

Akzeptiert man – wie in § 3 SGB XI festgehalten – den Vorrang der ambulanten Pflege vor der stationären Pflege und schließt zur Erreichung dieses Ziels gesetzlich verordnete Zwangsmaßnahmen aus, ist die Erreichung der Vorrangstellung durch das Setzen entsprechender Anreize sicherzustellen. Hierbei kann der Blick über die eigenen Landesgrenzen hinaus hilfreich sein, um von den in anderen Ländern (sei es mit ähnlichen oder sich zum Teil deutlich unterscheidenden Sozialversicherungssystemen) praktizierten Vorgehensweisen neue Impulse und Anregungen zur Ausgestaltung in Deutschland abzuleiten.⁶ Im Rahmen dieser Arbeit liegt der Fokus auf Ansätzen zur Anreizgestaltung, die bei den Leistungsoptionen insbesondere die Bereitschaft zur informellen Pflege stärken können. Die Analyse erfolgt aus ökonomischer Perspektive, die in bisherigen (bspw. pflegewissenschaftlich oder diskursanalytisch orientierten) nationalen Arbeiten zum Themenkreis der informellen Pflege zu kurz kommt, wohingegen international vergleichende Arbeiten (zum Teil mit ökonomischem Hintergrund) auf Grund der einfacheren Handhabung oder des länderübergreifenden Anspruchs die deutsche SGB XI-Perspektive vernachlässigen bzw. nicht einnehmen (können). Mittels der beschriebenen Verknüpfung werden

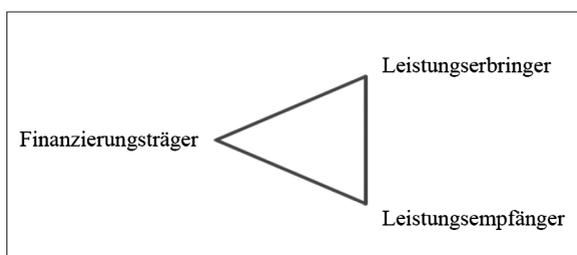
zurückzuführen (vgl. hierzu sowie zur Entwicklung der Leitbilder der Pflege im Wandel der Zeit von Kondratowitz (2005)). Schüller (2009), S. 31-36 skizziert die Entwicklung stationärer Pflegeeinrichtungen beginnend mit dem 13. Jahrhundert.

- 6 Für den internationalen Vergleich werden ausnahmslos europäische Länder herangezogen (siehe Kapitel 6), wenngleich auch andere Nationen erwähnenswerte Ansätze aufweisen. Exemplarisch sei an dieser Stelle auf die Arbeiten von Feder et al. (2000) und Brown und Finkelstein (2011) für die Vereinigten Staaten, Klie und Okada (2005) und Shimada und Tagsold (2006), S. 106ff. für Japan und Kwon (2008), S. 184ff. für Südkorea verwiesen.

Verzerrungen vermieden, die sich aus einer ungenauen Abgrenzung von Pflegebedürftigkeit und daraus folgenden Fehlinterpretationen hinsichtlich des Vorliegens eines Anspruchs auf Pflegeleistungen (quantitativ und qualitativ) ergeben.

Der Markt für Pflegeleistungen lässt sich nicht mit dem idealtypischen Marktverständnis mit zwei Parteien, nämlich Anbietern und Nachfragern, beschreiben, welche Waren und Dienstleistungen gemäß ihrer Präferenzen bepreisen und gegebenenfalls austauschen (vgl. Pindyck und Rubinfeld (2009), S. 32ff.). Vergleichbar dem Sachleistungsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Wille (1999), S. 293f.) folgt auch die SPV grundsätzlich dieser Erstattungsregelung.⁷ Neben den rechtlichen Bindungen, die zwischen pflegebedürftigem Leistungsempfänger und professionellem Leistungserbringer sowie im Versicherungsverhältnis zwischen Versicherer und Pflegebedürftigem bestehen, tritt durch das Sachleistungsprinzip eine weitere Rechtsbeziehung hinzu, nämlich die zwischen Leistungserbringer und Finanzierungs- bzw. Kostenträger (vgl. Breyer (1997), S. 60). Hieraus folgt, dass Pflegebedürftige die Leistungen nicht vorfinanzieren müssen und dennoch Einfluss auf Art und Umfang der Pflege ausüben (vgl. Eisen (1999), S. 103f.). Während gemäß § 77 SGB XI für ambulante Pflegesachleistungen wie auch im Bereich der stationären Pflege dieses Strukturelement als unabdingbare Voraussetzung zur Leistungsgewährung vorliegen muss, gilt dies nicht bei Geldleistungen. Für den Bereich der stationären Pflege wird in diesem Zusammenhang kritisiert, dass fehlende wirtschaftliche Macht der Pflegebedürftigen zu eingeschränkter Nachfragekompetenz führt (vgl. Schüller (2009), S. 298f.). Abbildung 1 illustriert das Dreiecksverhältnis der Vertragspartner bei Pflegeleistungen, welche von professionellen Anbietern gegen Entgelt erbracht werden.

Abbildung 1: Dreiecksverhältnis der professionellen Pflege



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Breyer (1997), S. 60.

7 Eine Ausnahme von dieser Regel sieht § 91 SGB XI vor, der in diesem Fall jedoch eine Kürzung der Leistungen um 20 % beinhaltet.

Die nach dem Geldleistungsprinzip ausgestaltete nicht-professionelle ambulante Pflege (informelle Pflege), bei der das ausbezahlte Pflegegeld in der Regel in Anerkennung der ehrenamtlich⁸ erbrachten Leistung an den Pflegenden weitergereicht wird, nimmt diesbezüglich in der SPV eine Sonderstellung ein. Der Pflegebedürftige kümmert sich selbst um die Sicherstellung seiner pflegerischen Versorgung und der persönlichen, emotionalen Bindung zwischen Pflegeleistendem und –empfänger kommt oftmals eine besondere Bedeutung zu. Hieraus ergeben sich über materielle Zuwendungen und fachliche Anleitung hinausgehende Anknüpfungspunkte zur Anreizgestaltung.

Auch die aktuell diskutierte Neuordnung der Pflegeversicherung mit einem an dem Grad der Selbstständigkeit anknüpfenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie die daraus resultierenden Veränderungen bei der Leistungsgewährung führen zu Konsequenzen hinsichtlich der Anreizstrukturen bei der Wahl der Leistungsoptionen. Wenngleich die Wahlmöglichkeit überhaupt zu besitzen in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung ist,⁹ entfaltet beispielsweise die Festlegung der zukünftigen Stellung der ambulant erbrachten, nicht-professionellen Pflege Konsequenzen für alle Betroffenen.

1.2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Die Vielzahl der im vorangegangenen Kapitel schlaglichtartig beleuchteten und im Folgenden noch zu vertiefenden Stellschrauben und Eingriffsmöglichkeiten im Pflegesektor verdeutlicht das hohe Maß an Komplexität bei der Suche nach Antworten auf die Frage nach einer nachhaltigen Ausgestaltung der Pflegeversicherung in Deutschland. Im Rahmen dieser Arbeit haben bei der Identifikation von Anknüpfungspunkten zur Anreizgestaltung hinsichtlich der Bereitschaft zur informellen Pflege insbesondere die folgenden Fragestellungen besonderes Gewicht: Welche Faktoren determinieren Wahrscheinlichkeit und Ausmaß des Erhalts informeller Pflegeleistungen und welche Anreize, diese zu stärken, lassen sich in anderen europäischen Staaten identifizieren? Ist die Möglichkeit einer

8 Gemäß der Abgrenzung von van den Berg et al. muss informelle Pflege nicht kostenlos erbracht werden. Vielmehr ist es ausreichend, wenn lediglich eine unterhalb des Marktlohns liegende Vergütung geleistet wird (vgl. van den Berg et al. (2004), S. 38).

9 In der Praxis lässt sich beobachten, dass eine „echte“ Wahlmöglichkeit bei der Entscheidung hinsichtlich eigener Beteiligung zur Erbringung der Pflegeleistung in bestimmten Fällen nicht oder nur eingeschränkt gegeben sein kann. Beispielhaft sei die Pflege des eigenen Partners erwähnt, bei der der Pflegenden auch ohne bewusste Entscheidung pflegerische Leistungen übernimmt und ausführt.

Übertragung auf Deutschland gegeben, welche potenziellen Auswirkungen stehen zu erwarten und wie ist die Anwendung einer Maßnahme unter ökonomischen Aspekten zu bewerten? Darüber hinaus bietet die Analyse der Daten die Chance, die seit dem Jahr 2006 – dem Erhebungsjahr der im Rahmen der empirischen Analyse verwendeten SHARE-Daten (für weitere Informationen siehe Kapitel 5.3) - verabschiedeten Reformmaßnahmen einzuordnen, ihre Wirksamkeit einzuschätzen und daraus abgeleitet Handlungsempfehlungen zur zukünftigen Ausgestaltung anzuschließen.

Es wird deutlich, dass „die Pflege“ kein homogenes Gut darstellt (vgl. Norton (2000), S. 958). Dementsprechend vielfältig fällt selbst bei Eingrenzung auf Publikationen mit ökonomischem Hintergrund das Forschungsspektrum in Theorie und Empirie aus. Die notwendige Abgrenzung der vorliegenden Arbeit von angrenzenden Forschungsgebieten zum Themenkomplex Pflegeversicherung vorzunehmen bedeutet, dass die folgenden Bereiche zwar tangiert werden können, sie jedoch nicht explizit im Zentrum der Betrachtungen stehen. Dies betrifft unter anderem

- Fragen der Ausgestaltung der Finanzierung sowie eventueller Alternativen und Ergänzungen,
- weite Teile der stationären Pflege (für weiterführende Informationen und Untersuchungen siehe bspw. Sowinski und Ivanova (2011)) sowie hinsichtlich der Determinanten u.a. Klein (1996) und Schulz (2012)),
- Maßnahmen zur Evaluation und Sicherung der Qualität in der Pflege (u.a. bei Johné (1996) und Bieback (2004)),
- Messung der Kosten der informellen Pflege, welche auf volkswirtschaftlicher wie auch individueller Ebene bei Unterscheidung direkter und indirekter Kosten vorgenommen werden können (siehe bspw. van den Berg et al. (2004) und Bittman et al. (2005)),
- gesellschaftliche Kosten-Nutzen-Betrachtungen (siehe bspw. Ettner (1996), Arno et al. (1999) und Carmichael und Charles (2003)),
- Auswirkungen der physischen und psychischen Belastung auf Pflegende, welchen lange Zeit zu wenig Beachtung geschenkt wurde (für Deutschland siehe u.a. Badura (1983), S. 42f. und Müller et al. (2006), im internationalen Kontext bspw. die Übersichtsarbeiten von Pinquart und Sörensen (2003) und Pinquart und Sörensen (2006a)), insbesondere in Bezug auf mögliche Belastungsfolgen bei verwandtschaftlicher Pflege demenziell Erkrankter siehe Zarit et al. (1985), Zsolnay-Wildgruber (1997), S. 62ff. sowie die dort zitierten Studien und Pinquart und Sörensen (2006b)),
- Auswirkungen auf das Arbeitsangebot und die persönliche Arbeitssituation, da Zeit, die für die Bereitstellung informeller Pflegeleistungen aufgebracht

wird, nicht für alternative Verwendungen (Arbeit respektive Freizeit) zur Verfügung steht (unter den zahlreichen, oftmals empirischen Arbeiten zu diesem Teilgebiet siehe insbesondere Ettner (1995), Chang und White-Means (1995), Carmichael und Charles (1998), Heitmüller und Michaud (2006), Herbst und Barnow (2008), Bolin et al. (2008b), Fevang et al. (2008b), Leigh (2010) und Casado-Marín et al. (2011) sowie mit explizitem Fokus auf die Situation in Deutschland Meng (2012)),

- Untersuchungen, ob formelle und informelle Pflegeleistungen komplementäre oder substitutive Güter darstellen (u.a. in van Houtven und Norton (2004), Charles und Sevak (2005) und Bolin et al. (2008a)) sowie
- Antworten auf die Frage, wer die Hauptlast bei der Bereitstellung der informellen Pflege trägt. Hierbei wird, je nach Fragestellung der Studie, zwischen den Geschlechtern (Frau oder Mann) oder nach Verwandtschaftsgrad (Kinder, Enkelkinder, Geschwister, Schwiegerkinder oder Nachbarn/Bekannte/Sonstige) differenziert (u.a. in {Mentzakis 2009 #663 und Jansen (1999), S. 609ff.}). Zu verschiedenen Aspekten der besonderen Stellung männlicher Pfleger siehe die Beiträge in Kramer und Thompson (2002)).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich demnach vornehmlich mit der Frage, welche Anreize die Bereitschaft zur informellen Pflege stärken und so das System Pflege sowohl an den Präferenzen der Menschen ausrichten als auch ökonomisch stabilisieren und zukunftsfähig aufstellen können. Dies erscheint ob der Feststellung mangelhafter Anreize, bislang in Ansätzen feststeckender Maßnahmen zur Unterstützung und Beratung pflegender Angehöriger (vgl. Kolip und Lademann (2012), S. 533) und unzureichender Zieldefinition der Angebote (vgl. Kofahl et al. (2005), S. 245) dringend geboten, wobei auch die damit unterstellten quantitativen und qualitativen Unzulänglichkeiten der bisherigen Praxis im weiteren Verlauf der Arbeit in einen internationalen Kontext eingeordnet und in diesem bewertet werden.

Wenngleich der Schwerpunkt deutlich ökonomisch geprägt ist, finden sich in den folgenden Kapiteln auf Grund der Vielschichtigkeit des Themas Pflege und der großen Anzahl möglicher Anknüpfungspunkte viele Elemente anderer wissenschaftlicher Disziplinen und Forschungsgebiete wieder. Als Ausdruck der zunehmenden gesellschaftlichen Relevanz unterstreicht die in den letzten Jahren stark wachsende Anzahl an Publikationen zur informellen Pflege die prinzipielle Notwendigkeit der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dieser Thematik, wobei der Beitrag der Ökonomie zur Aufarbeitung bislang (zu) gering ausfällt und die Zeit bei der Suche nach Lösungen drängt (vgl. Fernandez et al. (2011), S. 596). Diese Forschungslücke aus ökonomischer Perspektive

zu beleuchten und zu verringern ist das Anliegen der vorliegenden Arbeit. Die Schnittstellen zur Forschung außerhalb des direkten ökonomischen Interesses werden lediglich in der gebotenen Kürze präsentiert, stellen jedoch einen unerlässlichen Beitrag zu einer umfassenden Darstellung im Sinne einer interdisziplinären Betrachtung dar, die dem Themenkomplex gerecht wird.

Hauptursächlich verantwortlich für das sich abzeichnende Dilemma der Pflegeversicherung ist ihre Anfälligkeit gegenüber der demografischen Entwicklung (vgl. Eekhoff (2008), S. 174f.). Die diesbezüglichen Ausführungen im sich anschließenden zweiten Kapitel konzentrieren sich zunächst auf die Darstellung der Determinanten und des resultierenden Status quo in Deutschland. Neben der Diskussion möglicher Ursachen werden auch die wichtigsten Kennziffern wie etwa der Alten- und Jugendquotient gebildet. Jedoch erweist sich bei der Abschätzung der Auswirkungen des demografischen Wandels die in der ökonomischen Betrachtung vorherrschende Fokussierung auf das Phänomen des sogenannten doppelten Alterungsprozesses hinsichtlich der Determinanten als unzureichend. Dies gilt in besonderem Maße im Bereich der informellen Pflege, welche – verglichen mit der Sozialen Pflegeversicherung im Allgemeinen – ein nochmals erhöhtes Maß an Demografieanfälligkeit aufweist. Die Gründe dafür sind im Zusammenwirken der vielen Teilbereiche der demografischen Entwicklung auf beiden Seiten der im Rahmen dieser Arbeit fokussierten informellen Pflege, also sowohl beim Leistungsempfänger als auch beim Leistenden, zu finden. Zu nennen sind insbesondere Veränderungen von Familien- und Haushaltsformen, ein gesellschaftlicher Wertewandel mit einer Abnahme der Verankerung in informellen Netzwerken und eine Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit (vgl. Blinkert und Klie (2004), S. 29 und Dietz (2002), S. 259ff.). Die folgende Abschätzung wahrscheinlicher Szenarien zur Entwicklungen bis zum Jahr 2060, welche in weiten Teilen auf den Prognosen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes beruhen, verdeutlicht die Dringlichkeit und Unabdingbarkeit einer Auseinandersetzung mit der zukünftigen Ausgestaltung der Pflege in Deutschland. Der zweite Teil des Kapitels fokussiert analog die demografischen Gegebenheiten in anderen Ländern Europas, so dass die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu Tage treten und mögliche Anknüpfungspunkte aus deutscher Perspektive identifiziert werden können.

Die beschriebenen Entwicklungen führen dazu, dass ohne politisches Gegensteuern durch entsprechende Anreizsetzung die Bereitschaft, informelle Pflegeleistungen anzubieten, in den kommenden Jahren und Jahrzehnten stark negativ beeinflusst wird. Dies ist zum einen aus Gründen der Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung in hohem Maße bedenklich. Zum anderen steht

eine Entfamiliarisierung der Pflege diametral dem bei weitem überwiegenden Wunsch sowohl der Pflegebedürftigen als auch der Angehörigen entgegen, wie Kapitel 3 verdeutlicht. Es werden zunächst die Grundcharakteristika der deutschen Pflegeversicherung herausgearbeitet, wobei Kapitel 3.1 der begrifflichen Abgrenzung und der Verdeutlichung der Dimension des Versorgungsbedarfs mit pflegerischen Leistungen in der Bevölkerung dient. Im Anschluss folgen zum einen die Kriterien, anhand derer unter anderem der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ermittelt, wer gemäß den Vorgaben als pflegebedürftig einzustufen ist. Zum anderen wird das Verhältnis von Privater und Sozialer Pflegepflichtversicherung zueinander näher beleuchtet und die Versichertenstruktur sowie der korrespondierende Leistungsumfang der Privaten Pflegeversicherung erörtert. Für den im deutschen System weitaus bedeutenderen Bereich der Sozialen Pflegeversicherung schließt sich in Kapitel 3.4 eine entsprechende, allerdings, gemäß seiner Relevanz, ungleich umfangreichere und detailliertere Darstellung einschließlich historischer Entwicklung und Ausblick auf die zu bewältigenden Herausforderungen an.

Die Einbindung der beschriebenen Verhältnisse in die ökonomische Theorie erfolgt in Kapitel 4. Hierzu werden zunächst verschiedene Möglichkeiten der Systematisierung unterschiedlicher Systeme zur Absicherung des Pflegerisikos aufgezeigt und das Konzept der Einordnung nach Wohlfahrtsstaaten sowohl eingehender beschrieben als auch kritisch hinterfragt. Zur Modellierung der Pflegeentscheidung in der Familie findet eine Adaption des familienökonomischen Modells nach Becker Verwendung. Es zeichnet sich dadurch aus, dass es sowohl in der internationalen Literatur fest verankert ist als auch die nötige Flexibilität für Anpassungen an spezielle deutsche Ausprägungen mit sich bringt.

Im sich anschließenden fünften Kapitel wird der Brückenschlag zur Empirie vollzogen. Zunächst auf Deutschland konzentriert, werden am Beispiel des demenziellen Syndroms die Determinanten des Eintritts von Pflegebedürftigkeit erläutert und Prävalenz- wie auch Inzidenzraten aufgeschlüsselt. Die u.a. auf diesen Werten basierende Projektion des Pflegebedarfs veranschaulicht die Notwendigkeit, dringend Maßnahmen zur Stützung der Bereitschaft zur informellen Pflege zu ergreifen. Dies gilt vor allem, da eine ausreichende pflegerische Versorgung durch professionelle Fachkräfte angesichts der hohen Anzahl Betroffener derzeit nicht gewährleistet scheint. Den Ausgangspunkt der ökonometrischen Analyse bildet der SHARE-Datensatz, welcher sich in der neueren Literatur zu international vergleichenden Fragestellungen der Pflege großer Beliebtheit erfreut. Für eine adäquate Anwendung aus deutscher Perspektive wird auf Grundlage des Barthel Index zunächst mit dem carelevel-Index eine auf die im Datensatz verfügbaren Variablen ausgelegte Abgrenzung von

Pflegebedürftigkeit entwickelt, die Verzerrungen auf Grund einer fehlerhaften Pflegebedürftigkeitsdefinition vermeidet und eine Abstufung nach Pflegestufen erlaubt.

Mit Hilfe dieses neu konstruierten Index ist es möglich, in Kapitel 6 die aufgestellten Hypothesen über die verschiedenen europäischen Pflegeregime hinweg zu testen und die gewonnenen Erkenntnisse zu diskutieren. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit einer länderspezifischen Betrachtung der dort jeweils implementierten Einzelmaßnahmen, welche in Kapitel 6.3 nach einer kurzen, einführenden Skizzierung der Absicherung des Pflegerisikos im System der sozialen Sicherung des jeweiligen Landes für Frankreich, Belgien und Österreich vorgenommen wird.

Das siebte Kapitel dient der Einordnung der Ergebnisse des internationalen Vergleichs sowie der Übertragung auf Deutschland. Hierbei steht neben dem Umstand, pflegerisch sinnvolle Leistungen und Ergänzungen des Spektrums der Pflegeversicherung zu identifizieren insbesondere deren ökonomische Bewertung im Vordergrund. Mit ihr soll sichergestellt werden, dass weder unverhältnismäßig teure, aber nur marginale Verbesserungen mit sich bringende Leistungskomponenten noch Ansätze, die das zur Verfügung stehende Beitragsaufkommen der Pflegeversicherung insgesamt über Gebühr beanspruchen, dem sinnvollen Einsatz knapper Ressourcen zuwider laufend beurteilt werden. Ein Fazit mit Ausblick auf die Zukunft der informellen Pflege sowie deren Stellung in Deutschland beschließt die Arbeit.