

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42

Heinz Rothgang

Thomas Kalwitzki

Rolf Müller

Rebecca Runte

Rainer Unger

BARMER GEK Pflegereport 2016

November 2016

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42

BARMER GEK Pflegereport 2016

- Herausgeber: BARMER GEK
Postfach 110704
10837 Berlin
- Fachliche Betreuung BARMER GEK
Medizin und Versorgungsforschung (0350)
Gottlieb-Daimler-Str. 19
73529 Schwäbisch Gmünd
versorgungsforschung@barmer-gek.de
- Autoren: Heinz Rothgang, Thomas Kalwitzki, Rolf Müller,
Rebecca Runte, Rainer Unger
Universität Bremen
SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung
Mary-Somerville-Str. 5, 28359 Bremen
<http://www.socium.uni-bremen.de>
- Verlag: Asgard-Verlagsservice GmbH
Schützenstraße 4, 53721 Siegburg
- ISBN: 978-3-946199-07-6

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen

Inhalt

ABKÜRZUNGEN	7
VORWORT.....	9
1 ZUSAMMENFASSUNG	11
1.1 DIE EINFÜHRUNG DES NEUEN PFLEGEBEDÜRFTIGKEITSBEGRIFFS IM PSG II IST EINE SEHR GROßZÜGIGE UND DAMIT AUCH SEHR TEURE REFORM.....	11
1.2 FÜR STATIONÄRE EINRICHTUNGEN BEWIRKT DER NEUE PFLEGEBEDÜRFTIGKEITSBEGRIFF GROßE UMSTELLUNGEN, DIE ALLEINE JEDOCH NOCH NICHT ZU EINER VERBESSERTEN PFLEGE FÜHREN.....	11
1.3 BISHERIGE SCHRITTE DER PFLEGEREFORM (PNG UND PSG I) ZEIGEN WIRKUNG.....	12
1.4 ANREIZE ZUR VERBESSERUNG DER FACH- UND ZAHNMEDIZINISCHEN VERSORGUNG ZEIGEN WIRKUNG.....	13
1.5 AUSTRITTSWAHRSCHEINLICHKEIT UND PFLEGEDAUER HÄNGEN VON ALTER UND GRUNDERKRANKUNG AB	14
1.6 BEI DER INANSPRUCHNAHME DER ERGÄNZUNGS- UND ERSATZLEISTUNGEN SIND LERNEFFEKTE ERKENNBAR	15
1.7 DER ANSTIEG DER ZAHL DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN UNTERSCHIEDET SICH ERHEBLICH IN DEN BUNDESLÄNDERN UND IST AUSDRUCK DER DEMOGRAFISCHEN ALTERUNG	16
1.8 IN OSTDEUTSCHLAND IST DER ANTEIL DER PFLEGEPERSONEN IN DER HÄUSLICHEN PFLEGE HÖHER ALS IN WESTDEUTSCHLAND.....	16
1.9 PFLEGE MUSS REGIONAL GEDACHT WERDEN – SCHON AUF LÄNDEREBENE ZEIGEN SICH GROßE UNTERSCHIEDE	17
1.10 FÜR DIE ZUKUNFT DROHT EINE PERSONELLE VERSORGUNGSLÜCKE, DIE REGIONAL UNTERSCHIEDLICH AUSFÄLLT	17
2 EINLEITUNG.....	19

3	DIE WEITERENTWICKLUNG DER PFLEGEVERSICHERUNG 2015/16: DIE GROÙE PFLEGEREFORM VOR IHREM ABSCHLUSS	21
3.1	EFFEKTE DES PNG UND PSG I.....	23
3.2	EFFEKTE DES PSG II	26
	3.2.1 <i>PSG II im stationären Bereich</i>	28
	3.2.2 <i>Kosten des PSG II</i>	44
3.3	AUSBLICK: DAS PSG III UND SEINE FOLGEN	51
	3.3.1 <i>Kostenfolgen des PSG III für die Träger der Sozialhilfe im Bereich Hilfe zur Pflege</i>	52
	3.3.2 <i>Kostenfolgen des PSG III für die Träger der Sozialhilfe im Bereich Eingliederungshilfe in Bezug auf § 43a SGB XI</i>	56
4	PFLEGE IM SPIEGEL AMTLICHER STATISTIKEN UND ANDERER DATENQUELLEN	61
4.1	DATENQUELLEN.....	61
4.2	DIE ENTWICKLUNG DER ZAHL DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN.....	65
	4.2.1 <i>Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen</i>	65
	4.2.2 <i>Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten auf Bundesebene</i>	70
	4.2.3 <i>Die Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesland</i>	75
	4.2.4 <i>Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit nach Bundesland</i>	78
	4.2.5 <i>Die zukünftige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesland</i>	83
	4.2.6 <i>Die Begutachtungen der medizinischen Dienste (MDK)</i>	89
	4.2.7 <i>Fazit zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen</i>	95
4.3	DIE VERSORGUNGSFORMEN DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN	97
	4.3.1 <i>Die Versorgungsarten nach Bundesländern</i>	98
	4.3.2 <i>Die ambulanten Pflegedienste nach Bundesländern</i>	99

4.3.3	<i>Die stationären Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern..</i>	106
4.3.4	<i>Die Zahl der Pflegepersonen.....</i>	115
4.3.5	<i>Die Versorgungslücke in der ambulanten- und stationären Versorgung im Jahre 2030</i>	120
4.3.6	<i>Fazit zu den Versorgungsformen der Pflegebedürftigen</i>	122
4.4	FINANZIERUNG VON PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	124
4.4.1	<i>Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung....</i>	125
4.4.2	<i>Die Finanzierung der Pflegebedürftigkeit durch die Private Pflegeversicherung.....</i>	130
4.4.3	<i>Die Finanzierung der Pflegebedürftigkeit durch die Sozialhilfe</i>	132
4.4.4	<i>Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit im Überblick</i>	134
5	PFLEGEVERLÄUFE IM SPIEGEL DER ROUTINEDATEN.....	137
5.1	ROUTINEDATEN ALS BASIS FÜR DIE ANALYSE DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	137
5.1.1	<i>Beschreibung der BARMER GEK-Routinedaten.....</i>	139
5.1.2	<i>Pflegebedürftige und Leistungsberechtigte</i>	140
5.1.3	<i>Variablenkonstruktion, Selektionen, Messverfahren</i>	142
5.2	ZAHL DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN: PRÄVALENZENTWICKLUNG	143
5.2.1	<i>Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger nach Pflegestufen.....</i>	145
5.2.2	<i>Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger nach Leistungsart und Pflegearrangement.....</i>	148
5.2.3	<i>Aktuelle Verteilung der Pflegeleistungen nach Alter.....</i>	152
5.3	EINTRITT IN DIE LEISTUNGSBERECHTIGUNG: INZIDENZ.....	153
5.3.1	<i>Entwicklung der Zahl der Eintritte in die Leistungsberechtigung</i>	154
5.3.2	<i>Erkrankungen bei Eintritt in die Leistungsberechtigung</i>	159
5.4	PFLEGEDAUERN UND -VERLÄUFE.....	162

5.4.1	<i>Pflegedauer und -verlauf für die Inzidenzkohorte 2011</i>	162
5.4.2	<i>Verläufe der Leistungsberechtigung nach ausgewählten Diagnosen beim Eintritt in die Leistungsberechtigung</i>	169
5.5	ÄRZTLICHE UND ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG	183
5.5.1	<i>Entwicklung der rechtlichen Rahmung</i>	184
5.5.2	<i>Auswertungsdesign</i>	186
5.5.3	<i>Allgemeinärztliche Versorgung</i>	188
5.5.4	<i>Fachärztliche Versorgung</i>	189
5.5.5	<i>Zahnärztliche Versorgung</i>	192
5.5.6	<i>Fazit zur Entwicklung der medizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen</i>	193
5.6	ERGÄNZUNGS- UND ERSATZLEISTUNGEN	194
5.6.1	<i>Teilstationäre Pflege, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege</i>	195
5.6.2	<i>Wohnleistungen</i>	205
5.6.3	<i>Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen – Follow-up der Versichertenbefragung aus dem Jahr 2015</i>	207
6	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	210
7	TABELLENVERZEICHNIS	215
8	LITERATUR	218

Abkürzungen

BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
BEMA	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
EA	Eingeschränkte Alltagskompetenz
EEE	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil
EVIS	Evaluation des NBA - Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen
GEK	Gmünder ErsatzKasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen, laut Satzung im Rechts- und Geschäftsverkehr: GKV-Spitzenverband
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 (BGBl. 2015 I, S. 1211)
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22.12.2011 (BGBl. 2011 I, S. 2983)
i.S.d.	im Sinne des/der
i.V.m.	in Verbindung mit
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
MUG (I - VI)	Studien zu Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
NBA	Neues Begutachtungsassessment
n.F.	neue Fassung
PBB	Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff
PEA	Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
PfWG	Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. Mai 2008 (BGBl. 2008 I, S. 874)
PG	Pflegegrad
PKV	Private Krankenversicherung
PNG	Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz) vom 23. Oktober 2012 (BGBl. 2012 I, S. 2246)
PPV	Private Pflegepflichtversicherung
PS	Pflegestufe
PSG	Pflegestärkungsgesetz

RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch (V = fünftes Buch; XI = elftes Buch; XII = zwölftes Buch)
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SPV	Soziale Pflegeversicherung
VZÄ	Vollzeitäquivalente

Vorwort

Es gilt als der größte Reformschritt seit Begründung der Pflegeversicherung im Jahr 1995: Am 1. Januar 2017 wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Dieser Schritt ist unter anderem deswegen so bedeutend, da die Akteure im Gesundheitswesen bereits seit mehreren Legislaturperioden diskutieren, wie ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff umgesetzt werden könnte. Seitdem es die Pflegeversicherung gibt, wird die Ungleichbehandlung von Pflegebedürftigen kritisiert. Der bisherige Begriff der Pflegebedürftigkeit orientierte sich schließlich hauptsächlich an den somatischen Ursachen des Hilfebedarfs. Das Pflegestärkungsgesetz II behebt nun diese Schieflage der sozialen Pflegeversicherung, denn künftig werden körperliche, geistige und psychische Einschränkungen gleichermaßen berücksichtigt. Vor allem für demenzkranke Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ist das ein positives Signal. Sie werden deutlich mehr Hilfe erhalten, zugleich wird niemand schlechter gestellt. Künftig haben somit nicht nur mehr Menschen Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung. Diejenigen, die bisher schon Leistungen bezogen, erhalten deutlich höhere Leistungen.

Doch bei allem Lob gibt es auch hier einen Wermutstropfen. Das belegt der aktuelle BARMER GEK Pflegereport 2016. Grundlage für diese Analyse sind die Daten der mehr als acht Millionen Versicherten der Pflegekasse. Demnach sind durch die Gesetzgebung für das Jahr 2017 Mehrausgaben von fünf Milliarden Euro zu erwarten. Hinzu kommen weitere zwei Milliarden Euro, die unter anderem dadurch entstehen, dass die heute schon Pflegebedürftigen einen Bestandsschutz erhalten. Doch in den Pflegeheimen kommt möglicherweise davon kaum etwas an. Die Pflegesätze und somit ihre Einnahmen erhöhen sich nur, wenn dies die Bundesländer explizit beschließen. Es ist also nicht zu erwarten, dass sich die stationäre Versorgung sofort deutlich verbessert. Das ist angesichts des häufig kritisierten knappen Personalschlüssels keine gute Nachricht.

Ob die Pflegebedürftigen tatsächlich in einem Heim oder doch zuhause gepflegt werden, scheint stark davon abzuhängen, wo sie wohnen. Hier gibt es deutliche regionale Unterschiede. Auch dafür liefert der aktuelle Report Analysen. Zum Beispiel hat die Pflege in Heimen in Schleswig-Holstein mit einem Anteil von 40,5 Prozent im Bundesvergleich die größte Bedeutung. In Brandenburg (22,9

Prozent), Berlin (24,5 Prozent) und Hessen (24,2 Prozent) spielt sie hingegen eine deutlich geringere Rolle. Den Reporterergebnissen zufolge hängen Angebot und Nachfrage stark zusammen. Eine einfache Formel: Gibt es viele Pflegeheime, werden Pflegebedürftige dort auch eher gepflegt. In Schleswig-Holstein gibt es zum Beispiel 49,2 Heimplätze pro 100 Pflegebedürftigen. Damit ist das nördlichste Bundesland deutschlandweit Spitzenreiter. Haben die Pflegebedürftigen hingegen ein familiäres Netzwerk, sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass sie in einem Heim versorgt werden. Vor allem in Hessen (53,3 Prozent), Berlin (50,9 Prozent) und Rheinland-Pfalz (49,8 Prozent) pflegen vornehmlich Angehörige.

Ebenfalls gibt es den Reporterergebnissen zufolge bei den ambulanten Pflegediensten große Unterschiede zwischen den Bundesländern. Zum Beispiel sind in Berlin die Kapazitäten in der ambulanten Pflege mehr als zweimal so hoch wie in Baden-Württemberg. Ziehen also unterschiedliche Angebotsstrukturen eine unterschiedliche Inanspruchnahme nach sich?

Aber nicht nur, wie jemand gepflegt wird, hängt vom Wohnort ab. Auch bei der grundsätzlichen Frage, ob eine Person pflegebedürftig wird, spielt der Wohnsitz eine große Rolle. In Ostdeutschland ist bei gleichem Alter die Wahrscheinlichkeit höher pflegebedürftig zu werden als in Westdeutschland. Das lässt sich laut den Reporterergebnissen zum Teil durch sozialstrukturelle Charakteristika erklären. Offenbar geht mit einem geringeren Einkommen auch eine höhere Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit einher.

Mein besonderer Dank gilt dem Autorenteam des BARMER GEK Pflegereports 2016 um Prof. Dr. Heinz Rothgang von der Universität Bremen. Den Leserinnen und Lesern unseres Reports wünsche ich eine anregende Lektüre.

Berlin, im November 2016

Dr. med. Christoph Straub

Vorstandsvorsitzender

der BARMER GEK

1 Zusammenfassung

1.1 Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im PSG II ist eine sehr großzügige und damit auch sehr teure Reform

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 2 Mrd. Euro, die aus Ergänzungs-, Ersatz- und Nebenleistungen sowie Bestandschutz 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, führen aber 2017 zu einem strukturellen Defizit von mehr als 3 Mrd. Euro.

1.2 Für stationäre Einrichtungen bewirkt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff große Umstellungen, die alleine jedoch noch nicht zu einer verbesserten Pflege führen

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erfordert auch Umstellungen der Heimvergütung. Die entsprechenden Leistungshöhen, die im PSG II festgesetzt wurden, entlasten dabei Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger. Die

Einnahmen der stationären Einrichtungen bleiben davon jedoch weitgehend unberührt. Ihre Pflegesätze und somit ihre Einnahmen erhöhen sich nur insofern, als das auf Länderebene explizit beschlossen wurde. Diese – eher geringen – Mehreinnahmen sind allein schon erforderlich, um den "Zwillingseffekt" zu kompensieren. Dieser führt im Zeitverlauf durch eine sich verändernde Bewohnerstruktur zu Umsatzverlusten der stationären Einrichtungen, welche eine wirtschaftliche Bedrohung darstellen können. Eine nachhaltige Verbesserung der Personalschlüssel und des Personaleinsatzes in stationären Einrichtungen ist demnach als unmittelbare Reformfolge *nicht* zu erwarten. Sollen hier Verbesserungen erreicht werden, müssen diese im Rahmen der Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens bis 2020 erfolgen.

1.3 Bisherige Schritte der Pflegereform (PNG und PSG I) zeigen Wirkung

Bereits im Pflege-Neuausrichtungsgesetz (2012) und dem Erstem Pflegestärkungsgesetz (2015) wurden – neben vielen kleineren Veränderungen – vor allem die Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) verbessert. Als pflegebedürftig anerkannte PEA haben dabei nach § 123 SGB XI Anspruch auf erhöhte Leistungssätze, und auch nicht pflegebedürftige PEA haben nun erstmals Zugang zu Pflegegeld- und Sachleistungen. Die Leistungsverbesserungen zielen somit vor allem auf niedrigere Pflegestufen und das ambulante Setting. Um die Wirkungen dieser Reformen zu bewerten, können Prävalenzen und Inzidenzen insgesamt und differenziert nach Pflegestufe und Pflegearrangement analysiert werden.

Dabei zeigt sich, dass die beobachtbare *Prävalenzsteigerung* nicht ausschließlich auf Alterungseffekte zurückgeführt werden kann, sondern auch steigende altersspezifische Prävalenzen zu beobachten sind. Diese treten insbesondere in Pflegestufe "0" und – abgeschwächt – in Pflegestufe I auf. 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 Antragsstellerzahlen verzeichnet. Zusätzliche Antragssteller, 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 sind diese Effekte bei der Betrachtung der *Inzidenz* zu erkennen, die nur die Neufälle enthält und daher noch 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.

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. Diese Leistungsarten haben eine besonders hohe Zunahme erfahren. 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.

1.4 Anreize zur Verbesserung der fach- und zahnmedizinischen Versorgung zeigen Wirkung

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 im Trend der Gesamtbevölkerung.

1.5 Austrittswahrscheinlichkeit und Pflegedauer hängen von Alter und Grunderkrankung ab

Pflegebedürftigkeit ist nicht grundsätzlich eine Einbahnstraße. Von den Personen, die im Jahr 2011 erstmalig pflegebedürftig und/oder PEA waren, sind 2,0 % bis zum Jahr 2015 aus der Leistungsberechtigung ausgeschieden – sie haben also den Zustand der Pflegebedürftigkeit bzw. der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (EA) wieder verlassen. Knapp zwei Drittel der Leistungsbezieher (61,6 %) sind aber im Zeitraum von vier Jahren verstorben und gut ein Drittel (36,3 %) ist nach Ablauf von vier Jahren immer noch pflegebedürftig oder/und PEA.

Die Wahrscheinlichkeit, aus der Pflegebedürftigkeit/EA wieder auszuschneiden, ist *altersabhängig*. Von den unter 60-Jährigen treten fünfmal so viele wieder aus der Pflegebedürftigkeit/EA aus wie von den über 60-Jährigen (7,6 % zu 1,5 %). Parallel dazu liegt die Vier-Jahres-Überlebensrate für die unter 60-Jährigen um mehr als die Hälfte über der der über 60-Jährigen (63,9 % zu 39,5 %).

Zusätzlich zum Alter haben auch die den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit/EA begleitenden *Erkrankungen* unterschiedliche Pflegeverläufe zur Folge. Wer mit einem Schlaganfall oder einer hüftgelenksnahen Fraktur in den Leistungsbezug kommt, hat längere Überlebenszeiten als der Durchschnitt der Pflegebedürftigen/PEA. Im Durchschnitt werden von 48 Monaten seit Eintritt in die Leistungsberechtigung 26,6 Monate erlebt. Leistungsberechtigte Schlaganfallpatienten erleben in der Zeit 1,5 Monate und Patienten mit hüftgelenksnaher Fraktur durchschnittlich sogar 2,7 Monate (=10 %) mehr. Pflegebedürftige/PEA mit einer Demenzdiagnose haben zwar etwa durchschnittliche Überlebenszeiten und Zeiten im Leistungsbezug, diese dann aber in größerem Umfang in höheren Pflegestufen. Zudem werden Menschen mit Demenz länger im Pflegeheim versorgt (9,4 Monate zu 6,3 Monate).

Rund 62 % der Pflegebedürftigen sind nach 48 Monaten verstorben. Im Vergleich von sechs Erkrankungen, die häufig bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit diagnostiziert sind, zeigen sich unterschiedliche Überlebenszeiten. Die längste Überlebenszeit haben Pflegebedürftige nach einem Schlaganfall (58 % Verstorbene) und nach hüftgelenksnahen Frakturen (59 %). Etwas geringer ist die Über-

lebenszeit bei Pflegebedürftigen mit Demenz (65 %), mit Herzinsuffizienz (70 %), mit Herzinfarkt (70 %) oder mit Krebs (80 %). Bei Pflegeeintritt nach hüftgelenksnaher Fraktur ist häufiger auch die Möglichkeit gegeben, dass die Pflegebedürftigkeit wieder beendet wird.

1.6 Bei der Inanspruchnahme der Ergänzungs- und Ersatzleistungen sind Lerneffekte erkennbar

Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege und Tages- und Nachtpflege sind Leistungen, die die häusliche Pflege ergänzen sollen oder unter bestimmten Umständen als Ersatz dienen sollen. Sie sind auch dazu gedacht, die häusliche Pflege zu stabilisieren. Diese Leistungen werden aber in der Regel nicht unmittelbar nach Beginn der Pflegebedürftigkeit in Anspruch genommen. Wer Verhinderungs- und Tagespflege 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 % mindestens zum zweiten Mal. Die Kurzzeitpflege hat aufgrund der speziellen Bedeutung auch gerade zu Beginn der Pflegebedürftigkeit keine derartigen Steigerungsraten und auch nicht diese Gewöhnungseffekte in der Nutzung. Nur etwas mehr als 50 % der Kurzzeitpflegefälle im vierten Jahr sind Wiederholungsfälle. Gerade bei Verhinderungs- sowie Tages- und Nachtpflege zeigen sich aber deutliche "Lerneffekte": Werden diese Leistungen einmal in Anspruch genommen, zeigt sich ihre Nützlichkeit und sie werden auch in den Folgejahren regelmäßig genutzt. Gelingt es im Rahmen der Pflegeberatung Pflegebedürftige von einer probeweisen Nutzung der Zusatzleistungen zu überzeugen, besteht eine hohe Chance, dass diese Leistung auch weiterhin genutzt und so häusliche Arrangements entlasten werden.

1.7 Der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen unterscheidet sich erheblich in den Bundesländern und ist Ausdruck der demografischen Alterung

Der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in den einzelnen Bundesländern zwischen 1999 und 2013 um durchschnittlich 30 % ist überwiegend Ausdruck der demografischen Alterung. Folglich verzeichnen die Bundesländer die höchsten Zuwächse, deren Bevölkerung im Alter von 75 und älter am stärksten wächst. Der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen wird sich in den westdeutschen Bundesländern überwiegend bis zum Jahr 2060 fortsetzen, während in einigen ostdeutschen Bundesländern bereits ab dem Jahr 2050 Rückgänge zu verzeichnen sind. Mit dem Anstieg der Pflegebedürftigenzahl wird sich auch das Alter der Pflegebedürftigen deutlich erhöhen, sodass 2060 etwa 70 % der Männer und 80 % der Frauen älter als 80 Jahre sein werden. Lediglich in den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen sind sowohl die Altersgruppen 80-89 als auch 90 und älter prozentual geringer vertreten.

1.8 In Ostdeutschland ist der Anteil der Pflegepersonen in der häuslichen Pflege höher als in Westdeutschland

Den 1,87 Mio. Pflegebedürftigen im Jahr 2013, die zu Hause gepflegt werden (also Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistungen beziehen), stehen ca. 3,5 Mio. (2,6 Mio. in Westdeutschland und 852 Tsd. in Ostdeutschland) und damit etwa mehr als doppelt so viele Pflegenden gegenüber. Der Anteil der pflegenden Männer an allen Männern im Alter von mindestens 18 Jahren beträgt in Westdeutschland 4,2 % und der der pflegenden Frauen an allen Frauen im Alter von mindestens 18 Jahren 6,6 %. In Ostdeutschland liegen die Anteile von pflegenden Männern und Frauen mit 5,6 % bzw. 8,0 % genau 1,4 Prozentpunkte höher. Der Anteil der an der Pflege beteiligten Männer an allen Pflegenden ist dagegen in West- und Ostdeutschland recht ähnlich und beträgt in Westdeutschland durchschnittlich 37 % und in Ostdeutschland 40 %. Überwiegend ist jedoch die Häufigkeit einer Übernahme von Pflegetätigkeiten im Lebenszyklus in Westdeutschland der in Ostdeutschland recht ähnlich. Die Unterschiede im Lebensverlauf zwischen Männern und Frauen sind hingegen ausge-

präger, da Frauen überwiegend im mittleren Lebensalter pflegen und Männer in höheren Lebensaltern.

1.9 Pflege muss regional gedacht werden – schon auf Länderebene zeigen sich große Unterschiede

Die pflegerische Versorgung stellt sich in den Bundesländern ganz unterschiedlich dar. So sind die Kapazitäten in der stationären Pflege (gemessen als Heimplätze pro Pflegebedürftigem) in Schleswig-Holstein fast doppelt so hoch 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. Da ist beispielsweise daran erkennbar, dass Schleswig-Holstein die höchsten Pflegeheimkapazitäten hat, bei ambulanten Diensten aber auch nur ganz knapp unter dem Bundesdurchschnitt und dabei im Länderranking auf einem mittleren 9. Platz liegt. Der Anteil der informellen Pflege ist in Schleswig-Holstein entsprechend der niedrigste aller Länder. 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.

1.10 Für die Zukunft droht eine personelle Versorgungslücke, die regional unterschiedlich ausfällt

Der deutliche Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen führt für das gesamte Bundesgebiet zu höheren Fallzahlen. Bei gleichen Versorgungsquoten wie heute resultiert daraus ein zusätzlicher Bedarf an Beschäftigten in der Pflege. Wird angenommen, dass der Anteil der Erwerbstätigen in der Pflege an allen Erwerbstätigen nicht steigt, reduziert sich gleichzeitig das Arbeitskräfteangebot in der

Pflege aufgrund des demographisch bedingt sinkenden Erwerbspersonenpotentials. Insgesamt entsteht so eine (zusätzliche) Versorgungslücke an Beschäftigten in der Pflege, die von 2013 bis 2030 auf rund 350 Tsd. Vollzeitäquivalente anwächst. Bei regionaler Differenzierung nach den einzelnen Bundesländern ergeben sich aufgrund unterschiedlicher Pflegeprävalenzen in den jeweiligen Bundesländern und regional unterschiedlicher Geschwindigkeiten in der Alterung regional unterschiedlich ausgeprägte personelle Versorgungslücken. Die Bundesländer mit dem höchsten Bevölkerungsanteil weisen danach die höchsten absoluten Versorgungslücken auf (Nordrhein-Westfalen, Bayern, Niedersachsen). Relativ zu ihrer Beschäftigtenanzahl (gemessen in Vollzeitäquivalenten im Jahr 2013) weisen die ostdeutschen Bundesländer jedoch erheblich größere Versorgungslücken auf als die westdeutschen Bundesländer. So beträgt die höchste gemessene Versorgungslücke in Brandenburg 75,3 % der Beschäftigtenzahl des Jahre 2013. Auf Rang 2 bis 4 folgen die ostdeutschen Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Sachsen-Anhalt, deren relative Versorgungslücke mindestens 10 Prozentpunkte über dem bundesdeutschen Durchschnitt liegt.

2 Einleitung

Der BARMER GEK Pflegereport analysiert die aktuellen Entwicklungen und langfristigen Trends bei der Versorgung von Pflegebedürftigen und der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, um durch die Bereitstellung dieser Informationen die Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung des Pflegesystems zu bilden. Die Berichterstattung beruht dabei auf öffentlich zugänglichen Daten, insbesondere der amtlichen Statistik, und auf der Analyse der Routinedaten der BARMER GEK.

Der BARMER GEK Pflegereport 2016 ist der neunte Pflegereport dieser Reihe und umfasst drei Hauptteile:

- Kapitel 3 bewertet die jüngste Pflegepolitik.
- Eine Aufbereitung und Auswertung allgemein zugänglicher Daten, insbesondere der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes und der Statistik der Sozialen Pflegeversicherung erfolgt in Kapitel 4.
- Kapitel 5 widmet sich der Auswertung der Routinedaten der BARMER GEK, um insbesondere die Dynamiken von Pflegeverläufen zu verdeutlichen.

Im Fokus des Kapitels 3 steht die große Pflegereform, die im Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) und drei Pflegestärkungsgesetzen umgesetzt wird. Untersucht werden die bereits erkennbaren Wirkungen des PNG sowie die Finanzeffekte des PSG II, insbesondere im stationären Sektor sowie im Verhältnis von Pflegeversicherung und Sozialhilfe.

In Kapitel 4 werden die Daten der Pflegestatistik hinsichtlich der Zahl der Pflegebedürftigen, der Versorgungsstrukturen und der Finanzierung analysiert. Nach Bundesländern differenzierte Auswertungen zeigen dabei die Unterschiede in den Versorgungsstrukturen und der Inanspruchnahme der Versorgungen ebenso auf wie die Unterschiede in der Altersstruktur und den altersspezifischen Prävalenzen.

In Kapitel 5 werden Prävalenzen, also die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein, Inzidenzen, also die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, sowie die (zahn)medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen analysiert. Vor dem Hintergrund der Pflegereformen, insbesondere des PNG und PSG I, wird dabei

geprüft, inwieweit die Neuregelungen Wirkung zeigen. Dabei wird auch die Inanspruchnahme der Ergänzungs- und Ersatzleistungen näher analysiert. Zudem werden die durchschnittlichen Verweildauern in der Pflege berechnet und nach ihrem Zusammenhang mit Erkrankungen und Alter der Pflegebedürftigen differenziert.

3 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2015/16: Die große Pflegereform vor ihrem Abschluss

Wie bereits in den vorangegangenen Jahren so stand auch in der Pflegepolitik des zurückliegenden Jahres die große Pflegereform im Mittelpunkt des Interesses. Auch wenn sich die Diskussion dabei auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1.1.2017 konzentriert, stellt dieser Schritt nur einen Teil der gesamten Reformbemühungen dar. Als große Pflegereform muss nämlich das Zusammenwirken des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (2012/13) sowie der drei Pflegestärkungsgesetze betrachtet werden, die in ihrem Zusammenspiel darauf zielen, pflegebedürftigen Personen entsprechend ihrer somatischen und kognitiven Selbständigkeitseinschränkungen Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) und der Sozialhilfe (SGB XII) zur Verfügung zu stellen.

Ausgangspunkt dieser aufeinander aufbauenden Reformbemühungen war eine (zu) eng gefasste Formulierung der seit 1995 und bis heute im Wesentlichen unveränderten geltenden Definition der Pflegebedürftigkeit der §§ 14 und 15 SGB XI. Diese erkennt hauptsächlich somatische Einschränkungen als Auslöser von Pflegebedürftigkeit an, während kognitive Einschränkungen nur insofern berücksichtigt werden, als sie Schwierigkeiten bei der Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens auslösen. Insbesondere die bei kognitiver Beeinträchtigung häufig resultierenden allgemeinen Betreuungsnotwendigkeiten blieben dagegen unbeachtet. Historisch aus dem Ziel der Kostenkontrolle erwachsen, war die inhaltliche Angemessenheit dieser Definition schon seit ihrer Einführung Ziel der Kritik (vgl. z. B. Klie & Schmidt 1999; Sonntag & Angermeyer 2002).

In Reaktion hierauf installierte das Bundesministerium für Gesundheit bereits im Jahr 2006 einen Expertenbeirat, der den bestehenden Pflegebedürftigkeitsbegriff überprüfen und gegebenenfalls einen umfassenden und fachlich angemessenen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (PBB) erarbeiten sollte. Hieraus resultierte ein mittlerweile mehr als zehnjähriger Prozess, in dem insgesamt drei Beiräte diese Vision bis zu ihrer – durch das vollständige Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes kurz bevorstehenden – Umsetzung begleitet haben.

Der zum 1.1.2017 in Kraft tretende neue Pflegebedürftigkeitsbegriff orientiert sich nicht mehr an den einzelnen Verrichtungen, für die Unterstützungsbedarf besteht, sondern an der Selbständigkeit und deren Einschränkungen in insgesamt 8 Bereichen. Diese sind im neuen Begutachtungsassessment als jeweils eigene Module integriert, von denen jeweils 5 relevant für die sozialrechtliche Einstufung gemäß § 15 SGB XI sind. Inkludiert sind dabei insbesondere auch die Bereiche herausfordernden Verhaltens und sozialer Teilhabe, in denen die Selbständigkeit bei dementiellen Erkrankungen besonders stark beeinflusst wird. Pflegebedürftigkeit wird somit ab 2017 wesentlich umfassender definiert und integriert somatisch und kognitiv begründete Bedarfe.

Während vor allem die beiden bereits eingeführten Pflegestärkungsgesetze in ihrem Kern die Pflegeversicherung weiterentwickelten, wird das aktuell im Gesetzgebungsprozess befindliche PSG III eher aus den Vorgängergesetzen resultierende "Nacharbeiten" beinhalten. Als zustimmungsfreies Gesetz ausgestaltet, konnte das PSG II die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nur im Sozialversicherungsrecht (SGB XI) regeln. Hieraus resultiert die Notwendigkeit, die Übernahme des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XII in einem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) zu regeln. Da alles andere als eine analoge Übernahme des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in das Sozialhilferecht sachlich nicht zu rechtfertigen ist, kann eine Verabschiedung des PSG III noch in diesem Jahr und ein Inkrafttreten zum 1.1.2017 als sicher gelten. Der Gesetzgebungsprozess wird gleichwohl dazu genutzt, die Abgrenzung der Leistungsbe-
reiche von SGB XI und SGB XII gegeneinander neu zu justieren.

Vor diesem Hintergrund wird nachstehend auf die einzelnen Etappen der Pflegereform eingegangen. In Abschnitt 3.1 werden die Wirkungen des PNG und PSG I untersucht. Da sie bereits 2013 bzw. 2015 in Kraft getreten sind, kann inzwischen geprüft werden, ob quantitative Effekte in der amtlichen Statistik und / oder den Routinedaten der Pflegeversicherung nachgewiesen werden können. Abschnitt 3.2 widmet sich den Auswirkungen des PSG II im stationären Bereich und den Kostenfolgen der Reform. Im Lauf dieses Jahres wurden auf Länderebene vielfältige Regelungen zur Umstellung der Pflegesätze auf das neue System der Pflegegrade getroffen, so dass jetzt präzisere Berechnungen zu den in Zukunft zu erwartenden Pflegesätzen und den von den Bewohnern zu tragenden

Eigenanteile durchgeführt werden können. Darauf aufbauend können Abschätzungen der gesamten Reformkosten für die Pflegeversicherung durchgeführt werden, die dann in Abschnitt 3.3 auch mit dazu verwendet werden, um Aussagen über die fiskalischen Auswirkungen für die Sozialhilfeträger abzuleiten.

3.1 Effekte des PNG und PSG I

Auch wenn die strukturelle Veränderung der Pflegeversicherung durch die abschließende Zusammenführung somatisch und kognitiv bedingter Pflegebedarfe in einem einheitlichen Pflegebedürftigkeitsbegriff erst 2017 erfolgen wird, sind bereits seit Anfang der 2000er Jahre gesetzliche Schritte erfolgt, die zentral auf Leistungsverbesserungen für demente Personen abzielten. Als – langjährige – Zwischenlösung wurde im Jahr 2002 parallel zum Klassifikationssystem der Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen zusätzlich das Merkmal der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) eingeführt. Hierdurch wurden die speziellen Bedarfe dementiell veränderter Personen zumindest sozialrechtlich anerkannt, und ihnen wurden nach und nach immer umfangreichere Leistungsansprüche zugewilligt. Jedoch wurde durch diese doppelte Klassifikation nach wie vor daran festgehalten, durch dementielle Erkrankungen entstehende Pflege- und Betreuungsaufwände nicht direkt als Teil der Pflegebedürftigkeit anzuerkennen. Hierdurch konnten diese zunächst weder in der Leistungsbemessung von Pflegesach- oder Pflegegeldleistungen noch im stationären Bereich direkt berücksichtigt werden. Nachfolgend wurden sowohl im Pflege-Neuausrichtungsgesetz als auch im Ersten Pflegestärkungsgesetz teils kaleidoskopische Ausweitungen von Leistungen, Leistungshöhen und Leistungsberechtigten vorgenommen. Im Rahmen dieser Regelungen wurden auch nicht pflegebedürftigen Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (sogenannte Pflegestufe "0") erstmals Leistungsansprüche auf die Haupt- und Nebenleistungen des SGB XI gewährt, Leistungsansprüche für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz erhöht und letztlich über die pflegerische Versorgung hinausgehende Betreuungs- und Entlastungsleistungen für beide Personengruppen zur Verfügung gestellt. Inwiefern diese gesetzlichen Zwischenschritte des PNG und des PSG I zu den erwünschten (Inanspruchnahme-) Effekten geführt haben, kann erstmalig auf Basis der Inanspruchnahme-Daten des Jahres 2015 im Zeitverlauf geprüft und bewertet werden.

Auch wenn die Berücksichtigung kognitiv bedingter Bedarfe über das PEA-Kennzeichen bereits seit 2002 mit (geringen) Leistungen hinterlegt war, wurde erst durch die Gesetzesänderungen des PNG und PSG I ein echter Leistungsanspruch geschaffen. Besonders gilt dies für die neuen Leistungsberechtigten der sogenannten Pflegestufe "0". Sie erhielten erstmals mit dem PNG gemäß § 123 SGB XI Ansprüche auf Pflegegeld und -sachleistungen. Mit dem PSG I folgte dann 2015 ein Leistungsanspruch auch in allen Ergänzungsleistungen. Der zu erwartende Effekt steigender Leistungsempfänger der Pflegestufe "0" zeigt sich dementsprechend auch in steigenden Prävalenzen (Abschnitt 5.2) und Inzidenzen (Abschnitt 5.3). Die jährliche Steigerung der *Gesamtprävalenz* der Leistungsberechtigung steigt nach Einführung des PNG im Vergleich der Jahre 2013 zu 2012 um absolute 0,13 % während sie 2012/11 nur um 0,05 % wuchs. Differenziert nach Pflegestufen zeigt sich, dass diese Steigerung ausschließlich auf steigende Prävalenzen in Pflegestufe I und Pflegestufe "0" zurückzuführen ist. Für letztere Gruppe beträgt der Anstieg von 2011 auf 2015 relative 170 %. Dass diese Prävalenzsteigerung auf Neufälle zurückzuführen ist, zeigt die Analyse der *Inzidenzen*, die in Pflegestufe I im gleichen Zeitraum von 0,46 % auf 0,60 % steigen und sich in Pflegestufe "0" sogar von 0,01 % auf 0,1 % verzehnfachen. Der beschriebene Effekt ist dabei sowohl in Pflegestufe "0" als auch in Pflegestufe I auf eine große Zahl leicht pflege- oder betreuungsbedürftiger Personen zurückzuführen, die nach dem PNG erstmalig zu Antragstellern in der Pflegeversicherung wurden, um die Leistungen der Pflegestufe "0" zu erhalten. Diese werden dann zwar größtenteils in Pflegestufe "0" leistungsberechtigt, erhalten zum Teil aber auch "versehentlich" eine Einstufung in Pflegestufe I.

Neben den erstmaligen Leistungsansprüchen für Pflegestufe "0" und erhöhten Leistungsbeträgen, die mit dem PNG in § 123 SGB XI für PEA der PS I und II für die ambulanten Hauptleistungsarten eingeführt wurden, wurden vor allem im PSG I auch die *Ergänzungs- und Ersatzleistungen* ausgeweitet. Für alle Leistungsberechtigten wurden durch die zeitliche Ausweitung und Flexibilisierung von Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) und Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) ein stärkerer Anreiz zur Nutzung dieser Leistungen gesetzt. Alle diese Gesetzesänderungen lassen eine Stärkung der ambulanten Versorgung durch höhere Leistungsanspruchnahmen erwarten. Dies bestätigt sich auch in der Analyse der *leistungsart-bezogenen Prävalenzen* (Abschnitt 5.2). Sie zeigen deutliche An-

stiege im ambulanten Bereich bei völliger Stagnation für stationäre Leistungen. Dabei steigen besonders die Prävalenzen von Pflegegeld, Pflegesachleistungen und Verhinderungspflege stark an und weisen jeweils erhöhte Steigerungsraten in Folge der gesetzlichen Leistungserweiterungen 2012/13 und 2014/15 auf. Zudem ist auffällig, dass nach dem Jahr 2013 fast keine Leistungsberechtigten mehr in als Bezieher "keine[r] Pflegeleistung" erfasst sind. Dies ist ein direkter Effekt der Neueinführung echter Leistungsansprüche für Personen in Pflegestufe "0", die zuvor lediglich Betreuungsleistungen erhielten. Die Analyse der Leistungsanspruchnahmen (Abschnitt 5.6) zeigt dabei noch einmal deutlich den Effekt der Leistungserweiterungen des PSG I für die einzelnen Ergänzungsleistungen. Zwar steigt die Nutzung von *teilstationären Leistungen* und *Verhinderungspflege* von 2011 bis 2015 kontinuierlich, im Jahr 2015 aber extrem. Sie verdreifachen sich für teilstationäre Leistungen, verdoppeln sich im Bereich der Verhinderungspflege. Dass die ebenfalls verbesserten Leistungen der *Kurzzeitpflege* entgegen diesem Trend quasi konstant in Anspruch genommen werden, begründet sich in den Nutzungsgründen der Ergänzungsleistungen. Während teilstationäre Leistungen und Verhinderungspflege dauerhaft als zusätzliche Leistungen in das Pflegesetting integriert werden, wird die Kurzzeitpflege stärker als Reaktion auf Akutereignisse eingesetzt. Dies zeigt sich dementsprechend dann auch in der Nutzungsfrequenz in aufeinander folgenden Jahren, die vor allem für die beiden erstgenannten Leistungen eine hohe Wahrscheinlichkeit zu Mehrfachnutzungen aufzeigt.

Auch im Bereich der *wohnumfeldverbessernden Maßnahmen* gemäß § 40 SGB XI sind mit dem PSG I Leistungserhöhungen erfolgt. Hier hatte der BAR-MER GEK Pflegereport 2015 nachgewiesen, dass im Jahr 2014 trotz eines subjektiven Bedarfs an Wohnraumanpassungen bei der Hälfte der Haushalte mit mindestens einem Pflegebedürftigen nur in weniger als 4 % der Fälle auch Leistungen in Anspruch genommen wurden (Rothgang et al. 2015: 158, 163). Diese Zahl hat sich nach der Erhöhung des Leistungshöchstbetrages von 2.557 € auf 4.000 € um rund ein Drittel erhöht (Abschnitt 5.6). Die Leistungsverbesserungen zeigen also Wirkung.

Die *ärztliche und vor allem zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger* ist in den letzten Jahren verstärkt wissenschaftlich thematisiert worden (vgl. Abschnitt 5.5).

Während dies für die haus- und fachärztliche Versorgung bisher vor allem sensibilisierende Wirkung entfalten konnte, sind im zahnärztlichen Bereich, in dem eine deutliche Minderversorgung Pflegebedürftiger belegbar ist, mit und seit dem PNG deutliche Änderungen gesetzlicher und untergesetzlicher Normen erfolgt. Diese fokussieren bisher hauptsächlich die strukturierte Versorgung Pflegebedürftiger im stationären Setting, beziehen aber seit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) von 2015 die Individualprophylaxe aller Pflegebedürftigen mit ein. Eine ausführliche Darstellung der gesetzlichen Entwicklungen findet sich bei Brandhorst et al. (2016). Die Analyse der ärztlichen Leistungsansprüchen zeigt ein entsprechendes Bild. Während in der hausärztlichen Versorgung keine Veränderungen nachweisbar sind, hat sich die Versorgung mit einzelnen fachärztlichen Leistungen, etwa durch Orthopäden und Nervenärzten, geringfügig erhöht. Deutliche Verbesserungen zeigen sich nur für die Versorgung mit zahnärztlichen Leistungen. Zwar liegen die Versorgungsraten immer noch deutlich unter denen der Gesamtbevölkerung, jedoch steigen sie für alle Versorgungssettings stark an. Am deutlichsten erkennbar ist dies für Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen, bei denen sich die Leistungsanspruchnahme von 2012 bis 2015 um knapp ein Viertel erhöht hat.

3.2 Effekte des PSG II

Entgegen einiger – mit hohen Erwartungen an ein gänzlich neues Pflegeverständnis verbundenen – politischen Aussagen dient der neue PBB im Rahmen des Pflegeversicherungssystems in erster Linie der Festlegung von *individuellen sozialrechtlichen Leistungsansprüchen*. Hierzu wird der komplexe Begriff der Pflegebedürftigkeit, bisher in drei Pflegestufen, mit Einführung des neuen PBB in insgesamt 5 Pflegegraden kategorisiert. Jedem dieser Pflegegrade ist dann – je nach Leistungsart – ein konkreter Leistungsbetrag zugeordnet. Diese Beträge sind dabei weiterhin als pauschale bzw. in ihrer Höhe begrenzte Geldbeträge ausformuliert, die jeweils nur einen Teil der individuellen Pflegekosten abdecken. Die konkrete Leistungszuordnung, die im Rahmen des PSG II eingeführten Berechnungsschritte und die jeweiligen Leistungshöhen sind bereits im Pflegereport 2015 ausführlich dargestellt worden (Rothgang et al. 2015b: 30 ff.). Dort wurden ebenfalls die finanziellen Auswirkungen der Reform auf die Pflegebedürftigen beschrieben und die Reform dabei als außergewöhnlich großzügig

charakterisiert. Das gilt auch ganz überwiegend für neu hinzukommende Pflegebedürftige, die ab 2017 erstmals Leistungen der Pflegeversicherung beantragen. Die große Mehrheit dieser Personen wird höhere Leistungen erhalten, als dies nach altem Recht erfolgen würde. Dies gilt grundsätzlich für die ambulanten Hauptleistungsarten (Pflegegeld und Pflegesachleistungen) sowie auch für den stationären Bereich, wobei hier eine Einschränkung für die Personengruppe besteht, die nach heutigem Recht hypothetisch zum erstmaligen Leistungsbezug in Pflegestufe I eingestuft würde (siehe hierzu ausführlich Rothgang et al. 2015b: 41-55).

Ausgangspunkt für die nachfolgend analysierten Effekte für das Gesamtsystem der Pflegeversicherung ist, dass mit dem PSG II kein neues Versicherungssystem eingeführt wird, sondern ein bereits bestehendes Zusammenspiel von vorhandenen Leistungsanbietern und -nehmern möglichst bruchlos verändert werden muss. Durch die – vordergründig trivial erscheinende – Umstellung von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade werden jedoch zum 1.1.2017 alle rechtlichen Relationen zwischen Pflegekassen, Leistungsempfängern und Leistungsanbietern ihrer bisherigen Grundlage enthoben und müssen deshalb neu definiert werden. Hieraus ergeben sich Regelungsbedarfe in Form von Überleitungsregelungen, die wiederum in ihrem Zusammenspiel zu kurz- und langfristigen – vor allem finanziellen – Effekten für die Systembeteiligten führen. Die Beziehung zwischen Pflegekassen und Leistungsempfänger sind durch die Neudefinition der Leistungszuordnung in § 15 SGB XI n.F. und die expliziten Überleitungsregelungen des § 140 SGB XI in Verbindung mit den Leistungssätzen vor allem der §§ 36, 37 und 43 SGB XI geregelt worden.

An dieser Stelle werden deshalb die Effekte für die Pflegeheime und die Kostenfolgen für das Gesamtsystem betrachtet. Auf Basis neuer statistischer Hintergrundinformationen und der sich im zurückliegenden Jahr entwickelnder untergesetzlicher Regelungen ist inzwischen nämlich auch eine konkrete Folgenabschätzung möglich, die klärt, welche finanziellen und strukturellen Veränderungen für die Anbieter von *stationären Pflegeleistungen* (Abschnitt 3.2.1) entstehen. Diese Informationen werden dann auch genutzt, um die *Gesamtkosten der Reform* abzuschätzen (Abschnitt 3.2.2).

3.2.1 PSG II im stationären Bereich

Das Jahr 2016 war durch einen großen Informationsbedarf sowohl bei Pflegebedürftigen, als auch bei Leistungsanbietern über die Folgen des PSG II gekennzeichnet und stand somit im Zeichen der Vorbereitungen, damit das Gesamtsystem der Pflegeversicherung auch bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs weiterhin bruchlos funktionieren kann. Für die etwa 13.000 stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland ist in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung, wie sich die einrichtungsindividuelle Vergütungsstruktur unter Einbezug des Einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE) *zum Zeitpunkt der Systemumstellung* darstellt (Abschnitt 3.2.1.1) und welche langfristigen Folgen hieraus für die Einnahmen entstehen (Abschnitt 3.2.1.2).

3.2.1.1 Pflegesätze, Eigenanteile und Einnahmen stationärer Einrichtungen zum Umstellungszeitpunkt

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff regelt die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für Ansprüche der Versicherten gegen ihre Pflegekasse. Weder für den ambulanten noch für den stationären Sektor sind damit jedoch konkrete leistungserbringungsrechtliche Anpassungen definiert, durch die sich der neue PBB auch im Leistungsgeschehen zwingend niederschlägt. Dies ergibt sich daraus, dass die notwendigen und den erweiterten anerkannten Bedarfen entsprechenden *Leistungsbeschreibungen* nicht auf Bundesebene, sondern innerhalb der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI, auf Landesebene erfolgen müssen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt, im Herbst 2016, sind hierzu jedoch noch keine umfangreichen und abschließenden Vertragsarbeiten getroffen worden. Vielmehr deutet alles darauf hin, dass die Leistungshinterlegung des neuen PBB noch in den Kinderschuhen steckt und die Zeit bis zum Abschluss dieses Prozesses in Jahren zu bemessen sein wird. Das bedeutet zum aktuellen Zeitpunkt, dass der neue PBB für 2017 hauptsächlich strukturelle und finanzwirksame Veränderungen erzeugen wird, die hieran anschließenden Leistungsfolgen für die Pflegebedürftigen jedoch noch nicht erkennbar sind.

Mit dem Wegfall der Pflegestufen und der Neueinführung der Pflegegrade werden auch die bis zum Umstellungszeitpunkt geltenden *Pflegesätze* ihrer Rechtsgrundlage enthoben. Diese waren bislang gemäß § 84 Abs. 2 SGB XI auf die

Pflegestufen bezogen. Zwingend notwendig waren daher Regelungen zur Überleitung der Vergütungsstruktur.

Überleitung der Vergütungsstruktur

Die Vergütung stationärer Einrichtungen gliedert sich in drei Teile, die pflegebedingten Kosten, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und die Investitionskosten. Dabei sind die beiden letztgenannten Kostengruppen vom Pflegebedürftigen privat – oder subsidiär durch den zuständigen Sozialhilfeträger – zu zahlen. Sie sind, mit Ausnahme geringer Zuschläge etwa für Ein-Bett-Zimmer, für jeden Bewohner einer Einrichtung unabhängig von der jeweiligen Pflegestufe und somit pauschal zu entrichten. Durch das PSG II wird hieran keine Veränderung vorgenommen.

Die *pflegebedingten Kosten* sind hingegen bisher in ihrer Höhe abhängig vom Pflegeaufwand, dessen Zuordnung über die Pflegestufe des jeweiligen Bewohners erfolgt. Eine höhere Pflegestufe impliziert dementsprechend einen höheren Pflegesatz und höhere Gesamtkosten. Diese sind jedoch nur zum Teil durch den Pflegebedürftigen zu tragen, da auf die pflegebedingten Kosten die pflegestufenrelationalen Pauschalleistungen nach § 43 SGB XI anrechenbar sind. Lediglich der darüber hinaus gehende Kostenanteil ist wiederum durch den Pflegebedürftigen als Zuzahlung zu leisten ist. Die relativ geringe Spreizung dieser Pauschalbeträge nach § 43 SGB XI hat dabei bisher zur Folge, dass mit steigender Pflegestufe auch steigende Eigenanteile von den Pflegebedürftigen zu tragen sind. In vielen Fällen führten diese mit der Pflegestufe steigenden Kosten auch dazu, dass höhere Pflegebedürftigkeit zu einem Konflikt zwischen den Einrichtungen und dem jeweiligen Bewohner bzw. seinen Angehörigen führte: Während die Einrichtung zur aufwandsangemessenen Abrechnung eine Höherstufung des Bewohners durch den MDK anstrebten, wurde diese durch Bewohner oder Angehörige möglichst lange aufgeschoben, um eine Erhöhung der privaten Zuzahlungen zu vermeiden.

Um diesem Umstand zu begegnen, wurde durch den Gesetzgeber im PSG II nicht nur eine formale Umstellung der Vergütungsstruktur von 3 Pflegestufen auf 5 Pflegegrade beschlossen, durch die die bisherige Systematik vollständig analog weitergeführt worden wäre. Vielmehr wurde als wesentliche Neuerung in der

Vergütungsstruktur auch eine Pauschalisierung der privaten Zuzahlung der Pflegebedürftigen vorgenommen. Dieser sogenannte einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) führt dazu, dass alle Bewohner einer stationären Einrichtung – unabhängig der ihnen zugeordneten Pflegegrade – eine gleich hohe private Zuzahlung zu den pflegebedingten Kosten zu leisten haben.

Damit rechtsverbindliche Pflegesätze aber auch nach dem 1.1.2017 für alle etwa 13.000 deutschen Pflegeheime bestehen, also auch die Einrichtungen, die bis dahin noch keine entsprechenden Neuverhandlungen abgeschlossen haben, hat der Gesetzgeber in § 92e SGB XI eine Auffangregelung geschaffen. Unter Beibehaltung der Gesamtvergütungshöhe werden hierbei die bestehenden Pflegesätze für Pflegestufen in Pflegesätze nach neuen Pflegegraden umgerechnet. Die Verhältnisse zwischen den einzelnen Pflegegraden sind dabei an die Aufwandsrelationen der EVIS-Studie (Rothgang et al. 2015a) angelehnt, so dass die Vergütungen in den einzelnen Pflegegraden dem Verhältnis des zugeordneten Personalaufwands entsprechen (Rothgang & Kalwitzki 2015). Diese Auffangregelung greift aber nur, insofern Pflegesätze nicht rechtzeitig neu verhandelt werden.

Nun war einerseits schon bei Verabschiedung des PSG II klar, dass aufgrund der relativ geringen Vorlaufzeit von nur einem Jahr der Abschluss von Neuverhandlungen für alle Einrichtungen unrealistisch sein würde. Die budgetneutrale Auffangregelung des § 92e SGB XI dient daher primär der Sicherstellung bruchloser Vertragsverhältnisse. Um auch ohne Individualverhandlungen Vergütungssteigerungen zu ermöglichen, durch die finanzielle Risiken abgefangen werden können, die den Einrichtungen durch die Systemumstellung drohen, wurde im PSG II ein sogenanntes "vereinfachten Verfahren" ermöglicht, das eine alternative Überleitung vorsieht, die "einen angemessenen Zuschlag für die voraussichtlichen Kostensteigerungsraten" enthält (§ 92c Satz 3 SGB XI n.F.). Mit der Umsetzung dieses vereinfachten Verfahrens wurden die Pflegsatzkommissionen gemäß § 86 SGB XI auf Landesebene beauftragt.

Die Einrichtungen haben damit – neben der eher theoretischen Möglichkeit, individueller Neuverhandlungen – die Auswahl zwischen den beiden Umstellungsvarianten nach § 92e oder § 92c SGB XI. Unabhängig von dieser Auswahl ergeben sich in beiden Varianten die fünf einrichtungsbezogenen Pflegesätze

und die *EEE* aus den gültigen Pflegesätzen pro Pflegestufe und der einrichtungsspezifischen Bewohnerstruktur. Letztere bestimmt sich aus der Anzahl der Bewohner nach Pflegestufen und zusätzlich dem jeweiligen Anteil der Personen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz in den Pflegestufen. Zur Überleitung in das neue Pflegegradsystem wird jedem Bestandsbewohner gemäß seiner Pflegestufe ein Pflegegrad zugeordnet. Dabei sieht § 140 SGB XI für Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz einen einfachen, für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz einen doppelten "Stufensprung" vor. Die Pflegegrade sind demnach eine bzw. zwei natürliche Zahlen höher als die Pflegestufe.

Die konkrete Umrechnung erfolgt dann auf Einrichtungsebene in vier Schritten. Erstens wird das umzurechnende *Gesamtbudget* der Einrichtung ermittelt. Im Verfahren nach § 92e SGB XI entspricht dieses den Gesamteinnahmen aus Pflegesätzen, die der Einrichtung am 30. September 2016 zustanden. In der Variante nach § 92c SGB XI wird dieses Budget zusätzlich um die entsprechenden landesspezifischen Faktoren entweder pauschal oder einrichtungsspezifisch gesteigert. Zweitens wird bestimmt, welcher *Gesamtanspruch der Bewohner gegenüber den Pflegekassen* besteht. Hierzu werden je Pflegegrad die Kopffzahlen der übergeleiteten Bewohner mit den ab 1.1. 2017 geltenden Leistungshöhen nach § 43 SGB XI multipliziert. Drittens wird der *EEE* bestimmt, indem die Leistungssumme nach § 43 SGB XI vom jeweiligen Gesamtbudget abgezogen wird und die verbleibende Summe durch die Gesamtzahl der Bewohner dividiert wird. Hierdurch wird der Teil des Heimbudgets, der nicht durch die Pflegekassen getragen wird und somit der privaten Zuzahlung der Pflegebedürftigen entspricht, gleichmäßig auf alle Bewohner verteilt. Viertens ergeben sich die *einrichtungsbezogenen pflegegradspezifischen Pflegesätze* der Pflegegrade 2 bis 5 durch die Addition der jeweiligen Leistungssätze nach § 43 SGB XI und des *EEE*. Der Pflegesatz für Pflegegrad 1 beläuft sich auf 78 % des Satzes für Pflegegrad 2.

Durchschnittliche Vergütungsstruktur bei Überleitung nach § 92e SGB XI

Um im Rahmen einer Modellrechnung darzustellen, welche bundesdurchschnittlichen Vergütungsstruktur für die stationären Einrichtungen bei einer budgetneutralen Überleitung nach den Regelungen des § 92e SGB XI i.V.m. § 140 SGB XI

Tabelle 1: Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung 2015

Pflegestufe	In stationärer Versorgung (31.12.15)	In Behindertenheimen (Jahresdurchschnitt)	Vollstationär Versorgte ohne Behindertenheime
PS I	324.693	50.233	274.460
PS II	283.941	24.754	259.187
PS III	149.380	12.977	136.403
Insgesamt	1.041.955	112.718	929.237

Quelle: (BMG 2016c, 2016d)

entsteht, wird die gesamte am 1.1.2017 zu erwartende Bewohnerschaft im Bundesgebiet mit bundesdurchschnittlichen Pflegesätzen verknüpft.

Dabei ergibt sich die verwendete Bewohnerstruktur auf Basis der Leistungsempfängerstatistik 2015 des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG 2016c). Diese enthält zum Jahresende stichtagsbezogene Kopfzahlen für Pflegebedürftige in stationärer Versorgung. Hierin sind allerdings auch die Pflegebedürftigen in Behindertenheimen enthalten, die für die Betrachtung der Umstellungsauswirkungen auf stationäre Einrichtungen der Altenhilfe auszuschließen sind. Hierzu werden die entsprechenden Zahlen der Leistungsempfängerstatistik im Jahresdurchschnitt 2015 entnommen (BMG 2016d). Das bereinigte Ergebnis zeigt Tabelle 1.

Wie beschrieben, ist für die Anwendung der Überleitungsregelungen eine Aufteilung der Leistungsempfänge nicht nur nach Pflegestufen, sondern auch nach dem jeweiligen Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz essentiell. Die entsprechenden Zahlen werden jedoch noch nicht in den Statistiken des BMG bereitgestellt. Die Aufteilung erfolgt deshalb anhand von drei pflegestufenbezogenen Quoten, die im Rahmen der EVIS-Studie aus BARMER GEK Routinedaten erzeugt wurden (Rothgang et al. 2015a: 78). Ihre PEA-Quoten von

- 46 Prozent in Pflegestufe I,
- 69 Prozent in Pflegestufe II und
- 88 Prozent in Pflegestufe III

Tabelle 2: Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Pflegestufe	Eingeschränkte Alltagskompetenz	31.12.2015	31.12.2016
PS I	Ohne EA	148.208	151.098
PS I	Mit EA	126.252	128.714
PS II	Ohne EA	80.345	81.915
PS II	Mit EA	178.839	182.326
PS III	Ohne EA	16.368	16.688
PS III	Mit EA	120.035	122.375

Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf den Daten der Sozialen Pflegeversicherung und eigenen Studien (BMG 2016c, 2016d; Rothgang et al. 2015a; Rothgang et al. 2015b)

basieren auf einer deutlich größeren Stichprobe als etwa in den beiden Erprobungsstudien (Kimmel et al. 2015; Rothgang et al. 2015a). Die Fallzahlen in den sechs entstehenden Gruppen nach Pflegestufe und PEA wurden danach mit dem Faktor 1,95 % für ein Jahr auf den Überleitungszeitpunkt 1.1.2017 hochgerechnet. Dieser Faktor, der die Fallzahlsteigerung von 2015 auf 2016 abbilden soll, entspricht dem geometrischen Mittel der zu erwartenden Fallzahlsteigerungen in den Jahren 2015 bis 2020 (Rothgang et al. 2015b: 87). Im vorliegenden Kontext der Systemüberleitung wird dieser Wert als eher konservativ angesehen. Es ist zu erwarten, dass 2016 – auch aufgrund der guten Informationslage über die großzügige Überleitung – eine (unbekannte) Anzahl zusätzlicher Antragsteller erstmalig als pflegebedürftig anerkannt wurde. Für den Bereich stationärer Versorgung wird jedoch mit einem eher geringen Effekt gerechnet. Die entstehenden und zur weiteren Berechnung verwendeten Fallzahlen sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Zur weiteren Berechnung der Vergütungsstruktur ist es ferner erforderlich, die Bestandsbewohner nach § 140 SGB XI formell überzuleiten. Aus den vorstehenden erwarteten Bewohnerzahlen resultiert entsprechend die in Tabelle 4 angegebene übergeleitete Struktur der pflegebedürftigen Heimbewohner.

Als Parameter für die bisherige Kostenstruktur wurden die in der Pflegestatistik 2013 (Statistisches Bundesamt 2015c) ausgewiesenen durchschnittlichen Pflege-

Tabelle 3: Vergütungsstruktur 2013 und 2016

Pflegestufe	Pflegesatz 2013	Pflegesatz 2016
PS I	46,51 €	48,56 €
PS II	61,69 €	64,52 €
PS III	77,80 €	80,85 €

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage von Rothgang et al. (2015b) und Statistisches Bundesamt (2015c)

gesätze nach Pflegestufen als Grundlage verwendet. Diese wurden jeweils für drei Jahre von 2013 auf 2016 gesteigert. Pro Jahr wurde dabei das jeweilige geometrische Mittel der Pflegesatz-Steigerungen aus den Jahren 1999 bis 2013 verwendet (Rothgang et al. 2015b: 110). Diese Werte betragen

- 1,45 % in Pflegestufe I
- 1,51 % in Pflegestufe II und
- 1,29 % in Pflegestufe III.

Tabelle 3 enthält die resultierenden Pflegesätze für 2013 und die durch die Steigerung errechneten Werte für 2016.

Unter Anwendung der schon vorgestellten Berechnungsregeln des § 92e SGB XI erfolgt eine budgetneutrale Umstellung der Pflegesätze der stationären Einrichtungen. Für das Jahr 2017 ergibt sich hieraus die in Tabelle 4 angegebene Vergütungsstruktur.

Allgemein ist der zu erwartende EEE in Höhe von monatlich 428 € ein deutlich geringerer Wert, als es im Gesetzgebungsprozess vom Bundesministerium für Gesundheit angenommen worden war. Hier wurde im Jahre 2015 von einem EEE im Bereich von etwa 580 € ausgegangen. Zu vermuten ist, dass die Steigerungen der Pflegesätze damals deutlich höher angesetzt wurden. Möglich ist auch, dass bereits damals implizit Zuschlagsregelungen einbezogen wurden, unter deren Anwendung höhere Eigenanteile entstehen müssen (s. u.). Da bei budgetneutraler Umstellung – ceteris paribus – keine höheren Einnahmen für die Einrichtungen generiert werden, sind die erhöhten Leistungssätze nach § 43 SGB XI direkt auf die Eigenanteile der Bewohner wirksam. Bestandsbewohner der heutigen Pflegestufe I hätten nach der Umstellung einen geringfügig höheren

Tabelle 4: Bundesdurchschnittliche tägliche Vergütungen und monatliche EEE 2017 sowie zugehörige Bewohnerzahl

Pflegegrad	Bewohnerzahl	Pflegesatz / EEE bei Überleitung gemäß § 92e	Pflegesatz / EEE bei Überleitung gemäß § 92c
PG 1		30,74 €	32,41 €
PG 2	151.098	39,41 €	41,55 €
PG 3	210.629	55,59 €	57,74 €
PG 4	199.014	72,47 €	74,61 €
PG 5	122.375	80,03 €	82,18 €
EEE für alle		427,98 €	493,21 €

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Tabelle 2 und der Tabelle 3

Eigenanteil (+15,70 €) zu leisten, der jedoch gemäß der expliziten Bestandsschutzregelungen des § 141 SGB XI n.F. übernommen würde. Bestandsbewohner in den Pflegestufen II und III werden hingegen deutlich entlastet. Ihre durchschnittlichen Eigenanteile verringern sich gemäß der vorstehenden Modellrechnungen um 203 € in Pflegestufe II bzw. 418 € in Pflegestufe III.

Durchschnittliche Vergütungsstruktur bei Überleitung nach § 92c SGB XI

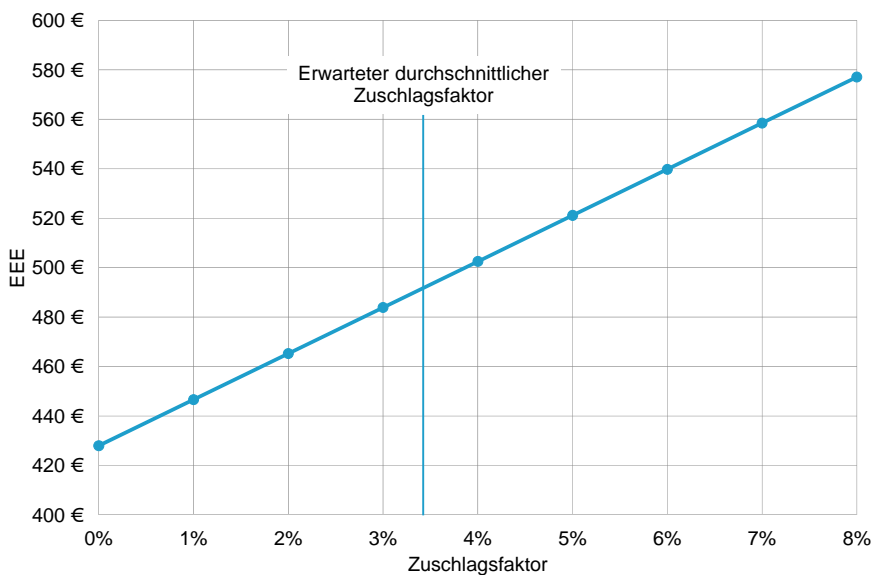
Die aufgezeigten Entlastungen der Bestandsbewohner entstehen in der angegebenen Höhe nur unter der Maßgabe der zuvor angewendeten budgetneutralen Umstellung. Für die allermeisten Einrichtungen ist jedoch davon auszugehen, dass diese von den landesspezifischen Zuschlagregelungen, die in Umsetzung des vereinfachten Verfahrens nach § 92c SGB XI vereinbart worden sind, Gebrauch machen. Grundsätzlich erhöht sich hierdurch das Budget, das zum Umstellungszeitpunkt anhand der konkreten einrichtungsspezifischen Bewohnerstruktur auf Pflegesätze und EEE umgerechnet wird. Da gleichzeitig – bei einer feststehenden Bewohnerstruktur – keine Veränderung der Einnahmen aus den Leistungen nach § 43 SGB XI erfolgt, wirken die Zuschläge vollständig auf den EEE und somit den privat zu zahlenden Eigenanteil der Bewohner. Die Inanspruchnahme von Zuschlägen bewirkt demnach eine direkte Erhöhung der durch die Bewohner – oder subsidiär durch die Sozialhilfe – zu tragenden EEE.

Im Gesetzestext des § 92c SGB XI ist festgelegt, dass als regelhaftes Verfahren grundsätzlich neue einrichtungsbezogene Pflegesätze von den Vereinbarungs-

partnern nach § 85 SGB XI zu vereinbaren sind. Da dies jedoch aufgrund der zeitlichen Restriktionen nicht in normalen Einzelverhandlungen für alle etwa 13.000 stationären Einrichtungen zu erfüllen ist, wurde in § 92c Satz 5 SGB XI als kollektiver Rahmen ein "vereinfachtes Verfahren unter Einbezug eines angemessenen Zuschlags für die voraussichtlichen Kostensteigerungsraten" eingerichtet. Wie dieser Zuschlag umzusetzen ist, wurde dabei nicht genau bestimmt, sondern in die Hände der landesspezifischen Pflegesatzkommissionen nach § 86 SGB XI gelegt.

Als Folge hieraus wurde die Zuschlagsregelung in den verschiedenen Bundesländern jeweils unterschiedlich interpretiert. Einige Länder (z. B. Schleswig-Holstein) haben nur einen pauschalen Zuschlagsfaktor definiert, der einem pauschalen Ausgleich erwarteter Kostensteigerungen entspricht. Andere Länder bieten zusätzlich noch einen Zuschlag zum prospektiven Ausgleich des so genannten "Zwillingseffektes" (siehe Abschnitt 3.2.1.2) an. Da dieser Effekt direkt vom Anteil der Bewohner mit EA abhängt, ist auch die Höhe des entsprechenden Faktors in den meisten Ländern (z. B. Bayern, Niedersachsen) an den PEA-Anteil in der jeweiligen Einrichtung geknüpft. Der Faktor kann jedoch auch pauschal auf Landesebene gewährt werden (NRW). Er wirkt sich jedoch in beiden Fällen nur auf den pflegebezogenen Personalkostenanteil an den Pflegesätzen aus. Dieser wiederum kann je nach landesspezifischer Definition der anrechenbaren Personalkosten deutlich unterschiedliche Bestandteile enthalten und somit zu unterschiedlichen faktischen Zuschlagshöhen führen. In welcher Höhe also Einrichtungen Zuschläge in Anspruch nehmen können, kann an dieser Stelle nicht allgemein beantwortet werden. Dies ist vielmehr vom jeweiligen Bundesland und der Bewohnerstruktur der konkreten Einrichtung individuell abhängig. Einen Eindruck von den möglichen Zuschlägen und ihrer Spreizung gibt eine aktuelle Studie, in der für 73 Einrichtungen aus fünf Bundesländern die jeweiligen ökonomischen Folgen der Umstellungsmethodiken abgeschätzt wurden (Rothgang et al. 2016a). Dabei zeigte sich, dass die empirisch relevanten Zuschlagshöhen – unter der Annahme eines 45-prozentigen pflegebedingten Personalkostenanteils an den Pflegesätzen – zwischen 0,5 und 6,2 Prozent lagen.

Zur Darstellung der potenziellen Auswirkung auf den bundesdurchschnittlichen EEE wird nachfolgend abgebildet, wie sich dieser unter der Annahme durch-



Quelle: Eigene Berechnungen

Abbildung 1: Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil in Abhängigkeit von der Höhe des Zuschlagsfaktors nach § 92c SGB XI

schnittlicher Zuschlagshöhen verändert (Abbildung 1). Dabei wird die mögliche Spanne des Zuschlags zwischen 0 Prozent und 8 Prozent variiert. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird für den Bundesdurchschnitt ein Wert von etwa 3,5 Prozent als realistisch angesehen. Dieser kann jedoch in Abhängigkeit der Inanspruchnahme der Umstellung nach § 92c SGB XI in verschiedenen Ländern und der individuellen Bewohnerstrukturen der inanspruchnehmenden Einrichtungen differieren. Die Berechnungen wurden mit Ausnahme des zusätzlichen Zuschlagfaktors vollständig analog zu denen des § 92e SGB XI durchgeführt. So wurden die identischen Bewohnerstruktur und die identischen Pflegesätze aus Tabelle 1 als Ausgangsdaten verwendet.

Deutlich erkennbar ist, dass eine (lineare) Steigerung des angenommenen Zuschlagfaktors auch eine (lineare) Steigerung der Höhe des EEE erzeugt. Dabei entspricht der Minimalwert bei Steigerung von 0 Prozent der schon vorgestellten Umstellungsvariante nach § 92e SGB XI mit einem EEE von knapp 428 €. Erst

Tabelle 5: Veränderung der monatlichen durchschnittlichen Eigenanteile aufgrund der Pflegereform

Pflegestufe	(1) Hochgerechneter Eigenanteil 2017 nach altem Recht	(2) EEE bei Umstellung nach § 92e	(3) EEE bei Umstellung nach § 92c	(4)=(2)-(1) Veränderung des EEE bei Umstellung nach § 92e	(5)=(3)-(1) Veränderung des EEE bei Umstellung nach § 92c
PS I	412	428	493	16	81
PS II	631	428	493	-203	-138
PS III	846	428	493	-418	-352

Quelle: Eigene Berechnungen

beim einbezogenen Maximalwert für den durchschnittlichen Zuschlagsfaktor von 8 Prozent würde in dieser Musterrechnung der vom BMG ursprünglich in der Gesetzesformulierung verwendete EEE von 580 € erreicht werden. Zuschläge in dieser Höhe sind jedoch durch die landesspezifischen Regelungen ausgeschlossen. Somit kann als sicher erachtet werden, dass die EEE in realiter geringer ausfallen, als ursprünglich erwartet.

Der zurzeit als wahrscheinlich angenommene durchschnittliche Zuschlag von 3,5 Prozent erzeugt einen EEE in Höhe von 493 € und damit gut 60 € oberhalb der budgetneutralen Umstellung. Für die Bestandsbewohner stationärer Einrichtungen bedeutet dies – im Vergleich zu den Eigenanteilen, die sie zahlen müssten, wenn das PSG II nicht in Kraft getreten wäre – veränderte Belastungen, nämlich höhere Belastungen, wenn sie heute in Pflegestufe I eingestuft sind (+ 81 €) und geringere Entlastungen in höheren Pflegestufen, nämlich 138 € in Pflegestufe II und 352 € in Pflegestufe III. Die korrespondierenden Pflegesätze sind in Tabelle 4 angegeben, der Effekt auf die Eigenanteile ist Tabelle 5 zu entnehmen.

3.2.1.2 Entwicklung der Einnahmen stationärer Einrichtungen im Zeitverlauf

Wie bereits dargestellt, ergeben sich die Einnahmen jeder einzelnen stationären Einrichtung in Deutschland ab dem 1.1.2017 aus den fünf (mathematisch übergeleiteten) Pflegesätzen, dem korrespondierenden Eigenanteil der Bewohner und der konkreten übergeleiteten Bewohnerstruktur. Hieraus folgt, dass – bis auf

geringe methodisch bedingte Abweichungen¹ – die Einnahmen vor (am 31.12.2016) und nach Überleitung (am 1.1.2017) entweder identisch oder aber um den landesspezifischen Zuschlag bei Anwendung von § 92c SGB XI erhöht sind. Jede nachfolgende Veränderung der Bewohnerstruktur, durch welche der Pflegegrad-Mix verändert wird, hat dann in der Folgezeit wiederum auch einen verändernden Einfluss auf die Höhe der jeweiligen Einnahmen.

Für eine Projektion der Einnahmenentwicklung stationärer Einrichtungen im Zeitverlauf müssen hier zwei Arten von Veränderungen des Pflegegrad-Mixes unterschieden werden. Erstens wird es zu *unsystematischen* Veränderungen kommen, die als "natürlich" im Kontext eines wettbewerblich organisierten Anbietermarktes betrachtet werden können. Hierbei handelt es sich um Effekte, die aus der jeweiligen Nachfrage nach Pflegeplätzen für Personen bestimmter Pflegegrade, aus den Marktpositionen im jeweiligen lokalen Umfeld oder aus einer allgemeinen Veränderung der Anreize zu stationärer Pflege entstehen können. Sie sind dabei einrichtungsspezifisch und können keiner empirischen Abschätzung unterzogen werden. Zweitens ist jedoch von einem einigen *systematischen* Effekten auf den Pflegegrad-Mix aller Einrichtungen auszugehen, die sich aus den gesetzlichen Regelungen des PSG II ergeben. Es handelt sich hierbei einerseits um differentielle Anzeizeffekte, nach denen die ambulante Versorgung Pflegebedürftiger in niedrigen Pflegegraden sowie die stationäre Versorgung Pflegebedürftiger in höheren Pflegegraden (finanziell) attraktiver wird. Hierdurch ist mit einer vorübergehenden Nachfragedelle im stationären Bereich zu rechnen. In Verbindung mit einem ebenfalls zu erwartenden engeren Pflegegradmanagement wird andererseits eine Verschiebung des Pflegegrad-Mix nach "oben"

¹ Zur Berechnung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils und damit auch der Pflegesätze wird die Bewohnerstruktur am 30.9.2016 zugrunde gelegt. Ändert sich bis zum 31.12.2016 die Zahl der Heimbewohner (bei unveränderter Bewohnerstruktur) ist dies insofern unerheblich, als sich die Summe der pflegebedingten Einnahmen am 1.1.2017 aus den Pflegesätzen multipliziert mit der Zahl der Bewohner an diesem Tag ergibt. Eine Veränderung der Bewohnerzahl vom 30.9. bis zum 31.12. wird somit berücksichtigt und das Budget am 1.1. entspricht dem am 31.12. Allerdings kann sich vom 30.9. bis zum 31.12. auch die Bewohnerstruktur (Verteilung auf Pflegestufen und Anteil der PEA) ändern. Da zur Berechnung des EEE aber die Bewohnerstruktur des 30.9. herangezogen wird, kann es dann zu Abweichungen im Budget zwischen dem 31.12.2016 und dem 1.1.2017 kommen.

erwartet, die jedoch nicht quantifiziert werden kann. Gegenläufig dazu wirkt der sogenannte *Zwillingseffekt*, der in Folge der großzügigen Überleitungsregelung nach § 140 SGB XI im Zeitverlauf entsteht. Dieser wird folgend beschrieben und in seiner Wirkungsweise empirisch dargestellt.

Stationäre Einrichtungen, die sich bereits im Betrieb befinden, verfügen über eine Bestandsbewohnerschaft, in der jedem Bewohner eine Pflegestufe und gegebenenfalls das Merkmal der eingeschränkten Alltagskompetenz zugeordnet sind. Anhand dieser beiden Klassifikationen werden die Bestandsbewohner zum 1.1.2017 in das neue Pflegegradsystem übergeleitet, ohne dass eine neue Begutachtung der Pflegebedürftigkeit stattfinden muss. Dazu ist in § 140 SGB XI festgelegt, dass hierbei die Methodik des "(doppelten) Stufensprungs" Anwendung findet. Dies bedeutet, dass jedem Bewohner der Pflegegrad zugeordnet wird, der um eine natürliche Zahl höher ist als die bisherige Pflegestufe. Aus der Pflegestufe I wird Pflegegrad 2, aus Pflegestufe II wird Pflegegrad 3 usw. Bei Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird der Pflegegrad dann um eine weitere natürliche Zahl erhöht, so dass beispielsweise aus Pflegestufe I und EA der Pflegegrad 3 folgt.

Diese rein formale Überleitung ist notwendig, da eine Neubegutachtung aller bereits Pflegebedürftigen nach neuem Verfahren von MDK und Medicproof nicht geleistet werden könnte. Sie folgt der grundsätzlichen Idee, die mit der Ausarbeitung und Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbunden ist: Personen, die (auch) kognitive Einschränkungen aufweisen – und deshalb bisher als PEA anerkannt sind – haben einen höheren Pflegebedarf, als Pflegebedürftige, die bei vergleichbarer körperlicher Verfassung keine kognitiven Beeinträchtigungen haben. Die Methodik des (doppelten) Stufensprungs ist somit im Kontext des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs angemessen. Empirisch hat sich in den beiden Erprobungsstudien vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Kimmel et al. 2015; Rothgang et al. 2015a) jedoch gezeigt, dass es hierdurch zu einer anderen Einstufung kommt, als dies durch eine Neubegutachtung mittels des neuen Begutachtungsassessments (NBA) erfolgen würde. Pflegebedürftige, die im alten System eine EA aufweisen, werden durch die Überleitung häufig oberhalb des zu erwartenden Pflegegrades per NBA eingestuft. Auch dies ist aus pragmatischen Überlegungen unvermeidlich, da ansonsten die Zahl der

Neubegutachtungen von Personen, die glauben dabei gewinnen zu können, zu hoch wäre.

Bei der Überleitung der Vergütungsstruktur stationärer Einrichtungen nach § 92c oder § 92e SGB XI wird diese so "nach oben" verzerrte Bewohnerstruktur als Umrechnungsparameter verwendet, so dass die resultierenden Pflegesätze "zu niedrig" kalibriert sind. Werden nun im Laufe der Zeit übergeleitete Bestandsbewohner durch strukturgleiche neue Bewohner, hier als "Zwillinge" bezeichnet, ersetzt, führt dies zu sukzessive sinkenden Einnahmen der Einrichtungen, ohne dass sich die Pflegeaufwände – und daran gekoppelt der kostenrelevante Personaleinsatz – verändern.

Der *Zwillingseffekt* entsteht demnach durch unterschiedliche Einstufungslogiken der Überleitung nach § 140 SGB XI und der persönlichen Begutachtung unter Anwendung des NBA und führt über Zeit zu einem sinkenden Pflegegrad-Mix. Dabei ist es grundsätzlich für das Auftreten des Zwillingseffektes unerheblich, für welche der vorgestellten Umstellungsvarianten sich eine jeweilige Einrichtung entscheidet. Diese unterscheiden sich jedoch in den finanziellen Folgen. Bei einer budgetneutralen Umstellung nach § 92e SGB XI bewirkt der Zwillingseffekt – ceteris paribus – ab dem Tag der Umstellung ein konstantes Absinken der Einnahmen unter das umstellungsrelevante Budget. Bei Umstellung nach § 92c SGB XI sinken die Einnahmen zwar auch ab dem Tag der Umstellung, allerdings bilden die Zuschläge einen "Puffer", der erst über einen längeren Zeitraum durch den Zwillingseffekt wieder aufgehoben wird. Für einen – nach Einrichtung unterschiedlich langen – Zeitraum können also die Zuschläge bewirken, dass die Einnahmen der Einrichtung nicht unter das Niveau bei Umstellung abfallen.

Die empirische Effektgröße wurde für einen Zeitraum von 24 Monaten ab Umstellung bereits auf Basis von 73 Einrichtungen überprüft (Rothgang et al. 2016a). Hierbei zeigte sich, dass die einbezogenen Einrichtungen – je nach Bewohner- und Vergütungsstruktur – deutlich unterschiedliche Einnahmeentwicklungen über die Zeit aufwiesen. Bei budgetneutraler Überleitung sanken die Einnahmen im Zeitverlauf im Minimum um 1 Prozent, im Maximum um 5 Prozent ab. Im Mittel der Einrichtungen war dabei in der betrachteten Zeitspanne von 2 Jahren ein Einnahmerückgang um knapp 3,5 Prozent nachweisbar.

Unter Ansatz der jeweiligen landes- und einrichtungsspezifischen Zuschläge zeigt sich, dass sich die Spreizung der Entwicklung noch vergrößert. Die Einrichtungen weisen zum Umstellungszeitpunkt Einnahmen auf, die 1 bis 6 Prozent oberhalb des nicht gesteigerten Budgets liegen. Diese sinken dann jedoch unterschiedlich schnell ab, so dass nach 24 Monaten im Maximum noch Einnahmesteigerungen von 4 Prozent vorliegen, der Zwillingsseffekt die Einnahmen im Minimum jedoch um 3 Prozent unter das ursprüngliche Budget abgesenkt hat. Im Mittel liegt noch ein Einnahmepplus von etwa 1 Prozent vor. Über einen längeren Zeitverlauf betrachtet reichen die Zuschläge aus, um den Zwillingsseffekt im Durchschnitt für 40 Monate zu kompensieren. Für die meisten Einrichtungen sollte also durch die Zuschläge im Umstellungsprozess tatsächlich ein ausreichender Puffer eingebaut sein, der eine ausreichende Zeitspanne ohne Einnahmeverluste gegenüber dem Umstellungszeitpunkt ermöglicht. In dieser Zeit sollten individuelle Neuverhandlungen für die Einrichtungen umsetzbar sein.

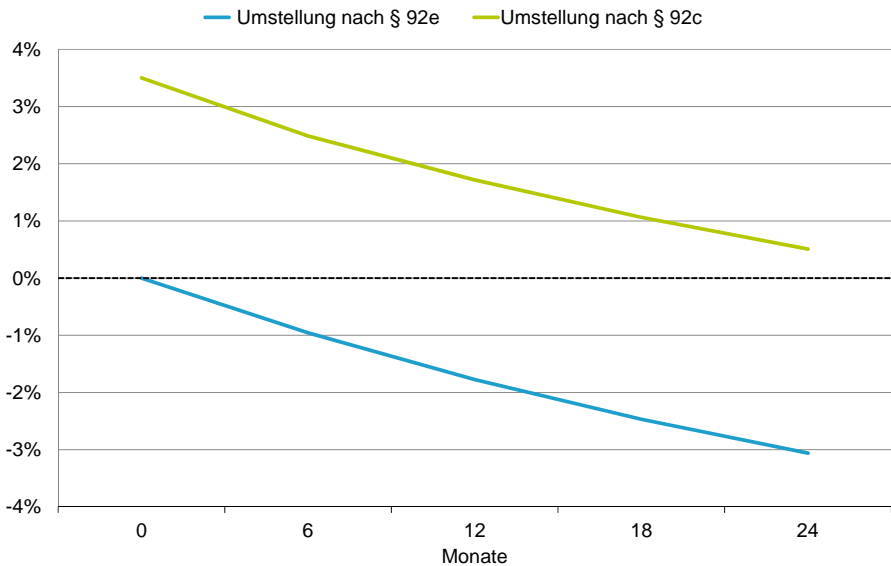
Um zu weiteren Aussagen zu gelangen, als dies mit der angesprochenen – vor allem durch Landeszugehörigkeiten verzerrten – Stichprobe möglich ist, kann die verwendete Methodik auch auf das Gesamtsystem der stationären Altenpflege in Deutschland angewendet werden. Hierzu werden die jeweiligen Durchschnittswerte der Bewohner- und Vergütungsstruktur benutzt, die bereits in Abschnitt 3.2.1.1 Anwendung fanden. Tabelle 6 zeigt, wie sich die Bewohnerstruktur aller stationär Pflegebedürftigen im Zeitraum von 24 Monaten aufgrund des Zwillingsseffektes verändert.² Hierzu wird in halbjährlichem Abstand errechnet, welcher pflegestufenspezifische Anteil der übergeleiteten Bestandsbewohner bereits verstorben ist und dieser Teil strukturgleich durch neu begutachtete Bewohner ersetzt. Zur Festlegung der Einstufung der Zwillinge werden dabei Zielwahrscheinlichkeiten auf Basis der EVIS-Studie (Rothgang et al. 2015a) verwendet (Rothgang & Kalwitzki 2015).

² Es handelt sich hierbei um eine Partialbetrachtung, die nur auf den Zwillingsseffekt abstellt. Veränderungen der Belegungszahl aufgrund eines Anstiegs der Pflegebedürftigenzahlen werden ebenso ausgeblendet wie Verschiebungen aufgrund differenzieller Anreize zu ambulanter oder stationärer Pflege. Ebenfalls unberücksichtigt bleiben Effekte eines möglicherweise verbesserten Pflegegradmanagements.

Tabelle 6: Belegungsentwicklung bei Partialbetrachtung des Zwillingseffektes

Pflegegrad	Bei Überleitung	Nach 6 Monaten	Nach 12 Monaten	Nach 18 Monaten	Nach 24 Monaten
PG 1	0	5.160	9.766	13.878	17.551
PG 2	151.098	153.886	156.143	157.964	159.425
PG 3	210.629	212.291	213.396	214.061	214.384
PG 4	199.014	197.487	195.775	193.998	192.239
PG 5	122.375	114.293	108.036	103.214	99.517
Insgesamt	683.116	683.116	683.116	683.116	683.116

Quelle: Eigene Berechnungen



Quelle: Eigene Berechnungen

Abbildung 2: Entwicklung der Einrichtungserlöse im Zeitverlauf nach x Monaten

Werden nun diese Bewohnerstrukturen zu allen fünf Zeitpunkten jeweils mit den Pflegesatzstrukturen multipliziert, die sich in den beiden Umrechnungsvarianten ergeben (siehe Abschnitt 3.2.1.1), folgen die in Abbildung 2 dargestellten Einnahmeentwicklungen. Diese entsprechen den Entwicklungen einer hypothetischen durchschnittlichen vollstationären Pflegeeinrichtung in Deutschland.

Unabhängig von der Art der Überleitung erfolgt aufgrund des Zwillingseffektes in den ersten beiden Jahren nach Umstellung ein Rückgang der Einnahmen um jeweils 3 Prozent. Während dies bei der Umstellungsvariante nach § 92e SGB XI gegenüber dem Umstellungszeitpunkt zu einem Einnahmerückgang in gleicher Höhe führt, liegen bei der Umstellung nach § 92c SGB XI die Einnahmen auch nach 2 Jahren noch leicht oberhalb der ursprünglichen Einnahmen. Im Fall dieser durchschnittlichen Mustereinrichtung ist der angenommene Zuschlagsfaktor in Höhe von 3,5 Prozent ausreichend, den Zwillingseffekt für einen Zeitraum von insgesamt 30 Monaten zu kompensieren.

3.2.2 Kosten des PSG II

Für die Pflegeversicherung im Ganzen war es, mit sich konkretisierenden Annahmen über die Zahl der Leistungsempfänger am 1.1.2017 und im folgenden Zeitverlauf, möglich, immer präzisere Aussagen über die Mehrkosten zu treffen, die durch die gesetzlichen Regelungen des PSG II verursacht werden. Die folgende Kostenberechnung bezieht sich in allen Einzelposten nur auf differenzielle *Mehrkosten*, also auf die Ausgaben der Pflegeversicherung, die ohne das PSG II nicht entstanden wären. Demographisch bedingte Fallzahlsteigerungen wären beispielsweise auch ohne das PSG II entstanden. Daraus resultierende höhere Kosten werden nachfolgend daher nicht berücksichtigt. Der Betrachtungszeitraum beschränkt sich auf das Jahr 2017.

In allen Fällen, in denen Kosten einer Position direkt aus einer Anzahl von Leistungsbeziehern errechnet werden, kommt jeweils die Zahl der Leistungsempfänger zum 1.1.2017 zur Anwendung. Diese wird dann modellhaft für das ganze Jahr 2017 beibehalten. Implizit bedeutet dies, dass eine im gesamten Jahresverlauf identische Pflegebedürftigen-Struktur angenommen wird. Nicht einbezogen werden demnach die Folgen, die aus realiter versterbenden und nachrückenden Pflegebedürftigen entstehen. Dies betrifft beispielsweise den in Abschnitt 3.2.1.2

beschriebenen Zwillingeffekt im stationären Bereich. Hierdurch ist eine geringfügige *Überschätzung* der jeweiligen Kostenfolgen möglich. Diesem stehen jedoch auch kleinere Effekte entgegen, die in gegenläufiger Richtung leichte *Unterschätzungen* der Kosten erzeugen. Diese entstehen etwa durch das nicht vorhersehbare Antragsverhalten neuer potenzieller Pflegebedürftiger. Hier ist zu vermuten, dass eine nicht genau quantifizierbare Menge von zusätzlichen Personen zu Leistungsempfängern der Pflegeversicherung wird, wodurch wiederum die Kosten steigen würden. Zu erwarten ist ebenfalls ein – anreiztheoretisch zu erklärender, jedoch nicht quantifizierbarer – Effekt, der einen höheren Pflegegrad-Mix in stationärer Versorgung bedingt. Zusammenfassend ist jedoch davon auszugehen, dass alle hier genannten, aber nicht einbezogenen, Effekte zusammengenommen keine signifikante Veränderung der gesamten Kostenabschätzung verursachen werden.

Die Kostenberechnung bezieht insgesamt 13 Einzelposten ein, die auf vier unterschiedlichen Methodiken beruhen:

- a. Die Mehrkosten, die in den Hauptleistungsarten (Pflegegeld, Pflegesachleistungen und vollstationäre Pflege) entstehen und den größten Kostenposten ausmachen, werden jeweils als Produktsumme von erwarteten Leistungnehmern am 1.1.2017 und den einstufigsbezogenen Veränderungen der Leistungshöhen errechnet.
- b. Die Kosten des stationären Bestandschutzes werde unter Verwendung der Ergebnisse des Abschnitts 3.2.1.1 über einen Zeitraum von 12 Monaten modelliert. Nur an dieser Stelle wird abweichend von den zuvor dargestellten methodischen Einschränkungen das Versterben einzelner Bewohner einbezogen.
- c. Die Kostensteigerung für Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen wird direkt aus dem folgenden Abschnitt 3.3 übernommen. Eine Erläuterung des Rechenweges erfolgt dort.
- d. Acht Mehrkostenbeträge werden direkt aus der Gesetzesbegründung des PSG II (Kabinettsentwurf) übernommen. Für diese eher kleineren Beträge liegen zu wenig valide Informationen zu, als dass für sie eine eigene Neuberechnung gerechtfertigt wäre.

3.2.2.1 Mehrkosten in den Hauptleistungsarten

In den drei Hauptleistungsarten wurden die entstehenden Mehrkosten ermittelt, indem je Leistungsart die zum Umstellungszeitpunkt erwartete Pflegebedürftigenstruktur (Tabelle 7) mit den entsprechenden monatlichen Leistungs διαφοrenzen, die sich durch die Leistungsfestsetzungen nach PSG II ergeben (Tabelle 8) multipliziert wurden. Diese wurden dann mit dem Faktor 12 auf das gesamte Jahr 2017 hochgerechnet, um leistungsartspezifische Gesamtsummen zu bilden.

Zur Ermittlung der *Fallzahlen für die beiden ambulanten Leistungsarten* Pflegegeld und Pflegesachleistungen wurde die Leistungsempfängerstatistik der Sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt 2015 als Ausgangspunkt genutzt. Dabei wurden alle Werte als Personenzahlen zur Jahresmitte 2015 interpretiert und somit die Hochrechnung zum Jahresanfang 2017 mit dem Faktor 1,95 % p.a. über 1,5 Jahre vorgenommen. Kombinationsleistungen wurden jeweils zur Hälfte dem Pflegegeld und den Pflegesachleistungen zugeschlagen. Eine Ausnahme bilden die sogenannten Härtefälle, die in voller Höhe in die Pflegesachleistungen eingehen, da sie im Pflegegeld nicht berücksichtigt werden. Die Differenzierung nach Personen mit und ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz kann in den Pflegestufen 0-II der Statistik zur Leistungsanspruchnahme entnommen werden, die seit Inkrafttreten des § 123 SGB XI in der Fassung des PNG Pflegegeld- und Sachleistungsbezug für Pflegestufe "0" und einen erhöhten Leistungsbezug für diese Leistungen in Pflegestufe I und II für PEA ausweist. Für Pflegestufe III wurde in Fortschreibung der entsprechenden Anteilswerte von (Brucker et al. 2013: 150) konservativ eine PEA-Quote von 67 % angewendet. Die resultierenden Fallzahlen befinden sich in Tabelle 7.

Bei den *stationären Fallzahlen* wurde für Pflegestufe I-III auf die Verteilung zurückgegriffen, die zur Berechnung der Vergütungsstrukturen erarbeitet wurde (Tabelle 2 in Abschnitt 3.2.1.1). Diese muss jedoch zur Ermittlung der Mehrkosten auf Bewohner der Pflegestufe "0" und die Härtefälle erweitert werden. Für die Bewohner der Pflegestufe "0" und für Härtefälle wurde die Leistungsempfängerstatistik der Sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt 2015 verwendet und die enthaltenen Werte für 1,5 Jahre um 1,95 % p.a. gesteigert. Die entstehende Fallzahl für Härtefälle wurde zusätzlich von den Bewohnern in PS III abgezogen, da es sonst zu Doppeltzählungen gekommen wäre. Die Auftei-

Tabelle 7: Zur Berechnung der Mehrausgaben der Hauptleistungsarten verwendete Zahl der Leistungsempfänger

Pflegestufe	Pflegegeld	Pflegesachleistungen	Vollstationäre Pflege
PS 0 + EA	113.798	21.998	10.145
PS I	721.541	155.994	151.098
PS I + EA	221.208	60.207	128.714
PS II	239.135	62.536	81.915
PS II + EA	169.050	55.381	182.326
PS III	37.500	12.688	15.752
PS III + EA	76.136	25.761	115.509
Härtefälle		2.235	7.803

Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage der Daten der Sozialen Pflegeversicherung (BMG 2016c, 2016d)

Tabelle 8: Veränderung der monatlichen Leistungsansprüche

Pflegestufe	Pflegegeld in €	Pflegesachleistungen in €	Vollstationäre Pflege in €
PS 0 + EA	193	458	770
PS I	72	221	-294
PS I + EA	229	609	198
PS II	87	154	-68
PS II + EA	183	314	445
PS III	0	0	163
PS III + EA	173	383	393
Härtefälle		0	10

Quelle: Rothgang et al. (2015b)

lung erfolgte entsprechend der PEA-Quote von 88 %. Die letztlich verwendeten Fallzahlen sind wieder Tabelle 7 zu entnehmen.

Die monatlichen Leistungsdifferenzen ergeben sich aus der Subtraktion der pflegestufenbezogenen Leistungsbeträge des Jahres 2016 von den korrespondierenden pflegegradbezogenen Leistungsbeträgen des Jahres 2017 (Tabelle 8). Dies kann für die hier verwendete prävalente Pflegebedürftigenpopulation mit den formalen Überleitungsregeln relativ einfach erzeugt werden. In diesem Fall

ist sichergestellt, dass jeder Kombination aus Pflegestufe und EA-Merkmal auch ein eindeutiger Wert in den Pflegegraden zugeordnet ist. Für eine genauere Darstellung wird auf die Tabellen 3.5 bis 3.7 im Pflegereport 2015 verwiesen (Rothgang et al. 2015b).

Aus den Fallzahlen und den erläuterten Leistungsunterschieden resultieren für das Jahr 2017 in den Hauptleistungsarten *Mehrkosten von 5,041 Mrd. €*. Diese setzen sich zusammen aus

- 2,274 Mrd. € für Pflegegeldleistungen,
- 1,417 Mrd. € für Pflegesachleistungen und
- 1,350 Mrd. € für Leistungen der Vollstationären Pflege.

3.2.2.2 Kosten des stationären Bestandsschutzes

Im gesamten ambulanten Bereich ist durch die formale Überleitung der Pflegebedürftigen in Verbindung mit teilweise deutlich erhöhten Leistungsbeträgen sichergestellt, dass kein Leistungsbezieher im Bestand durch die Regelungen des PSG II niedrigere Leistungsansprüche erhalten kann. Aus diesem Grund ist hier auch keine explizite Bestandsschutzregelung erforderlich. Im stationären Bereich konnte dies nicht ebenso implizit allein durch geeignete Festsetzung der Leistungshöhen garantiert werden. Der Grund hierfür ist, dass durch die Einführung des EEE ein reiner Vergleich der Leistungsbeträge keine Aussage über die privat zu tragenden Belastungen der Bestandsbewohner ermöglicht. Diese müssen jedoch als Maßstab für eine finanzielle Schlechterstellung dieser Personen herangezogen werden. Der somit erforderliche explizite Bestandsschutz wurde in § 141 SGB XI verankert und stellt sicher, dass durch die formale Umstellung der Vergütungsstruktur entstehende Erhöhungen des Eigenanteils durch die Pflegekassen auszugleichen sind.

Zur Berechnung der Überleitungskosten wird auf die Ergebnisse des Abschnitts 3.2.1.1 zurückgegriffen. Als die für 2017 realistische Überleitungsvariante wird hierbei § 92c SGB XI mit einem Zuschlagsfaktor von 3,5 % gewählt. Bei dieser Konstellation greift der Bestandsschutz nur für die Bewohner der Pflegestufe I, da sich lediglich für diese Bewohner ein *höherer* Eigenanteil ergibt. Diese Differenz wurde in Tabelle 5 mit monatlich 81 € beziffert. Diese Differenz ist gemäß Tabelle 2 am 1.1.2017 für 151.098 Bewohner ohne EA und 128.714 Bewohner mit EA

von den Pflegekassen zu übernehmen. Werden diese Kopfzahlen mit 12 multipliziert, ergeben sich die maximal anfallenden Leistungsmonate für Bestandschutzkosten im Jahr 2017. Da der Bestandschutz nur für zum Umstellungszeitpunkt prävalente Pflegebedürftige gilt, sinkt die Zahl dieser Personen – und somit der zu kumulierenden Leistungsmonate jedoch für Februar bis Dezember 2017 – durch Verstorbene im Verlaufe des Jahres. Da dieser Prozess jedoch für die betroffenen Personengruppen sehr langsam verläuft, sind nach 12 Monaten noch 79,6 Prozent der Pflegebedürftigen ohne EA und 83,1 Prozent mit EA im Bestandschutz zu erwarten. Hieraus ergibt sich eine aufsummierte Anzahl von 3.542.745 Leistungsmonaten. Multipliziert mit einem durchschnittlichen Bestandsschutzbetrag von 80,93 € resultieren Bestandschutzkosten für das Jahr 2017 in Höhe von 0,287 Mrd. €.

3.2.2.3 Mehrkosten für Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen

Nach § 43a SGB XI werden für Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen pauschale Leistungen der Pflegeversicherung in Höhe von 266 € pro Monat gewährt. Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und sein entsprechendes Assessment ist von 63.804 zusätzlichen Leistungsberechtigten auszugehen. Hieraus folgen zusätzliche Ausgaben der Pflegeversicherung in Höhe von 0,204 Mrd. €. Eine genaue Erläuterung des Rechenweges folgt in Kapitel 3.3.

3.2.2.4 Weitere Kostenposten

In der Begründung zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung zum PSG II sind auf den Seiten 75 ff. die Auswirkungen auf die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung dargestellt. Acht der kleineren Einzelposten werden hieraus direkt übernommen (Positionen 6 bis 13 in Tabelle 9).

Die zu erwartenden Mehrkosten, die durch das PSG II für die Soziale Pflegeversicherung ausgelöst werden, belaufen sich dementsprechend auf insgesamt rund 7,2 Mrd. € im Jahr 2017. Von dieser Summe entfallen 5,041 Mrd. € auf die Hauptleistungsarten und entstehen durch die Kombination steigender Leistungsbeträge mit einer großzügigen Überleitungsregelung. Weitere 2,158 Mrd. € ent-

Tabelle 9: Mehrkosten im Jahr 2017 aufgrund des PSG II

Position	Mehrkosten im Jahr 2017 für...	Betrag (in Mrd. €)
1	Pflegegeld	2,274
2	Pflegesachleistungen	1,417
3	Stationäre Pflege	1,350
4	Stationären Bestandschutz	0,287
5	Leistungen nach § 43a SGB XI	0,204
6	Rentenversicherung für Pflegepersonen	0,407
7	Entlastungsbetrag	0,415
8	Personen in PG 1	0,130
9	Verhinderungspflege	0,180
10	Tages- und Nachtpflege	0,095
11	Betreuung nach § 87b SGB XI	0,120
12	Verwaltungskosten und MDK	0,175
13	Wechselwirkungen bei übrigen Leistungen	0,145
	SUMME	7,199

Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage der Angaben im Gesetzentwurf der Bundesregierung zum PSG II (BT-Drs. 18/5926)

stehen durch den stationären Bestandschutz und die zusätzlichen Ausgaben in den Nebenleistungsarten und der Verwaltung.

Diesen Mehrkosten gegenüber stehen im Jahr 2017 Mehreinnahmen durch die Erhöhung des Beitragssatzes um 0,2 Prozentpunkte. Dies entspricht für die Mitte des Jahres 2016 laut der vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichten aktuellen Faustformel in etwa einem Finanzvolumen von 2,6 Mrd. Euro. Unter der Annahme einer günstigen Konjunkturprognose auch für das Jahr 2017 können Mehreinnahmen von etwa 2,8 Mrd. € angenommen werden. Der in 2015 noch vorhandene Einnahmenüberschuss der Sozialen Pflegeversicherung in Höhe von 1,68 Mrd. € wird sich – primär aufgrund der hohen Ausgabenlast in Folge des PSG I – nicht wiederholen. Nach den Ergebnissen des 1. Quartals 2016 geht die (Deutsche Bundesbank 2016) für das laufende Jahr zwar noch von einem operativen Gewinn aus, jedoch auf sehr geringem Niveau. Für die hier vorliegende Kostenabschätzung wird wiederum konservativ von einem Überschuss in halber Höhe des Wertes von 2015, mithin 0,84 Mrd. €, ausge-

gangen. Werden die Mehrausgaben in Höhe von 7,199 Mrd. €, die Mehreinnahmen und der Einnahmenüberschuss saldiert, so ergibt sich für das Jahr 2017 ein strukturelles Defizit in Höhe von 3,559 Mrd. €. Auch unter Berücksichtigung der mit dieser Abschätzung verbundenen Unsicherheiten ist davon auszugehen, dass sich der Mittelbestand der Sozialen Pflegeversicherung 2017 um mehr als 3 Mrd. Euro verringern wird.

3.3 Ausblick: Das PSG III und seine Folgen

Während die beiden bereits eingeführten Pflegestärkungsgesetze in ihrem Kern die Pflegeversicherung weiterentwickelten, wird das aktuell im Gesetzgebungsprozess befindliche PSG III eher aus den Vorgängergesetzen resultierende "Nacharbeiten" beinhalten. Aus der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI zum 1.1.2017 folgen für das angrenzende SGB XII gewisse Zugzwänge. Mit Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff sachlich angemessen im Pflegeversicherungs- und Sozialhilferecht analog formuliert. Sollen erhebliche Verwerfungen an der Schnittstelle dieser Systeme vermieden werden, ist eine Übernahme des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in das Sozialhilferecht auch jetzt zwingend. Darüber besteht zwischen den an der Gesetzgebung beteiligten Akteuren Einigkeit. Von der rechtzeitigen Inkraftsetzung des SGB XII ist daher auszugehen. Am vorliegenden Gesetzentwurf der Bundesregierung (Bundestags-Drucksache 18/9518 vom 5.9.2016) wird aber kritisiert, dass die Regelungen zum Pflegebedürftigkeitsbegriff selber nicht vollständig wortgleich übernommen werden. Weiterhin werden die nach wie vor unklaren Verhältnisse von Pflegeversicherungsleistungen, Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege sowie die unzureichende Transparenz der Kostenfolgen bemängelt.³ Um hinsichtlich der Kostenfolgen mehr Klarheit zu schaffen, werden nachfolgend die Kostenfolgen für die Hilfe zur Pflege und für die Eingliederungshilfe thematisiert (Abschnitte 3.3.1 und 3.3.2).

³ Vgl. hierzu insbesondere die Stellungnahmen der BAGüS zur Anhörung im Gesundheitsausschuss (Ausschuss-Drucksache 18(14)0204(42) am 17.12.2016 sowie die Stellungnahme des Bundesrates (Bundestags-Drucksache 18/9518).

Angeregt von den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe haben die Bundesländer gefordert, die bisher geltenden verringerten Leistungen der Pflegeversicherung bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI aufzuheben und den betroffenen Personen die deutlich höheren Leistungssätze des § 36 SGB XI zu gewähren. Im Ergebnis würde dies zusätzliche Ausgaben der Pflegeversicherung bedeuten, die wiederum das Sozialhilfesystem entlasten. Auch hierzu erfolgt in Abschnitt 3.3.2 eine Abschätzung, welche die Zusatzkosten der Pflegeversicherung quantifiziert.

3.3.1 Kostenfolgen des PSG III für die Träger der Sozialhilfe im Bereich Hilfe zur Pflege

Die im PSG III verankerte – analoge, wenn auch nicht wortgleiche – Übernahme des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus den §§ 14 ff. SGB XI n.F. in die §§ 61a ff. SGB XII-E erzeugt erhebliche Folgewirkungen für die Träger der Sozialhilfe. Diese sind aus mehreren Gründen einer quantitativen Abschätzung nur zum Teil zugänglich. Ausschlaggebend ist hierfür zum einen, dass – anders als im SGB XI – mehrere Personengruppen aufgrund individuell unterschiedlicher Voraussetzungen anspruchsberechtigt werden. Für jede dieser Personengruppen ergeben sich jedoch durch den PBB unterschiedlich gerichtete Kosteneffekte, ohne dass es möglich ist, diese verschiedenen Gruppen in der amtlichen Statistik klar voneinander abzugrenzen. Zum zweiten sind die zugänglichen statistischen Daten der heutigen und potenziell zukünftigen Leistungsempfänger der Hilfe zur Pflege im SGB XII zur quantitativen Kostenabschätzung insofern unbefriedigend als es in Deutschland keine Datenquelle gibt, die Einkommen und Vermögen zuverlässig abbildet und es darüber hinaus ermöglicht, Pflegebedürftigkeit und die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung zu identifizieren. Die Kenntnis von Einkommen und Vermögen ist aber ausschlaggebend für die Abschätzung des individuellen Leistungsbezugs gemäß § 61 SGB XII-E. Hieraus folgt, dass für den ambulanten Bereich nur qualitative Abschätzungen erfolgen können, die angeben, in welchen Konstellationen durch den neuen PBB eher Kostenbe- oder -entlastungen der Sozialhilfeträger zu erwarten sind. Lediglich für den stationären Bereich kann zusätzlich zur qualitativen Einordnung eine grobe quantitative Abschätzung der Kostenfolgen generiert werden.

3.3.1.1 Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen

Im ambulanten Bereich der Hilfe zur Pflege sind *unter Anwendung des bisher gültigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs* im Wesentlichen vier Personengruppen leistungsberechtigt. Es sind dies Personen, die

- a. trotz eines Bedarfs an Pflegeleistungen nicht leistungsberechtigt im SGB XI sind, da sie nicht pflegeversichert sind,
- b. die Voraussetzung einer Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 SGB XI nicht erfüllen, da die Dauer ihrer Pflegebedürftigkeit voraussichtlich kürzer als 6 Monate ist,
- c. die Voraussetzung einer Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 SGB XI nicht erfüllen, da ihr Bedarf unterhalb der Schwelle liegt, deren Überschreiten Ansprüche gegen die Pflegeversicherung auslöst,
- d. weiterer Verrichtungen bedürften, deren Kosten nicht im Leistungskatalog des SGB XI enthalten sind.

Für bisher nicht-pflegeversicherte Personen (Teilgruppe unter a) ist davon auszugehen, dass dieser Status auch nach dem PSG III weiter bestehen wird. Inwieweit sie Hilfe zur Pflege beziehen, ist von der Definition der Pflegebedürftigkeit abhängig. Die jetzt normierte breitere Definition von Pflegebedürftigkeit dürfte daher zu einem leichten Anstieg der SGB XII-Leistungsempfänger führen. Weiterhin sind die entsprechenden Leistungen und Leistungshöhen der Hilfe zur Pflege aber gemäß §§ 63 ff. SGB XII-E an die jeweiligen Werte des SGB XI gekoppelt, steigen also auch im SGB XII nun deutlich an. In der Folge sind für Nicht-Pflegeversicherte *Ausgabensteigerungen* der Sozialhilfeträger zu erwarten.

Bei Personen, die bisher die Voraussetzung einer Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 SGB XI nicht erfüllen, werden durch den PBB im SGB XII veränderte Leistungsberechtigungen resultieren. Ausschlaggebend für eine Beurteilung der Kostenfolgen ist hierbei, aus welchem Grund bisher keine Leistungsberechtigung bestand. Wurde diese bisher nicht gewährt, da die in § 14 SGB XI festgeschriebene Mindestdauer der Pflegebedürftigkeit von voraussichtlich 6 Monaten nicht erreicht wurde (Teilgruppe unter b), so wird dieser Status auch nach dem Inkrafttreten von PSG II und PSG III durch § 14 Abs. 1 SGB XI i.V.m. § 61a

Abs. 1 SGB XII-E unverändert bestehen. Für diese Personen sind analog zu den Nicht-Versicherten *Ausgabensteigerungen* bei der Hilfe zur Pflege zu erwarten.

Bestand bisher keine Leistungsberechtigung, da die individuelle Pflegebedürftigkeit zwar vorlag, diese jedoch nicht in einem erheblichen oder höheren Maße i.S.d. §§ 14, 15 SGB XI zur Leistungsgewährung ausreichte (Teilgruppe unter c), kann sich dieser Status durch den PBB verändern. Ausschlaggebend ist hierfür, dass zukünftig bereits geringere Pflegebedarfe zu einer Leistungsberechtigung im SGB XI führen können. Für die Kostenfolgen entstehen hieraus zwei gegenläufige Effekte. Bei Personen, die weiterhin nicht im SGB XI leistungsberechtigt sind und deshalb subsidiär Hilfe zur Pflege beziehen können, erhöhen sich die Kosten analog der Nicht-Versicherten. Für Personen, die nach neuem PBB nun pflegebedürftig und leistungsberechtigt im SGB XI sein werden, entfallen die Leistungsaufwendungen aus dem SGB XII. Hier kommt es dann zu einer *Entlastung* der Sozialhilfeträger.

Besonders für Personen, die nach bisheriger Rechtslage weiterer Verrichtungen bedürftigen (Teilgruppe d), deren Kosten nicht im Leistungskatalog des SGB XI enthalten sind, verändern sich die Anspruchsgrundlagen. Dies begründet sich darin, dass nach den Regelungen des neuen PBB nicht mehr konkrete Verrichtungen über die Leistungsbeträge des SGB XI abgedeckt werden, sondern die erforderlichen Hilfen durch Dritte, die auf Grundlage von Beeinträchtigungen von Selbständigkeit und Fähigkeiten entstehen. Diese Definition führt grundsätzlich dazu, dass ein deutlicher Anteil der Leistungen, die bisher außerhalb des SGB XI über die Sozialhilfe finanziert werden musste, nunmehr über die Pflegeversicherung finanziert wird. Für diese Personengruppe ergibt sich demnach eine *Ausgabenreduktion* im Bereich der Hilfen zur Pflege. Nicht genau abzuschätzen ist allerdings zum gegenwärtigen Zeitpunkt, welche neuen Ansprüche in diesem Bereich zukünftig entstehen oder auch, ob hierdurch neue Personen im SGB XII leistungsberechtigt werden.⁴

⁴ Darüber hinaus hat die BAGüS in ihrer Stellungnahme zur Anhörung des Ausschuss für Gesundheit zum PSG II am 30.9.2015 (Ausschussdrucksache 18(14)0131(29)) unterstellt, dass Pflegebedürftige, die bereits bisher Leistungen der Pflegeversicherung bezogen haben, nunmehr durch die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erheblich höhere Leistungs-

3.3.1.2 Hilfe zur Pflege in Einrichtungen

Im stationären Bereich wird grundsätzlich eine *Kostenentlastung für die Träger der Sozialhilfe* entstehen. Ein kleinerer – quantitativ eher vernachlässigbarer – Effekt entsteht in der Übertragung der zuvor gemachten Ausführungen zu Personen, die bisher die Voraussetzung einer Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 SGB XI nicht erfüllen, da ihr Bedarf unterhalb der Schwelle liegt, deren Überschreiten Ansprüche gegen die Pflegeversicherung auslöst. Gewichtiger ist im stationären Bereich die Auswirkung der deutlich erhöhten Leistungen nach § 43 SGB XI, die im Jahr 2017 zu Mehrausgaben der Pflegekassen von 1,350 Mrd. Euro führen (Tabelle 9, Position 3). Diese wirken sich direkt auf die individuellen Zuzahlungen der stationär versorgten Personen aus. Pflegebedürftige und/oder Sozialhilfeträger werden somit um insgesamt 1,35 Mrd. Euro entlastet. Zu diskutieren ist, welcher Anteil dieser Entlastung auf die Sozialhilfeträger entfällt. Dabei ist für Pflegebedürftige der Pflegestufe I im Durchschnitt ein Anstieg des Eigenanteils zu erwarten, der aber vollständig durch den Bestandsschutz getragen wird. Für diesen Personenkreis ändert sich die Belastung daher nicht und auch die Sozialhilfe wird weder be- noch entlastet. Bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II und Pflegestufe III kommt es dagegen zu durchschnittlichen monatlichen Entlastungen in Höhe von 138 € bzw. 353 € (Tabelle 5). Die durchschnittlichen monatlichen Ausgaben der Sozialhilfeträger für Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen lagen dagegen 2014 im Durchschnitt bei 856 € (Abschnitt 4.4.3) und damit deutlich höher. Wird zudem noch berücksichtigt, dass die Sozialhilfeempfänger in Pflegestufe I, die hier nicht weiter berücksichtigt werden, im Durchschnitt niedrigere Leistungen erhalten, wird deutlich, dass die Durchschnittsausgaben der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen für die hier interessierenden Heimbewohner der Pflegestufe II und III noch deutlich höher liegen dürften und damit die durchschnittliche Entlastung bei den Eigenanteilen um eine Mehrfaches

ansprüche im Bereich der Betreuung haben, die auch durch die veränderten Leistungshöhen des SGB XI nicht abgedeckt werden und dann im subsidiären Sozialhilfesystem finanziert werden müssen. Da auch bislang im Sozialhilferecht eine bedarfsdeckende Versorgung gewährleistet werden musste, wird dabei implizit angenommen, dass sich mit der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch der Bedarfsbegriff ändert, was nicht zwingend ist. Diesbezüglich wäre eine rechtliche Klarstellung im PSG III hilfreich.

übersteigen. Nachfolgend wird daher davon ausgegangen, dass die *gesamten* Entlastungswirkungen bei den Eigenanteilen für Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen in Pflegestufe II und Pflegestufe III zu einer entsprechenden Entlastung der Sozialhilfeträger führen. Entlastungen bei Heimbewohnern der Pflegestufe I, die immer dann auftreten, wenn der neue EEE niedriger ist als der alte Eigenanteil, werden dagegen nicht zu Gunsten der Sozialhilfeträger berücksichtigt.

Der Anteil der Sozialhilfeträger an allen Heimbewohnern liegt 2014 bei 34,7 % (Abschnitt 4.4.3). Für Bewohner der Pflegestufe II und der Pflegestufe III dürfte er deutlich höher liegen. Wird – wiederum konservativ – unterstellt, dass der Anteil der Sozialhilfeempfänger unter den Heimbewohnern der Pflegestufe II und Pflegestufe III ebenfalls bei 34,7 % liegt, dann ergeben sich Sozialhilfeempfängerzahlen von 92 Tsd. in Pflegestufe II und 49 Tsd. in Pflegestufe III. Werden für diese jeweils Einsparungen von 138 Euro (Pflegestufe II) bzw. 352 Euro (Pflegestufe III) pro Person und Monat unterstellt (Tabelle 5), resultieren *Minderausgaben der Sozialhilfeträger für Hilfe zur Pflege in Einrichtungen von rund 360 Mio. Euro.*

3.3.2 Kostenfolgen des PSG III für die Träger der Sozialhilfe im Bereich Eingliederungshilfe in Bezug auf § 43a SGB XI

In Bezug auf § 43a SGB XI, der die Leistungen der Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen regelt, sind zwei getrennte Aspekte zu betrachten: Die Kostenfolgen des PSG II für die Eingliederungshilfe und die Kostenfolgen einer Abschaffung des § 43a SGB XI.

3.3.2.1 Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die Eingliederungshilfe in Bezug auf § 43a SGB XI

Für pflegebedürftige Behinderte in Einrichtungen der Behindertenhilfe werden nicht die vollen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung gewährt, sondern nur 10 Prozent des entsprechenden Heimentgeltes bis zu einer Höhe von maximal 266 €. Die Restkosten werden dann üblicherweise im Rahmen der Eingliederungshilfe über die Träger der Sozialhilfe finanziert. Durch den neuen PBB werden mehr Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe als pflegebedürftig

Tabelle 10: Menschen mit Behinderung in Einrichtungen der Behindertenhilfe nach Pflegegrade im Jahr 2017

	PG 0	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	Summe
Anteilswerte der Ergänzungsstudie	11,6 %	14,9 %	28,1 %	31,8 %	10,3 %	3,3 %	100 %
Hochgerechnete Personenzahl	23.952	30.766	58.023	65.663	21.268	6.814	206.486

Quelle: Eigene Berechnung, Rothgang & Sauer (2013)

anerkannt. Dies führt auch in Bezug auf die Leistungsberechtigten nach § 43a SGB XI zu steigenden Fallzahlen und somit höheren Leistungsausgaben der Pflegeversicherung, die zu einer entsprechenden Entlastung der Sozialhilfe führen. Dieser Effekt soll nachfolgend quantifiziert werden.

Als Basis der Berechnungen dient die zum 1.1.2017 erwartete Anzahl der pflegebedürftigen in Behindertenheimen. Zu ihrer Ermittlung wurde auf die Ergebnisse der Aktualisierung der Ergänzungsstudie zu den finanziellen Effekten des NBA bei Menschen mit Behinderungen (Rothgang & Sauer 2013) zurückgegriffen. Danach liegt der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Bewohnern von Behindertenheimen unter der aktuellen Rechtslage bei 42,6 Prozent. Die Leistungsempfängerstatistik des BMG im Jahresdurchschnitt 2015 (BMG 2016d) weist für diese Personengruppe kalkulatorische 87.963 Leistungsempfänger aus. Diese wurde konservativ auch für die erwartete Leistungsempfängerzahl am 31.12.2016 beibehalten, da sich in langer Zeitreihe kein eindeutiger Trend zur Steigerung der Fallzahlen nachweisen lässt. Hieraus lässt sich für diesen Zeitpunkt eine Gesamtbewohnerzahl in Behindertenheimen in Höhe von 206.486 Personen schließen. Tabelle 10 zeigt wie sich die Menschen mit Behinderung in Einrichtungen der Behindertenhilfe anteilig auf die neuen Pflegegrade verteilen.⁵ In der Tabelle enthalten sind auch die Absolutzahlen, die sich ergeben, wenn diese Anteilswerte auf die Gesamtzahl von 206.486 Personen bezogen werden.

⁵ Die Veränderungen in der Bewertungssystematik, die im PSG II gegenüber den Beiratsempfehlungen vorgenommen wurden (vgl. Rothgang et al. 2015b: 33 ff.) lassen noch geringfügig höhere Anteilswerte in höheren Pflegegraden vermuten, werden jedoch hier nicht zur weiteren Berechnung verwendet.

Die vorstehenden Ergebnisse der Aktualisierungsstudie lassen unter Anwendung des NBA zum 1.1.2017 eine Steigerung um 63.804 Pflegebedürftige auf insgesamt 151.767 echte Leistungsbezieher in Pflegegrad 2 bis 5 erwarten, die gemäß § 43a SGB XI n.F. Leistungen beziehen. Weitere 30.766 Pflegebedürftige im Pflegegrad 1, haben keine Ansprüche auf Leistungen des § 43a SGB XI. Hieraus ergeben sich als erstes Ergebnis die direkten Mehrkosten der Pflegeversicherung für Leistungen nach § 43a SGB XI. Diese belaufen sich für das Jahr 2017 bei 63.804 zusätzlichen Leistungsbeziehern und einem monatlichen Leistungsanspruch in Höhe von 266 € auf 0,204 Mrd. €. Dieser Wert ist als Position 5 in der Gesamtkostenberechnung des Abschnitts 3.2.2.3 enthalten. Für die Sozialhilfeträger kommt es im Bereich der Eingliederungshilfe somit aufgrund der schon verabschiedeten Regelungen des PSG II zu einer Entlastung von rund 200 Mio. Euro.

3.3.2.2 Auswirkungen des Wegfalls des § 43a SGB XI und Gewährung der Leistungen nach § 36 SGB XI für Pflegebedürftige in Einrichtungen der Behindertenhilfe

In ihrer Stellungnahme fordert die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) erneut, den § 43a SGB XI aufzuheben und für den davon betroffenen Personenkreis vielmehr die vollen Leistungsbeträge für ambulante Sachleistungen nach § 36 SGB XI zu gewähren. Auch hierzu wird eine hypothetische Kostenabschätzung nachfolgend dargestellt.

Für die Berechnung der entstehenden Mehrkosten, die aus der Gewährung voller Leistungsbeträge nach § 36 SGB XI resultieren würden, werden die angegebenen Kopffzahlen aus Tabelle 10 entsprechend der Pflegegrade 2-5 verwendet. Hieraus resultieren die in Tabelle 11 angegebenen (Mehr) Ausgaben. In der Tabelle sind – nachrichtlich – weiterhin die Ergebnisse der Aktualisierungsstudie angegeben. Die Unterschiede zwischen beiden Berechnungen ergeben sich daraus, dass für die hier vorgenommene Berechnung die – höheren – aktuellen Fallzahlen für Bewohner in Einrichtungen der Behindertenhilfe herangezogen und zudem die neuen Leistungsbeträge des § 36 SGB XI unterstellt wurden.

Tabelle 11: Mehrkosten der Pflegeversicherung für Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe nach Inkrafttreten des PSG II und bei Gewährung voller Leistungsbeträge nach § 36 SGB XI

	Rechtsstand	Aktuelle Berechnung (in Mio. € für 2017)	Nachrichtlich: Ergebnis der Aktualisierungsstudie (in Mio. € für 2017)
(1)	Ausgaben nach altem Recht	281	260
(2)	Ausgaben nach Inkrafttreten des PSG II	484	450
(3)	Ausgaben nach Ersatz der Leistungen nach § 43a durch Leistungen nach § 36	2.077	1.718
(4) =(2)-(1)	Mehrausgaben nach Inkrafttreten des PSG II im Vergleich zum alten Recht	204	190
(5) =(3)-(2)	Mehrausgaben nach Wegfall des § 43a gegenüber dem Rechtszustand nach PSG II	1.593	1.268
(6) =(3)-(1)	Mehrausgaben nach Wegfall des § 43a gegenüber dem alten Recht	1.796	1.458

Anmerkung: Zeilennummerierungen in Klammern

Unter Anwendung der vollen Leistungssätze, die ab 2017 für Leistungen nach § 36 SGB XI gelten, ergeben sich bei Wegfall des 43a SGB XI aus dieser Personenstruktur Ausgaben der Pflegeversicherung in Höhe von 2,077 Mrd. € (Position 3). Unter Abzug der heutigen Ausgaben nach § 43a SGB XI in Höhe von 0,281 Mrd. € (Position 1) bzw. der errechneten Ausgaben nach Inkrafttreten des PSG II in Höhe von 0,484 Mrd. € (Position 2) folgen hypothetische Mehrkosten für die Pflegeversicherung in Höhe von 1,593 Mrd. € gegenüber dem Rechtsstand nach Einführung des PSG II (Position 5) bzw. 1,796 Mrd. € gegenüber dem Rechtsstand des Jahres 2016 (Position 6). Die genannten Mehrkostenwerte der Pflegeversicherung liegen dabei um 325 bzw. 338 Mio. € über den vergleichbaren Berechnungen der Ergänzungsstudie. Diese sind reine Effekte aktuellerer Fallzahlen und der konkreten höheren Leistungsbeträge des § 36 SGB XI.

Da Mehrausgaben der Pflegeversicherung in diesem Fall zu einer korrespondierenden Ausgabenreduktion bei der Eingliederungshilfe führen, würde ein Wegfall des § 43a SGB XI und die Gewährung der Leistungen gemäß § 36 SGB XI zu einer Entlastung der Sozialhilfe führen, die die bereits durch das PSG II erzielte Entlastung um rund 1,6 Mrd. Euro übersteigt.

4 Pflege im Spiegel amtlicher Statistiken und anderer Datenquellen

Die Pflegebedürftigkeit von Menschen berührt viele Aspekte, die für ein umfassendes Verständnis nötig sind. Grundlegende Kennzahlen beziehen sich auf die Zahl der Pflegebedürftigen, die Art des Leistungsbezugs und die Pflegestufe. Zur Beschreibung und Erklärung der Entwicklung dieser Kennzahlen werden Veränderungen in den Pflegehäufigkeiten (Prävalenzen) und dem Anteil der neu auftretenden Pflegefälle (Inzidenzen) untersucht: Ist beispielsweise das Pflegebedürftigkeitsrisiko für einzelne Altersgruppen im Laufe der Zeit größer geworden, oder ist der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen eher auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen?

Weiterhin stellt sich die Frage nach der Zahl der pflegenden Menschen, also den informellen Pflegepersonen sowie den beruflich Pflegenden und damit der Situation der Pflegeeinrichtungen. Vor allem, aber nicht nur im Bereich der stationären Pflege, sind die Kosten und deren Finanzierung durch Pflegeversicherung, Sozialhilfe und den Pflegebedürftigen selbst von Bedeutung. Damit rücken auch Fragen zur Finanzentwicklung der Pflegeversicherung in den Fokus. In diesem Kapitel werden die vorhandenen Informationen zu den genannten Fragen bzw. Themen zusammengefasst und analysiert.

Zunächst werden dafür die Statistik der Pflegekassen und die Pflegestatistik, die vom Statistischen Bundesamt in Zusammenarbeit mit den Statistischen Landesämtern erhoben wird, sowie andere Datenquellen beschrieben (Abschnitt 4.1). Abschnitt 4.2 gibt einen grundlegenden Überblick über die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland. In Abschnitt 4.3 wird dann auf die Versorgungsformen der Pflegebedürftigen und die Pflegeeinrichtungen eingegangen, während in Abschnitt 4.4 die Finanzierung der Pflege thematisiert wird.

4.1 Datenquellen

Die amtliche Statistik stellt zwei Datengrundlagen zur Pflegesituation zur Verfügung: die Daten der Sozialen Pflegeversicherung und die Pflegestatistik. Die Daten der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) basieren auf den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der Pflegekassen nach § 79 SGB IV. Diese Daten lie-

fern Informationen darüber, welche Leistungen durch die Soziale Pflegeversicherung für die häusliche und stationäre Pflege erbracht werden. Sie werden dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) von den Kassen zur Verfügung gestellt und von diesem aufbereitet und veröffentlicht. Die Pflegestatistik nach § 109 SGB XI beruht hingegen auf zwei Erhebungen: Eine bei den Leistungsanbietern (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) über erbrachte Leistungen und die personelle Ausstattung der Einrichtungen sowie einer Erhebung bei den Kostenträgern (den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen) über die Leistungsgewährung und die Leistungsempfänger.

Die unterschiedlichen Berichtswege, mit denen beide Statistiken verknüpft sind, verfolgen damit auch unterschiedliche Zielsetzungen: Während die Pflegestatistik vor allem dazu dient, die Situation in den Pflegeheimen und den ambulanten Diensten zu beschreiben (Statistisches Bundesamt 2008), stehen bei den Daten der Sozialen Pflegeversicherung vor allem Fragen der Ausgabenentwicklung und der Finanzierung im Vordergrund. Bezogen auf den Berichtszeitraum und den Umfang der zur Verfügung gestellten Informationen sind mit den Datensätzen unterschiedliche Vor- und Nachteile verbunden. Während die Daten der Sozialen Pflegeversicherung den Berichtszeitraum seit Einführung der Pflegeversicherung umfassen und jährlich erhoben werden, stellt die Pflegestatistik erst ab 1999 Informationen zur Verfügung und wird nur alle zwei Jahre erstellt. Allerdings weist die Statistik der Pflegekassen im Vergleich zur Pflegestatistik folgende Nachteile auf:

- Sie enthält überwiegend nur Informationen über Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung und kaum über Leistungen der privaten Pflegeversicherung, so dass kein vollständiger Überblick über die Pflegebedürftigkeit in Deutschland gewonnen werden kann,
- die Informationen sind hinsichtlich der Pflegeeinrichtungen weniger detailliert und
- Informationen über die Leistungsanbieter sind nicht enthalten. Es wird lediglich die Leistungsanspruchnahme der Versicherten beschrieben.

Nachfolgend wird die Statistik der Sozialen Pflegeversicherung daher nur zur Darstellung der Entwicklung der Pflegeversicherung über den gesamten Zeitraum ab 1995 herangezogen, also zur Betrachtung längerer Zeitreihen. Da diese

Daten weniger umfassend und weniger differenzierbar sind, werden die weiteren Analysen der Leistungsbezieher und der Leistungsanbieter, insbesondere auf Ebene der Bundesländer, mit den Daten der Pflegestatistik durchgeführt.

Des Weiteren unterscheiden sich die Statistik der Pflegekassen und der Pflegestatistik auch durch unterschiedliche Abgrenzungen und Definitionen. Beispielsweise sind im Berichtsjahr 2009 79 Tsd. behinderte Menschen, die Leistungen nach § 43a SGB XI in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen erhalten, in der Statistik der Pflegekassen enthalten, nicht jedoch in der Pflegestatistik. In der Pflegestatistik 2013 sind hingegen 14,5 Tsd. Pflegebedürftige noch ohne Pflegestufe erfasst, die vollstationär in Pflegeheimen versorgt werden. Diese sind wiederum in der Statistik der Pflegekassen nicht enthalten. Manche Definitionen der verschiedenen Leistungsarten divergieren ebenfalls. So ist die Verhinderungspflege in den Daten der Pflegestatistik in den Pflegesachleistungen bzw. in den Kombinationsleistungen enthalten, die Tages- und Nachtpflege (bis 2007) sowie die Kurzzeitpflege dagegen in den stationären Leistungen. In den Berichten des BMG zur Statistik der Pflegekassen werden dagegen nur die vollstationäre Dauerpflege und die vollstationäre Pflege in Behindertenheimen als stationäre Pflege zusammengefasst, während die Kurzzeitpflege und die Tages- und Nachtpflege mit zur ambulanten Versorgung gezählt werden (BMG 2016e). Dies hat zur Folge, dass sich für die in den beiden Statistiken betrachteten jeweiligen Leistungsarten auch unterschiedliche relative Häufigkeiten ergeben können. Auch die Leistungsbezieher der Pflegestufe "0" sind in den Daten unterschiedlich berücksichtigt. Während in der Privaten Pflegeversicherung dieser Personenkreis ab 2012 ausgewiesen wird, sind die Leistungsbezieher in Pflegestufe "0" in der Pflegestatistik und in den Daten des BMG erst ab 2013 berücksichtigt.

In der Statistik der Pflegekassen kommt es darüber hinaus auch zu zwei verschiedenen Arten der Zählung der Leistungsbezieher. So wird einerseits die Zahl der Pflegebedürftigen überwiegend zum jeweils 31.12. jeden Jahres als "Personenstatistik" erhoben. Dieses Verfahren entspricht dem der Pflegestatistik und wird in der Berichterstattung des BMG überwiegend für die Altersverteilung und die Verteilung nach Pflegestufen verwendet. Die Darstellung der Verteilung der Leistungsarten stützt sich demgegenüber auf die durchschnittlichen Leistungstage innerhalb eines Jahres. Durch dieses Verfahren kommt es vielfach zu Mehr-

fachzählungen durch den gleichzeitigen Bezug mehrerer Leistungen und damit zu einer deutlichen Überschätzung des erfassten Personenkreises. Bei rund 2,5 Mio. Pflegebedürftigen im Jahr 2011 zeigt sich ein Unterschied von rund 110 Tsd. Pflegebedürftigen (BMG 2014a, 2014b).

Eine weitere wichtige Datenquelle sind die Angaben des PKV-Verbandes zu den Pflegebedürftigen, die in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert sind. Diesbezügliche Angaben werden an das BMG gemeldet und ebenfalls vom Ministerium veröffentlicht. Die Statistik der Privaten Krankenversicherung ist jedoch nur wenig differenziert und bietet vor allem Informationen zur Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung. Die Differenzierung nach Pflegestufen und Pflegeleistungen ist in den Berichtsheften der Privaten Pflegeversicherung beispielsweise erst ab 2005 enthalten. Da seit 2013 die Pflegestatistik für die Geldleistungsempfänger (Geldleistung und Kombileistung) jedoch zusätzlich nach dem Träger der Leistungsgewährung differenziert, sind ab diesem Jahr potentiell auch differenzierte Angaben zur privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) mit den Daten der Pflegestatistik möglich. Damit können auch Analysen für den Großteil der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege getroffen werden, die den vollen Satz oder anteilsweise Pflegegeld beziehen.

Weitere Datengrundlagen – insbesondere zur Bestimmung der Zahl der Pflegepersonen (Abschnitt 4.3) – sind die Daten der Rentenversicherung und des Sozio-ökonomischen Panel (SOEP). In den Versichertenkonten der Rentenversicherung sind alle Daten, die für einen (späteren) Rentenbezug relevant sind, gespeichert. Zu diesen Daten gehören insbesondere Informationen darüber, für welche Zeiträume in welcher Höhe Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet wurden. Hier erfasst sind auch die Zeiten, in denen von der Pflegeversicherung für eine Pflegeperson Rentenversicherungsbeiträge entrichtet wurden.

Das SOEP ist eine seit 1984 laufende jährliche Wiederholungsbefragung von Deutschen, Ausländern und Zuwanderern in den alten und neuen Bundesländern. Die Stichprobe umfasste im Erhebungsjahr 2014 etwa 14 Tsd. Haushalte mit über 25 Tsd. Personen. Themenschwerpunkte sind unter anderem Haushaltszusammensetzung, Erwerbs- und Familienbiografie, Einkommensverläufe, Gesundheit, Pflegebedürftigkeit und Lebenszufriedenheit. Im Rahmen der Erfragung der heutigen Lebenssituation wurde dabei auch die Frage nach Pflegetä-

tigkeiten gestellt. Darüber hinaus werden die Daten der Sozialhilfe und der Kriegsopferfürsorge (Abschnitt 4.4) für die Analyse der Finanzierung von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit herangezogen.

4.2 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Die folgenden Abschnitte geben einen grundlegenden Überblick über die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland. Die dargestellten Entwicklungen gliedern sich dabei in die Entwicklungen nach Pflegestufen (Abschnitt 4.2.1) und nach Leistungsarten (Abschnitt 4.2.2). Des Weiteren werden die Zahlen der Pflegebedürftigen nach Bundesland dargestellt (Abschnitt 4.2.3) sowie die Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit nach den einzelnen Bundesländern berichtet (Abschnitt 4.2.4). Basierend auf diesen Prävalenzen werden anschließend Modellrechnungen zur Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2060 präsentiert (Abschnitt 4.2.5). Das Kapitel zu den Pflegebedürftigen schließt mit den Statistiken des Medizinischen Dienstes zu den Pflegebegutachtungen (Abschnitt 4.2.6) und einem Fazit zu der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen (Abschnitt 4.2.7).

4.2.1 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen

4.2.1.1 Daten der Sozialen Pflegeversicherung

Aktuelle Zahlen zur Pflegebedürftigkeit liegen mit den Daten der Sozialen Pflegeversicherung vor (Tabelle 12). Hier zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen (also Personen mit Pflegestufe I-III) von 1,66 Mio. im Jahr 1997 auf etwa 2,67 Mio. im Jahr 2015. Hinzu kommen zuletzt etwa 165 Tsd. Pflegebedürftige, die privat pflegepflichtversichert sind.⁶ Daraus resultieren insgesamt etwa 2,83 Mio. pflegebedürftige Menschen für das Jahr 2015.

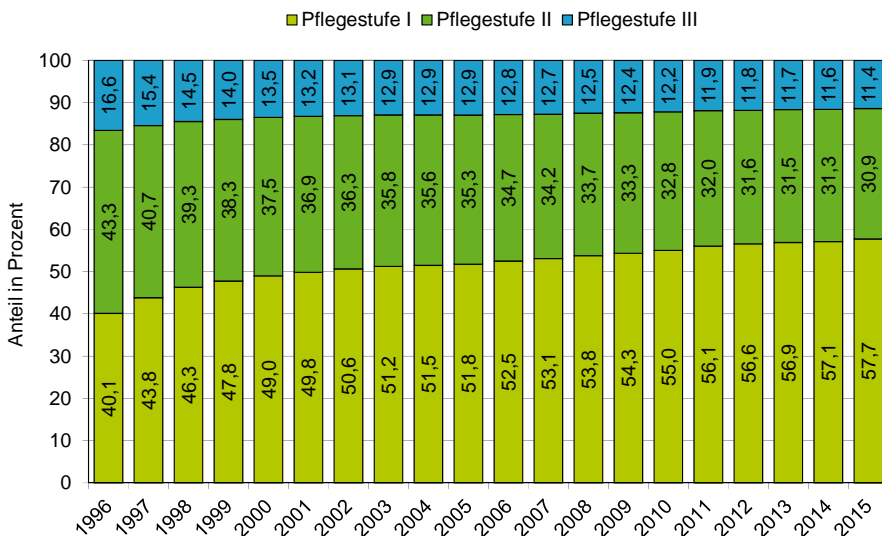
⁶ Die aktuellsten Werte zur Zahl der privat pflegepflichtversicherten Pflegebedürftigen liegen bislang erst für das Jahr 2014 vor (siehe Tabelle 13).

Tabelle 12: Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger nach Pflegestufe und Jahr in der sozialen Pflegeversicherung (in Tsd.)

	Insgesamt	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
1995	1.061				
1996	1.547	45,8	620	670	256
1997	1.660	7,3	728	676	256
1998	1.738	4,7	804	682	251
1999	1.826	5,1	872	699	255
2000	1.822	-0,2	893	683	246
2001	1.840	1,0	917	679	244
2002	1.889	2,7	956	686	247
2003	1.895	0,3	971	679	245
2004	1.926	1,6	991	686	249
2005	1.952	1,4	1.011	688	253
2006	1.969	0,8	1.033	683	252
2007	2.029	3,1	1.078	693	258
2008	2.113	4,1	1.137	713	264
2009	2.235	5,8	1.215	744	277
2010	2.288	2,4	1.259	751	278
2011	2.317	1,3	1.299	742	276
2012	2.397	3,4	1.356	757	283
2013	2.480	3,5	1.411	780	289
2014	2.569	3,6	1.467	803	299
2015	2.665	3,7	1.538	823	304

Quelle: BMG (2016a)

Die Gründe für den deutlichen Anstieg der Zahl der pflegebedürftigen Menschen von 1995 bis heute liegen – neben Einführungseffekten zu Beginn der Pflegeversicherung und Leistungsausweitungen (die vermutlich zu einer stärkeren Nachfrage geführt haben, etwa durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG)) – vor allem in der demografischen Alterung begründet, wonach immer mehr Menschen in das pflegerelevante Alter vorrücken und – bei in etwa gleichbleibender Pflegeprävalenzen (Rothgang et al. 2015b: 82; Rothgang et al. 2014) – zum Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen beitragen.



Quelle: Tabelle 12

Abbildung 3: Verteilung der Pflegestufen der Pflegebedürftigen der sozialen Pflegeversicherung nach Jahr

Die Entwicklung der Verteilungen der Pflegestufen im Zeitraum von 1996 bis 2015 (Abbildung 3) zeigt eine deutliche Verschiebung der Anteilswerte der Pflegestufen in Richtung Pflegestufe I: Waren 1996 40,1 % der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I, erhöhte sich dieser Anteilswert auf 57,7 % im Jahr 2015. Dementsprechend war der Anteil der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III zwischen 1996 und 2015 deutlich rückläufig: Der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe II ist von 43,3 % im Jahr 1996 kontinuierlich auf 30,9 % im Jahr 2015 gesunken, während der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe III von 16,6 % im Jahr 1996 auf zuletzt 11,4 % im Jahr 2015 zurückging. Eine wesentliche Erklärung für die Verschiebungen insbesondere in den Anfangsjahren der Pflegeversicherung liegt darin, dass alle Versicherten, die vor Einführung der Pflegeversicherung Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung nach §§ 55 ff. SGB V in der Fassung des Gesundheitsreformgesetzes von 1988 erhalten haben, automatisch in Pflegestufe II übergeleitet wurden. Aus dieser Überleitung resultierte dann eine – gemessen an einer Neueinstufung – "zu hohe" Pflegestu-

fenstruktur, die im Zeitverlauf dann durch das Nachrücken neuer Kohorten korrigiert wurde (Rothgang et al. 2009).

4.2.1.2 Daten der Privaten Pflegeversicherung

In den Daten der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) (ohne Pflegezusatzversicherung) zeigt sich eine annähernde Verdopplung der Zahl der Leistungsempfänger von 88 Tsd. im Jahr 1997 auf 169 Tsd. im Jahr 2014 (Tabelle 13). Dieser Fallzahlenanstieg liegt mit 92 % um gut zwei Drittel über dem der Sozialen Pflegeversicherung (55 %) im gleichen Zeitraum (vgl. Tabelle 12). Die durchschnittlichen jährlichen Anstiege schwanken dabei zwischen 9,7 % (Einführungseffekte) und 1,7 %. Lediglich einmal, im Jahr 2008, ist die Zahl der Leistungsempfänger in der PPV im Vergleich zum Vorjahr gesunken, und zwar um etwa 9 Tsd. (-6,5 % des Vorjahreswertes). Der überdurchschnittlich hohe Anstieg um 10 Tsd. Leistungsempfänger (7 % des Vorjahreswertes) auf 161 Tsd. Leistungsempfänger im Jahr 2013 ist nicht zuletzt auf die hohe Zahl von Leistungsempfängern der Pflegestufe "0" zurückzuführen, also der Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) nach § 45a SGB XI, die Leistungen nach §§ 45b und ab 2013 erstmals auch Pflegegeld und Pflegesachleistungen gemäß § 123 SGB XI beziehen konnten.

Auch für die Zukunft ist aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur der Versichertenkollektive (Rothgang 2015a) davon auszugehen, dass die Fallzahlwachstumsrate der PPV die der SPV deutlich übersteigt (Rothgang 2015b).

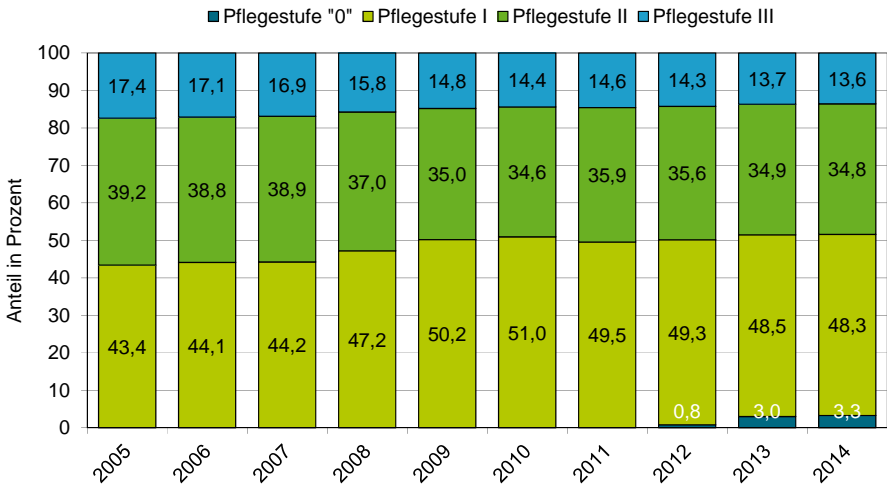
Die Entwicklung der Verteilung der Pflegestufen (Abbildung 6) folgt im Wesentlichen der in der Sozialen Pflegeversicherung: Während Pflegestufe I anteilig häufiger wird, nehmen die Besetzungen der Pflegestufen II und III anteilig jeweils ab. Allerdings sind die Anteilswerte für die Pflegestufe I dabei in der Privaten Pflegeversicherung durchweg niedriger und für die Pflegestufen II und III durchweg höher als in der Sozialen Pflegeversicherung. Für einen Vergleich mit den Leistungsempfängern in der Sozialen Pflegeversicherung muss jedoch auch berücksichtigt werden, dass die Leistungsempfänger in der Privaten Pflegeversicherung eine andere Alters- und Einkommensstruktur aufweisen (Rothgang 2015a, 2015b) und damit verbunden eine andere Inanspruchnahme (Unger et al. 2015).

Tabelle 13: Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger nach Pflegestufe und Jahr in der Privaten Pflegeversicherung (in Tsd.)

	Insgesamt	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Pflegestufe "0"	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
1997	88,4					
1998	97,0	9,7				
1999	102,9	6,2				
2000	106,7	3,7				
2001	111,0	4,0				
2002	114,5	3,1				
2003	116,8	2,1				
2004	122,6	4,9				
2005	128,3	4,7		55,7	50,3	22,3
2006	134,7	5,0		59,4	52,3	23,1
2007	140,2	4,1		62,0	54,5	23,7
2008 ¹⁾	131,1	-6,5		67,7	53,2	21,2
2009 ¹⁾	138,2	5,4		69,4	48,4	20,5
2010 ¹⁾	142,7	3,3		72,7	49,4	20,6
2011 ¹⁾	145,1	1,7		71,9	52,1	21,1
2012	151,1	4,2	1,2	74,6	53,8	21,5
2013	161,7	7,0	4,9	78,3	56,4	22,1
2014	169,3	4,7	5,6	81,8	59,0	30,0

¹⁾ Die Leistungsempfänger der Pflegestufe "0" wurden in den Jahren 2008 (Einführung der Pflegestufe "0") bis einschließlich 2011 in der Pflegestufe I ausgewiesen. Die Zahl der Leistungsempfänger insgesamt bezieht sich daher aus Gründen der Konsistenz durchgängig auf die Pflegebedürftigen der Stufen I-III und auf die Leistungsempfänger der sog. Pflegestufe "0".

Quelle: (PKV 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2011a, 2011b, 2012, 2013, 2014)



Anmerkung: siehe Tabelle 13 Anmerkung 1.

Quelle: (PKV 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2011a, 2011b, 2012, 2013, 2014)

Abbildung 4: Verteilung der Pflegestufen nach Jahr in der Privaten Pflegeversicherung

4.2.2 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten auf Bundesebene

Von besonderer Bedeutung sind – nicht zuletzt aus Kostengründen – neben den Pflegestufen die Leistungsarten. Hierbei sind insbesondere die Hauptleistungsarten Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kombinationsleistungen sowie Leistungen bei stationärer Pflege zu unterscheiden. Im Folgenden wird, wie zuvor bei den Pflegestufen, auf die Entwicklung in der sozialen Pflegeversicherung sowie auf die Pflegebedürftigen in der Privaten Pflegeversicherung eingegangen.

4.2.2.1 Daten der Sozialen Pflegeversicherung

Von den 2,8 Mio. Pflegebedürftigen im Jahr 2015 werden 1,91 Mio. und damit mehr als zwei Drittel (68,6 %) zu Hause gepflegt (Tabelle 14 und Abbildung 5). Von diesen Pflegebedürftigen erhalten 1,33 Mio. (45,7 % aller Pflegebedürftigen)

Pflegegeld, werden also in der Regel ohne Beteiligung zugelassener Pflegedienste ausschließlich durch informelle Pflegepersonen, vor allem Angehörige gepflegt. Der wichtigste Grund für die hohe Verbreitung dieser Leistungsart ist, dass die meisten Pflegebedürftigen in der gewohnten Umgebung von vertrauten Personen betreut werden möchten und eine Entscheidung für professionelle Pflegekräfte erst dann getroffen wird, wenn die Betreuung durch Angehörige oder andere Personen im häuslichen Umfeld nicht mehr im erforderlichen Maße möglich ist (Kuhlmeier et al. 2013). Darüber hinaus werden 589 Tsd. Pflegebedürftige (20,2 %) in Privathaushalten durch ambulante Pflegedienste (mit)betreut, wobei 408 Tsd. Pflegebedürftige (14,0 %) ausschließlich Pflegesachleistungen zur Finanzierung ambulanter Pflegedienste und 181 Tsd. (6,2 %) Kombinationsleistungen beziehen, also sowohl Pflegedienste als auch Pflegegeld in Anspruch nehmen. Vollstationäre Pflege nehmen 677 Tsd. Pflegebedürftige (22,3 %) in Anspruch. Darüber hinaus beziehen 129 Tsd. Menschen Leistungen der Verhinderungspflege (4,4 %) und weitere 73 Tsd. Leistungen der Tages- und Nachtpflege (2,5 %). 24 Tsd. Pflegebedürftige nehmen Kurzzeitpflege in Anspruch (0,8 %) und 88 Tsd. vollstationäre Pflege in Behindertenheimen (3,0 %) (BMG 2016b).

Bezogen auf alle Pflegebedürftige hat die Verbreitung des Pflegegeldes von 60,9 % im Jahr 1996 auf 45,8 % im Jahr 2012 abgenommen, wobei der jährliche Rückgang des Anteilswertes nur anfänglich etwas stärker ausgeprägt war und seit 2002 weniger als 1 % des Vorjahreswerts beträgt. Anschließend stieg der Anteil der Pflegegeldempfänger aber wieder auf zuletzt 45,7 % im Jahr 2015 an. Der Anteil der Nutzer von Kombinationsleistungen hat dagegen von 8,7 % im Jahr 1996 auf 14,0 % im Jahr 2015 zugenommen. Der Anteil der Nutzer von Pflegesachleistungen lag 1996 etwa in gleicher Höhe wie 2015, nachdem er in den Jahren 2006 und 2007 mit 9,1 % sein Maximum erreichte. Die bedeutsamsten Zuwächse an Leistungen entfallen auf die Verhinderungspflege sowie auf die Tages- und Nachtpflege, die zuletzt zusammen etwa 7 % an allen Leistungen ausmachten.

Die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege liegt im gesamten Zeitraum unter 1 %. Wenn Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wird, handelt es sich zu 40 % um erstmalige Pflegeleistungen, beispielsweise im Anschluss an eine Krankenhaus-

Tabelle 14: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistung und Jahr in der sozialen Pflegeversicherung (in Tsd.)

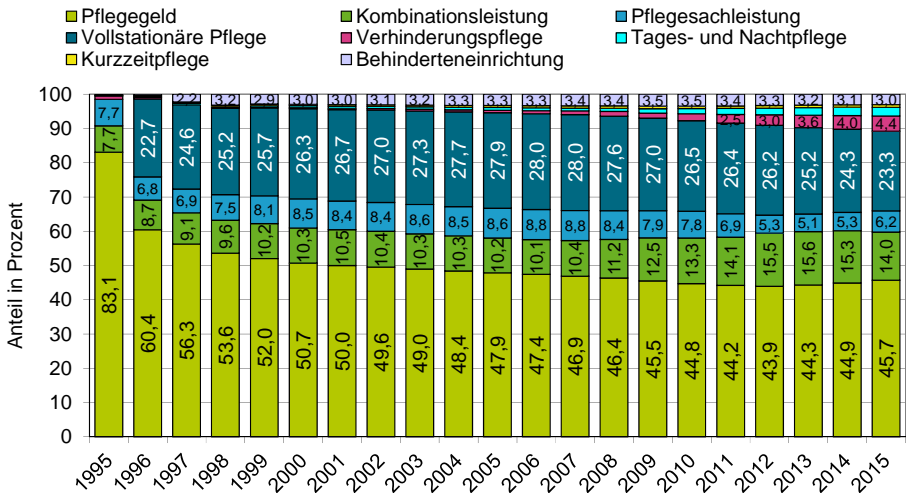
	Insgesamt ¹⁾	Pflege-geld	Pflege-sach-leistung	Kombi-nations-leistung	Vollsta-tionäre Pflege	Verhin-derungs-pflege	Tages-und Nacht-pflege	Kurz-zeit-pflege	Vollsta-tionäre Pflege in Beh.-Heimen
1995	1.065	888	83	82	--	10	2	4	0
1996	1.551	944	106	135	355	7	4	6	6
1997	1.681	971	119	157	425	4	5	6	38
1998	1.732	963	134	172	453	4	7	6	57
1999	1.827	983	153	193	485	6	9	7	54
2000	1.819	955	160	193	495	6	10	8	56
2001	1.858	962	162	202	513	7	12	8	58
2002	1.903	977	166	205	532	9	13	9	60
2003	1.905	968	170	203	540	10	14	9	63
2004	1.908	960	169	204	549	12	15	10	65
2005	1.927	960	173	204	560	14	16	11	66
2006	1.978	977	181	209	576	19	17	13	69
2007	2.017	986	184	218	589	23	17	14	72
2008	2.086	1.009	182	244	600	30	20	15	74
2009	2.175	1.035	180	285	614	34	29	17	79
2010	2.250	1.051	183	312	621	47	35	17	81
2011	2.295	1.059	164	337	633	60	42	18	82
2012	2.350	1.076	129	380	642	74	48	18	81
2013	2.489	1.149	133	403	654	93	57	20	82
2014	2.693	1.257	150	428	680	111	68	21	86
2015	2.797	1.330	181	408	677	129	73	24	88

¹⁾ Die Anzahl der Pflegebedürftigen ist aus Leistungstagen errechnet (vgl. Abschnitt 4.1)

Quelle: BMG (2016b)

behandlung. Das heißt, dass ein Großteil dieser Leistung primär durch Neuzugänge in die Pflegebedürftigkeit in Anspruch genommen wird (Rothgang et al. 2015b: 152).

Werden die Anteilswerte für Sachleistungs- und Kombinationsleistungsempfänger (also die Pflegebedürftigen, bei denen ambulanten Pflegedienste an der



Anmerkung: siehe Tabelle 14 Anmerkung 1.

Quelle: Tabelle 14

Abbildung 5: Verteilung der Leistungsarten nach Jahr in der sozialen Pflegeversicherung

Pflege beteiligt sind) addiert, so zeigt sich ein kontinuierlich steigender Anteilswert von 15,4 % im Jahr 1995 auf 21,1 % im Jahr 2010 und seither ein kontinuierlicher Rückgang bis auf 20,2 % im Jahr 2015. Insgesamt liegt der aktuelle Anteil knapp 30 % höher als der Ausgangswert. Der Anteil der Bezieher stationärer Leistungen liegt etwas höher als der der Sachleistungs- und Kombinationsleistungsempfänger. Er steigt im Zeitraum zwischen 1996 bis 2007 von 22,7 % auf 28,0 %, ist aber seitdem rückläufig und erreicht 2015 mit 23,3 % wieder einen Tiefststand.

Insgesamt sind damit die Entwicklungen in der jüngeren Vergangenheit überwiegend durch eine Ausweitung der Inanspruchnahme verschiedener Leistungen gekennzeichnet. Zu Beginn der Einführung der Pflegeversicherung fand eine Verschiebung in Richtung formeller Pflege statt. Diese hat sich zunächst vor allem in einem steigenden Anteil stationärer und ambulanter Pflege niedergeschlagen. Seit etwa Mitte der 2000er Jahre gehen aber die Anteilswerte der stationären Pflege zurück. Der Anteil mit formeller ambulanter Pflege war zuletzt

Tabelle 15: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistung und Jahr in der Privaten Pflegeversicherung (in Tsd.)

	Insgesamt	Ambulante Pflege		Stationäre Pflege	
		Anzahl	%	Anzahl	%
1997	88,4				
1998	97,0				
1999	102,9				
2000	106,7				
2001	111,0				
2002	114,5				
2003	116,8				
2004	122,6				
2005	128,3	89,2	69,5	39,1	30,5
2006	134,7	93,4	69,4	41,3	30,6
2007	140,2	98,4	70,1	41,9	29,9
2008	131,1	100,2	70,5	41,8	29,5
2009	138,2	96,5	69,9	41,6	30,1
2010	142,7	99,4	69,7	43,3	30,3
2011	145,1	101,2	69,8	43,9	30,2
2012	151,1	105,8	70	45,4	30
2013	161,7	114,6	70,9	47,1	29,1
2014	169,3	120,6	71,3	48,7	28,7

Quelle: (PKV 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2011a, 2011b, 2012, 2013, 2014)

rückläufig, dabei steigt aber der Anteil der Bezieher von Kombinationsleistungen sowie von Beziehern von Verhinderungs- sowie Tages- und Nachtpflege. Insgesamt scheint der Trend hin zu immer mehr formeller Pflege gebrochen zu sein.

4.2.2.2 Daten der Privaten Pflegeversicherung

Die veröffentlichten Daten der Privaten Pflegepflichtversicherung erlauben nur eine relativ grobe Differenzierung in ambulante und stationäre Pflege (Tabelle 15). Dabei zeigt sich im Zeitverlauf, dass ab dem Jahr 2005 der Anteil der ambulanten Pflege bei etwa konstant 70 % und der Anteil der stationären Pflege bei etwa konstant 30 % liegt, also in ähnlicher Größenordnung wie bei den Pflege-

Tabelle 16: Pflegebedürftige nach Jahr im Ländervergleich (in Tsd.)

Land	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Baden-Württemberg	211	211	224	225	237	246	278	299
Bayern	294	299	298	303	314	318	329	329
Berlin	81	85	90	96	96	101	108	113
Brandenburg	64	68	69	75	85	86	96	103
Bremen	17	19	19	20	21	21	22	23
Hamburg	42	41	42	41	43	46	47	50
Hessen	145	149	155	163	176	187	200	205
Mecklenburg-Vorp.	46	48	49	51	57	61	68	72
Niedersachsen	209	213	218	228	242	256	270	288
Nordrhein-Westfalen	466	459	459	458	485	509	548	581
Rheinland-Pfalz	92	95	95	98	102	106	113	118
Saarland	27	27	29	28	29	30	33	34
Sachsen	118	119	118	120	127	132	139	149
Sachsen-Anhalt	67	70	73	76	81	81	88	92
Schleswig-Holstein	76	77	74	78	79	80	80	83
Thüringen	60	61	64	67	72	77	82	87
Deutschland	2.016	2.040	2.077	2.129	2.247	2.338	2.501	2.626

Quelle: Statistisches Bundesamt (2016b)

bedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung (wenn man diese um Doppelzahlungen durch die Berücksichtigung der Verhinderungs-, sowie Tages- und Nachtpflege bereinigt). Lediglich in den Jahren 2013 und 2014 deutet sich eine leichte Verschiebung in Richtung ambulanter Pflege an, was insbesondere eine Folge der 3.700 Zugänge in den Leistungsbezug durch PEA mit Pflegestufe "0" im Jahr 2013 ist, die in aller Regel Pflegegeld oder Pflegesachleistungen gemäß § 123 SGB XI beziehen.

4.2.3 Die Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesland

Wurden in den vorangegangenen Abschnitten die Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen und Leistungsarten in ihrer jeweiligen Entwicklung bundesweit betrachtet, so wird im folgenden Abschnitt die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesländern sowie die regionale Verteilung der Versor-

Tabelle 17: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftige im Ländervergleich (in %)

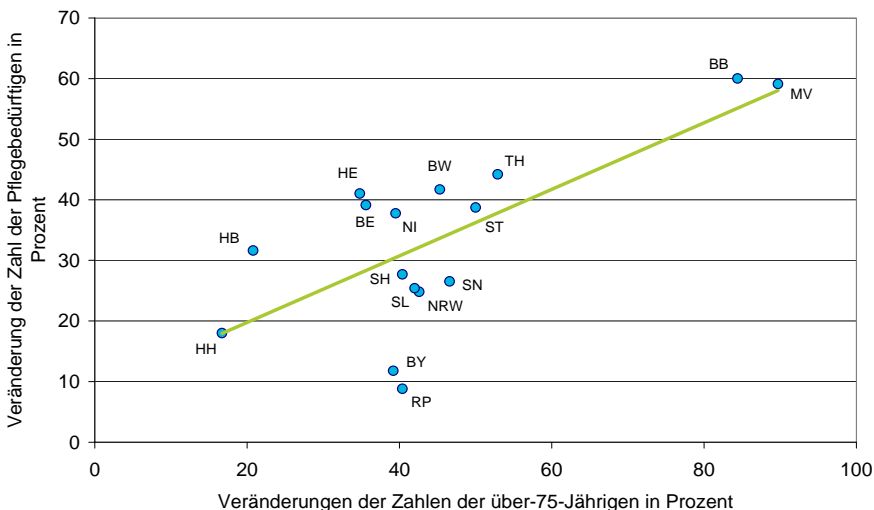
Land	2001 vs. 1999	2003 vs. 2001	2005 vs. 2003	2007 vs. 2005	2009 vs. 2007	2011 vs. 2009	2013 vs. 2011	2013 vs. 1999
Baden-Württemberg	-0,1	6,4	0,5	5,2	3,8	13,1	7,4	41,7
Bayern	1,6	-0,4	1,7	3,8	1,3	3,4	-0,1	11,8
Berlin	4,8	5,9	7,2	-0,3	5,7	6,5	4,3	39,1
Brandenburg	5,4	2,1	7,7	14,1	0,8	11,9	7,3	60,0
Bremen	9,1	1,3	7,2	1,9	1,5	5,6	1,7	31,6
Hamburg	-2,3	2,2	-1,3	4,2	6,6	2,6	5,0	18,0
Hessen	2,3	4,2	5,3	7,7	6,3	6,8	2,7	41,0
Mecklenburg-Vorp.	4,7	2,4	4,8	11,3	7,9	10,0	7,2	59,1
Niedersachsen	1,8	2,5	4,4	6,3	5,7	5,6	6,6	37,8
Nordrhein-Westfalen	-1,4	0,0	-0,2	5,8	5,0	7,6	6,1	24,8
Rheinland-Pfalz	3,0	-0,3	3,3	4,7	3,3	6,6	4,6	27,7
Saarland	-0,4	6,1	-1,1	3,5	3,3	7,9	4,0	25,4
Sachsen	0,7	-0,4	1,3	6,0	3,7	5,5	7,5	26,5
Sachsen-Anhalt	4,4	5,0	3,5	6,8	-0,1	9,1	5,0	38,7
Schleswig-Holstein	1,4	-3,6	4,4	2,0	0,5	0,9	3,1	8,8
Thüringen	1,3	4,2	5,4	7,7	6,6	7,0	5,5	44,2
Deutschland	1,2	1,8	2,5	5,6	4,1	7,0	5,0	30,3

Quelle: Berechnungen auf Basis von Tabelle 16

gungsarten dargestellt. Grundlage sind die Daten der Pflegestatistik, denn nur dort sind die dafür notwendigen Differenzierungen enthalten.

Wie in Tabelle 16 zu sehen ist, waren im Jahr 2013 zum Erhebungszeitpunkt insgesamt 2.626 Tsd. Menschen pflegebedürftig, wovon 581 Tsd. im bevölkerungsreichsten Bundesland, Nordrhein-Westfalen, und ca. 23 Tsd. im kleinsten Bundesland, Bremen, wohnten. Die Anteile der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerung schwanken in den Ländern dabei zwischen 2,6 % in Bayern und 4,5 % in Mecklenburg-Vorpommern (siehe auch Abschnitt 4.2.4, in dem diese Anteile als Prävalenzen berechnet wurden).

Die Anzahl der Pflegebedürftigen ist bundesweit von 1999 bis 2013 um 30,3 % angestiegen, wobei sich erhebliche zeitliche und regionale Unterschiede zeigen



Quelle: Tabelle 17 und Genesis (2016)

Abbildung 6: Zusammenhang zwischen der Veränderung der Zahlen der über 75-jährigen Bevölkerung und der Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen zwischen 1999 und 2013 nach Bundesländern

(Tabelle 17). Im Zeitverlauf entfällt die größte Steigerung von 7 % auf den Zeitraum zwischen den Jahren 2009 und 2011, wobei in diesem Zeitraum die insgesamt größten Steigerungen von 13,1 % in Baden-Württemberg und 11,9 % in Brandenburg erfolgten. Im Jahr 2013 hat sich die Anzahl der Pflegebedürftigen deutschlandweit dagegen "nur" noch um 5 % erhöht, wobei mit 7,5 % das höchste Wachstum für Sachsen und das niedrigste mit -0,1 % für Bayern ermittelt wurde.

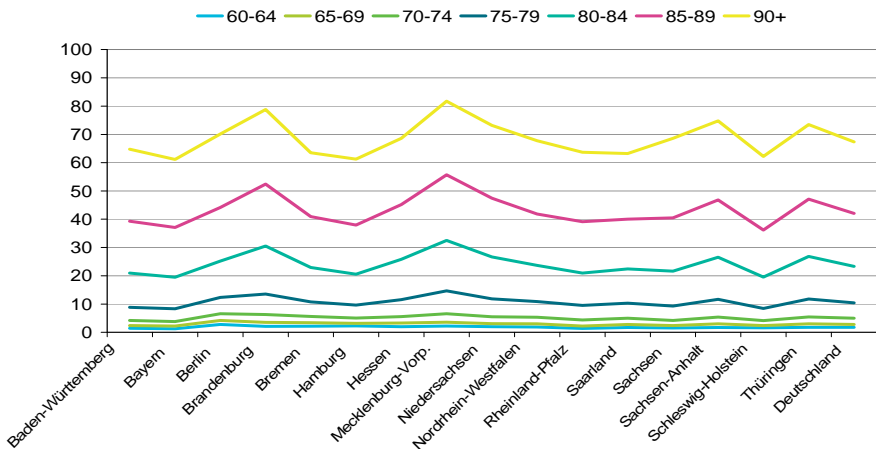
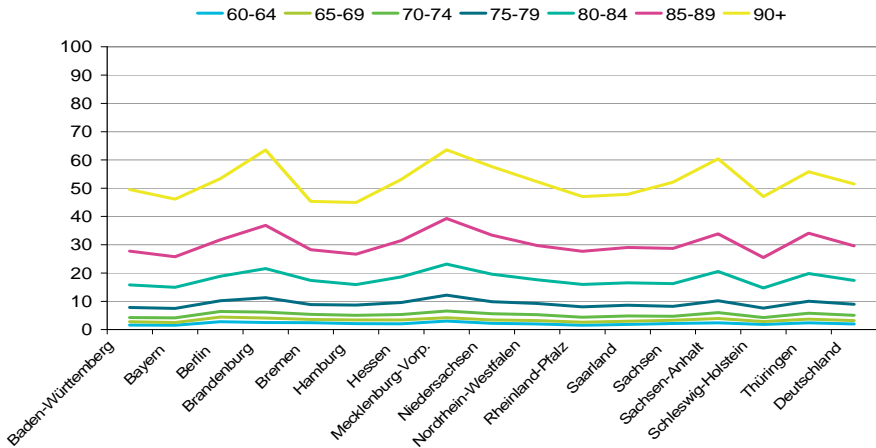
In den neuen Bundesländern liegt der Anstieg zwischen 1999 und 2013 überwiegend über dem Bundesdurchschnitt, mit den höchsten Werten von 60 % in Brandenburg, mit 59,1 % in Mecklenburg-Vorpommern und 44,2 % in Thüringen, während die Anstiege in den alten Bundesländern überwiegend unter dem Bundesdurchschnitt liegen. Die niedrigsten Werte finden sich mit 8,8 % in Schleswig-Holstein, mit 11,8 % in Bayern und mit 18 % in Hamburg.

Die höheren Anstiege in Ostdeutschland können überwiegend auf die dortige starke Zunahme der Hochaltrigkeit zurückgeführt werden. So sind beispielsweise die Zahlen der über 75-Jährigen zwischen 1999 und 2013 in Brandenburg um 84,4 % und in Mecklenburg-Vorpommern sogar um 89,7 % angestiegen. Damit einhergehen die drastischen Anstiege der Zahl der Pflegebedürftigen in den beiden Bundesländern um 60 % bzw. um 59 %. Die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen ist damit – wie auch auf Bundesebene – in erster Linie Ausdruck der demografischen Alterung. In Abbildung 6 ist der Zusammenhang von demografischer Alterung (als Veränderung des Anteils der über 75-Jährigen Bevölkerung) und Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen für alle Bundesländer wiedergegeben.

4.2.4 Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit nach Bundesland

Während die Entwicklungen der absoluten Häufigkeiten der Pflegebedürftigen (Abschnitte 4.2.1 bis 4.2.3) letztlich "nur" über die quantitative Verbreitung der Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB XI informieren, lassen sie keine Aussagen darüber zu, wie sehr die Entwicklung von der Altersstruktur abhängt. Dazu müssen altersspezifische Prävalenzen und/oder altersstandardisierte Prävalenzen der Gesamtbevölkerung nachgezeichnet werden. Für eine gegebene Population kann die Zahl der Pflegebedürftigen zur Zahl der Mitglieder der Gesamtpopulation ins Verhältnis gesetzt werden. Dieser Quotient gibt die "Prävalenz" des interessierenden Zustands, hier also der Pflegebedürftigkeit, an und kann selbst wieder nach Teilpopulationen (in diesem Fall insbesondere nach Alter und Geschlecht) differenziert werden (vgl. Kreienbrock & Schach 2005: 10). Prospektiv gewendet kann diese Prävalenz als Pflegewahrscheinlichkeit oder Pflegefallwahrscheinlichkeit interpretiert werden, also als Wahrscheinlichkeit dafür, dass ein Mitglied der entsprechenden Population pflegebedürftig ist.

Im Folgenden werden – analog der Pflegeprävalenzen auf Bundesebene – die Pflegeprävalenzen des Jahres 2013 für Männer und Frauen für die Bundesländer unter Verwendung der neuen Daten der Bevölkerungsfortschreibung von 2013 (die auf dem Zensus von 2011 beruhen) sowie der Pflegestatistik des Jahres 2013 berechnet.



Quelle: (Genesis 2016; Statistisches Bundesamt 2016d)

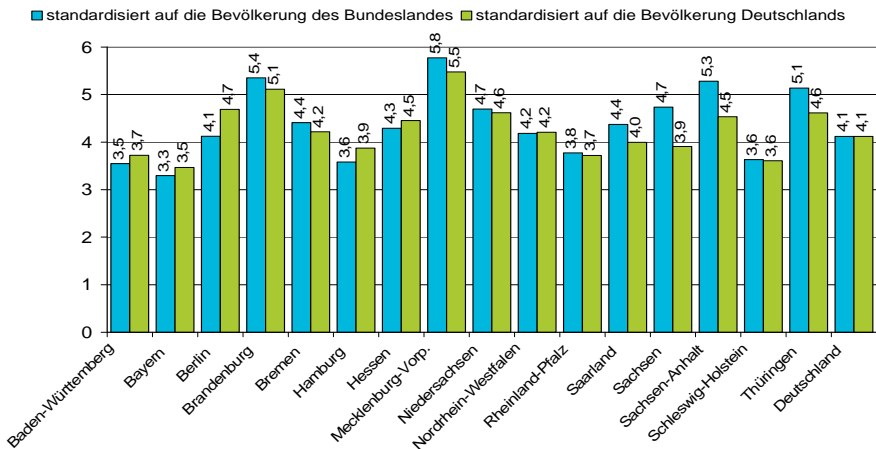
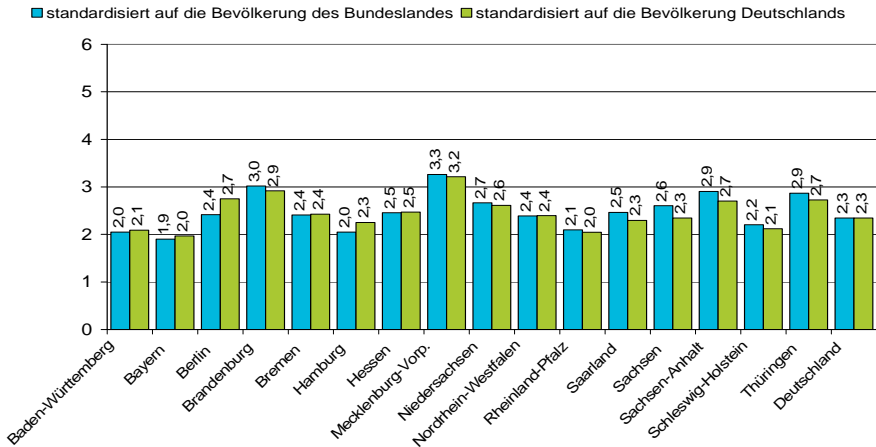
Abbildung 7: Pflegeprävalenzen für Männer (oben) und Frauen (unten) ab Alter 60 nach Bundesländern in 5-Jahres-Altersgruppen im Jahr 2013

Die Darstellung erfolgt in zweierlei Weisen: Zum einen werden die Pflegeprävalenzen in den Bundesländern in 5-Jahres-Altersgruppen aufgeteilt und verglichen (Abbildung 7). Zum anderen werden die zusammengefassten Pflegeprävalenzen in den Bundesländern auf zwei Bevölkerungen bezogen und in zwei

Maßzahlen präsentiert (Abbildung 8 und Abbildung 9). Einerseits wird die jeweilige Landesbevölkerung herangezogen. Dadurch wird, ähnlich einem Altenquotienten, ein "Pflegequotient" ermittelt, der die Pflegebedürftigen zur Landesbevölkerung in Beziehung setzt. Andererseits wird für einen Vergleich zwischen den einzelnen Bundesländern auf die Bundesbevölkerung standardisiert. Bei der resultierenden zusammengefassten Pflegeprävalenz handelt es sich somit um eine hypothetische Pflegeprävalenz die vorliegen würde, wenn jedes Bundesland die Altersverteilung von Deutschland aufweisen würde.

In Abbildung 7 sind zunächst die Pflegeprävalenzen von Männern bzw. Frauen nach Bundesländern in 5-Jahres-Altersgruppen wiedergegeben. Für Frauen sind in aller Regel höhere altersspezifische Pflegeprävalenzen zu beobachten als für Männer. Sehr hohe altersspezifische Pflegeprävalenzen sind bei den Männern und Frauen vor allem in Ostdeutschland – außer Sachsen – zu finden. Dabei gibt es überwiegend keine Überkreuzungen in den altersspezifischen Pflegeprävalenzen zwischen den Bundesländern, d. h. in einem Bundesland gehen hohe Pflegeprävalenzen in einer Altersgruppe meist mit hohen Pflegeprävalenzen in den anderen Altersgruppen einher. Die niedrigsten Pflegeprävalenzen finden sich bei den Männern in Bayern, Bremen, Hamburg, dem Saarland und Schleswig-Holstein und bei den Frauen in Hamburg, Bremen, Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein. Die altersgruppenspezifischen Pflegeprävalenzen des Jahres 2013 entsprechen dabei weitgehend denen des Jahres 2011 (vgl. Rothgang et al. 2014: 66 f.).

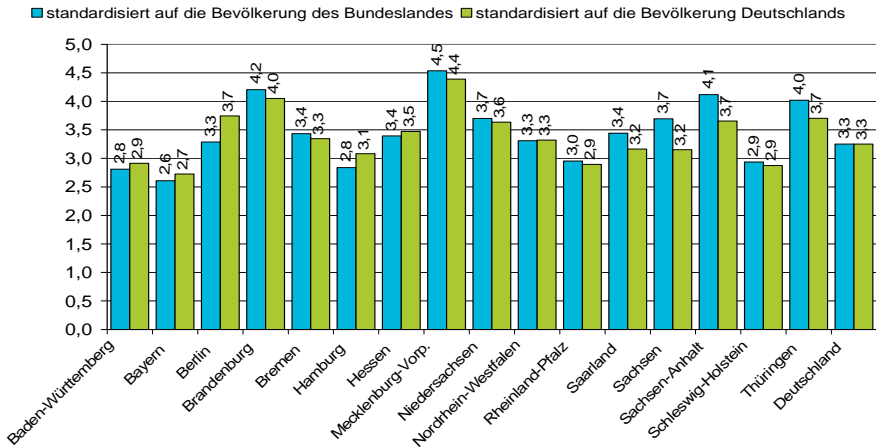
Auch bei Betrachtung der altersstandardisierten Prävalenzen auf das jeweilige Bundesland (Abbildung 8 bzw. Abbildung 9, in der die Prävalenzen nicht nach Geschlecht differenziert sind), bleibt die Rangfolge der Bundesländer weitgehend erhalten: höhere Pflegeprävalenzen, als Verhältnis von Pflegebedürftigen zur Bevölkerung in einem Bundesland, finden sich überwiegend im Osten und niedrigere Pflegeprävalenzen überwiegend im Westen. Auch bei Standardisierung auf die Bevölkerung in Deutschland – durch die die unterschiedliche Altersstruktur kontrolliert wird – bleiben wesentliche Unterschiede in der Höhe der Prävalenzen bestehen. Für Personen gleichen Alters ist die Wahrscheinlichkeit in Ostdeutschland größer, pflegebedürftig zu sein als in Westdeutschland. Allerdings verringern sich die Unterschiede tendenziell durch die Altersstandardisie-



Quelle: (Genesis 2016; Statistisches Bundesamt 2016d)

Abbildung 8: Zusammengefasste Pflegeprävalenzen für Männer (oben) und Frauen (unten) ab Alter 60 nach Bundesländern im Jahr 2013

zung auf Deutschland. Ein Teil, aber eben nur ein Teil, der Prävalenzunterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern ist damit durch die unterschiedliche Altersverteilung in den einzelnen Bundesländern erklärt.



Quelle: (Genesis 2016; Statistisches Bundesamt 2016d)

Abbildung 9: Zusammengefasst Pflegeprävalenzen für Männer und Frauen ab Alter 60 nach Bundesländern im Jahr 2013

Die nicht auf die unterschiedliche Altersstruktur zurückführbaren Prävalenzunterschiede zwischen den Bundesländern lassen sich zu großen Teilen durch unterschiedliche sozialstrukturelle Charakteristika erklären. Beispielsweise lassen sich ca. ein Drittel bis ein Viertel der in Ostdeutschland höheren Prävalenzen bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit auf das dort niedrigere Einkommensniveau zurückführen, denn – analog den Schichtunterschieden in der Morbidität – unterliegt auch eine Pflegebedürftigkeit einem sozialen Gradienten (Unger et al. 2015), wonach mit geringerem Einkommen auch eine höhere Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit einhergeht. Als weitere Einflussfaktoren werden darüber hinaus unterschiedliche Inanspruchnahmen, Kontexteffekte von Umweltbelastungen, unterschiedliche Versorgungsstrukturen oder auch Mehrfachbelastungen, die sich durch Kumulationen von ungünstigen ökonomischen Lebensbedingungen und Charakteristika der Wohnumgebung ergeben, diskutiert (Unger & Rothgang 2010).

4.2.5 Die zukünftige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesland

Tabelle 18: Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Personen bis 2060 nach Bundesland in Tsd. und Wachstumsrate 2015-2060

Land	2015	2020	2030	2040	2050	2060	2015-2060
Baden-Württemberg	314	350	410	479	577	584	86 %
Bayern	344	381	449	525	631	645	88 %
Berlin	119	136	163	181	211	229	92 %
Brandenburg	110	126	146	166	184	167	52 %
Bremen	23	25	28	31	35	36	57 %
Hamburg	52	56	63	70	86	96	85 %
Hessen	214	235	271	314	368	372	74 %
Mecklenburg-Vorp.	77	87	97	110	118	103	34 %
Niedersachsen	301	330	378	429	497	482	60 %
Nordrhein-Westfalen	608	662	740	845	985	974	60 %
Rheinland-Pfalz	123	134	152	179	208	198	61 %
Saarland	35	38	42	47	52	47	34 %
Sachsen	157	172	191	201	215	203	29 %
Sachsen-Anhalt	97	106	115	124	131	115	19 %
Schleswig-Holstein	87	97	116	128	148	147	69 %
Thüringen	91	100	111	122	129	116	27 %
Deutschland	2.755	3.033	3.472	3.956	4.586	4.532	65 %

Quelle: Berechnungen auf Basis von (Statistisches Bundesamt 2015a, 2015b, 2016d)

Vor dem Hintergrund bundeslandspezifischer Pflegeprävalenzen (Abschnitt 4.2.4) und unterschiedlicher Geschwindigkeiten der "Alterung" der Bevölkerung in den einzelnen Bundesländern sind – wie auch für die vergangene Entwicklung bis heute (Abschnitt 4.2.3) – auch für die Zukunft nach Bundesländern differierende Entwicklungen zu erwarten. In Tabelle 18 sind die errechneten zukünftigen Zahlen an Pflegebedürftigen zwischen 2015 und 2060 in den Bundesländern für Männer und Frauen zusammen wiedergegeben. Getrennte Projektionen für Männer und Frauen sind in Tabelle 19 und Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 19: Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Männer bis 2060 nach Bundesland

Land	2015	2020	2030	2040	2050	2060	2015-2060
Baden-Württemberg	114	131	155	182	217	221	94 %
Bayern	125	142	170	199	236	243	94 %
Berlin	43	50	61	68	81	88	105 %
Brandenburg	39	46	54	61	68	62	59 %
Bremen	8	9	10	11	13	13	63 %
Hamburg	18	20	24	27	32	36	100 %
Hessen	77	87	101	117	136	138	79 %
Mecklenburg-Vorp.	28	31	36	40	42	38	36 %
Niedersachsen	108	121	141	159	181	177	64 %
Nordrhein-Westfalen	216	239	270	310	356	354	64 %
Rheinland-Pfalz	44	49	56	66	75	72	64 %
Saarland	12	14	15	17	18	17	42 %
Sachsen	55	62	70	74	80	78	42 %
Sachsen-Anhalt	34	38	42	45	47	43	26 %
Schleswig-Holstein	32	37	44	48	54	54	69 %
Thüringen	32	36	41	45	48	45	41 %
Deutschland	987	1.112	1.288	1.473	1.688	1.688	71 %

Quelle: Berechnungen auf Basis von (Statistisches Bundesamt 2015a, 2015b, 2016d)

Die Projektionen beruhen auf der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung sowie auf den altersspezifischen Pflegeprävalenzen der entsprechenden Bundesländer (die über den gesamten Beobachtungszeitraum konstant gehalten werden) auf Grundlage der neuen Daten des Zensus 2011.⁷ Implizit wird damit auf den "alten" Pflegebedürftigkeitsbegriff abgestellt. Nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich steigen, allerdings vor allem durch die Einführung des neuen Pflegegrad 1, der unterhalb der derzeitigen Pflegestufe I ist und auch nur sehr begrenzte Versiche-

⁷ Es wird die Variante G1-L1-W1 der 13. koordinierten Bevölkerungsfortschreibung zugrunde gelegt, die von einem langfristigen Wanderungssaldo von 100.000 Personen ausgeht.

Tabelle 20: Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Frauen bis 2060 nach Bundesland

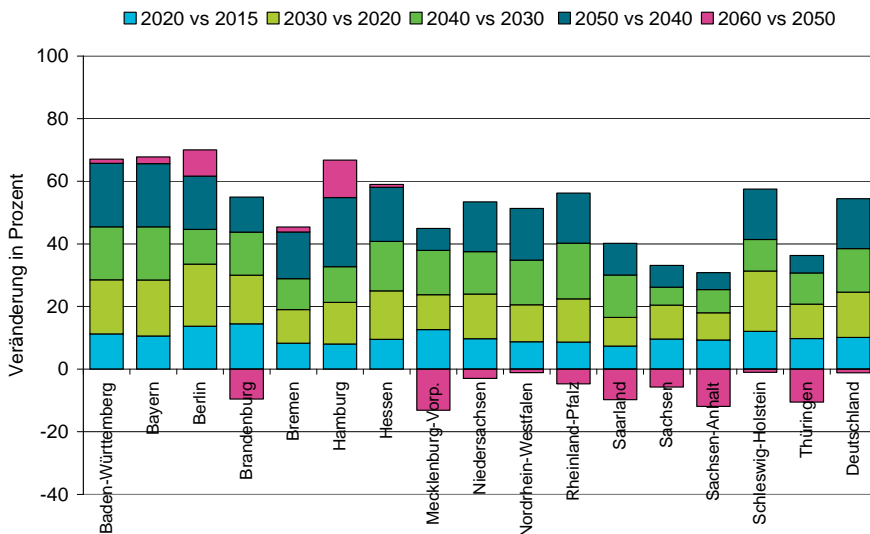
Land	2015	2020	2030	2040	2050	2060	2015-2060
Baden-Württemberg	200	219	255	298	360	363	82 %
Bayern	219	238	279	326	395	402	84 %
Berlin	76	85	102	113	131	141	86 %
Brandenburg	71	80	92	104	117	104	46 %
Bremen	15	16	18	19	22	23	53 %
Hamburg	33	35	39	43	53	60	82 %
Hessen	137	148	170	197	232	233	70 %
Mecklenburg-Vorp.	50	56	61	70	76	65	30 %
Niedersachsen	193	209	237	269	316	305	58 %
Nordrhein-Westfalen	393	423	470	535	629	620	58 %
Rheinland-Pfalz	80	85	96	113	133	127	59 %
Saarland	23	24	26	30	34	30	30 %
Sachsen	102	110	121	127	135	125	23 %
Sachsen-Anhalt	63	68	73	79	83	72	14 %
Schleswig-Holstein	55	60	72	80	94	93	69 %
Thüringen	59	64	70	77	81	71	20 %
Deutschland	1.768	1.921	2.184	2.483	2.898	2.844	61 %

Quelle: Berechnungen auf Basis von (Statistisches Bundesamt 2015a, 2015b, 2016d)

rungsleistungen vorsieht.⁸ Die nachstehend thematisierte relative Entwicklungsdynamik wird dagegen auch vom alten Pflegebedürftigkeitsbegriff gut abgebildet.

Über den gesamten Zeitraum bis 2060 steigt die Zahl der Pflegebedürftigen von 2,755 Mio. im Jahr 2015 auf 4,532 Mio. im Jahr 2060 und damit um 64,5 %. Der Anstieg fällt dabei für die pflegebedürftigen Männer deutlich höher aus. Er beträgt durch den Anstieg von 987 Tsd. im Jahr 2015 auf 1,688 Mio. im Jahr 2060 71,1 %, während er bei den Frauen bei einem Anstieg von 1,768 Mio. im Jahr 2015 auf 2,844 Mio. "lediglich" 60,8 % beträgt. Der Grund für diesen höheren Anstieg bei den Männern liegt darin, dass – obwohl Männer niedrigere Pflege-

⁸ Die Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 bis 5 wird dagegen nur etwas höher sein als derzeitigen Zahlen für Versicherte in Pflegestufe "0" bis III.



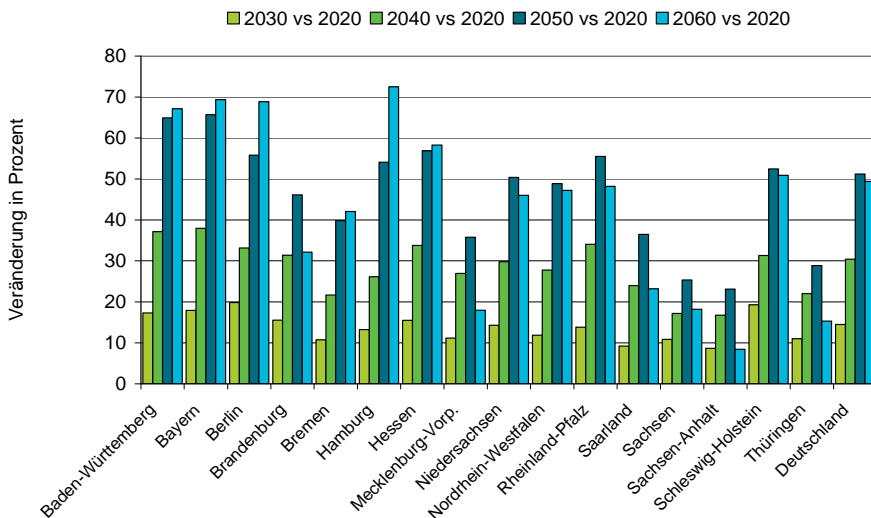
Anmerkung: Da im Schaubild die Veränderungen jeweils einer Dekade abgetragen sind, dürfen diese für die Betrachtung größerer Zeiträume nicht aufaddiert werden. Die Veränderungen über verschieden große Zeiträume sind in Abbildung 11 abgetragen.

Quelle: Tabelle 18

Abbildung 10: Relative Veränderung der Zahl der pflegebedürftigen Personen im jeweiligen Zeitabschnitt in Prozent

prävalenzen als Frauen aufweisen – die männliche Bevölkerung insgesamt stärker altert als die weibliche Bevölkerung. Absolut betrachtet steigt die Zahl der pflegebedürftigen Frauen um mehr als 1 Mio. und damit mehr als die Zahl der pflegebedürftigen Männer. Diese nimmt lediglich um 700 Tsd. zu.

Betrachtet man die Veränderungen zwischen den einzelnen Zeitpunkten (Abbildung 10), dann wird deutlich, dass die Veränderungen in den drei Dekaden von 2020 bis 2050 im Wesentlichen gleich hoch sind (mit 14,5 %, 13,9 % und 15,9 %). Die höchste Zahl Pflegebedürftiger wird dann Mitte der 2050er Jahre erreicht, so dass sich diese Zahlen von 2050 bis 2060 sogar geringfügig verringern (-1,2 %). Dabei zeigt sich, dass in den einzelnen Bundesländern die maximale Zahl Pflegebedürftiger zu unterschiedlichen Zeitabschnitten erreicht wird. Während es in den westdeutschen Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg

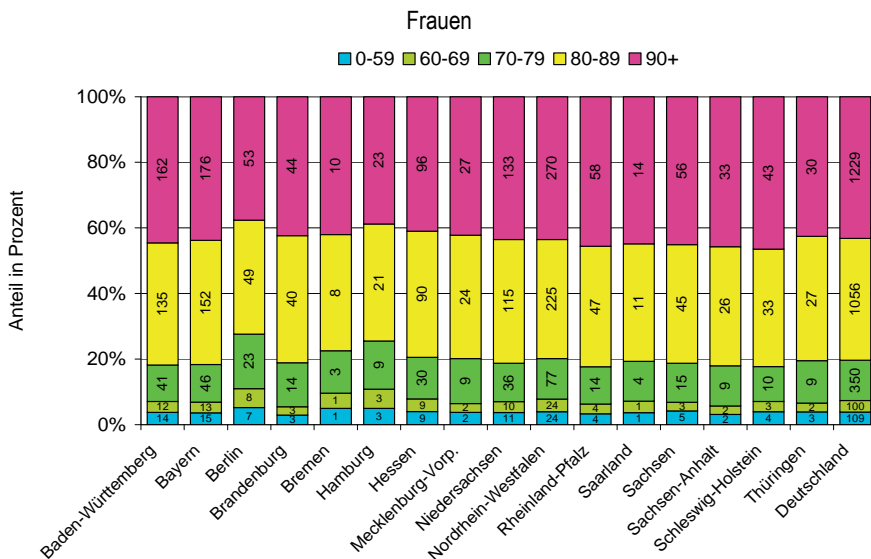
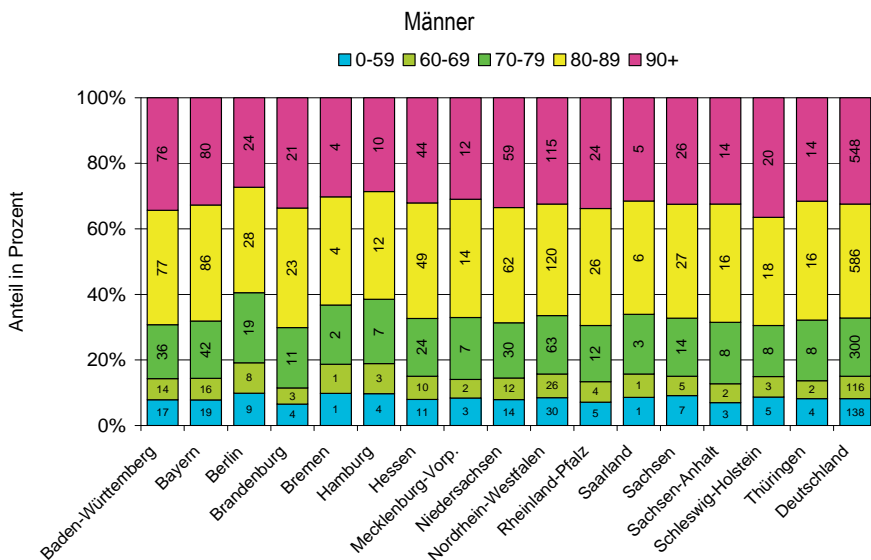


Quelle: Tabelle 18

Abbildung 11: Relative Veränderung der Zahl der pflegebedürftigen Personen im jeweiligen Zeitabschnitt in Prozent

und Hessen sowie in den Städten Berlin, Hamburg und Bremen zwischen 2050 und 2060 noch zu einer Erhöhung der Zahl der Pflegebedürftigen kommt, sind in den ostdeutschen Bundesländern ausnahmslos deutliche Rückgänge in der Zahl der Pflegebedürftigen feststellbar. Beispielsweise -13,1 % in Mecklenburg-Vorpommern, -11,9 % in Sachsen-Anhalt, -10,5 % in Thüringen und -9,6 % in Brandenburg. Bemerkenswert ist auch, dass ausnahmslos in jedem Bundesland die Zuwachsraten für Männer deutlich höher sind als für Frauen (vgl. Tabelle 19 und Tabelle 20). Pflegebedürftigkeit wird somit im Zeitverlauf "männlicher" als bisher.

Die Veränderungen der Zahlen der Pflegebedürftigen für verschieden lange Zeiträume sind in Abbildung 11 abgetragen. Demnach steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland zwischen 2020 und 2030 um 14,5 %, zwischen 2020 und 2040 um 30,4 %, zwischen 2020 und 2050 um 51,2 % und aufgrund des Rückgangs der Zahl der Pflegebedürftigen zur Mitte der 2050er Jahre zwischen 2020 und 2060 um 49,4 %.



Quelle: (Statistisches Bundesamt 2015a, 2015b, 2016d)

Abbildung 12: Verteilung der pflegebedürftigen Männer und Frauen im Jahr 2060 nach Altersgruppen in Prozent (Pflegebedürftige in Tsd.)

Auch hier zeigen sich die zuvor festgestellten Muster in den westdeutschen und ostdeutschen Bundesländern. Während in allen Bundesländern sich der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2050 erhöht, finden sich hingegen bis zum Jahr 2060 in den westdeutschen Bundesländern nur noch unmerkliche Anstiege (mit Ausnahme der Stadtstaaten Hamburg und Berlin) und in den ostdeutschen Bundesländern bereits Rückgänge.

Dass im Zeitverlauf bis zum Jahr 2060 von einer deutlichen Alterung der Pflegebedürftigen auszugehen ist, die insbesondere ab etwa dem Jahr 2040 einsetzt, konnte auf Bundesebene bereits im BARMER GEK Pflegereport 2015 gezeigt werden (Rothgang et al. 2015b): Waren im Jahr 2015 etwa 50 % aller pflegebedürftigen Männer 80 Jahre und älter, so erhöht sich deren Anteil auf knapp 75 % bis zum Jahr 2060. Auch bei den pflegebedürftigen Frauen zeigt sich eine deutliche Zunahme der Hochaltrigkeit. Während im Jahr 2015 70 % der pflegebedürftigen Frauen im Alter 80 oder älter waren, erhöht sich dieser Anteil bis 2060 auf knapp 85 %. Damit verbunden wird zunehmend die Pflege hoch betagter Menschen im Vordergrund stehen. Dies erfordert die Schaffung adäquater Versorgungsstrukturen.

In Abbildung 12 wird abschließend untersucht, wie sich die Altersstruktur der Pflegebedürftigen im Jahr 2060 in den einzelnen Bundesländern darstellt. Dabei zeigt sich für alle Bundesländer sowohl für Männer als auch für Frauen ein ähnliches Bild. Lediglich in den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen sind die Über-80-Jährigen prozentual weniger vertreten als in den anderen Ländern.

4.2.6 Die Begutachtungen der medizinischen Dienste (MDK)

Die jeweils aktuelle Zahl der Pflegebedürftigen ergibt sich aus dem "alten Bestand" (Bestandsgröße), den Zugängen (inzidente Fälle) und den Abgängen (Reversibilität der Pflegebedürftigkeit bzw. Tod). Die Pflegestatistik, das BMG und die PPV informieren zwar über den Bestand, nicht aber darüber, wie viele Pflegebedürftige neu hinzukommen und wie viele Personen aus dem Kreis der Pflegebedürftigen ausscheiden. Einen Teilzugang zu diesen Zahlen bieten die Begutachtungsstatistiken des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung wird bei der zuständigen Pflegekasse gestellt. Diese beauftragt den MDK mit der Begutachtung, ob

die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI vorliegen (§ 18 SGB XI). Wenn der Antragsteller noch keine Leistungen nach dem SGB XI bezieht, handelt es sich um eine Erstbegutachtung. Der MDK spricht eine Empfehlung aus und die Pflegekasse folgt dabei in aller Regel der Begutachtung und den Empfehlungen des MDK. Es kann also von einer weitgehenden Übereinstimmung der MDK-Empfehlungen und der Bescheide der zuständigen Pflegekasse ausgegangen werden. Die positiven Erstbegutachtungen können so als Inzidenzen interpretiert werden. Neben den Erstbegutachtungen des MDK werden auch noch Widerspruchs- und Höherstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt. Höherstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen werden auf Initiative der Versicherten oder der Pflegekassen durchgeführt, wenn z. B. der Versicherte eine Zunahme des Hilfebedarfs vermutet. Widerspruchsgutachten erfolgen, wenn der Versicherte Einspruch gegen den Leistungsbescheid seiner Pflegekasse erhebt. Aus der Gesamtheit der Begutachtungen lassen sich also insgesamt die Zugänge in bzw. die Wechsel zwischen den einzelnen Pflegestufen ableiten. Die Begutachtungen des MDK erfolgen aber nur für die Mitglieder der SPV. Somit ist bei den Auswertungen der entsprechenden Statistiken nur diese Teilpopulation berücksichtigt. Entsprechende Informationen für die Private Pflegeversicherung werden von der Medicproof GmbH bislang nicht veröffentlicht.

Nachfolgend werden zunächst die Häufigkeiten der Begutachtungen insgesamt dargestellt. Anschließend wird die Entwicklung der daraus resultierenden inzidenten Fälle nach der Pflegestufe differenziert. Dabei wird ab dem Jahr 2014 auch auf die Entwicklung der Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) ohne Pflegestufe eingegangen. Analysen der Pflegeinzidenzen nach Alter und Geschlecht sind allein mit diesen Daten jedoch nicht möglich.⁹

Insgesamt hat sich die Zahl der Begutachtungen von anfänglich 1,7 Mio. Gutachten im Jahr 1995 nach nur wenigen Jahren auf 1,3 Mio. verringert und blieb bis zum Jahr 2007 relativ konstant (Tabelle 21). Durch das zum 1.7.2008 in Kraft getretene PflWG haben PEA auch dann einen Rechtsanspruch auf zusätzliche

⁹ Entsprechende Analysen werden in Kapitel 5 durchgeführt.

Tabelle 21: Zahl der Begutachtungen der MDK und der Knappschaft nach Gutachtenart (in Tsd.)

Jahr	Insgesamt	Erstgutachten	Höherstufungs-/ Wiederholungs- begutachtungen	Widersprüche
1995	1.706	1)	1)	1)
1996	1.661	1390	181	90
1997	1.370	905	372	93
1998	1.339	751	496	94
1999	1.248	690	482	76
2000	1.272	679	512	80
2001	1.268	671	519	78
2002	1.281	666	544	71
2003	1.301	671	552	78
2004	1.262	651	530	80
2005	1.307	674	543	89
2006	1.306	686	531	88
2007	1.326	698	538	91
2008	1.527	1)	1)	1)
2009	1.518	829	584	106
2010	1.456	792	567	97
2011	1.466	769	598	99
2012	1.589	833	643	113
2013	1.646	876	661	110
2014	1.629	847	675	107
2015	1.723	933	685	105

¹⁾ Werte nicht verfügbar

Quelle: (MDS 2000, 2001, 2003, 2005, 2006, 2007a, 2007b, 2009, 2010, 2013a, 2016)

Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI, wenn sie nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, und stationäre Pflegeeinrichtungen können zusätzliche Betreuungskräfte für PEA einstellen und abrechnen (§ 87b SGB XI). Seit 2015 können stationäre Pflegeeinrichtungen auf für PEA mit einem Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I entsprechendes Personal einstellen und abrechnen.

Da mit dieser Gesetzesänderung der Kreis der Leistungsberechtigten um Versicherte unterhalb der Pflegestufe I erweitert wurde, haben sich in der Folge auch Personen einer Begutachtung unterzogen, die ansonsten keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung (oder keinen Antrag auf Wiederholungsbegutachtung) gestellt hätten. Im Jahr 2008 stieg die Zahl der Begutachtungen daher um ca. 200 Tsd. (15 %) auf ca. 1,5 Mio. gegenüber ca. 1,3 Mio. im Jahr 2007 an. Das hohe Niveau der Zahl der Begutachtungen setzt sich auch in den Jahren 2009-2015 fort, wobei ab dem Jahr 2012 insbesondere die Zahl der Erstbegutachtungen erneut deutlich gestiegen ist. Gründe hierfür dürften zum einen darin liegen, dass immer mehr Menschen in das pflegerelevante Alter vorrücken. Zum anderen hat es wieder eine sozialrechtliche Änderung gegeben. Seit Inkrafttreten der entsprechenden Normen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes vom 23.10.2012 (BGBl I, S. 2246) zum 1.1.2013 werden erstmals auch Pflegegeld und Pflegesachleistungen für PEA ohne Pflegestufe (sog. Pflegestufe "0") gewährt (§ 123 SGB XI n.F.). Dies hat womöglich wiederum zu einem Anstieg der Zahl der Begutachtungen in den Jahren 2012 und 2013 geführt. Der jüngste Anstieg auf 1,7 Mio. Begutachtungen im Jahr 2015, der durch den Anstieg der Zahl der Erstbegutachtungen um 85 Tsd. bedingt ist, ist vermutlich ebenfalls auf Leistungsausweitungen durch das Erste Pflegestärkungsgesetz zum 1.1.2015 zurückzuführen.¹⁰

Nach einer Einführungsphase, in der der Großteil der Begutachtungen naturgemäß Erstbegutachtungen waren, pendeln sich die einzelnen Begutachtungsarten auf relativ konstante Anteilswerte ein. Wird das Zeitfenster der Jahre 2000 bis 2015 betrachtet, dann finden sich mit leichten Schwankungen Anteilswerte von etwa 53 % Erstbegutachtungen, etwa 41 % Höherstufungs- bzw. Wiederholungsgutachten und etwa 7 % Widerspruchsbegutachtungen.

Um die Zugänge zur Pflegebedürftigkeit zu beschreiben, wird im Folgenden auf die Erstbegutachtungen eingegangen. In Tabelle 22 sind die Erstbegutachtungen der Anträge auf ambulante und stationäre Leistungen aufgeführt. Demnach wurden zur Einführung der Pflegeversicherung 1995 ca. 1,7 Mio. Anträge auf ambulante Leistungen begutachtet. Obwohl in den Jahren seit 1996 zusätzlich

¹⁰ Zum Ersten Pflegestärkungsgesetz siehe Rothgang et al. (2014: 35).

Anträge auf stationäre Leistungen begutachtet wurden, blieb der Spitzenwert von 1995 in der Folge unerreicht. Im Wesentlichen bis zum Jahr 1999 und dann noch im geringeren Maße bis zum Jahr 2002 nahm die Anzahl der Erstbegutachtungen ab, da die Einführungseffekte ausklangen, von 2005 bis 2007 nahm die Zahl der Erstbegutachtungen dann – demografisch bedingt – wieder leicht zu. Danach sind insbesondere die bereits angesprochenen Effekte der Leistungsausweitungen zu beobachten.

Der Anteil abgelehnter Anträge beläuft sich während des gesamten Zeitraums auf durchschnittlich etwa 30 %. Auffallend ist im Zeitablauf der steigende Anteil der Pflegestufe I bis etwa 2010 und der relative Rückgang der Anteile in den Pflegestufen II und III, der sich seit 1995 ungebrochen fortsetzt.

Als Gründe für den Anstieg des Anteils mit Pflegestufe I können – insbesondere für die ersten Jahre – Einführungseffekte angesehen werden. Pflegebedürftigkeit gab es auch schon vor der Einführung der Pflegeversicherung. Sie waren nur noch nicht im Sinne der Pflegeversicherung erfasst. Pflegebedürftige wurden mit oder ohne finanzielle Unterstützung durch das Sozialamt zu Hause oder im (Alten-)Pflegeheim gepflegt. Viele dieser pflegebedürftigen Personen waren schon lange pflegebedürftig und mit der Dauer der Pflegebedürftigkeit verschlimmerte sich auch das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit. Die Einführung der Pflegeversicherung traf nun auf diesen Bestand von pflegebedürftigen Menschen, die schon bei der dann erfolgten Erstbegutachtung schon mit höheren Pflegestufen in den Leistungsbereich der Pflegeversicherung traten. Dieser Pool an eigentlich schon länger und stärker pflegebedürftigen Menschen leerte sich nun nach und nach und mit der Zeit stellten immer mehr nur noch solche Personen einen Antrag bei der Pflegekasse, bei denen die Pflegebedürftigkeit relativ neu aufgetreten ist. Seit 2002 steigt der Anteil der Stufe I dann nur noch geringfügig (MDS 2006).

Eine weitere wesentliche Erklärung für die zunächst "zu hohe" Pflegestufenstruktur liegt darin, dass alle Versicherten, die vor Einführung der Pflegeversicherung Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung nach §§ 55 ff. SGB V in der Fassung des Gesundheitsreformgesetzes von 1988 erhalten haben, automatisch in Pflegestufe II übergeleitet wurden.

Tabelle 22: Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch den MDK und der Knappschaft (in Tsd.)

Jahr	Erstgutachten (N)	PEA unterhalb Pflegestufe I (in %) ²⁾	Pflegestufe I (in %)	Pflegestufe II (in %)	Pflegestufe III (in %)	Nicht pflegebedürftig (in %)
1995	1679	-	31,4	26,5	12,5	29,6
1996	1390	-	29,1	28,5	16,0	26,5
1997	905	-	37,3	25,7	9,4	27,6
1998	751	-	41,4	22,1	6,6	29,9
1999	690	-	43,3	21,6	6,1	29,0
2000	679	-	43,8	20,7	5,5	30,1
2001	671	-	45,5	20,1	5,0	29,4
2002	666	-	46,8	19,3	4,3	29,5
2003	671	-	46,4	19,4	4,3	29,9
2004	651	-	46,7	19,5	4,3	29,6
2005	674	-	47,1	19,1	4,5	29,3
2006	686	-	47,9	19,0	4,2	28,9
2007	698	-	49,2	17,9	3,7	29,2
2008	¹⁾	-	¹⁾	¹⁾	¹⁾	¹⁾
2009	829	-	49,2	15,9	3,3	31,7
2010	792	-	50,5	15,2	3,2	31,1
2011	769	-	49,1	15,5	3,8	31,6
2012	833	-	50,6	14,1	3,2	32,1
2013	876	-	49,0	12,8	2,8	35,4
2014	847	8,0	48,9	13,3	3,1	26,7
2015	933	8,7	47,5	12,7	3,1	28,0

¹⁾ Werte für 2008 nicht verfügbar.

²⁾ Werte erst ab 2014 ausgewiesen. Seit 2013 (Pflege-Neuausrichtungsgesetz, PNG) haben auch Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, deren Hilfebedarf unterhalb Pflegestufe I liegt, einen Anspruch auf Pflegegeld und Pflegesachleistung.

Quelle: (MDS 2000, 2001, 2003, 2005, 2006, 2007a, 2007b, 2009, 2010, 2012, 2013a, 2013b, 2016)

4.2.7 Fazit zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Die Zahl der Pflegebedürftigen hat im Jahr 2015 mit 2,83 Mio. Menschen – wovon 2,67 Mio. auf die Soziale Pflegeversicherung (+3,7 % gegenüber dem Vorjahr) und etwa 165 Tsd. auf die Private Pflegepflichtversicherung (+4,7 % gegenüber dem Vorjahr) entfallen – einen neuen Höchststand erreicht. Der Anstieg vollzog sich in der PPV aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur der Versichertenkollektive deutlich stärker als in der SPV und wird auch zukünftig in der PPV stärker sein als in der SPV. Gründe für diese Anstiege liegen – neben der zunehmenden Akzeptanz und Bekanntheit der Pflegeversicherung die u. a. durch die Leistungsausweitungen (z. B. für PEA) durch die zahlreichen Gesetzesänderungen (PfWG, PNG, PSG I) gestiegen sein dürfte – vor allem in der demografischen Alterung, wonach immer mehr Menschen in das pflegerelevante Alter vorrücken. So stiegen zwischen 1999 und 2013 in den Bundesländern mit den höchsten Zuwachsraten in den Zahlen der über 75-jährigen Bevölkerung die Zahlen der Pflegebedürftigen am stärksten an. Der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen fiel dabei in dem Zweijahresintervall von 2009 und 2011 am größten aus und erreichte in einigen Bundesländern sogar Zuwachsraten von mehr als 10 % (z. B. in Baden-Württemberg und Brandenburg). Die Zuwachsraten divergieren jedoch auch stark zwischen den einzelnen Bundesländern und in den jeweils betrachteten Zeitabschnitten, sodass vor allem langfristige Entwicklungen betrachtet werden sollten.

Mitte der 2050er Jahre wird die Zahl der Pflegebedürftigen ihr Maximum erreichen. Vorausberechnungen auf Grundlage des Zensus von 2011 und der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung ergeben für 2050 einen Wert von 4,6 Mio. Pflegebedürftigen, darunter 2,9 Mio. Frauen und etwa 1,7 Mio. Männer. Allerdings beruhen diese Werte auf der aktuellen Definition von Pflegebedürftigkeit. Nach Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum Januar 2017 wird sich das Niveau dieser Werte erhöhen. Die Entwicklungsdynamik bleibt davon aber weitgehend unberührt.

Die Entwicklungen verlaufen in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich. Während in allen ostdeutschen Bundesländern zwischen 2050 und 2060 bereits Rückgänge in der Zahl der Pflegebedürftigen zu erwarten sind, sind in den westdeutschen Bundesländern überwiegend noch Anstiege bzw. geringere Rück-

gänge als in ostdeutschen Bundesländern zu erwarten. Verbunden mit dem drastischen Anstieg der Zahlen der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2060 steigt auch das Alter der Pflegebedürftigen stark an. Etwa 80 % der pflegebedürftigen Frauen und etwa 70 % der pflegebedürftigen Männer werden dann älter als 80 Jahre sein, wodurch sich andere Anforderungen an die pflegerische Versorgung ergeben als bei den heutigen – deutlich jüngeren – Pflegebedürftigen. Vor allem in den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen werden die Altersgruppen der 80-89 und der über 90-jährigen Pflegebedürftigen im Jahr 2060 jedoch etwas geringer vertreten sein, als im Bundesdurchschnitt.

Ursachen für die unterschiedlichen Entwicklungen in den einzelnen Bundesländern liegen auch in den Wahrscheinlichkeiten, in einem bestimmten Alter pflegebedürftig zu sein, die zwischen den einzelnen Bundesländern stark divergieren. Beispielsweise finden sich in Ostdeutschland sowohl für Männer als auch für Frauen deutlich höhere altersspezifische Pflegeprävalenzen als in Westdeutschland, was – analog den Schichtunterschieden in der Morbidität – auch auf die nach wie vor bestehende unterschiedliche Einkommensstruktur in West- und Ostdeutschland zurückgeführt werden kann. Die regionalen Unterschiede bei Pflegebedürftigkeit resultieren somit letztlich auch aus dem Schichtgradienten.

Insgesamt sind die zu erwartenden Anstiege der Zahlen der Pflegebedürftigen alarmierend, da sie auf einen enormen Bedarf an Pflegekräften für die fernere Zukunft hindeuten. Diese Entwicklung kann durch ein gleichzeitig sinkendes Erwerbspersonenpotential noch verstärkt werden.

Ein Faktor – der als Ausfluss einer "Kompression von Morbidität" geführt werden kann – und der die Pflegelast für die Zukunft eventuell geringer erscheinen lässt, ist die von 1996 bis heute andauernde Entwicklung in der SPV und der PPV, wonach die Anteile der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I kontinuierlich steigen, während die Anteile an den Pflegestufen II und III kontinuierlich zurück gehen. Diese Entwicklungen finden sich ebenfalls im Wandel des Ausmaßes der Lebenserwartung in Pflegebedürftigkeit bestätigt, wonach die höheren Pflegestufen relativ zu den geringeren Pflegestufen im Zeitverlauf anteilig abnehmen (Unger et al. 2011). Auch die Begutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch den MDK bestätigen diese Entwicklungen. Die daraus resultierende geringere Pflegelast würde den Pflegekräftebedarf etwas abschwächen, die aus der Betrachtung der

zu erwartenden reinen Fallzahlen an Pflegebedürftigen zu erwarten wäre. Allerdings sind diese Verschiebungen zu Teilen auf sozialrechtliche Änderungen zurückzuführen, die insbesondere die Pflegestufe "0" und die Pflegestufe I begünstigt haben (vgl. Kapitel 5). Insofern kann nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass sich die beobachteten Verschiebungen in der Pflegestufenstruktur in Zukunft fortsetzen wird.

Bei den Pflegeleistungen fand in der ersten Dekade der Pflegeversicherung eine Verschiebung in Richtung formeller Pflege statt. Diese hat sich zunächst vor allem in steigenden Anteilen stationärer Pflege und Pflege unter Beteiligung ambulanter Pflegedienste niedergeschlagen. Seit etwa Mitte der 2000er Jahre gehen die Anteilswerte der stationären Pflege zurück. Ebenso ist der Anteil mit Pflegesachleistungen rückläufig. Der Anteil der Bezieher von Kombinationsleistungen ist bis ins Jahr 2013 gestiegen und die Bezieher von Verhinderungssowie Tages- und Nachtpflege, die zuletzt die bedeutsamsten Zuwächse erfahren haben, machen im Jahr 2015 sogar etwa 7 % aller Pflegeleistungen aus. Zusammen mit dem zuletzt gestiegenen Anteil an Pflegegeldbeziehern bestätigen die Entwicklungen, die in der Verhinderungspflege und der Kombinationspflege beobachtet werden können, dass der Trend hin zu anteilig immer mehr formeller Pflege gebrochen zu sein scheint. Dies würde auch die zukünftige Pflegelast abmildern helfen, da weniger personalintensive stationäre Pflege veranschlagt werden müsste (Rothgang et al. 2016b).

4.3 Die Versorgungsformen der Pflegebedürftigen

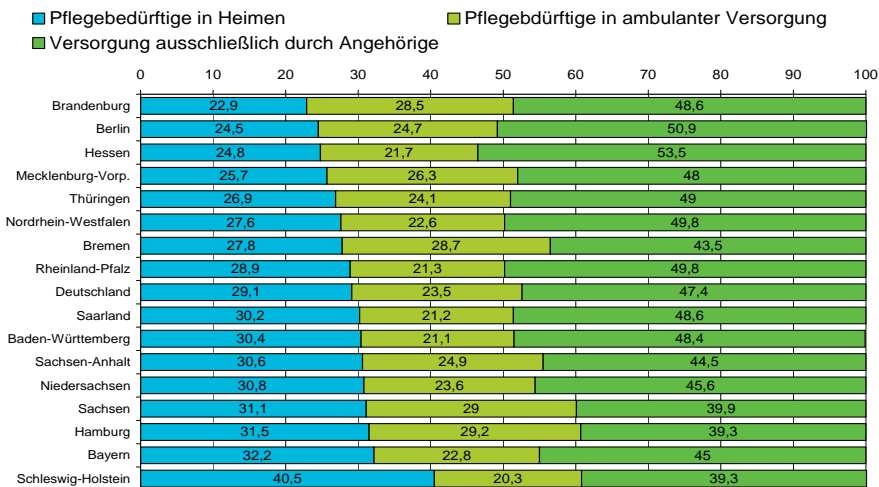
Die folgenden Abschnitte geben einen grundlegenden Überblick über die unterschiedlichen Versorgungsformen der Pflegebedürftigen in Deutschland. Dargestellt werden zunächst die Verteilungen der Versorgungsarten nach Bundesländern (Abschnitt 4.3.1). Anschließend werden Merkmale der ambulanten Pflegedienste (Abschnitt 4.3.2), der stationären Pflegeeinrichtungen (Abschnitt 4.3.3) und die der Pflegepersonen zur Versorgung der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld beschrieben (Abschnitt 4.3.3). Die Verbreitung der ambulanten Pflegedienste und der stationären Pflegeeinrichtungen werden nach den einzelnen Bundesländern differenziert betrachtet.

4.3.1 Die Versorgungsarten nach Bundesländern

Bei der regionalen Verteilung der Versorgungsarten im Jahr 2013 zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern (Abbildung 13). So liegt der Anteil der in Pflegeheimen versorgten Pflegebedürftigen in Schleswig-Holstein mit 40,5 % um mehr als ein Drittel höher als im Bundesdurchschnitt (29,1 %) und mehr als drei Viertel höher als in Brandenburg, das mit 22,9 % den niedrigsten Wert aller Bundesländer aufweist. Die häusliche Pflege unter Beteiligung ambulanter Pflegedienste ist dagegen in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen sowie in Ostdeutschland am weitesten verbreitet. Hier finden sich die höchsten Anteile in Hamburg (29,2 %), Sachsen (29 %), Bremen (28,7 %), Brandenburg (28,5 %) und Mecklenburg-Vorpommern (26,3 %), während in den verbleibenden westdeutschen Bundesländern die Anteile weitgehend unter dem Bundesdurchschnitt von 23,5 % liegen.

Analysen für das Jahr 2011 haben dabei gezeigt, dass die regionalen Unterschiede des Versorgungsarrangements hochgradig mit der Angebotsstruktur korrelieren. Dementsprechend werden anteilig mehr Pflegebedürftige stationär versorgt, wenn die Anzahl der zur Verfügung stehenden Heimplätze pro 100 Pflegebedürftige höher liegt, bzw. mehr Pflegebedürftige durch ambulante Pflegedienste versorgt, wenn die Anzahl der zur Verfügung stehenden Vollzeitäquivalente in den ambulanten Pflegediensten höher liegt (vgl. Rothgang et al. 2014: 89 ff.). Weitere Gründe für die Wahl des Pflegearrangements liegen auch in der individuellen Einkommenssituation und in der Struktur der familialen Netzwerke. Mit geringerer Einkommenshöhe geht das Heimeintrittsrisiko aufgrund der privat zu tragenden Zuzahlungskosten zurück (Unger et al. 2015). Dies hat auch eine Bedeutung für den regionalen Unterschied der Leistungsanspruchnahme, da es deutliche regionale Unterschiede in den Einkommenshöhen gibt. Ein Vorhandensein von familialen Netzwerken senkt das Heimeintrittsrisiko durch die Bereitstellung von familialen Versorgungsstrukturen (Unger et al. 2015).

Die ausschließliche Pflege durch Angehörige erfolgt verstärkt in der Mitte Deutschlands, also in Hessen (53,3 %) und in Rheinland-Pfalz (49,8 %) sowie in Berlin (50,9 %). In der häuslichen Pflege erhöhen familiale Netzwerke die Inanspruchnahme von Pflegegeldleistungen sogar, insbesondere im unteren Einkommensbereich (Unger et al. 2015). Hier besteht durch die prekäre Situation



Quellen: Statistisches Bundesamt (2016b)

Abbildung 13: Versorgungsarten nach Bundesländern

vermutlich ein starker Anreiz für den Bezug der Pflegegeldleistungen. Insgesamt ist die regionale Abweichung im Anteil der ausschließlich durch Angehörige gepflegten Menschen jedoch sehr gering. Die regionale Versorgung der pflegebedürftigen Menschen im Jahr 2013 nach Versorgungsarten entspricht weitgehend der in den Jahren 2009 und 2011 (Rothgang et al. 2013; Rothgang et al. 2012). Damit ist die Verteilung der Versorgungsarten – neben Auswirkungen der jeweiligen Gesetzgebung – insbesondere einerseits von familialen und ökonomischen Versorgungsstrukturen geprägt und andererseits von den Angebotsstrukturen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.

4.3.2 Die ambulanten Pflegedienste nach Bundesländern

In diesem Abschnitt wird zunächst auf die Trägerschaft der ambulanten Pflegedienste nach Bundesländern im Jahr 2013 eingegangen (Abschnitt 4.3.2.1). Es schließt sich eine Beschreibung des in den Pflegediensten eingesetzten Personals an (Abschnitt 4.3.2.2). Abschließend erfolgt eine Darstellung der regionalen Verteilung der Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste in den einzelnen Bundesländern (Abschnitt 4.3.2.3).

4.3.2.1 Die ambulanten Dienste nach Trägern

Tabelle 23: Die ambulanten Pflegedienste nach Art des Trägers in den Bundesländern im Jahr 2013

Land	Anzahl (in Tsd.)	Private	%	Freigemein- nützige	%	Öffentliche	%
Baden-Württemberg	1,1	583	51,1	517	45,4	40	3,5
Bayern	1,8	1.049	56,9	783	42,4	13	0,7
Berlin	0,6	442	78,0	121	21,3	4	0,7
Brandenburg	0,6	411	64,1	223	34,8	7	1,1
Bremen	0,1	73	65,8	38	34,2	-	-
Hamburg	0,3	266	77,8	75	21,9	1	0,3
Hessen	1,1	764	71,7	260	24,4	42	3,9
Mecklenburg-Vorp.	0,5	261	57,7	189	41,8	2	0,4
Niedersachsen	1,2	817	66,4	395	32,1	19	1,5
Nordrhein-Westfalen	2,4	1.550	65,2	805	33,9	22	0,9
Rheinland-Pfalz	0,5	274	60,8	174	38,6	3	0,7
Saarland	0,1	77	68,8	33	29,5	2	1,8
Sachsen	1,1	728	69,2	312	29,7	12	1,1
Sachsen-Anhalt	0,5	366	68,5	164	30,7	4	0,7
Schleswig-Holstein	0,4	239	58,7	162	39,8	6	1,5
Thüringen	0,4	240	57,6	171	41,0	6	1,4
Deutschland	12,7	8.140	63,9	4.422	34,7	183	1,4

Quelle: Statistisches Bundesamt (2016a)

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste (Tabelle 23) beläuft sich im Jahr 2013 auf 12.745, wovon sich 8.140 (63,9 %) in privater, 4.422 (34,7 %) in freigemeinnütziger und 183 (1,4 %) in öffentlicher Trägerschaft befinden. Es gibt also annähernd doppelt so viele private wie freigemeinnützige Pflegedienste.¹¹ Allerdings variiert die Trägerschaft nach dem Bundesland. Während in Hamburg

¹¹ Legt man die Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen zugrunde, dann dominieren die privaten Pflegedienste nur leicht: 50 % der Pflegebedürftigen werden von den privaten versorgt, während 49 % von den freigemeinnützigen Diensten versorgt werden (Statistisches Bundesamt 2016a: 5 f.).

(77,8 %) und Berlin (78 %) mehr als drei Viertel der Pflegedienste in privater Trägerschaft sind, sind es in Baden-Württemberg "nur" rund die Hälfte (51,1 %).

Die Anteile der Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft sind in Baden-Württemberg (45,4 %) und Bayern (42,4 %) am höchsten und dabei doppelt so hoch wie in Berlin (21,3 %) und Hamburg (21,9 %). Der Anteil der Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft ist, ähnlich wie im stationären Sektor, gering und liegt in allen Bundesländern meist deutlich unter 2 %. Dabei weisen Hessen (3,9 %) und Baden-Württemberg (3,5 %) noch die höchsten Anteile auf. Die Verteilungen nach Trägern im Jahr 2013 sind im Vergleich zu 2009 und 2011 dabei durch eine moderate Verschiebung in Richtung privater Träger gekennzeichnet (vgl. Rothgang et al. 2010: 75). Langfristig ist allerdings ein klarer Trend erkennbar: Während die Zahl der Pflegedienste in privater Trägerschaft von 1999, dem ersten Jahr in dem die Pflegestatistik erhoben wurde, bis 2013 um 47,9 % zugenommen hat, ist die Zahl der freigemeinnützigen und öffentlichen Pflegedienste um 12,3 % bzw. 14,1 % zurückgegangen (Rothgang et al. 2015c).

4.3.2.2 Das Personal der ambulanten Pflegedienste

Die Zahl der Pflegedienste allein ist jedoch wenig aussagekräftig, weil die Größe der Dienste erheblich variiert (siehe Fußnote 11). Um einen besseren Überblick über die Beschäftigungssituation in den ambulanten Pflegediensten zu gewinnen, ist es daher sinnvoll, die Zahl der Beschäftigten zu betrachten. Im Jahr 2013 waren 320.077 Menschen in den ambulanten Pflegediensten beschäftigt (Tabelle 24). Dies entspricht 46,7 % des Heimpersonals im Jahr 2013. Von den Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten waren 26,8 % vollzeitbeschäftigt. 35,5 % waren teilzeitbeschäftigt mit über 50 % der Arbeitszeit, 13,8 % teilzeitbeschäftigt mit bis zu 50 % der Arbeitszeit und 20,4 % geringfügig beschäftigt. Die restlichen Anteile (3,5 %) entfallen auf Praktikanten, Schüler, Auszubildende etc. Damit sind die Beschäftigtenquoten in der ambulanten Pflege gegenüber denen in Pflegeheimen bei den Vollzeitbeschäftigten 3 Prozentpunkte niedriger, während die Quoten bei den geringfügig Beschäftigten 11 Prozentpunkte höher liegen (siehe Abschnitt 4.3.3.2).

Tabelle 24: Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2013

Land	Insgesamt	Vollzeit (in %)	Teilzeit (in %)			Vollzeit- äquivalente
			über 50 %	bis 50 %, nicht gering- fügig	gering- fügig	
Baden-Württemberg	31.823	19,1	27,4	23,0	26,9	18.058
Bayern	41.599	21,0	31,3	17,7	27,8	24.718
Berlin	21.408	37,0	41,8	7,8	12,1	16.041
Brandenburg	14.068	35,4	49,4	5,3	7,9	10.809
Bremen	4.009	20,3	44,9	10,8	23,0	2.589
Hamburg	10.206	28,3	32,5	10,5	26,7	6.540
Hessen	21.575	26,9	30,9	17,2	22,1	13.647
Mecklenburg-Vorp.	8.693	36,4	48,9	5,1	7,1	6.711
Niedersachsen	32.144	18,6	39,1	17,2	22,0	19.632
Nordrhein-Westfalen	67.018	26,9	29,6	13,8	24,9	41.269
Rheinland-Pfalz	12.600	26,8	26,8	16,4	24,3	7.607
Saarland	3.355	23,9	22,6	17,7	28,1	1.872
Sachsen	22.412	34,7	47,8	6,3	6,6	16.812
Sachsen-Anhalt	9.774	38,1	47,8	5,9	7,1	7.664
Schleswig-Holstein	10.078	19,6	39,2	16,4	22,6	6.254
Thüringen	9.315	40,7	43,3	5,8	6,0	7.193
Deutschland	320.077	26,8	35,5	13,8	20,4	207.365

Quelle: Statistisches Bundesamt (2016a)

Anmerkung: In Deutschland sind ca. 3,5 % der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten Praktikanten, Schüler, Auszubildende, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr, Zivildienstleistende oder Helfer im Bundesfreiwilligendienst. Dadurch ergänzen sich die Beschäftigtenquoten der Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten nicht auf 100 %.

In den neuen Bundesländern liegt die Vollzeitbeschäftigtenquote durchgängig deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 26,8 % und beträgt in Thüringen sogar 40,7 %. In den alten Bundesländern liegen mit Hamburg (28,3 %) und Berlin (37 %) nur wenige Bundesländer über dem Bundesdurchschnitt. Die Teilzeitbeschäftigtenquoten mit über 50 % der Arbeitszeit liegen in den neuen Bundesländern zwischen 43,3 % (Thüringen) und 49,4 % (Brandenburg) und fallen

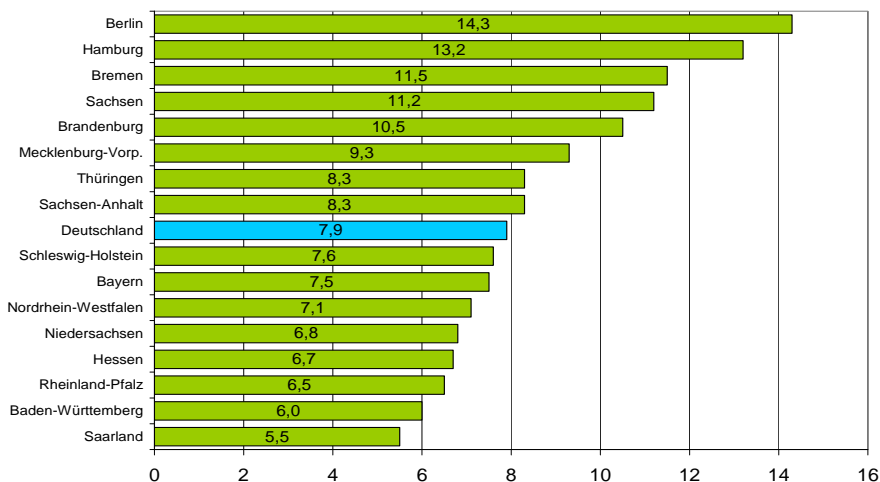
damit ebenfalls hoch aus, während sie in den alten Bundesländern z. T. bis zu 25 Prozentpunkte niedriger liegen (z. B. im Saarland mit 22,6 %). Deutliche West-Ost-Unterschiede zeigen sich auch beim Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit einer Arbeitszeit bis zu 50 % der Regelarbeitszeit und den geringfügig Beschäftigten. Hier liegen wiederum die Anteile in den neuen Bundesländern deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Im Vergleich zu den Jahren 2009 und 2011 (Rothgang et al. 2010; Rothgang et al. 2014) sind die Verteilungen im Jahr 2013 nach dem Umfang des Beschäftigungsverhältnisses recht ähnlich und unterscheiden sich meist nur um einen Prozentpunkt oder weniger.

Aufgrund der starken regionalen Unterschiede im Arbeitsumfang, wonach dieser in Ostdeutschland pro Beschäftigtem deutlich höher liegt, werden zusätzlich die Vollzeitäquivalente ausgewiesen. Die Zahl der Vollzeitäquivalente ergibt sich aus der Zahl der Beschäftigten gewichtet mit der Arbeitszeit der Beschäftigten.¹² Die in Ostdeutschland höheren Arbeitszeiten führen deshalb auch zu höheren Vollzeitäquivalenten pro beschäftigte Person.

4.3.2.3 Verhältnis der Kapazitäten zur Zahl der Pflegebedürftigen

Die Zahl der in den ambulanten Pflegediensten Beschäftigten (in Vollzeitäquivalenten) ermöglicht Aussagen über die Kapazitäten des Sektors. Zur Beurteilung einer Angemessenheit dieser absoluten Kapazität ist ein Vergleich mit der Zahl der möglicherweise zu versorgenden Personen vonnöten – also die Angabe einer relativen Kapazität. Die relative Kapazität lässt sich erfassen durch die Bildung der Relation der absoluten Kapazität in Form von Vollzeitäquivalenten bei den Pflegediensten zur pflegebedürftigen Bevölkerung (Abbildung 14). Dadurch werden die Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste zur Versorgung der pflegebedürftigen Bevölkerung erkennbar.

¹² Durch die Umrechnung in Vollzeitäquivalent lassen sich die unterschiedlichen Beschäftigungsformen vergleichen. Die zur Umrechnung verwendeten Gewichte betragen 0,75 für die Teilzeitbeschäftigten mit über 50 % der Arbeitszeit, 0,45 für die Teilzeitbeschäftigten mit bis zu 50 % der Arbeitszeit (ohne geringfügige) und 0,25 für die geringfügig Beschäftigten (Rothgang et al. 2009: 181 ff.).

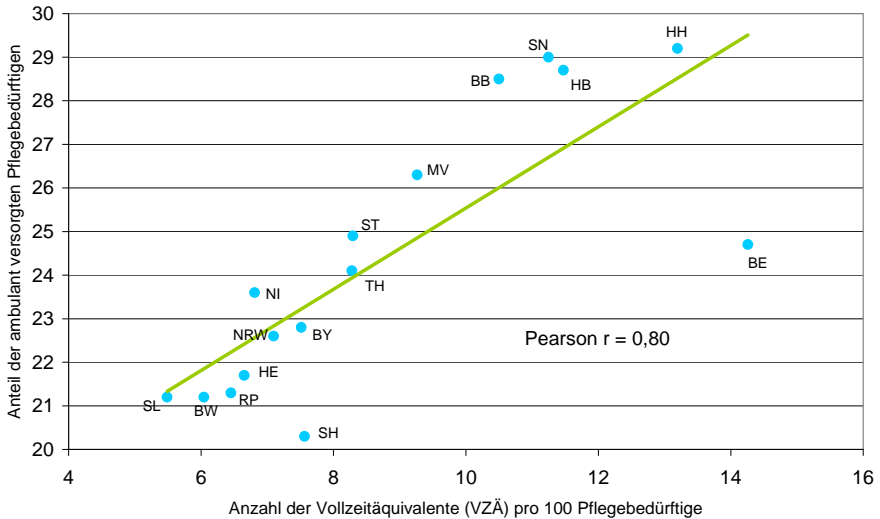


Quellen: Tabelle 16 und Tabelle 24

Abbildung 14: Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste nach Bundesland im Jahr 2013 (Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige)

Zu beobachten sind deutlich höhere relative Kapazitäten in den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen sowie in ganz Ostdeutschland, während in Westdeutschland die relativen Kapazitäten unterhalb des Bundesdurchschnitts von 7,9 Vollzeitäquivalenten in der ambulanten Pflege je 100 Pflegebedürftige liegen.

Auffallend ist die große Variation zwischen den Bundesländern. Beispielsweise sind in Berlin die relativen Kapazitäten in der ambulanten Pflege mehr als zweimal so hoch wie in Baden-Württemberg. Diese regional höchst ungleiche Verteilung der relativen ambulanten Pflegekapazitäten wirft die Frage auf, ob diese Angebotsstrukturen auch eine unterschiedliche Inanspruchnahme der ambulanten Leistungen nach sich ziehen. Zur Beantwortung dieser Frage werden die in Abbildung 14 berichteten Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige zum Anteil der durch Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen in Beziehung gesetzt. Wie zu sehen ist, besteht ein erkennbarer Zusammenhang: Je höher die relative Kapazität der ambulanten Pflegedienste in den einzelnen Bundesländern ist, desto höher ist auch der Anteil, zu dem die Pflegebedürftigen Leistungen durch die Pflegedienste in diesem Bundesland in Anspruch nehmen. Unterschiedliche



Quellen: Tabelle 15 und Tabelle 16

Abbildung 15: Kapazitäten ambulanter Pflegedienste je 100 Pflegebedürftige nach dem Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen nach Bundesland

Versorgungsarrangements korrespondieren somit mit der Angebotsstruktur. Dabei kann dieser Zusammenhang grundsätzlich in beide Richtungen interpretiert werden. Einerseits kann er anzeigen, dass Angebote insbesondere dort entstehen, wo eine große Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen besteht (nachfrageinduziertes Angebot). Andererseits kann der Zusammenhang im Sinne angebotsinduzierter Nachfrage gedeutet werden, also als Indiz dafür, dass sich das Angebot (an ambulanter Pflege) sich auch seine Nachfrage schafft.

Im Unterschied zum Jahr 2011, in dem diese Analysen erstmalig durchgeführt wurden (Rothgang et al. 2014), nimmt die Stärke des statistischen Zusammenhang sogar von 0,74 auf 0,80 zu (Pearsons r).

4.3.3 Die stationären Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die stationären Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern im Jahr 2013. Dazu wird zuerst die allgemeine Verbreitung der Heime sowie deren Trägerschaft beschrieben (Abschnitt 4.3.3.1). Im Anschluss daran wird auf das Personal in den stationären Einrichtungen (Abschnitt 4.3.3.2) sowie auf die Heimkapazitäten (Abschnitt 4.3.3.3) eingegangen, die mit Bezug auf die Bettenzahl präsentiert werden. Abschließend wird auf die Heimentgelte eingegangen (Abschnitt 4.3.3.4).

4.3.3.1 Die stationären Einrichtungen nach Trägern

Die Zahl der Pflegeheime beläuft sich im Jahr 2013 auf 13.030, wovon 7.063 (54,2 %) in freigemeinnütziger, 5.349 (41,1 %) in privater und 618 (4,7 %) in öffentlicher Trägerschaft sind (Tabelle 25). Freigemeinnützige Träger sind im stationären Bereich also häufiger als private, während es bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen umgekehrt ist (vgl. Abschnitt 4.3.2.1). Die Trägerschaft variiert dabei z. T. stark nach Bundesland. Während sich beispielsweise in Schleswig-Holstein (66,9 %) und in Niedersachsen (58,5 %) die Mehrzahl der Heime in privater Trägerschaft befindet, sind es in Mecklenburg-Vorpommern (31,8 %) und Brandenburg (33,4 %) rund ein Drittel. Die Pflegeheime in freigemeinnütziger Trägerschaft sind entsprechend in Brandenburg (62,8 %), Mecklenburg-Vorpommern (64,8 %), dem Saarland (64,2 %) und Nordrhein-Westfalen (63,3 %) anteilmäßig am stärksten verbreitet, während ihr Anteil in Schleswig-Holstein (29,6 %) und Niedersachsen (39,4 %) am geringsten ist. Pflegeheime in öffentlicher Trägerschaft sind selten, aber noch stärker verbreitet als ambulante Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft. In den Stadtstaaten Hamburg und Bremen gibt es allerdings nur ein bzw. kein Pflegeheim dieses Trägertyps. Die mit Abstand höchsten Anteile an Heimen öffentlicher Träger finden sich in den südlichen Ländern Bayern (8,9 %), Baden-Württemberg (7,1 %) und Thüringen (5,8 %). Die Verteilung der Träger auf die einzelnen Bundesländer im Jahr 2013 unterscheidet sich dabei nicht wesentlich von der Verteilung des Jahres 2011.

Tabelle 25: Die stationären Pflegeeinrichtungen nach Art des Trägers in den Bundesländern im Jahr 2013

Land	Anzahl (in Tsd.)	Private	%	Freigemeinnützige	%	Öffentliche	%
Baden-Württemberg	1,7	528	31,8	1.015	61,1	118	7,1
Bayern	1,8	595	34,0	1.000	57,1	156	8,9
Berlin	0,4	191	50,5	171	45,2	16	4,2
Brandenburg	0,4	148	33,4	278	62,8	17	3,8
Bremen	0,1	42	43,8	54	56,3	-	-
Hamburg	0,2	101	52,3	91	47,2	1	0,5
Hessen	0,8	396	48,6	380	46,6	39	4,8
Mecklenburg-Vorp.	0,3	111	31,8	226	64,8	12	3,4
Niedersachsen	1,8	1.040	58,5	701	39,4	37	2,1
Nordrhein-Westfalen	2,5	794	32,3	1.555	63,3	109	4,4
Rheinland-Pfalz	0,5	193	39,2	290	58,9	9	1,8
Saarland	0,2	52	34,4	97	64,2	2	1,3
Sachsen	0,9	325	37,5	501	57,9	40	4,6
Sachsen-Anhalt	0,5	236	45,6	267	51,6	14	2,7
Schleswig-Holstein	0,7	448	66,9	198	29,6	24	3,6
Thüringen	0,4	149	36,2	239	58,0	24	5,8
Deutschland	13,0	5.349	41,1	7.063	54,2	618	4,7

Quelle: Statistisches Bundesamt (2016c)

In der Summe lässt sich somit zusammenfassen: Im Norden dominieren die privaten Träger, im Süden, Westen und Osten dominieren die freigemeinnützigen Träger und die öffentlichen Träger spielen eine untergeordnete Rolle. Nur im Süden werden bedeutendere Anteile für öffentliche Träger erreicht.

4.3.3.2 Das Personal der stationären Einrichtungen

Im Jahr 2013 waren 685.447 Menschen in Heimen beschäftigt (Tabelle 26). Davon waren 29,7 % vollzeitbeschäftigt, mit 37,6 % ein größerer Anteil teilzeitbeschäftigt mit über 50 % der Arbeitszeit, 14,9 % teilzeitbeschäftigt mit bis zu 50 % der Arbeitszeit und 9,4 % geringfügig beschäftigt. Weitere 8,4 % rekrutieren sich aus Praktikanten, Schülern und Auszubildenden, Helfern im freiwilligen sozialen Jahr, Zivildienstleistenden oder Helfern im Bundesfreiwilligendienst. Die

Tabelle 26: Personal der stationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2013

Land	Insgesamt	Vollzeit (in %)	Teilzeit (in %)			Vollzeit- äquivalente
			über 50 %	bis 50 %, nicht gering- fügig	gering- fügig	
Baden-Württemberg	90.597	28,3	31,3	18,4	11,3	56.915
Bayern	96.530	33,5	36,6	15,0	7,7	67.252
Berlin	20.632	42,3	40,5	6,5	5,3	15.864
Brandenburg	17.234	27,6	54,2	7,2	4,4	12.515
Bremen	5.859	21,4	51,4	9,5	11,6	3.933
Hamburg	12.650	39,6	35,1	7,6	10,3	9.098
Hessen	46.101	33,8	30,9	15,5	11,2	30.796
Mecklenburg-Vorp.	13.696	23,2	60,6	6,6	3,5	9.925
Niedersachsen	80.255	29,4	36,0	15,5	11,8	53.234
Nordrhein-Westfalen	158.336	26,7	33,4	18,7	11,7	99.899
Rheinland-Pfalz	31.509	29,2	31,1	19,4	9,5	20.063
Saarland	9.479	39,7	21,8	16,4	10,5	6.263
Sachsen	34.997	21,5	59,4	5,3	3,3	24.222
Sachsen-Anhalt	20.071	27,9	57,7	5,4	2,9	14.900
Schleswig-Holstein	29.707	36,4	34,3	13,0	10,1	20.950
Thüringen	17.794	25,2	57,2	5,8	3,2	12.728
Deutschland	685.447	29,7	37,6	14,9	9,4	459.034

Quelle: Statistisches Bundesamt (2016c)

Anmerkung: In Deutschland sind ca. 8 % der Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen Praktikanten, Schüler, Auszubildende, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr, Zivildienstleistende oder Helfer im Bundesfreiwilligendienst. Dadurch ergänzen sich die Beschäftigtenquoten der Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten nicht auf 100 %.

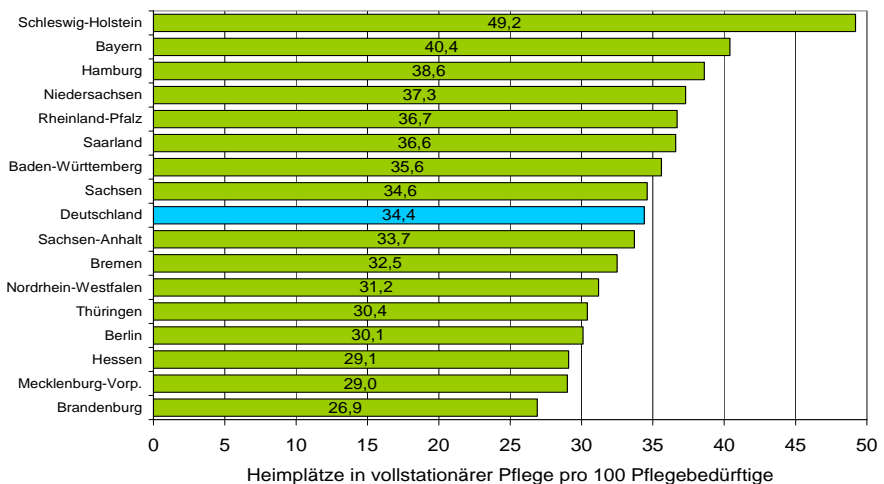
Zahl der Beschäftigten im Pflegeheim ist dabei seit 1999 um ca. 55 % gestiegen, wobei gleichzeitig die Vollzeitbeschäftigtenquote von 48 % (Rothgang et al. 2015b; Rothgang et al. 2014) auf 29,7 % abgenommen hat.

In den neuen Bundesländern liegt die Vollzeitbeschäftigtenquote dabei durchgängig unter dem Bundesdurchschnitt von 29,7 % und beträgt in Sachsen sogar nur 23,2 %. In den alten Bundesländern liegen Bremen (21,4 %), Nordrhein-

Westfalen (26,7 %), Baden-Württemberg (28,3 %) und Rheinland-Pfalz (29,2 %) unter dem Bundesdurchschnitt. Die Teilzeitbeschäftigtenquoten mit über 50 % der Arbeitszeit liegen dagegen in den neuen Bundesländern zwischen 54,2 % (Brandenburg) und 60,6 % (Mecklenburg-Vorpommern) und damit höher als in Westdeutschland, während sie in den alten Bundesländern z. T. sogar über 30 Prozentpunkte niedriger liegen (z. B. im Saarland mit 21,8 %). Deutliche West-Ost-Unterschiede zeigen sich auch bei einer Arbeitszeit bis zu 50 % und den geringfügig Beschäftigten. Hier liegen die Anteile in den neuen Bundesländern deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Darüber hinaus sind im Saarland (9 %), in Baden-Württemberg (8,8 %) und Rheinland-Pfalz (8,6 %) auffallend viele Praktikanten, Schüler oder Auszubildende in Pflegeheimen beschäftigt (nicht in der Tabelle wiedergegeben).

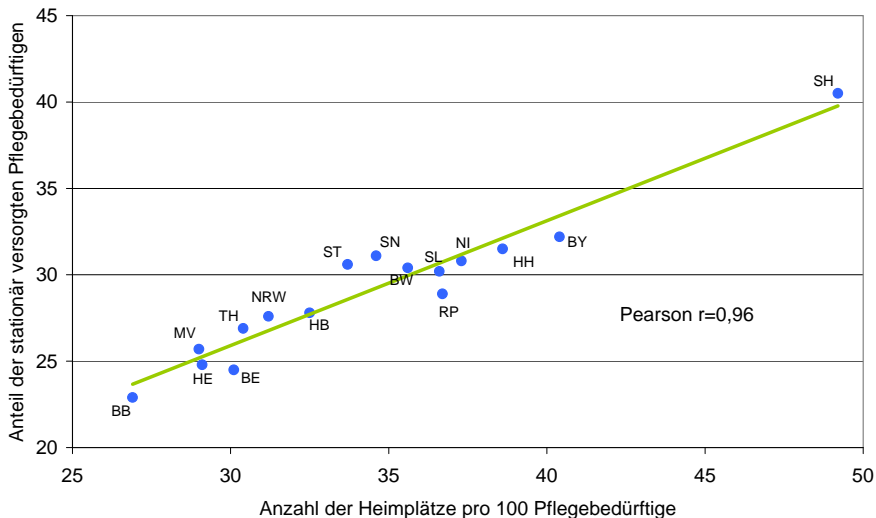
In Ostdeutschland findet somit eine Konzentration der Arbeitszeit auf Teilzeitbeschäftigung mit über 50 % der Regelarbeitszeit statt. Weniger und mehr Arbeitszeit im Monat ist im Vergleich zu den alten Bundesländern seltener.

4.3.3.3 Die Kapazitäten in den stationären Pflegeeinrichtungen



Quellen: (Statistisches Bundesamt 2016c, 2016d)

Abbildung 16: Kapazitäten der vollstationären Pflegeeinrichtungen



Quellen: (Statistisches Bundesamt 2016c, 2016d)

Abbildung 17: Heimkapazitäten in der stationären Pflege im Jahr 2013 nach dem Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen nach Bundesland

In Abbildung 16 ist die Anzahl der Heimplätze für eine vollstationäre Dauerpflege ins Verhältnis zu 100 pflegebedürftigen Menschen im jeweiligen Bundesland gesetzt. Dadurch wird die regionale Verteilung der Heimkapazitäten erkennbar, die im Norden und Süden besonders ausgeprägt sind. In Schleswig-Holstein gibt es mit 49,2 Heimplätzen pro 100 Pflegebedürftigen die höchste Kapazität. Zudem weisen im Norden Hamburg (38,6) und Niedersachsen (37,3) recht hohe Kapazitäten auf, während im Süden vor allem Bayern (40,4) und Baden-Württemberg (35,6) über dem Bundesdurchschnitt von 34,4 liegen.

Die wenigsten Heimplätze pro Bevölkerung finden sich in Brandenburg (26,9). Der nördliche Teil von Deutschland verfügt damit überwiegend über hohe stationäre Pflegekapazitäten. Auffallend ist – verglichen mit der recht hohen Variation der Kapazitäten nach den Bundesländern in der ambulanten Pflege (Variationskoeffizient = 0,3) – allerdings die vergleichsweise große Homogenität in den stationären Pflegekapazitäten (Variationskoeffizient = 0,15).

Analog zu den ambulanten Kapazitäten stellt sich die Frage, ob diese regional ungleichen stationären Angebotsstrukturen auch mit unterschiedlichen Inanspruchnahmeraten verbunden sind. Dazu werden die Abbildung 17 berichteten Heimplätze je 100 Pflegebedürftige zum Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen in Beziehung gesetzt. Wie in der Abbildung zu sehen ist, besteht ein bemerkenswerter Zusammenhang: Je höher die Kapazität der stationären Pflegeheime in den einzelnen Bundesländern ist, desto höher ist auch der Anteil, zu dem die Pflegebedürftigen stationäre Pflegeleistungen in diesem Bundesland beziehen.

Der Zusammenhang ist bei den stationären Leistungen ($r = 0,96$) noch deutlich stärker als bei den ambulanten Leistungen ($r = 0,80$) und hat sich wie bei den ambulanten Leistungen gegenüber 2011 erhöht ($0,96$ gegenüber $0,94$).

4.3.3.4 Die Heimentgelte

Die Leistungshöhen der Pflegeversicherung im Bereich der stationären Pflege sind durch das PfWG erstmalig angepasst worden. Trotzdem blieben die maximalen Leistungssummen für Pflegestufe I und Pflegestufe II bis zum 31.12.2014 weiterhin eingefroren auf einer Höhe von 1.023 € bzw. 1.279 €. Die Leistungen in Pflegestufe III sind dagegen zum 1.7.2008, zum 1.1.2010 und bis zum Berichtsjahr 2013 letztmalig zum 1.1.2012 angepasst worden. Ab dem 1.1.2012 bis zum 31.12.2014 betragen sie in Pflegestufe III 1.550 € bzw. 1.918 € für Härtefälle. Durch das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) wurden die Leistungen ab 1.1.2015 in Pflegestufe I auf 1.064 €, in Pflegestufe II auf 1.330 € und in Pflegestufe III auf 1.612 € bzw. auf 1.995 € für Härtefälle erhöht. Diese Leistungen beziehen sich dabei ausschließlich auf die Finanzierung der Pflegekosten im Heim.

Die Gesamtentgelte, die für einen Pflegeplatz in Einrichtungen der stationären Pflege in Rechnung gestellt werden ("Gesamtheimentgelte" nach § 87a SGB XI) liegen jedoch erheblich höher. Sie enthalten

- die Pflegesätze, also die "Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die soziale Betreuung und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach

§ 37 des Fünften Buches besteht, für die medizinische Behandlungspflege" (§ 84 Abs. 1 SGB XI),

- die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die so genannten "Hotelkosten", sowie
- die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten.¹³

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind dabei deutlich geringer als die durchschnittlichen Pflegesätze. Da zudem die Hotelkosten und die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten vom Pflegebedürftigen getragen werden müssen, decken die Pflegeversicherungsleistungen deutlich weniger als die Hälfte des Gesamtheimentgelts ab (Rothgang et al. 2013: 121 ff.).

Hieraus ergibt sich dann eine Leistungspflicht der Sozialhilfeträger: Ein Teil der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege ist nämlich nicht in der Lage, die Gesamtkosten des Heimaufenthalts aus eigenem Einkommen (und Vermögen) zu finanzieren und daher auf Hilfe zur Pflege als SGB XII-Leistung angewiesen. Der Unterstützungsbedarf fällt dabei bei geringem eigenem Einkommen in der Regel im Pflegeheim höher aus als bei ambulanter Pflege. Mit einer steigenden Zahl an Pflegeheimbewohnern kann daher auch – ceteris paribus – von steigenden Ausgaben für die Sozialhilfeträger ausgegangen werden. Da mit der Pflegestufe in der Regel auch die Eigenanteile steigen, steigt damit auch die Wahrscheinlichkeit eines Sozialhilfebezugs (Rothgang et al. 2012: 30).¹⁴

Wie hoch die individuellen Entgelte in der stationären Pflege für die Pflege, Unterkunft und Verpflegung insgesamt in den einzelnen Bundesländern sind, wird

¹³ Die den Bewohnern gesondert in Rechnung gestellten *Investitionskosten* müssen bei der Auswertung der Pflegestatistik vernachlässigt werden, da sie nicht erhoben werden. Diese belaufen sich auf durchschnittlich 11,57 Euro pro Tag im Jahr 1999 (Augurzky et al. 2007: 25) bzw. 13 Euro pro Tag im Jahr 2010 (Schmidt & Schneckloth 2011: 157). Weiterhin werden *Zusatzleistungen* in Form von besonderen Komfortleistungen und die *Ausbildungsumlage* gemäß § 82a SGB XI ebenfalls wegen fehlender Erfassung im Folgenden nicht berücksichtigt.

¹⁴ Durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) wird es ab dem 1.1.2017 einen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) für die pflegebedingten Kosten der Pflegegrade 2 bis 5 geben, der im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen ermittelt wird. Mit einer Erhöhung des Pflegegrads wird damit der Eigenanteil nicht mehr steigen.

nachfolgend beschrieben. Die Höhe der Pflegesätze (=Vergütung für allgemeine Pflegeleistungen und soziale Betreuung) richtet sich nach den einzelnen Pflegeklassen (denen die Pflegestufen entsprechen): Im Jahr 2013 belaufen sich die bundesdurchschnittlichen Pflegesätze bei Pflegestufe I auf 46,51 €, bei Pflegestufe II auf 61,69 € und bei Pflegestufe III auf 77,80 € pro Tag. Zusätzlich sind Entgelte für Unterkunft und Verpflegung zu zahlen, die für alle Pflegestufen einheitlich sind und die sich 2013 im Bundesdurchschnitt auf 21,43 € pro Tag belaufen. Von jedem Pflegebedürftigen im Heim der Pflegestufe I, der 2013 eine vollstationäre Dauerpflege beansprucht, sind also durchschnittlich zusammen 67,94 € pro Tag für Pflege, Unterkunft und Verpflegung an das Heim zu entrichten. Das sind bei durchschnittlich 30,4 Tagessätzen 2.065 € pro Monat. Bei Pflegestufe II ergeben sich Monatsbeträge von 2.527 € und bei Pflegestufe III von 3.017 €. Hinzuzurechnen sind noch anrechenbare Investitionskosten von durchschnittlich ca. 406 Euro (Rothgang et al. 2015b: 110).

Dass die Höhe dieser Entgelte regional höchst unterschiedlich ausfällt, ist in Tabelle 27 dokumentiert. Dabei ist zu beachten, dass die in den Rahmenverträgen auf Landesebene gemäß § 75 SGB XI vorgenommene Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen und den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung in den einzelnen Bundesländern höchst unterschiedlich geregelt ist (Augurzky et al. 2008: 25 ff.).¹⁵ Dabei nimmt Nordrhein-Westfalen einen deutlichen Spitzenplatz ein: Die Hotelkosten liegen um annähernd 180 € höher als in Hamburg, dem Land mit den zweithöchsten Hotelkosten. Ein Vergleich der Pflegesätze ohne Berücksichtigung der "Hotelkosten" kann daher zu erheblichen Verzerrungen führen, denen entgegengetreten werden kann, indem – wie in Tabelle 27 – in jeder Pflegeklasse die Summe aus Pflegeentgelten sowie Entgelten für Unterkunft und Verpflegung angegeben wird. Die reinen Hotelkosten sind weiterhin nachrichtlich enthalten. Neben den Entgelten enthält die Tabelle auch die Ränge der Länder in einem Ranking der Entgelte.

¹⁵ Hierbei geht es insbesondere um Aufwendungen aus den Bereichen Betriebsverwaltung, Steuern, Abgaben, Versicherung, Energieaufwand, Wasserver- und -entsorgung, Abfallentsorgung, Wäschereinigung, Gebäudereinigung, Wirtschaftsbedarf und allgemeiner Materialaufwand.

Tabelle 27: Vergütung der Vollstationären Dauerpflege in den Bundesländern im Jahr 2013

Land	Pflegesatz nach Pflegeklasse zuzüglich "Hotelkosten"						nachrichtlich: Entgelt für Unterkunft & Verpflegung
	I		II		III		
	Entgelt	Rang	Entgelt	Rang	Entgelt	Rang	
Baden-Württemberg	2.270	3	2.756	3	3.294	3	679
Bayern	2.217	4	2.618	6	2.914	10	578
Berlin	2.119	5	2.682	4	3.091	6	535
Brandenburg	1.809	12	2.142	13	2.673	13	531
Bremen	1.804	13	2.472	10	2.917	9	675
Hamburg	2.038	8	2.636	5	3.243	5	712
Hessen	1.960	10	2.487	9	3.010	8	577
Mecklenburg-Vorp.	1.729	14	2.110	14	2.570	15	504
Niedersachsen	1.868	11	2.269	12	2.677	12	532
Nordrhein-Westfalen	2.310	1	2.900	1	3.511	1	891
Rheinland-Pfalz	2.134	5	2.550	7	3.243	4	727
Saarland	2.302	2	2.865	2	3.439	2	751
Sachsen	1.604	17	1.959	17	2.476	16	469
Sachsen-Anhalt	1.682	16	2.055	16	2.366	17	497
Schleswig-Holstein	2.015	9	2.369	11	2.740	11	644
Thüringen	1.711	15	2.106	15	2.581	14	597
Deutschland	2.065	7	2.529	8	3.017	7	651

Quelle: Statistisches Bundesamt (2016c)

Wie die Tabelle zeigt, weist Nordrhein-Westfalen in allen Pflegestufen (die sich eins-zu-eins in den Pflegeklassen spiegeln) die höchsten Entgelte auf. Hohe Entgelte finden sich auch im Saarland und in Baden-Württemberg. Niedrige Entgelte sind dagegen regelmäßig in Ostdeutschland zu finden: Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern weisen in allen Pflegestufen jeweils die niedrigsten Entgelte auf. Die relativen Rangpositionen entsprechen dabei weitgehend denen im Jahr 2011 (Rothgang et al. 2014: 103). Durch

die regional unterschiedliche Höhe der Entgelte, resultieren daraus auch regional unterschiedliche Eigenanteile in der stationären Pflege.¹⁶

4.3.4 Die Zahl der Pflegepersonen

Ein zentrales Anliegen der Pflegeversicherung ist die Stärkung der häuslichen Pflege. So besagt § 3 SGB XI ausdrücklich: "Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor." Um die Entwicklung der Familienpflege genauer bewerten zu können, ist eine Bestimmung der Zahl der Pflegepersonen erforderlich. Einen ersten Anhaltspunkt für die Anzahl von Pflegepersonen bietet die Zahl der Leistungsempfänger von Pflegegeld und Sachleistungen (vgl. Abschnitt 4.2.2). Hier wird deutlich, dass die Zahl der Pflegegeldempfänger und mehr noch die Zahl der insgesamt häuslich gepflegten Pflegebedürftigen kontinuierlich steigen. Demnach wäre eine stetige Erhöhung der Zahl der Pflegepersonen zu erwarten.

Die Anzahl der an der häuslichen Pflege beteiligten Personen ist deutlich höher als die Anzahl der Pflegebedürftigen, u. a., weil sich mehrere Personen die Pflege aufteilen können. So werden gemäß einer Repräsentativerhebung von Infratest im Jahr 2010 zwar 30 % aller Pflegebedürftigen von einer Hauptpflegeperson gepflegt. Dem stehen aber 26 % der Pflegebedürftigen gegenüber, die von zwei, 17 % die von drei Pflegepersonen und 20 % die von vier und mehr privaten Pflegepersonen versorgt werden (Schmidt & Schneekloth 2011: 26).

Es können zwar einige Untersuchungen gestützt auf kleinere Befragtengruppen von pflegenden Angehörigen angeführt werden, die deren spezifische Situation

¹⁶ Da die Investitionskosten regional stark divergieren und zudem nicht dokumentiert sind, lassen sich die Eigenanteile, die in der stationären Pflege insgesamt aufgebracht werden müssen, nicht regional differenziert wiedergeben. Für einen Überblick über die Eigenanteile in der stationären Pflege auf Bundesebene die insgesamt aufgebracht werden müssen, siehe (Rothgang et al. 2015b: 110).

darstellen,¹⁷ Informationen über die Entwicklung der Zahl der Pflegepersonen im Zeitverlauf liegen bislang jedoch nur vereinzelt vor.¹⁸ Die Gründe liegen vor allem darin, dass repräsentative Erhebungen zur Anzahl von Pflegepersonen und zum Ausmaß von Pflegetätigkeiten fehlen. Um diese Lücke zu schließen, wird in Abschnitt 0 auf Basis des SOEP auf die Zahl der Pflegepersonen in der häuslichen Pflege eingegangen und über die zeitliche Entwicklung und die Altersverteilung der Pflegepersonen im Vergleich von West- und Ostdeutschland berichtet.

Pflegepersonen im Sozio-ökonomischen Panel

Im Sozio-ökonomischen Panel (SOEP) werden Pflegetätigkeiten von mindestens 1 Std. pro Tag – repräsentativ für Deutschland – abgebildet. Damit kann ein umfassenderer Überblick über die Verbreitung von Pflegetätigkeiten gewonnen werden. Die Pflegetätigkeiten wurde über die Frage erhoben: "Wie viele Stunden pro Tag entfallen bei Ihnen an einem durchschnittlichen Werktag (bzw. Samstag/Sonntag) auf die folgenden Tätigkeiten – Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Personen?" Wird die Entwicklung in Tabelle 28 für Westdeutschland, bzw. in Tabelle 29 für Ostdeutschland betrachtet, dann zeigt sich, dass den 1,87 Mio. Pflegebedürftigen im Jahr 2013 (vgl. Abschnitt 4.2), die zu Hause gepflegt werden (also Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistungen beziehen), ca. 3,5 Mio. (2,6 Mio. in Westdeutschland und 852 Tsd. in Ostdeutschland) und damit etwa mehr als doppelt so viele Pflegenden gegenüberstehen. Für das Jahr 2014 erhöht sich deren Anzahl auf insgesamt 4,5 Mio.

¹⁷ Zu nennen ist hier insbesondere die EUROFAMCARE-Studie, bei der in sechs Ländern (Deutschland, Griechenland, Italien, Polen, Schweden, Vereinigtes Königreich) jeweils ca. 1.000 pflegende Angehörige älterer Menschen ab 65 Jahren befragt wurden (vgl. Döhner et al. 2007). Auch die MUG I und die MUG III-Studie erlaubt zwar einen Vergleich von Merkmalen der Hauptpflegepersonen über eine Dekade hinweg, jedoch nur zu zwei Zeitpunkten.

¹⁸ Auszählungen auf Basis von Daten der Deutschen Rentenversicherung beziehen sich – im Unterschied zum SOEP, in dem alle Pflegetätigkeiten dokumentiert sind – auf wenigstens 2 Pflegestunden täglich und sind auf die Altersjahre bis 65 beschränkt (Rothgang et al. 2014).

Tabelle 28: Pflegepersonen in Westdeutschland nach Jahr, Geschlecht und Anteil an der Bevölkerung (in Tsd.)¹⁾

	Insgesamt	Männer	Anteil an der männlichen Bevölkerung über Alter 18	Frauen	Anteil an der weiblichen Bevölkerung über Alter 18
2001	2.307	840	3,5	1.467	5,7
2002	2.532	969	4,2	1.563	6,2
2003	2.649	982	4,1	1.667	6,5
2004	2.679	1.038	4,4	1.641	6,3
2005	2.424	894	3,7	1.530	5,8
2006	2.637	943	4,0	1.694	6,6
2007	2.705	1.065	4,4	1.640	6,4
2008	2.945	1.062	4,5	1.883	7,4
2009	2.599	900	3,8	1.699	6,7
2010	2.991	1.029	4,4	1.962	7,8
2011	2.344	847	3,5	1.497	5,6
2012	3.098	1.177	4,6	1.921	7,0
2013	2.608	982	4,3	1.626	6,5
2014	3.686	1.467	5,6	2.219	7,9
Ø 2001-2014	2.729	1.014	4,2	1.715	6,6

¹⁾ Abweichungen gegenüber früheren Werten (Rothgang et al. 2015b) resultieren aus angepassten Hochrechnungsgewichten im SOEP.

Quelle: SOEP, V31, Ergebnisse hochgerechnet auf die Bevölkerung der BRD

Die Entwicklung verläuft dabei – unter starken Schwankungen – in West- und Ostdeutschland etwas unterschiedlich. Während in Westdeutschland in den 2010er Jahren tendenziell eine Zunahme der Pflegepersonen gegenüber den 2000er Jahren zu verzeichnen war (sowohl bei den Männern, als auch bei den Frauen), blieb die Zahl der Pflegepersonen in Ostdeutschland eher konstant. Der Anteil der pflegenden Männer an allen Männern im Alter über 18 Jahren beträgt in Westdeutschland durchschnittlich 4,2 % und der der pflegenden Frauen an allen Frauen über 18 Jahren durchschnittlich 6,6 %. In Ostdeutschland liegen die Anteile von pflegenden Männern und Frauen mit 5,6 % bzw. 8,0 % genau 1,4 Prozentpunkte höher. Der Anteil der an der Pflege beteiligten Männer an allen Pflegenden ist dagegen in West- und Ostdeutschland recht ähnlich und beträgt

Tabelle 29: Pflegepersonen in Ostdeutschland nach Jahr, Geschlecht und Anteil an der Bevölkerung (in Tsd.)¹⁾

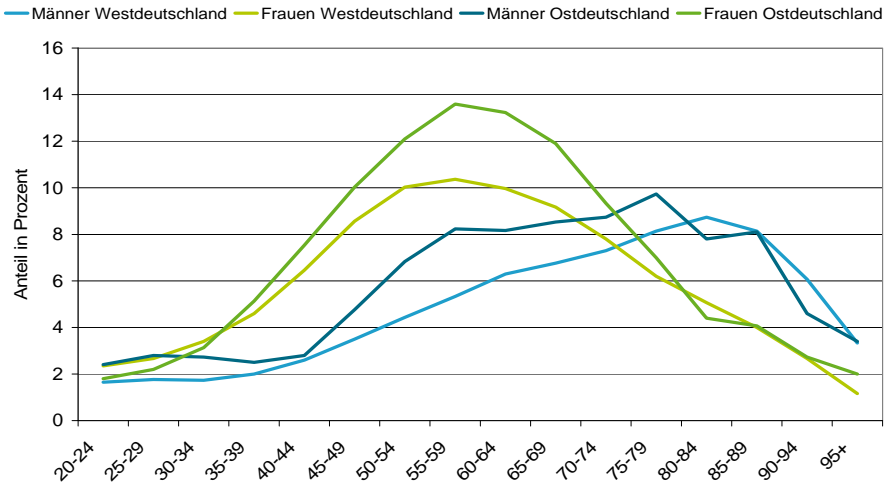
	Insgesamt	Männer	Anteil an der männlichen Bevölkerung über Alter 18	Frauen	Anteil an der weiblichen Bevölkerung über Alter 18
2001	772	291	5,1	481	7,9
2002	689	289	5,0	400	6,6
2003	814	329	5,7	485	8,0
2004	877	365	6,4	512	8,6
2005	780	322	5,6	458	7,5
2006	801	352	6,2	449	7,6
2007	818	302	5,3	516	8,5
2008	805	329	6,0	476	8,4
2009	696	231	4,1	465	7,8
2010	810	322	5,9	488	8,8
2011	728	312	5,6	416	7,3
2012	775	328	5,8	447	7,8
2013	852	369	6,7	483	8,5
2014	772	287	5,1	485	8,0
Ø 2001-2014	785	316	5,6	469	8,0

¹⁾ Abweichungen gegenüber früheren Werten (Rothgang et al. 2015b) resultieren aus angepassten Hochrechnungsgewichten im SOEP.

Quelle: SOEP, V31, Ergebnisse hochgerechnet auf die Bevölkerung der BRD

in Westdeutschland durchschnittlich 37 % und in Ostdeutschland 40 %, wobei über den beobachteten Zeitraum kein Trend erkennbar ist. Mit Ausnahme der Männerquote für 2014 sind die Anteilswerte für Ostdeutschland allerdings immer größer als für Westdeutschland.

Für die Entwicklung vor 2001 zeigt ein Vergleich der MUG I-Studie mit der MUG III-Studie einen Anstieg des Anteils pflegender Männer von 17 % im Jahr 1991 auf 27 % im Jahr 2002 (Schneekloth & Wahl 2005: 77), der sich jedoch, wie die vorliegenden Befunde zeigen, danach nicht weiter fortgesetzt hat. Weitere Vergleichsstudien zur repräsentativen Verbreitung der Pflegepersonen zwischen 2000 und heute liegen bislang nicht vor.



Quelle: SOEP, v31, durchschnittliche Anteilswerte der Jahre 2001-2014 (gleitender Durchschnitt), hochgerechnete Ergebnisse auf die BRD

Abbildung 18: Anteilswerte der Pflegepersonen nach Alter, Geschlecht und Erhebungsgebiet

Abbildung 18 zeigt die Übernahme von Pfl egetätigkeiten im Lebenszyklus. Der Verlauf der Kurven ist dabei in Ost- und Westdeutschland ähnlich, bis zum Alter von 80 Jahren sind die Anteile der Pflegenden in Ostdeutschland allerdings größer als in Westdeutschland und korrespondieren so mit den in Tabelle 28 und Tabelle 29 gezeigten insgesamt höheren Anteilswerten.

Wie die Abbildung zeigt, ist der Anteil pflegender Frauen im Alter von 40 bis 74 Jahren am höchsten, während die meisten Männer etwas "später" im Lebensverlauf pflegen und damit der Anteil der pflegenden Männer im Alter zwischen 55 bis 85 am höchsten ist. Deutlich wird auch, dass – wenn auch sehr gering ausgeprägt – weit über das 85. Lebensjahr hinaus gepflegt wird. Dass Männer verstärkt in höherem Alter als Frauen pflegen, liegt vermutlich daran, dass Männer ihre Partnerinnen pflegen, die zwar insgesamt eine höhere Lebenserwartung als Männer aufweisen, aber anteilig mehr Lebensjahre in Krankheit verbringen als Männer (Unger 2015). Vor allem aber sind Männer in den höheren Altersjahren – bei gleichem Alter – seltener verwitwet als Frauen und pflegen dadurch auch

häufiger ihre Partnerinnen. Der deutlich niedrigere Anteil bei den älteren Frauen resultiert entsprechend daraus, dass sie häufiger verwitwet sind und somit keinen Partner mehr pflegen können. Insgesamt kann damit sowohl von intergenerationaler Pflege (vor allem bei den weiblichen Pflegepersonen) als auch von intragenerationaler Pflege (vor allem bei den männlichen Pflegepersonen) gesprochen werden.

4.3.5 Die Versorgungslücke in der ambulanten- und stationären Versorgung im Jahre 2030

Der deutliche Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen führt für das gesamte Bundesgebiet zu höheren Fallzahlen, die für das Jahr 2030 etwa 3,5 Mio. Pflegebedürftige (+850 Tsd. gegenüber 2013) im Sinne des derzeit geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs erwarten lassen (vgl. Abschnitt 4.2.5). Bei gleichen Versorgungsquoten wie heute resultiert daraus ein zusätzlicher Bedarf an Beschäftigten in der Pflege von 267 Tsd. Vollzeitäquivalenten. Zusammen mit den derzeit 704 Tsd. Vollzeitäquivalenten in der Pflege ergibt sich so ein Bedarf von 981 Tsd. (Rothgang et al. 2016b). Wird unterstellt, dass der Anteil der Erwerbstätigen in der Pflege an allen Erwerbstätigen konstant bleibt, reduziert sich gleichzeitig das Arbeitskräfteangebot in der Pflege aufgrund des demographisch bedingt sinkenden Erwerbspersonenpotentials. Insgesamt entsteht so eine Versorgungslücke an Beschäftigten in der Pflege, die auf insgesamt 352 Tsd. Vollzeitäquivalente (99 Tsd. im ambulanten Bereich und 253 Tsd. im stationären Bereich) beziffert werden kann (Rothgang et al. 2016b).

Bei regionaler Differenzierung nach den einzelnen Bundesländern ergeben sich aufgrund unterschiedlicher Pflegeprävalenzen in den jeweiligen Bundesländern (vgl. Abschnitt 4.2.4) und regional unterschiedlicher Geschwindigkeiten in der Alterung in den Bundesländern (vgl. 4.2.5) auch regional unterschiedliche Versorgungslücken in der ambulanten und stationären Pflege.

Für die Berechnung der Versorgungslücken wurden zunächst die Zahlen der Vollzeitäquivalente (bezogen auf alle Beschäftigten in der Pflege) für das Jahr 2030 geschätzt, die sich aufgrund des Rückgangs des Erwerbspersonenpotentials der 20-64-Jährigen ergeben (dieser Rückgang beläuft sich auf Bundesebene auf 10,8 %). Anschließend wurden die Zahlen der zusätzlichen Pflegebedürfti-

Tabelle 30: Vollzeitäquivalente (2013 und 2030) in der ambulanten und stationären Versorgung (in Tsd.), Versorgungslücke im Jahr 2030 (in Tsd. und in %), Rang der relativen Versorgungslücke

Land	VZÄ in 2013		VZÄ in 2030 ¹⁾		Versorgungslücke			
	amb.	stat.	amb.	stat.	amb.	stat.	rel. ²⁾	Rang
Schleswig-Holstein	6	22	6	20	3	13	56,3	5
Hamburg	7	10	7	10	1	2	22,4	16
Niedersachsen	20	56	18	50	10	29	51,0	8
Bremen	3	4	2	4	1	1	32,6	15
Nordrhein-West.	43	108	38	96	18	49	43,8	13
Hessen	14	33	13	30	6	16	47,1	12
Rheinland-Pfalz	8	22	7	19	4	11	49,6	10
Baden-Württemberg	19	62	18	58	9	33	51,5	7
Bayern	25	71	24	66	12	37	50,7	9
Saarland	2	7	2	6	1	3	47,2	11
Berlin	16	16	16	17	6	7	40,0	14
Brandenburg	11	13	9	11	7	11	75,3	1
Mecklenburg-Vorpommern	7	10	5	8	5	7	68,7	2
Sachsen	17	26	14	21	9	15	53,9	6
Sachsen-Anhalt	8	16	6	11	4	10	60,9	4
Thüringen	7	14	6	10	4	9	62,7	3
Deutschland	213	491	190	438	99	253	50,1	

¹⁾ Veränderung gegenüber 2013 aufgrund des Rückgangs des Erwerbspersonenpotentials (auf Bundesebene 10,8 %)

²⁾ Versorgungslücke in Relation zur Beschäftigtenzahl (VZÄ) 2013 in Prozent

Quelle: Rothgang et al. (2016b)

gen bis zum Jahr 2030 mit dem Versorgungsschlüssel in der ambulanten und in der stationären Pflege (Vollzeitäquivalent pro Pflegebedürftiger Person) des Jahres 2013 multipliziert. Die Berechnungen erfolgten zunächst auf Kreisebene und wurden dann auf die Länder-, bzw. Bundesebene hochaggregiert.

Die Vorausberechnungen (Tabelle 30) zeigen in Absolutwerten die Entwicklungen auf, die auf Ebene der Bundesländer für das Jahr 2030 zu erwarten sind. So führt die Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen bei gleichzeitigem Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter – unter Beibehaltung des heuti-

gen Versorgungsniveaus – zur Entstehung regional jeweils unterschiedlicher Versorgungslücken. Die Bundesländer mit dem höchsten Bevölkerungsanteil weisen danach die in *absoluten* Werten größten Versorgungslücken auf (Nordrhein-Westfalen, Bayern, Niedersachsen). Dennoch weisen die ostdeutschen Bundesländer – verglichen mit der Beschäftigtenanzahl im Jahr 2013 (gemessen in Vollzeitäquivalenten) – *relativ* betrachtet erheblich größere Versorgungslücken auf, als die westdeutschen Bundesländer. Beispielsweise beträgt die größte relativ gemessene Versorgungslücke in Brandenburg 75,3 % der Beschäftigtenzahl des Jahre 2013. Auf Rang 2 bis 4 folgen die ostdeutschen Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Sachsen-Anhalt, deren relative Versorgungslücke mindestens 10 Prozentpunkte über dem bundesdeutschen Durchschnitt liegt.

4.3.6 Fazit zu den Versorgungsformen der Pflegebedürftigen

Pflegebedürftige Menschen werden entweder allein durch Angehörige im häuslichen Umfeld gepflegt, im häuslichen Umfeld durch ambulante Pflegedienste (mit-)versorgt oder in stationären Pflegeeinrichtungen gepflegt.

Die Mehrzahl der ambulanten Pflegedienste ist 2013 – wie in den Jahren 2009 und 2011 – in privater Trägerschaft, wobei deren Anteile in Ostdeutschland tendenziell niedriger sind, als in Westdeutschland. Bezüglich der Vollzeitbeschäftigtenquote bestehen deutliche regionale Unterschiede, mit erheblich höheren Vollzeitbeschäftigtenanteilen in Ostdeutschland, die z. T. sogar bei 40,7 % liegen (Thüringen) und damit den Bundesdurchschnitt von 27 % um die Hälfte überschreiten. Da auch unterhalb der Vollzeitbeschäftigung der Erwerbsumfang in der Pflege in Ostdeutschland tendenziell höher ist, sind die Kapazitäten in der ambulanten Pflege (gemessen als Standardisierung der Vollzeitäquivalente auf die Pflegebedürftigen eines Bundeslandes) in Ostdeutschland erheblich höher als in den westdeutschen Flächenstaaten. In Westdeutschland liegen die Kapazitäten sogar ausnahmslos unter dem Bundesdurchschnitt. Dabei hat sich auch gezeigt, dass die Inanspruchnahmequote ambulanter Pflegedienste mit den Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste in den einzelnen Bundesländern korreliert. Interpretiert man diese Korrelation als angebotsinduzierte Nachfrage,

könnte man formulieren: Das Angebot an ambulanter Pflege schafft sich seine entsprechende Nachfrage – und dies insbesondere in Ostdeutschland.

Im Unterschied zu den ambulanten Pflegediensten ist mehr als die Hälfte der Pflegeheime in freigemeinnütziger Trägerschaft. Auch die Beschäftigungsverhältnisse in den stationären Pflegeeinrichtungen sind von denen in den ambulanten Pflegediensten etwas verschieden. So sind zwar knapp ein Drittel der Beschäftigten in Vollzeit erwerbstätig, in Ostdeutschland jedoch deutlich weniger als in Westdeutschland. Beschäftigungsverhältnisse mit einer Arbeitszeit von über 50 % der Regelarbeitszeit finden sich dagegen häufiger in Ostdeutschland. Insgesamt schlägt sich die Verteilung des Erwerbsumfangs auch in der regionalen Verteilung der Heimkapazitäten nieder, die vor allem im Norden und Süden Deutschlands besonders hoch sind, im Osten Deutschlands dagegen deutlich niedriger. Insgesamt unterscheiden sich die Heimkapazitäten zwischen den Ländern jedoch weniger als die Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste. Analog zu den ambulanten Kapazitäten besteht auch im stationären Bereich eine nach den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Inanspruchnahme. Je höher die Kapazität der stationären Pflegeheime in den einzelnen Bundesländern ist, desto höher ist auch der Anteil, zu dem die Pflegebedürftigen stationäre Pflegeleistungen in diesem Bundesland beziehen. Der Zusammenhang zwischen Angebot und Nachfrage ist bei den stationären Leistungen noch deutlich stärker, als bei den ambulanten Leistungen und hat sich gegenüber dem Jahr 2011 auch etwas erhöht. Auch hier kann vermutet werden, dass sich das Angebot seine Nachfrage zum Teil selbst schafft.

Den 1,87 Mio. Pflegebedürftigen im Jahr 2013, die zu Hause gepflegt werden (also Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistungen beziehen), stehen ca. 3,5 Mio. (2,6 Mio. in Westdeutschland und 852 Tsd. in Ostdeutschland) und damit etwa mehr als doppelt so viele Pflegenden gegenüber. Der Anteil der pflegenden Männer an allen Männern im Alter über 18 Jahren beträgt in Westdeutschland im Zeitraum von 2001 bis 2014 durchschnittlich 4,2 % und der der pflegenden Frauen an allen Frauen über 18 Jahren durchschnittlich 6,6 %. In Ostdeutschland liegen die Anteile von pflegenden Männern und Frauen mit 5,6 % bzw. 8,0 % genau 1,4 Prozentpunkte höher. Der Anteil der an der Pflege beteiligten Männer an allen Pflegenden ist dagegen in West- und Ostdeutsch-

land recht ähnlich und beträgt in Westdeutschland im genannten Zeitraum durchschnittlich 37 % und in Ostdeutschland 40 %. Dass die Angehörigenpflege jedoch noch überwiegend von den Frauen geleistet wird, lässt sich auch durch den Umfang der geleisteten Pflege belegen, die bei Männern erheblich kleiner ausfällt (Rothgang et al. 2015b: 199). Überwiegend ist auch die Häufigkeit einer Übernahme von Pflegetätigkeiten im Lebenszyklus in Westdeutschland der in Ostdeutschland recht ähnlich. Die Unterschiede im Lebensverlauf zwischen Männern und Frauen sind hingegen ausgeprägter, da Frauen überwiegend im mittleren Lebensalter pflegen und Männer in höheren Lebensaltern.

Der deutliche Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen führt für das gesamte Bundesgebiet zu höheren Fallzahlen, die für das Jahr 2030 etwa 3,5 Mio. Pflegebedürftige (+850 Tsd. gegenüber 2013) erwarten lassen. Verbunden mit diesen zusätzlichen Pflegebedürftigen entsteht eine Versorgungslücke an Beschäftigten in der Pflege für das Jahr 2030, die auf insgesamt 352 Tsd. Vollzeitäquivalente beziffert werden kann. Dabei zeigen sich erhebliche regionale Versorgungslücken. Die Bundesländer mit dem höchsten Bevölkerungsanteil weisen danach die höchsten absoluten Versorgungslücken auf (Nordrhein-Westfalen, Bayern, Niedersachsen). Relativ zu ihrer Beschäftigtenanzahl (gemessen in Vollzeitäquivalenten 2013) weisen dagegen die ostdeutschen Bundesländer erheblich größere Versorgungslücken auf, als die westdeutschen Bundesländer und liegen ausnahmslos mindestens 10 Prozentpunkte über dem bundesdeutschen Durchschnitt.

4.4 Finanzierung von Pflegebedürftigkeit

Die Kosten, die durch Pflegebedürftigkeit entstehen, werden zum Teil durch die Pflegeversicherung, zu großen Teile aber auch durch private Ausgaben abgedeckt. Dabei können weitere Deckungslücken entstehen – insbesondere im Bereich der stationären Pflege –, wenn der Pflegebedürftige bzw. seine unterhaltspflichtigen Angehörigen nicht in der Lage sind, den Teil der Heimentgelte, der die Leistungen der Pflegeversicherung übersteigt, zu tragen. In diesen Fällen können Leistungen der Sozialhilfe (bzw. der Kriegsopferfürsorge) in Anspruch genommen werden.

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die mit der Pflegebedürftigkeit in Zusammenhang stehende Finanzentwicklung der quantitativ bedeutendsten gemeinschaftlichen Träger der Finanzierung von Pflegebedürftigkeit, nämlich der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung und der Sozialhilfe. Das Kapitel endet mit einem Überblick über die Gesamtausgaben zur Finanzierung von Langzeitpflege in dem zusätzlich auf die Kriegsopferfürsorge und die privaten Ausgaben eingegangen wird.

4.4.1 Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung

Pflegebedürftigkeit wird wesentlich durch die Soziale Pflegeversicherung finanziert. Deren Einnahmen resultieren dabei fast ausschließlich aus Beiträgen, die im Umlageverfahren aufgebracht werden. Wie in Tabelle 31 zu sehen ist, stiegen die Einnahmen von zunächst 8,41 Mrd. € im Jahr 1995 auf 30,69 Mrd. € im Jahr 2015 an. Diese Anstiege sind primär auf mehrere Anhebungen des Beitragssatzes zurückzuführen. Der erste Beitragsanstieg von 1,0 % auf 1,7 % im Juli 1996 zur Finanzierung der dann eingeführten stationären Pflege war bereits bei Einführung der Pflegeversicherung geplant. Bis 2008 blieb der allgemeine Beitragssatz konstant, allerdings wurde mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz vom 15.12.2004 (BGBl I, S. 3448) ab 1.1.2005 ein Zusatzbeitragssatz für Kinderlose in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten eingeführt. Im Rahmen des PFWG wurde der Beitragssatz zum 1.7.2008 um 0,25 Prozentpunkte von 1,70 % auf 1,95 % erhöht. Für Kinderlose stieg der Beitragssatz ebenfalls um 0,25 Prozentpunkte auf 2,20 %. Seit dem 1.1.2013 liegt der Beitragssatz bei 2,05 % (für Kinderlose bei 2,3 %) und seit dem 1.1.2015 ist der Beitragssatz um weitere 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 % bzw. 2,60 % für Kinderlose angehoben worden. Mit Inkrafttreten des PSG II zum 1.1.2017 wird der Beitragssatz auf dann 2,55 bzw. 2,8 (für Kinderlose) Beitragssatzpunkte ansteigen.

Bei den Ausgaben handelt es sich überwiegend um Leistungsausgaben – der Anteil der Verwaltungskosten lag 2015 bei lediglich 3,1 % der Gesamtausgaben. Selbst wenn die Kosten des MDK hinzugerechnet werden, liegt der Ausgabenanteil, der nicht für Leistungen verwendet wird, immer noch unter 5 %.

Die jüngsten Ausgabensteigerungen in den Jahren 2008 bis 2015 sind vor allem auf die Anhebung der Leistungssätze zum 1.7.2008, zum 1.1.2010 und zum

1.1.2012 sowie auf die Leistungsausdehnung (2008) bzw. die Schaffung neuer Leistungstatbestände (2013) für PEA zurückzuführen. Dementsprechend ist der Anteil der Ausgaben für zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI) von 1 % im Jahr 2009 auf 2,3 % im Jahr 2015 gestiegen. Ebenfalls gestiegen ist der Anteil der Ausgaben für stationäre Vergütungszuschläge (§ 87b SGB XI) von 1,1 % im Jahr 2009 auf 3,6 % im Jahr 2015. Von den Leistungsausgaben entfallen 37 % auf die Leistungen bei vollstationärer Pflege. Dieser Anteil sinkt, da der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen seit 2007 sinkt und die Leistungssätze für vollstationäre Pflege in den Stufen I und II in den Dynamisierungsrunden 2008, 2010 und 2012 nicht erhöht wurden. Die Ausgaben für Pflegegeld betragen 22 % und für Pflegesachleistungen im ambulanten Bereich 13 % der Gesamtausgaben. In diesen Leistungen sind seit 2013 ebenfalls das Pflegegeld (123 €) und die Sachleistungen (231 €) für PEA ohne Pflege und die erhöhten Leistungsbeträge für PEA der Pflegestufe I und II nach § 123 SGB XI enthalten. Im Jahr 2015 wurden zudem erstmals 1,1 Mrd. € dem Pflegeversorgungs fonds zugeführt.

Die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben zeigt, dass die Soziale Pflegeversicherung in den letzten Jahren Überschüsse erzielt hat. Zwar hat es in den Jahren nach 2007 mit den Pflegereformen 2008 (PfWG) und 2012 (PNG) Leistungsverbesserungen gegeben und damit verbunden einen deutlichen Ausgabenzuwachs. Da aber zeitgleich auch die Beitragssätze angehoben wurden, konnten weiterhin Einnahmeüberschüsse erzielt und die Rücklagen aufgestockt werden. Im Jahr 2015 war zudem die gute konjunkturelle Lage ausschlaggebend für zusätzliche Beitragseinnahmen aus abhängiger Beschäftigung, durch die der bislang größte Überschuss von 1,68 Mrd. € seit Einführung der Pflegeversicherung erzielt wurde. Da die Mehrausgaben des PSG II die Mehreinnahmen durch den Beitragssatzanstieg um 0,2 Beitragssatzpunkte, der ebenfalls im PSG II beschlossen wurde, deutlich übersteigen wird, ist für 2017 mit einem Defizit und einem deutlichen Abschmelzen der Rücklagen zu rechnen (vgl. Kapitel 3).

Tabelle 31: Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung (in Mrd. €)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Einnahmen							
Beitragseinnahmen	8,31	11,90	15,77	15,80	16,13	16,31	16,56
Sonstige Einnahmen	0,09	0,14	0,17	0,20	0,19	0,23	0,25
Einnahmen insgesamt	8,41	12,04	15,94	16,00	16,32	16,54	16,81
Ausgaben							
Leistungsausgaben	4,42	10,25	14,34	15,07	15,55	15,86	16,03
Davon							
Geldleistung	3,04	4,44	4,32	4,28	4,24	4,18	4,11
Pflegesachleistung	0,69	1,54	1,77	1,99	2,13	2,23	2,29
Pflegeurlaub	0,13	0,13	0,05	0,06	0,07	0,10	0,11
Tages-/Nachtpflege	0,01	0,03	0,04	0,05	0,05	0,06	0,07
Zusätzliche Betreuungsleistung	–	–	–	–	–	–	–
Kurzzeitpflege	0,05	0,09	0,10	0,11	0,12	0,14	0,15
Soziale Sicherung der Pflegeperson	0,31	0,93	1,19	1,16	1,13	1,07	0,98
Pflegemittel/ techn. Hilf.	0,20	0,39	0,33	0,37	0,42	0,40	0,35
Vollstationäre Pflege	0,00	2,69	6,41	6,84	7,18	7,48	7,75
Vollstationäre Pflege im Behindertenheim	0,00	0,01	0,13	0,22	0,20	0,21	0,21
Stat. Verg.-Zuschläge	–	–	–	–	–	–	–
Pflegeberatung	–	–	–	–	–	–	–
Verwaltungskosten	0,32	0,36	0,55	0,56	0,55	0,56	0,57
Kostenanteil für MDK	0,23	0,24	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25
Sonstige Kosten	0,00	0,01	0,01	0,02	0,01	0,02	0,02
Ausgaben insgesamt	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87
Liquidität							
Überschuss	3,44	1,18	0,80	0,13	-0,03	-0,13	-0,06
Investitionsdarlehen an den Bund	-0,56	–	–	–	–	–	–
Mittelbestand	2,87	4,05	4,86	4,99	4,95	4,82	4,76

Quelle: (BMG 2016f)

Tabelle 31: Fortsetzung

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Einnahmen							
Beitragseinnahmen	16,76	16,61	16,64	17,38	18,36	17,86	19,61
Sonstige Einnahmen	0,22	0,25	0,23	0,12	0,13	0,16	0,16
Einnahmen insgesamt	16,98	16,86	16,87	17,49	18,49	18,02	19,77
Ausgaben							
Leistungsausgaben	16,47	16,64	16,77	16,98	17,14	17,45	18,20
Davon							
Geldleistung	4,18	4,11	4,08	4,05	4,02	4,03	4,24
Pflegesachleistung	2,37	2,38	2,37	2,40	2,42	2,47	2,60
Pflegeurlaub	0,13	0,16	0,17	0,19	0,21	0,24	0,29
Tages-/Nachtpflege	0,08	0,08	0,08	0,08	0,09	0,09	0,11
Zusätzl. Betreuungsleistung	0,00	0,01	0,02	0,02	0,03	0,03	0,06
Kurzzeitpflege	0,16	0,16	0,20	0,21	0,23	0,24	0,27
Soziale Sicherung der Pflegeperson	0,96	0,95	0,93	0,90	0,86	0,86	0,87
Pflegemittel/techn. Hilf.	0,38	0,36	0,34	0,38	0,38	0,41	0,46
Vollstationäre Pflege	8,00	8,20	8,35	8,52	8,67	8,83	9,05
Vollstationäre Pflege im Behindertenheim	0,21	0,23	0,23	0,23	0,24	0,24	0,24
Stat. Verg.-Zuschläge	–	–	–	–	–	–	0,00
Pflegeberatung	–	–	–	–	–	–	0,01
Verwaltungskosten	0,58	0,59	0,58	0,59	0,62	0,62	0,65
Kostenanteil für MDK	0,26	0,26	0,27	0,28	0,27	0,27	0,28
Sonstige Kosten	0,01	0,06	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00
Ausgaben insgesamt	17,36	17,56	17,69	17,86	18,03	18,34	19,14
Liquidität							
Überschuss	-0,38	-0,69	-0,82	-0,36	0,45	-0,32	0,63
Investitionsdarlehen an den Bund	0,56	–	–	–	–	–	–
Mittelbestand	4,93	4,24	3,42	3,05	3,50	3,18	3,81

Quelle: (BMG 2016f)

Tabelle 31: Fortsetzung

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Einnahmen							
Beitragseinnahmen	21,19	21,64	22,13	22,92	24,86	25,83	30,61
Sonstige Einnahmen	0,12	0,14	0,11	0,13	0,09	0,08	0,08
Einnahmen insgesamt	21,31	21,78	22,24	23,04	24,69	25,91	30,69
Ausgaben							
Leistungsausgaben	19,33	20,43	20,89	21,85	23,17	24,24	26,64
Davon							
Geldleistung	4,47	4,67	4,74	5,08	5,69	5,94	6,46
Pflegesachleistung	2,75	2,91	2,98	3,11	3,37	3,56	3,70
Pflegeurlaub	0,34	0,40	0,44	0,50	0,59	0,68	0,88
Tages-/Nachtpflege	0,15	0,18	0,21	0,25	0,28	0,31	0,41
Zusätzl. Betreuungsleistung	0,19	0,28	0,33	0,38	0,44	0,48	0,68
Kurzzeitpflege	0,31	0,34	0,35	0,38	0,41	0,43	0,50
Soziale Sicherung der Pflegerperson	0,88	0,88	0,87	0,89	0,88	0,94	0,96
Pflegemittel/techn. Hilf.	0,44	0,44	0,41	0,44	0,55	0,66	0,76
Vollstationäre Pflege	9,29	9,56	9,71	9,96	10,06	10,26	10,74
Vollstationäre Pflege im Behindertenheim	0,25	0,26	0,26	0,26	0,26	0,27	0,28
Stat. Verg.-Zuschläge	0,21	0,45	0,50	0,54	0,58	0,63	1,03
Pflegeberatung	0,03	0,07	0,08	0,07	0,07	0,08	0,09
Verwaltungskosten	0,68	0,71	0,71	0,75	0,79	0,84	0,89
Kostenanteil für MDK	0,31	0,30	0,32	0,34	0,36	0,37	0,37
Pflegeversorgungsfonds	–	–	–	–	–	–	1,10
Ausgaben insgesamt	20,33	21,45	21,92	22,94	24,33	25,45	29,01
Liquidität							
Überschuss	0,99	0,34	0,31	0,10	0,63	0,46	1,68
Investitionsdarlehen an den Bund	–	–	–	–	–	–	–
Mittelbestand	4,80	5,13	5,45	5,55	6,17	6,63	8,31

Quelle: (BMG 2016f)

4.4.2 Die Finanzierung der Pflegebedürftigkeit durch die Private Pflegeversicherung

Die Private Pflegepflichtversicherung (PPV) umfasst im Jahr 2014 einen Versichertenbestand von 9,5 Mio. Menschen gegenüber 70,7 Mio. Menschen in der Sozialen Pflegeversicherung. Knapp 12 % der insgesamt Versicherten sind damit privat pflegepflichtversichert. Die Versicherungsprämien werden in der PPV, wie in der privaten Krankenversicherung, unabhängig vom Einkommen des Versicherten kalkuliert (Rothgang et al. 2007). Wegen der unterschiedlichen Finanzierungsverfahren von Sozialer (Umlageverfahren) und Privater Pflegepflichtversicherung (Kapitaldeckungsverfahren) ist ein Vergleich der beiden Versicherungszweige nur eingeschränkt möglich. Im Folgenden werden daher nur wenige zentrale Kennzahlen der Privaten Pflegeversicherung beschrieben.

Die jährlichen Einnahmen der Privaten Pflegeversicherung erreichten nach einem Anstieg in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1997 mit 2,17 Mrd. € ihren Höhepunkt, gingen anschließend bis 2003 zurück und lagen bis 2007 nahezu konstant bei 1,87 Mrd. € (Tabelle 32). Diese Entwicklung ist insbesondere durch Prämienreduktionen in der Privatversicherung bei steigender Versichertenzahl verursacht. Ab dem Jahr 2008 kam es bei geringfügigen Schwankungen zu einem Anstieg der Beitragseinnahmen auf 2,0 bis 2,1 Mrd. €. Die Beitragseinnahmen bewegen sich bis heute in diesem Korridor.

Demgegenüber sind die Versicherungsleistungen stark gestiegen. Ausgehend von 450 Mio. € in den Jahren 1997 und 1998 haben sie sich bis 2007 kontinuierlich erhöht. In den letzten Jahren erfolgten sprunghafte Anstiege der Leistungsausgaben von 618 Mio. € im Jahr 2008 auf 880 Mio. € im Jahr 2014 und damit um insgesamt knapp 42 % in den letzten sechs Jahren. Hier zeichnet sich die demografische Alterung des Versichertenbestands der Privaten Pflegeversicherung ab, nach der sich die Zahl der Leistungsempfänger in der Privaten Pflegeversicherung in den nächsten Dekaden proportional deutlich stärker erhöhen wird als in der Sozialen Pflegeversicherung (siehe Abschnitt 4.2). Insgesamt 28,487 Mrd. € Altersrückstellungen wurden seit Beginn der Pflegeversicherung angesammelt.

Tabelle 32: Finanzentwicklung der Privaten Pflegeversicherung (in Mio. €)

Jahr	Beitragseinnahmen	Versicherungsleistungen	Altersrückstellungen
1995	1.253,0	92,8	521,5
1996	1.697,0	300,8	1.356,9
1997	2.166,5	446,8	2.543,2
1998	2.149,1	449,8	3.486,0
1999	1.974,5	462,9	5.316,4
2000	2.008,6	471,1	6.532,6
2001	1.955,1	486,1	8.585,8
2002	1.985,2	496,9	9.889,5
2003	1.847,9	517,9	11.797,7
2004	1.871,4	528,5	12.956,7
2005	1.867,5	549,8	14.623,2
2006	1.871,3	563,8	15.871,4
2007	1.882,9	578,1	17.150,5
2008	1.970,2	617,7	19.188,2
2009	2.074,2	667,7	20.401,2
2010	2.096,0	698,8	22.534,0
2011	2.105,1	720,5	24.022,8
2012	2.010,7	779,3	25.708,3
2013	2.062,1	857,1	27.108,5
2014	2.013,6	880,1	28.486,9

Quelle: (PKV 2006, 2007, 2008, 2009, 2011a, 2011b, 2012, 2013, 2014)

Kritisch zu sehen ist allerdings, dass die Private und die Soziale Pflegeversicherung höchst ungleich verteilte Pflegerisiken aufweisen (Rothgang 2010; Rothgang et al. 2013). Während die Leistungsausgaben bei der Sozialen Pflegeversicherung je Versichertem 2013 rund 350 € pro Jahr betragen, beliefen sich die Leistungsausgaben in der Privaten Pflegeversicherung in diesem Jahr auf 90 € pro Jahr. Weiterhin sind die Privatversicherten deutlich einkommensstärker. So liegt das beitragspflichtige Einkommen der Privatvollversicherten um gut 60 Prozent über dem der GKV-Versicherten (Arnold & Rothgang 2010). Ein Finanzausgleich zwischen Privater und Sozialer Pflegeversicherung würde daher zu einer Entlastung der Sozialen Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 2 Mrd. € führen (Arnold & Rothgang 2010).

4.4.3 Die Finanzierung der Pflegebedürftigkeit durch die Sozialhilfe

Insoweit die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, um den Pflegebedarf abzudecken, sind von den Pflegebedürftigen eigene Finanzierungsleistungen zu erbringen. Verfügt der Pflegebedürftige (bzw. die unterhaltspflichtige(n) Person(en)) dabei nicht über genügend Mittel, um die verbleibenden Aufwendungen zu tragen, können ergänzende Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Diese "Hilfe zur Pflege" (§§ 51 ff. SGB XII) geht dabei u. a. über den sozialrechtlichen Leistungsbegriff der Pflegeversicherung hinaus und bezieht gegebenenfalls auch Leistungen für Personen ohne Pflegestufe mit ein: So können auch Menschen, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen, also nur einen vorübergehenden Pflegebedarf haben, Hilfe zur Pflege erhalten. Ebenso kann auch ein geringerer Pflegebedarf, also ein Bedarf der so genannten Pflegestufe "0" ausreichen, um Hilfe zur Pflege zu erhalten, die schließlich auch Verrichtungen umfassen kann, die mit dem derzeitigen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht abgedeckt sind.¹⁹

Tabelle 33 gibt zunächst einen Überblick über die Entwicklung der Zahl der Empfänger von "Hilfe zur Pflege". Diese hat sich nach Einführung der Pflegeversicherung innerhalb weniger Jahre nahezu halbiert: von 373 Tsd. im Jahr 1995 auf 222 Tsd. im Jahr 1998. In den Folgejahren stieg die Empfängerzahl wieder an und liegt zuletzt im Jahr 2014 bei 350 Tsd. Dabei bezieht die Mehrzahl der Leistungsempfänger Hilfe zur Pflege in Einrichtungen. Der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen an allen Empfängern von Hilfe zur Pflege ist jedoch während des Betrachtungszeitraums von 22,8 % auf 28,3 % gestiegen.

¹⁹ Durch das PSG II wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI verankert und durch das PSG III wird er im SGB XII verankert werden. Auch danach ist die Leistungspflicht im SGB XII aber breiter als im SGB XI, da etwa immer noch Leistungen gewährt werden, auch wenn die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich weniger als sechs Monate andauert (vgl. Abschnitt 3.3.1).

Tabelle 33: Empfänger und Netto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege

Jahr	Empfänger insgesamt in Tsd.			Netto-Ausgaben in Mio. €		
	Insgesamt*	ambulant	stationär	insgesamt	ambulant	stationär
1995	373	85	288	6.264	509	5.754
1996	285	66	219	4.823	370	4.453
1997	251	64	187	2.509	375	2.133
1998	222	62	160	2.284	390	1.894
1999	247	57	191	2.320	397	1.923
2000	261	59	203	2.308	421	1.896
2001	256	61	196	2.349	439	1.910
2002	246	60	187	2.421	474	1.948
2003	242	55	187	2.420	515	1.905
2004	246	55	191	2.513	525	1.988
2005	261	60	202	2.611	547	2.064
2006	273	60	213	2.530	601	1.929
2007	267	64	204	2.666	624	2.043
2008	285	68	218	2.751	667	2.085
2009	299	77	224	2.878	714	2.164
2010	318	84	235	2.967	763	2.204
2011	330	90	241	3.104	802	2.302
2012	339	95	246	3.245	850	2.395
2013	342	97	247	3.339	859	2.479
2014	350	99	253	3.502	903	2.599

* Abweichungen durch Mehrfachzählungen.

Quelle: (Statistisches Bundesamt 2015d, 2015e)

Die Summen der Netto-Ausgaben im ambulanten und im stationären Bereich haben sich über den gesamten Zeitraum stark angenähert: Dadurch, dass sich die Ausgaben der Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich nahezu verdoppelt und im stationären Bereich in etwa halbiert haben, ist das Verhältnis von 1:11 (1995) bereits nach wenigen Jahren auf 1:5 (1998) und seit etwa 2006 auf etwa 1:3 gesunken. Die durchschnittlichen Ausgaben belaufen sich schließlich im Jahr 2014 im ambulanten Bereich auf 760 € im Monat und im stationären auf 856 €

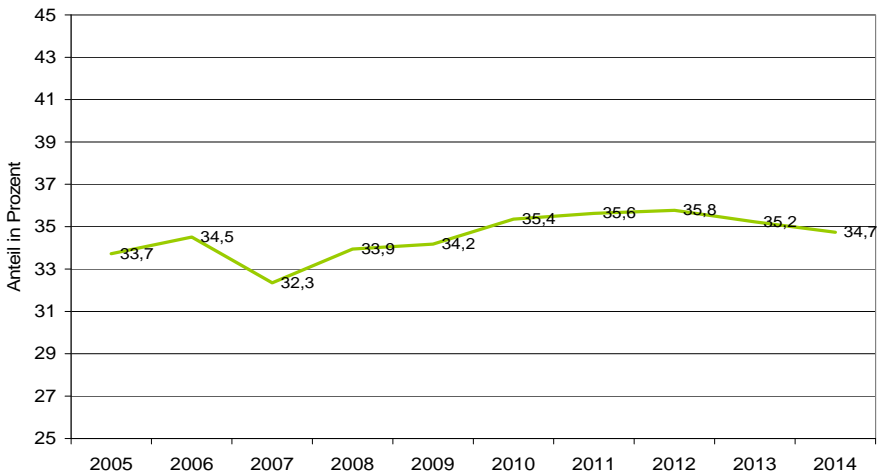


Abbildung 19: Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen an allen Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen

im Monat. Insgesamt sind die Netto-Ausgaben für Hilfe zur Pflege von 6,3 Mrd. € im Jahr 1995 auf 2,3 Mrd. € im Jahr 2000 gesunken und steigen seitdem wieder an auf zuletzt 3,5 Mrd. € im Jahr 2014. Die Sozialhilfeausgaben für die Pflege haben sich damit nach Einführung der Pflegeversicherung sehr viel stärker reduziert, als die Sozialhilfeempfängerzahlen in der Pflege (Roth & Rothgang 2001). Der Anteil der Sozialhilfeempfänger im stationären Bereich an allen Pflegebedürftigen im stationären Bereich liegt jedoch bei leichten Schwankungen weitgehend konstant zwischen etwa 32 % und 36 % (Abbildung 19). Eine deutliche Ausweitung des Sozialhilfeempfängeranteils kann in der stationären Pflege daher in den letzten 10 Jahren nicht festgestellt werden.

4.4.4 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit im Überblick

Der folgende Abschnitt gibt abschließend einen Überblick über die zuvor genannten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit im Jahr 2014. Zusätzlich werden die Ausgaben der Kriegspopferfürsorge und die privaten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Es handelt sich hierbei nur um die Ausgaben für Pflegebe-

Tabelle 34: Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2014

Ausgabenquelle	In Mrd. €	In % der öffentl./priv. Ausgaben	In % aller Ausgaben
Öffentliche Ausgaben	29,99	100	63,4
Soziale Pflegeversicherung	25,45	84,9	53,8
Private Pflegeversicherung	0,88	2,9	1,9
Sozialhilfe	3,50	11,7	7,4
Kriegsopferfürsorge	0,156	0,5	0,3
Private Ausgaben*	17,31	100,0	36,6
Pflegeheim ¹⁾	11,98	69,2	25,3
Häusliche Pflege ²⁾	5,33	30,8	11,3
Insgesamt	47,30		

* Schätzungen (siehe Text).

¹⁾ Die Angaben zu Heimentgelten und Investitionskosten bei der Berechnung der privaten Ausgaben im Pflegeheim entstammen der Pflegestatistik 2013.

²⁾ Die monatlichen privat getragenen Pflegekosten in der häuslichen Pflege betragen für Pflegestufe I (II, III) 169 (326, 540) € (SOEP, Durchschnittswerte der Wellen 2010-2013)

Quelle: Statistisches Bundesamt (2015d); BMG (2015c); Statistisches Bundesamt (2014b); Statistisches Bundesamt (2013c); SOEP, V30

dürftigkeit und nicht um die Ausgaben für die Pflegebedürftigen. Ausgaben, die etwa in der Krankenversicherung für Pflegebedürftige anfallen, werden hier nicht berücksichtigt. Differenziert wird zwischen öffentlichen und privaten Ausgaben. Die Private Pflegepflichtversicherung wird für den Zweck dieser Übersicht dem öffentlichen Sektor zugerechnet, da auch sie per Gesetz gegründet wurde und ihre Mitglieder einer Versicherungspflicht unterliegen.

Die öffentlichen Ausgaben können den Berichterstattungen aus den jeweiligen Organisationen (Pflegeversicherung, Sozialhilfe, Kriegsopferversorgung) entnommen werden. Bei diesem institutionellen Zugang werden damit auch die Ausgaben für Pflegegeld berücksichtigt. Für die privaten Ausgaben für Pflege im Pflegeheim wurden die Leistungsempfänger (entsprechend ihrer Pflegestufe) mit dem pro Kopf zu tragenden Anteil an den Heimentgelten, die nicht von der Pfl-

geversicherung getragen werden, multipliziert. Von den privaten Gesamtaufwendungen für die stationäre Pflege wurden anschließend die Nettoausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen abgezogen. Die Schätzungen für die häuslichen Pflegeaufwendungen beruhen auf Angaben zu privaten Ausgaben aus den Daten des SOEP (Durchschnittswerte der Jahre 2010-2013). Für die privaten Ausgaben für die häusliche Pflege wurde die Zahl der Leistungsempfänger mit den selbst getragenen Kosten pro Kopf in der jeweiligen Pflegestufe multipliziert. Die Opportunitätskosten der familialen Pflege, die insbesondere auf Einkommensausfällen für aufgegebene oder reduzierte Erwerbstätigkeit beruhen, werden bei dieser Berechnung nicht berücksichtigt. Würden derartige indirekte Kosten berücksichtigt, ergäben sich deutlich höhere Kosten.

Die Ausgaben von insgesamt 47,3 Mrd. € haben sich gegenüber dem Vorjahr um etwa 1,3 Mrd. € erhöht. Wie in Tabelle 34 weiterhin zu sehen ist, wird etwas mehr als ein Drittel der Ausgaben privat finanziert. Hiervon entfallen etwa ein Drittel (= 11,3 % der Gesamtkosten) auf den häuslichen und zwei Drittel (= 25,3 % der Gesamtkosten) auf den stationären Bereich. Bei den öffentlichen Ausgaben wird mit 84,9 % der bei Weitem größte Teil von der Sozialen Pflegeversicherung abgedeckt, während auf die Sozialhilfe 11,7 % entfallen. Demgegenüber ist der Anteil der öffentlichen Ausgaben, der jeweils von der Privaten Pflegeversicherung und der Kriegsopferversorgung getragen wird, mit 2,9 % bzw. 0,5 % relativ gering. Die Soziale Pflegeversicherung ist damit der wichtigste Kostenträger, der auch damit das gesamte Pflegesicherungssystem prägt. Gleichzeitig deckt die Soziale Pflegeversicherung aber nur gut die Hälfte der entstehenden Kosten und Ausgaben (ohne die Opportunitätskosten der familialen Pflege zu berücksichtigen) ab. Gemeinsam finanzieren beide Zweige der Pflegeversicherung, also Soziale Pflegeversicherung und Private Pflegeversicherung, 55,7 % der hier betrachteten Ausgaben. Damit zeigt sich der Teilversicherungscharakter der Pflegeversicherung sehr deutlich.

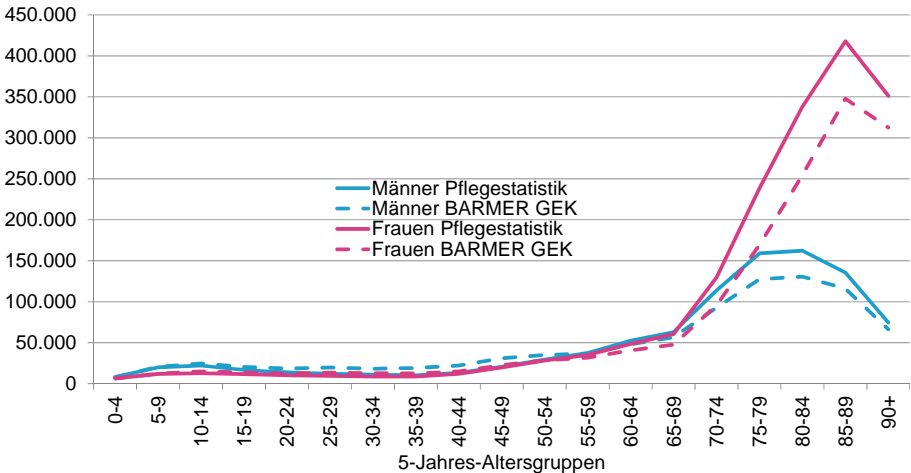
5 Pflegeverläufe im Spiegel der Routinedaten

5.1 Routinedaten als Basis für die Analyse der Pflegebedürftigkeit

Prozessproduzierte Routinedaten der Krankenkassen haben ein großes Potential für die Versorgungsforschung (Müller & Braun 2006; Swart & Ihle 2005; Swart et al. 2014; Trittin 2015; von Ferber & Behrens 1997), insbesondere weil sie *tagesgenaue Informationen* zum Leistungsgeschehen *sehr großer Populationen* enthalten. So sind bei der BARMER GEK rund achteinhalb Mio. Menschen versichert, deren prozessproduzierte Routinedaten zur Auswertung zur Verfügung stehen. Das sind mehr als jeder Zehnte der Bundesbevölkerung bzw. rund jeder Achte aller GKV-Versicherten. Eine Primärdatenerhebung in diesem Umfang würde demgegenüber immense Kosten verursachen.

Eine weitere Stärke von Routinedaten besteht darin, dass die Leistungen des Versorgungssystems, soweit sie zahlungsrelevant sind, sehr *valide* dokumentiert werden – ohne Verzerrungen aufgrund von unkorrekten Erinnerungen (Recall Bias), die beispielsweise bei Befragungen zu beachten sind. Andererseits wird aber ebenso an der Validität gezweifelt, wenn die Daten nicht zahlungsrelevant sind (z. B. Angaben zum höchsten Bildungsabschluss). Die Daten zu den Pflegeleistungen sind ausnahmslos zahlungsrelevant und die Einstufung in die Pflegestufen erfolgt nicht per Selbstangabe, sondern durch die Kasse auf Basis eines Gutachtens des zuständigen MDK. Daher sind die hier verwendeten Daten zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen als sehr valide anzusehen. Die Dokumentation der Diagnosen unterliegt hingegen einem steten Wandel mit der Veränderung der Dokumentationspflicht und den Abrechnungsmöglichkeiten. Durch einen Vergleich der Pflegebedürftigen mit der Gesamtbevölkerung ist dieses Problem aber kontrollierbar.

Ein zweiter häufig genannter Einwand in Bezug auf Routinedatenanalysen bezieht sich auf die *Repräsentativität* der Daten für Deutschland. Wie im BARMER GEK Pflegereport 2011 gezeigt, unterscheidet sich die Alters- und Geschlechterstruktur der Versicherten dieser Kasse teilweise von der Struktur der Bevölkerung Deutschlands (Rothgang et al. 2011: 116 ff.). Da die hier untersuchten Versicherten hinsichtlich dieser beiden Merkmale nicht repräsentativ für die Ge-



Quelle: Statistisches Bundesamt (2015c); Daten der BARMER GEK - Hochrechnung der Ergebnisse im Monatsdurchschnitt auf die BRD-Bevölkerung zum Jahresende

Abbildung 20: Anzahl der Leistungsberechtigten 2013 – Pflegestatistik vs. Hochrechnung der Routinedaten der BARMER GEK

samtbevölkerung sind, werden die Analysen nach Alter und Geschlecht auf die Bevölkerung Deutschlands hochgerechnet. Auch damit werden die Unterschiede zur Pflegestatistik in der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeit nicht ganz ausgeglichen. Tatsächlich sind die Pflegeprävalenzen der BARMER GEK-Versicherten in einigen Altersgruppen etwas niedriger als sie durch die Pflegestatistik ausgewiesen werden (Abbildung 20)²⁰. Aus diesem Grund wird in den Auswertungen in der Regel darauf verzichtet, die absoluten Fallzahlen auszuweisen, die sich aus der Hochrechnung ergeben, und stattdessen auf die entsprechenden Verteilungen abgestellt, die von dieser Unterschätzung im Niveau in der Regel nicht betroffen sind.

²⁰ Unterschiede zur Pflegestatistik ergeben sich u.a. auch durch die unterschiedliche Messmethodik, die in der Pflegestatistik häufiger zu Doppeltzählungen führt.

Nachfolgend werden die verwendeten Routinedaten der BARMER GEK beschrieben (Abschnitt 5.1.1), Anmerkungen zur Definition von Pflegebedürftigkeit und Leistungsberechtigung gegeben (Abschnitt 5.1.2) und in Abschnitt 5.1.3 die Variablenkonstruktionen, Selektionen und Gewichtungen vorgestellt.

5.1.1 Beschreibung der BARMER GEK-Routinedaten

Zum Zwecke der Gesundheitsberichterstattung und der Qualitätssicherung werden dem SOCIUM (vormals Zentrum für Sozialpolitik) von der BARMER GEK pseudonymisierte Daten zugänglich gemacht. Diese Daten werden regelmäßig aus der Versichertenkartei und dem Abrechnungssystem der BARMER GEK gezogen und als verschiedene Teildatensätze gespeichert. Alle Angaben, die direkt auf eine einzelne Person schließen lassen könnten, werden zuvor gelöscht. Hierzu zählen Name, Adresse, Sozialversicherungsnummer usw. Die einzelnen Teildatensätze zu den verschiedenen medizinischen und pflegerischen Leistungen lassen sich aber über eine Personenkennziffer (Pseudonym) verknüpfen.

Für die weiter zurückliegenden Jahre sind die Datenbestände zu den Pflegeleistungen der ehemaligen Kassen GEK und BARMER getrennt gehalten und unterscheiden sich z. T. durch die Verwaltungspraxis der Abrechnungsdaten der jeweiligen Kasse und im Zeitraum, über den versicherungsrelevante Informationen vorliegen. Erst für die Jahre ab 2012 liegen gemeinsame Daten in gleicher Form für die Versicherten beider Ursprungskassen vor. In einer Kombination der Routinedaten der BARMER und der ehemaligen GEK ist eine Verlaufsdarstellung von Versicherteninformationen prinzipiell erst ab dem Jahr 2010 und vollständig erst ab dem Jahr 2012 möglich.²¹

Für die bearbeiteten Fragestellungen wurde in diesem Report auf mehrere Teildatensätze zurückgegriffen:

- Stammdaten: Sie liefern grundlegende demografische Informationen zu Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnregion und Mitgliedschaftszeiten.

²¹ Im Bereich der Pflegeleistungen treten dabei allerdings Lücken bei der Abbildung einzelner Leistungen wie z. B. der Verhinderungspflege auf.

- **Pflegedaten:** Sie enthalten alle Informationen über die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI. Angegeben sind die Leistungsarten und Pflegestufen mit Beginn und Ende des jeweiligen Leistungsbezugs.
- **Datensatz zu Krankenhausbehandlungen:** Dieser liefert taggenaue Informationen über Krankenhausaufenthalte inklusive Diagnosestellungen und Diagnose- und Behandlungsprozeduren.
- **Datensatz zur ambulanten ärztlichen Versorgung:** Dieser liefert quartalsweise Informationen über Diagnosestellungen und Fachgebietszugehörigkeit der behandelnden Ärzte.
- **Datensatz zur zahnärztlichen Behandlungen:** Dieser liefert quartalsweise Informationen über zahnärztliche Leistungen.

5.1.2 Pflegebedürftige und Leistungsberechtigte

Pflegebedürftigkeit ist im Rahmen dieses Pflegereports immer als *sozialrechtlicher Begriff* zu verstehen. Es gelten daher immer nur diejenigen Personen als pflegebedürftig, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind und damit eine Pflegestufe erhalten. Somit gelten in diesem Report alle diejenigen Versicherten als pflegebedürftig, für die eine Pflegestufe vorliegt. Im Vorgriff auf die Neudefinition der Pflegebedürftigkeit ab dem 1. Januar 2017 werden die Personen mit der sogenannten Pflegestufe "0", also Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA), die nicht im Sinne des bisherigen § 14 SGB XI pflegebedürftig sind, in diesem Kapitel 5 mit in den Auswertungen berücksichtigt, wenn nichts anderes angegeben ist. Der PEA-Status kann aber auch parallel zu einer Pflegestufe vorliegen. Pflegebedürftige und PEA werden in diesem Report zusammen auch als "Leistungsberechtigte" oder Pflegebedürftige/PEA bezeichnet.

Die Pflegestatistik zählt als Pflegebedürftige prinzipiell die Versicherten, die Pflegegeld beziehen und/oder Pflegeleistungen durch ambulante Pflegedienste oder stationäre Pflegeeinrichtungen (ohne Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen) erhalten. Im vorliegenden Pflegereport werden davon abweichend auch alle Personen mitgezählt, die pflegebedürftig im Sinne des § 14 SGB XI sind und ausschließlich Leistungen nach § 43a SGB XI (Leistungen für Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen) erhalten.

Pflegestufe: Bei der Pflegestufe wird grundsätzlich zwischen Pflegestufe "0", Pflegestufe I, Pflegestufe II und Pflegestufe III unterschieden. Wenn nicht anders ausgewiesen, wurden die Härtefälle für die Analysen der Pflegestufe III zugeordnet. Die Zuordnung der Pflegestufe erfolgt hierarchisch: Liegen für die in der Analyse betrachteten Zeitspanne zwei unterschiedliche Meldungen zur Pflegestufe vor, überschreibt die höhere Pflegestufe die niedrigere.

Zeitliche Zuordnung: Die Erfassung des Status der Pflegebedürftigkeit erfolgt in der Regel monatsgenau – teilweise aber auch quartalsweise oder als Jahresangabe. Die Auswertung auf Monatsebene ist dem Umstand geschuldet, dass sich das Konzept "Pflegearrangement" auf ein auf Dauer angelegtes Pflegesetting bezieht und tageweise Abweichungen daher nicht betrachtet werden sollen. Auswirkungen hat diese Erfassungsmethode insbesondere beim Zusammentreffen mehrerer Leistungen in unterschiedlicher Intensität. Wenn beispielsweise neben dem Pflegegeld einmal in der Woche auch Tagespflege in Anspruch genommen wird, ist dies ein über längere Zeit andauerndes Pflegearrangement häuslicher Pflege mit Unterstützung durch Pflegeeinrichtungen. Bei tagesgenauer Betrachtung würde diese Situation als permanenter Wechsel des Pflegearrangements kodiert. Eine monatliche Betrachtung identifiziert das vorherrschende Pflegearrangement am zuverlässigsten und entspricht außerdem dem Umstand, dass die Abrechnungen für die Leistungen in der Regel monatlich erfolgen. Eine quartalsweise Betrachtung "übersieht" dagegen manchmal Veränderungen in Pflegearrangements oder in Pflegestufen. Sie wird daher nur dann angewendet, wenn Diagnosedaten oder Leistungsdaten, die nur quartalsweise vorliegen, mit dem Zustand der Pflegebedürftigkeit verknüpft werden sollen, oder, um die Darstellung übersichtlicher zu gestalten. Die Jahreserfassung erfolgt teilweise dann, wenn kombinierte Leistungsanspruchnahmen über einen längeren Zeitraum erfasst werden sollen.

Leistungsarten und Pflegearrangement: Für die Erfassung der Leistungsarten wird überprüft, ob die entsprechende Leistung innerhalb des beschriebenen Zeitfensters in Anspruch genommen wurde. Für die Bestimmung eines Pflegearrangements werden die Leistungsanspruchnahmen jeweils hierarchisch zugeordnet. Wenn vollstationäre Dauerpflege im Zeitraum vorliegt, dann erfolgt die Zuordnung erstrangig zur vollstationären Dauerpflege (kurz: Pflegeheim oder

vollstationäre Pflege). Die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen liegt auf der nächsten Hierarchieebene (kurz: Behindertereinrichtung). Der Bezug von Sachleistungen, teilstationärer Pflege, Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege bildet die nächste Ebene der "formell-ambulanten Pflege". Wenn im beobachteten Zeitraum Pflegegeld, aber keine der zuvor genannten Leistungen gewährt wurden, dann erfolgt eine Zuordnung zum Pflegearrangement "informelle Pflege".

Im Prinzip gibt es vier *Hauptleistungsarten*, die mit der Antragstellung bzw. der Begutachtung, der Unterbringung und der Benennung der hauptsächlich für die Pflege verantwortlichen Pflegepersonen oder Pflegeeinrichtungen in Zusammenhang stehen: Pflegegeld, Pflegesachleistung, vollstationäre Dauerpflege und Pflege in Behinderteneinrichtungen. Zudem gibt es noch eine Reihe von *Ersatzleistungen und ergänzenden Leistungen*: Im Wesentlichen sind dies Verhinderungspflege, teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege), Kurzzeitpflege, Unterstützung für Wohngruppen, Anschubfinanzierung für Wohngruppen, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, technische und Pflegehilfsmittel, zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen sowie Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen. Diese können je nach Hauptleistungsart in unterschiedlichem Ausmaß ersatzweise oder ergänzend zu den Hauptleistungsarten in Anspruch genommen werden.

5.1.3 Variablenkonstruktion, Selektionen, Messverfahren

Für die Auswertungen erfolgte, wenn nicht anders ausgewiesen, *keine Beschränkung auf bestimmte Altersgruppen*. Eine Selektion wurde aber für die Erfassung der Neufälle bzw. die Messung der Inzidenzen hinsichtlich der *Versicherungszeit* vorgenommen. So wurde festgelegt, dass diese Personen seit einem Jahr vor dem Pflegeeintritt durchgängig versichert gewesen sein müssen (Ausnahme: 0- bis 1-Jährige) und in der Zeit weder als Pflegebedürftige noch als PEA leistungsberechtigt gewesen sein dürfen. Für die Verlaufsanalyse nach Eintritt in die Leistungsberechtigung durfte innerhalb der Beobachtungszeit (hier: 48 Monate) kein Kassenwechsel stattgefunden haben.

Im Einzelnen wurden für die Analysen folgende Variablen verwendet:

Geschlecht: Frauen werden mit Männern verglichen.

Alter: In den Stammdaten ist das Geburtsjahr der Versicherten gespeichert. Das Alter wurde durch die Subtraktion des Geburtsjahres vom jeweiligen Beobachtungsjahr ermittelt. In der Regel werden 5-Jahres-Altersgruppen gebildet.

Versicherte und Mitglieder: Als Versicherte einer Krankenkasse gelten sowohl die Mitglieder, die Beiträge entrichten bzw. für die Beiträge entrichtet werden, als auch die mitversicherten Familienangehörigen (Ehepartner mit keinem oder nur geringfügigem eigenen Einkommen, Kinder, eingetragene Lebenspartner). In die vorliegenden Analysen werden alle Versicherten eingeschlossen.

Verstorben: Als "verstorben" werden diejenigen klassifiziert, für die ein dokumentierter Austrittsgrund "Tod" vorliegt.

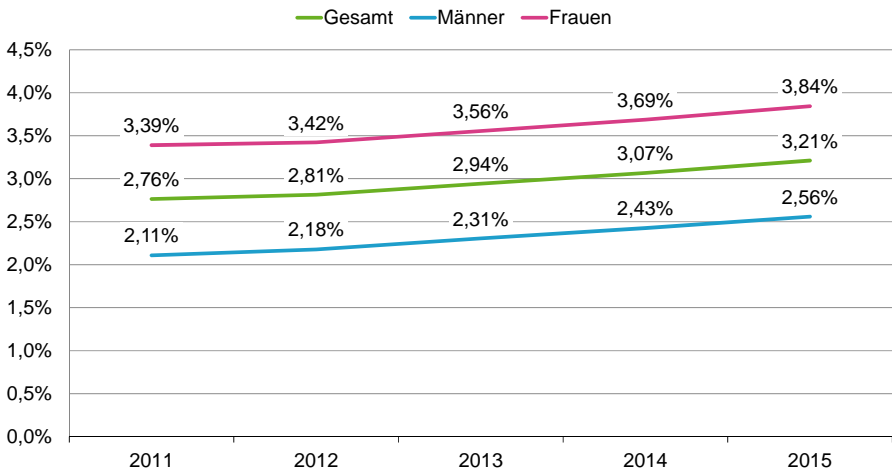
Hochrechnung: Die Hochrechnung der Ergebnisse erfolgt von der jeweiligen Versichertenbevölkerung der BARMER GEK unter Berücksichtigung der Selektionen anhand von Alter und Geschlecht auf die gesamte Bundesbevölkerung zum entsprechenden Zeitpunkt. Dazu werden die Versicherten in 5-Jahres-Altersgruppen bis zur rechtsoffenen Altersgruppe 90+ eingeteilt. Andere Faktoren, etwa Unterschiede zwischen BARMER GEK-Versicherten und der sonstigen Bevölkerung in Bezug auf die Morbidität oder auf den sozialen Status, werden nicht zur Hochrechnung verwendet.

Fallzahlen, Prävalenzen und Inzidenzen: Ausgewiesen werden zum einen die Fallzahlen, also die absoluten Zahlen, wie häufig ein Ereignis oder ein Zustand (pro Zeiteinheit) ist. Prävalenzen stellen die Fallzahlen der Population in einem bestimmten Zustand in Relation zur entsprechenden Gesamtpopulation. Sie geben somit Anteilswerte wieder (z. B. den Anteil der 5-9-jährigen Pflegebedürftigen an allen 5-9-Jährigen der Population). Inzidenzen stellen die Eintrittswahrscheinlichkeiten in einen Zustand dar (z. B. den Anteil der 5-9-jährigen neu Pflegebedürftigen an allen 5-9-Jährigen der Population, die noch nicht pflegebedürftig sind).

5.2 Zahl der Leistungsberechtigten: Prävalenzentwicklung

Steigt die Zahl der Pflegebedürftigen schneller als die Bevölkerungszahl, dann steigt auch die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit. Eine entsprechende Entwick-

lung zeigt sich in Abbildung 21. Durchweg gab es im Zeitraum der Jahre 2011 bis 2015 *Prävalenzsteigerungen*. Mit dieser Prävalenzsteigerung setzt sich eine Entwicklung fort, die in der Pflegestatistik seit ihrer Einführung zu beobachten ist (Rothgang et al. 2015b: 82). Nachdem die Steigerung der Prävalenz von 2011 nach 2012 mit insgesamt 0,05 Prozentpunkten noch ziemlich moderat ausfiel, zeigen sich für die nachfolgenden Jahre, in denen das PNG und das PSG I in Kraft traten und ihre Wirkung entfalteten, Steigerungen von regelmäßig 0,13 Prozentpunkten.



Quelle: Daten der BARMER GEK - Hochrechnung auf die BRD-Bevölkerung

Abbildung 21: Prävalenz der Leistungsberechtigung in den Jahren 2011-2015 im Durchschnittsmonat

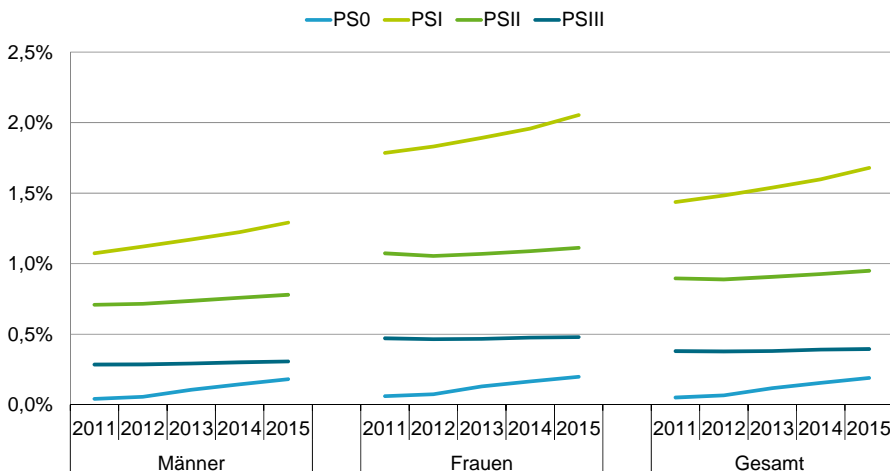
Ein Großteil dieser Entwicklung lässt sich auf den *demografischen Wandel* zurückführen: Die Zahl der älteren Menschen steigt, und da diese häufiger pflegebedürftig sind, steigt die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen. Ein weiterer Erklärungsfaktor für den Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen ist aber die Ausweitung des Leistungskatalogs. Mit dem PFWG, dem PNG und dem PSG I sind *Leistungsausweitungen* geschaffen worden, die Leistungsansprüche auf bisher nicht Leistungsberechtigte ausdehnen und/oder die Höhe der Leistungsansprüche für Teilgruppen der Leistungsberechtigten erhöhen (vgl. Rothgang et al. 2014: 35 ff.; Rothgang et al. 2013: 33 ff. für Details). Die Ausdehnung des leis-

tungsberechtigten Personenkreises kann zu einer gestiegenen Zahl an Begutachtungen und infolgedessen auch zu einer Erhöhung der positiven Begutachtungen führen (vgl. Abschnitt 4.2.6). Da sich die Leistungsausweitungen vor allem auf ambulante Settings und dort vor allem auf die Pflegestufe "0" beziehen, sind unterschiedliche Effekte hinsichtlich der Entwicklung der Pflegestufen, Leistungsarten und Pflegearrangements zu erwarten. Nachfolgend wird daher untersucht, wie sich die Pflegestufenstruktur (Abschnitt 5.2.1) sowie die relative Inanspruchnahme verschiedener Leistungsarten und damit der Pflegearrangements verändern (Abschnitt 5.2.2), um so auch den Effekt der gesetzlichen Änderungen näher zu bestimmen. Abschließend wird geprüft, wie sich die Inanspruchnahme einzelner Leistungen nach Alter darstellt, um daraus Hinweise darauf abzuleiten, wie sich die Bedarfe nach formeller und informeller Pflege verschieben, wenn das Durchschnittsalter der Pflegebedürftigen in Zukunft steigt.

5.2.1 Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger nach Pflegestufen

Wie Abbildung 22 zeigt, steigt die Prävalenz in Pflegestufe "0" von 0,07 % um 0,12 Prozentpunkte auf 0,19 % und in der Pflegestufe I von 1,44 % um 0,24 Prozentpunkte auf 1,68 %. Etwas geringer fallen die absoluten Erhöhungen in Pflegestufe II von 0,89 % um 0,06 Prozentpunkte auf 0,95 % aus. Die Prävalenz mit Pflegestufe III bleibt mit 0,38 % bis 0,39 % sehr stabil. Bezogen auf den jeweiligen Ausgangswert sticht die (relative) Erhöhung in der Pflegestufe "0" mit 171 % des Ausgangswertes hervor. Auch die relative Erhöhung in Pflegestufe I ist mit 17 % deutlich ausgeprägter als die in Pflegestufe II (7 %) und Pflegestufe III (3 %). Insbesondere die Zunahme der Prävalenz in Pflegestufe "0" ist damit ein deutlicher Hinweis auf den *Einfluss der Gesetzesänderungen* auf die Prävalenzen.

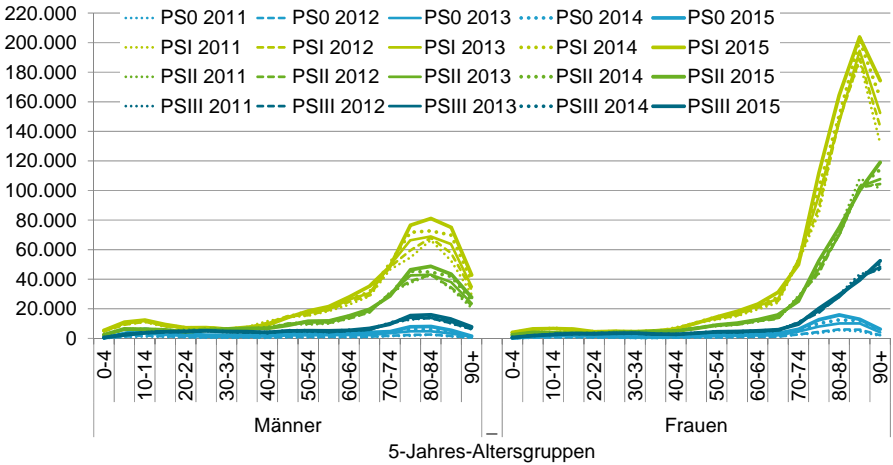
Die Entwicklungen der Prävalenzen für Frauen und Männer unterscheiden sich nur in Bezug auf das Niveau der Prävalenzen, nicht aber in Hinblick auf besonderen Steigerungsraten (Abbildung 22).



Quelle: Daten der BARMER GEK - Hochrechnung auf die BRD-Bevölkerung

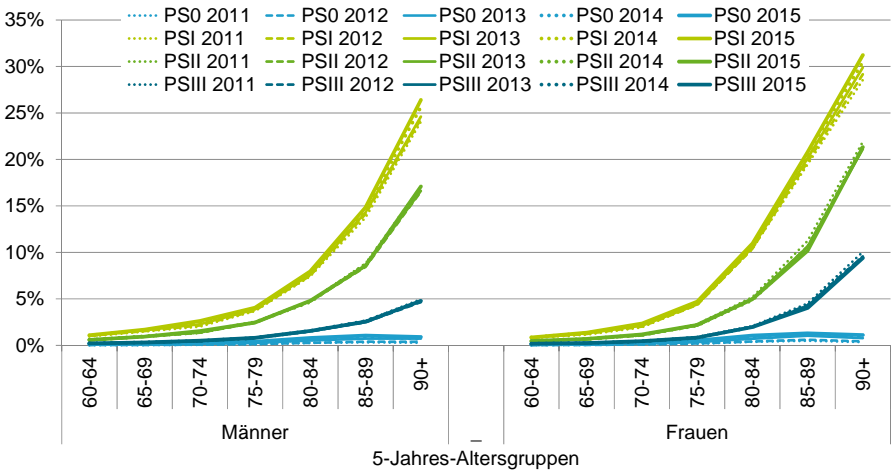
Abbildung 22: Prävalenz der Leistungsberechtigung nach Pflegestufen in den Jahren 2011-2015 im Durchschnittsmonat

Aussagen über die relative Bedeutung des demographischen Wandels und der Veränderungen altersspezifischer Prävalenzen lassen sich aus Abbildung 23 und Abbildung 24 ablesen. Wie Abbildung 23 zeigt, beruht die Zunahme der Zahl der Leistungsempfänger vor allem auf der Entwicklung bei den 70-Jährigen und Älteren, die die große Mehrheit der Leistungsempfänger sind. Zunehmende altersspezifische Prävalenzen zeigen sich in diesen Altersgruppen aber nur in Pflegestufe "0" und – in abgeschwächtem Ausmaß in Pflegestufe I (Abbildung 24). Diese Pflegestufen sind aber in besonderem Maße von den Reformmaßnahmen betroffen. Pflegestufe "0" weil sie primäres Ziel der Leistungsverbesserungen ist und Pflegestufe I, weil einige der Antragsteller, die einen Antrag auf Begutachtung vor allem stellen, weil sie die Leistungen für Pflegestufe "0" in Anspruch nehmen wollen, im Ergebnis dann doch in Pflegestufe I eingestuft werden und so die (altersspezifischen) Prävalenzen für diese Pflegestufe erhöhen.



Quelle: Daten der BARMER GEK - Hochrechnung auf die BRD-Bevölkerung

Abbildung 23: Leistungsberechtigte nach Pflegestufe, Alter und Geschlecht in den Jahren 2011-2015 im Durchschnittsmonat



Quelle: Daten der BARMER GEK

Abbildung 24: Prävalenz der Pflegestufen nach Alter und Geschlecht in den Jahren 2011-2015 im Durchschnittsmonat

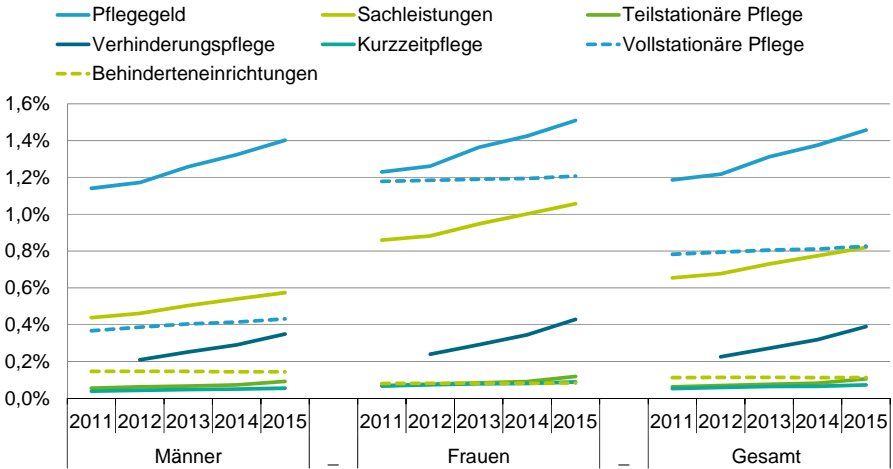
5.2.2 Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger nach Leistungsart und Pflegearrangement

Neben der Leistungsverbesserung für PEA in Pflegestufe "0" sind in den Reformen der letzten Jahre auch allgemeine Erweiterungen der Inanspruchnahmemöglichkeiten vorgenommen worden. Das betrifft die Ausweitung der jährlichen Zeiten, in denen Kurzzeitpflege (von vier Wochen auf acht Wochen) oder Verhinderungspflege (von vier Wochen auf sechs Wochen) in Anspruch genommen werden dürfen, aber auch die neu geschaffene gegenseitige Anrechenbarkeit der Leistungen. Dies kann beispielsweise geschehen durch Nutzung der Verhinderungspflege aus dem Konto der Kurzzeitpflege oder durch den Einsatz von Mitteln für die Verhinderungspflege für Betreuungs- und Entlastungsleistungen. Zusammengenommen sind dies alles Anreize und Möglichkeiten, vor allem die Ergänzungsleistungen und Ersatzleistungen zur häuslichen Pflege intensiver zu nutzen. Zudem sind die Leistungsbeträge für Pflegegeld und Pflegesachleistungen für PEA in Pflegestufe I und II im PNG angehoben worden. Dies verschiebt die Anreize für die betroffenen Personengruppen von der vollstationären in Richtung der ambulanten Pflege.

Abbildung 25 zeigt die entsprechenden Prävalenzentwicklungen für die *Pflegeleistungen*. Besondere Steigerungsraten gibt es in den letzten Jahren im Bezug von Pflegegeld, von Pflegesachleistungen sowie von Verhinderungspflege. Die auf Dauer angelegten stationären Bereiche der vollstationären Dauerpflege und der Pflege in Behinderteneinrichtungen sind von dieser Entwicklung nicht betroffen. Diese Ergebnisse korrespondieren mit den Effekten, die aufgrund der Änderungen des PNG und des PSG I zu erwarten sind.

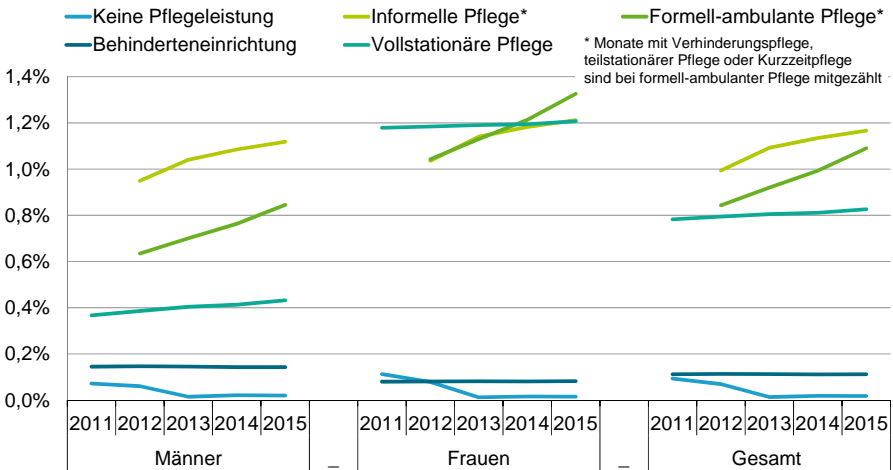
In Abbildung 26 sind die Prävalenzen der *Pflegearrangements* ausgewiesen.²²

²² Da die Pflegearrangements "Behinderteneinrichtung" und "vollstationäre" Pflege eindeutig durch die Inanspruchnahme einer Leistung definiert sind, sind die Verläufe hierfür in Abbildung 25 und Abbildung 26 identisch. Die Prävalenz der mit "formell-ambulanten Pflege" ist aber höher als die Prävalenz des Sachleistungsbezugs, weil die Ergänzungs- und Ersatzleistungen bei der formell-ambulanten Pflege integriert sind. Entsprechend hat "informelle Pflege" als Pflegearrangement eine geringere Prävalenz als der Bezug von Pflegegeld.



Quelle: Daten der BARMER GEK - Hochrechnung auf die BRD-Bevölkerung

Abbildung 25: Prävalenz des Bezugs verschiedener Leistungsarten im Durchschnittsmonat in den Jahren 2011-2015



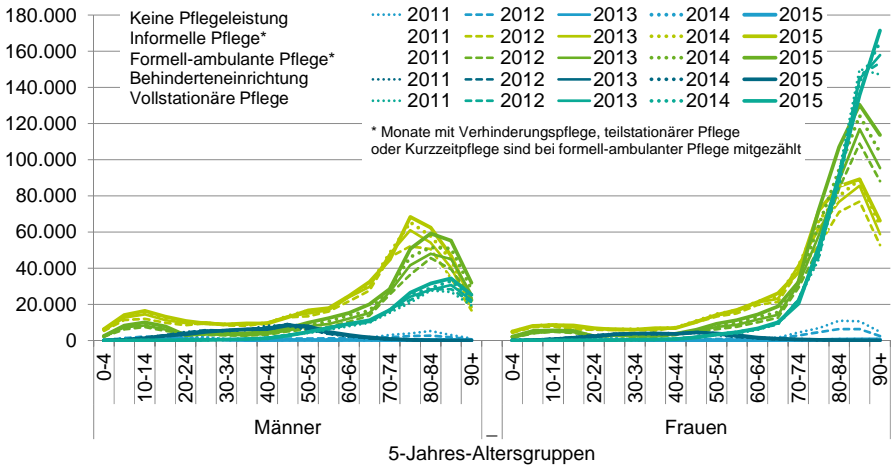
Quelle: Daten der BARMER GEK - Hochrechnung auf die BRD-Bevölkerung

Abbildung 26: Prävalenz der Pflegearrangements in den Jahren 2011-2015 im Durchschnittsmonat

Die Prävalenzen der informellen Pflege²³ und der formell-ambulanten Pflege nehmen deutlich zu. In den Jahren 2011 und 2012 gab es zwar auch schon eine beträchtliche Zahl an Leistungsberechtigten in Pflegestufe "0", ein Leistungsbezug war aber noch beschränkt auf die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI. Die Zuordnung zu den Pflegearrangements geschieht aber im Wesentlichen über die Nutzung der Hauptleistungsarten. Leistungsberechtigte der Pflegestufe "0" hatten in den Jahren 2011 und 2012 aber noch keinen Zugang dazu. Dadurch zeigt sich für das Arrangement "keine Pflegeleistung" eine Prävalenz von 0,1 %. Dieser Anteil geht dann ab dem Jahr 2013, in dem die Leistungsansprüche an Hauptleistungsarten für Personen mit Pflegestufe "0" bestehen, gegen null.

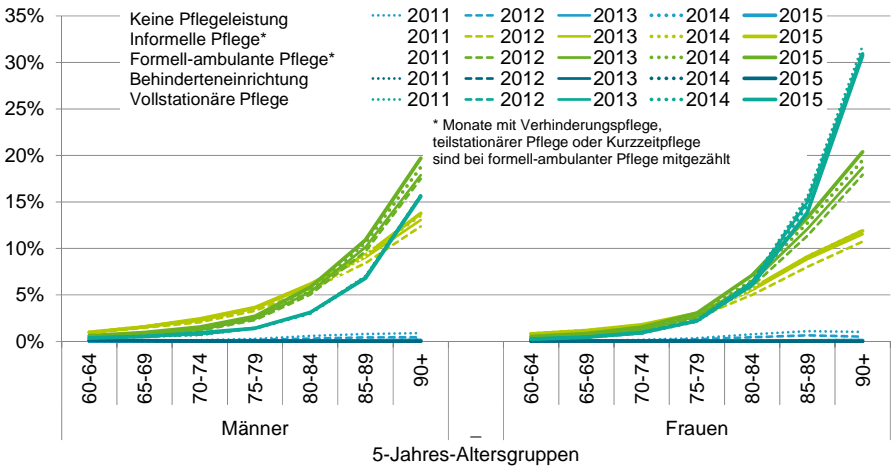
Abbildung 27 differenziert die Fallzahlen der Pflegearrangements nach dem Alter der Leistungsempfänger. Während die Pflege in Behinderteneinrichtung überwiegend bei 20-60-Jährigen erfolgt, ist die überwiegende Mehrheit der Leistungsempfänger in allen übrigen Pflegearrangements im Alter von 70 oder älter. Die *altersspezifischen Prävalenzen* nehmen für diese Altersgruppen in informeller Pflege und in formell-ambulanter Pflege zu, während sie in vollstationärer Pflege sogar leicht rückläufig sind (Abbildung 28). Hier zeigen sich also genau die Verschiebungen, die aufgrund der gesetzlichen Regelungen zu erwarten sind und die als Indiz dafür angesehen werden können, dass die Veränderungen im Leistungsrecht Veränderungen in der relativen Bedeutung der Pflegearrangements nach sich ziehen. Dies zeigt, dass die Wahl des Pflegearrangements nicht durch die persönlichen Umstände vollständig determiniert ist, sondern durchaus durch Veränderung der relativen Anreize beeinflusst werden kann. Weiterhin wird auch hier deutlich, dass neben der demographischen Entwicklung die Änderungen im Leistungsrecht eine wichtige Determinante der Prävalenzentwicklung darstellen.

²³ .In welchem Umfang Pflegegeldempfänger die Ergänzungs- und Ersatzleistungen im Einzelnen in Anspruch nehmen, wird in Abschnitt 5.6 noch weiter ausgeführt.



Quelle: Daten der BARMER GEK - Hochrechnung auf die BRD-Bevölkerung

Abbildung 27: Leistungsberechtigte in Pflegearrangements nach Alter und Geschlecht in den Jahren 2011-2015 im Durchschnittsmonat



Quelle: Daten der BARMER GEK

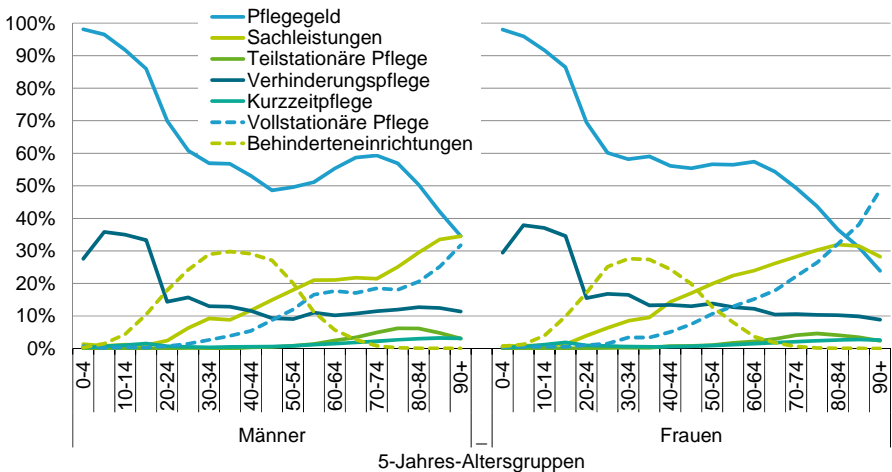
Abbildung 28: Prävalenz der Pflegearrangements nach Alter und Geschlecht in den Jahren 2011-2015 im Durchschnittsmonat

5.2.3 Aktuelle Verteilung der Pflegeleistungen nach Alter

Wie im letztjährigen BARMER GEK Pflegereport gezeigt, sind für die Zukunft deutliche Verschiebungen in der Altersstruktur der Pflegebedürftigen zu erwarten. Sind derzeit noch ein Zehntel der pflegebedürftigen Männer 90 Jahre und älter, wächst dieser Anteil bis 2060 auf über ein Viertel. Bei den Frauen liegt dieser Anteil derzeit bereits bei einem Viertel, steigt aber bis 2060 bis auf fast die Hälfte. Entsprechende Verschiebungen zeigen sich auch bei den anderen Altersklassen (Rothgang et al. 2015b: 88 f.). Eine Verschiebung der Altersstrukturen impliziert dann aber auch eine Verschiebung der Bedarfe, wenn diese selbst altersabhängig sind. Abbildung 29 zeigt die Verteilungen der *altersspezifischen Inanspruchnahmen* der einzelnen Leistungsarten für das Jahr 2015.

Pflegegeld ist bei jüngeren Leistungsbeziehern die Leistungsart der ersten Wahl. Rund 96 % der Leistungsberechtigten in den ersten Lebensjahren nutzen diese Leistung. Der Anteil der Pflegegeldbezieher unter den Leistungsberechtigten geht dann über die Altersgruppen fast kontinuierlich zurück. Bei den über 90-jährigen Männern sind es nur noch 35 % und bei den über 90-jährigen Frauen nur noch 24 %. Über 30 % der leistungsberechtigten Kinder nutzen überdies auch *Verhinderungspflege*. Dieser monatliche Anteil der Nutzer geht dann im Verlauf der weiteren Altersjahre auf rund 10 % zurück. Eine besondere Altersverteilung gibt es bei der Pflege in *Behinderteneinrichtungen*. Im Kindesalter sowie im Rentenalter ist der Anteil der Pflegebedürftigen, die in Behinderteneinrichtungen gepflegt werden, sehr gering. Im jungen bis mittleren Erwachsenenalter wird die Pflege in Behinderteneinrichtungen hingegen von fast 30 % der Leistungsberechtigten genutzt. In der Weise, wie die Anteile der Pflege in Behinderteneinrichtungen und die der Pflegegeldbezieher zurückgehen, steigen die Anteile der Sachleistungsbezieher und der Pflegeheimbewohner. Überwiegend alte Pflegebedürftige finden sich bei der Versorgung in *vollstationärer Dauerpflege*, in der *Kurzzeitpflege* und in der *teilstationären Pflege*. Im Bereich der Altenpflege steigt also generell mit dem Alter die Quote mit stationärer Versorgung in Pflegeeinrichtungen.

Die Verschiebung der Altersstruktur der zukünftigen Leistungsbezieher in Richtung Höchstalttrige wird vor diesem Hintergrund zu einer verstärkten Inanspruchnahme vollstationärer Pflege und ambulanter Pflegedienste führen. Rein demo-



Quelle: Daten der BARMER GEK

Abbildung 29: Anteil der Leistungsbezieher unter den Leistungsberechtigten innerhalb der Altersgruppen im Durchschnittsmonat 2015

graphisch bedingt kommt es so – ceteris paribus – zu einer weiteren Verschiebung von informeller zu formeller Pflege.

5.3 Eintritt in die Leistungsberechtigung: Inzidenz

In diesem Abschnitt werden die Fallzahlen der neu Leistungsberechtigten²⁴ und deren Inzidenzen beschrieben und in ihrer Entwicklung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der gesetzlichen Neuregelungen interpretiert (Abschnitt 5.3.1). Der Beginn der Leistungsberechtigung ist auch immer der Ausgangspunkt für die Ermittlung der Dauer der Pflegebedürftigkeit/EA. Mit unterschiedlichen Ausgangsbedingungen können unterschiedliche Verläufe verbunden sein. Nachfolgend werden daher zur weiteren Analyse von Pflegeverläufen die Eintritte in die Leistungsberechtigung nach pflegeeintrittsbegleitenden Erkrankungen differenziert und quantifiziert (Abschnitt 5.3.2).

²⁴ Zum Selektionsverfahren siehe Abschnitt 5.1.3

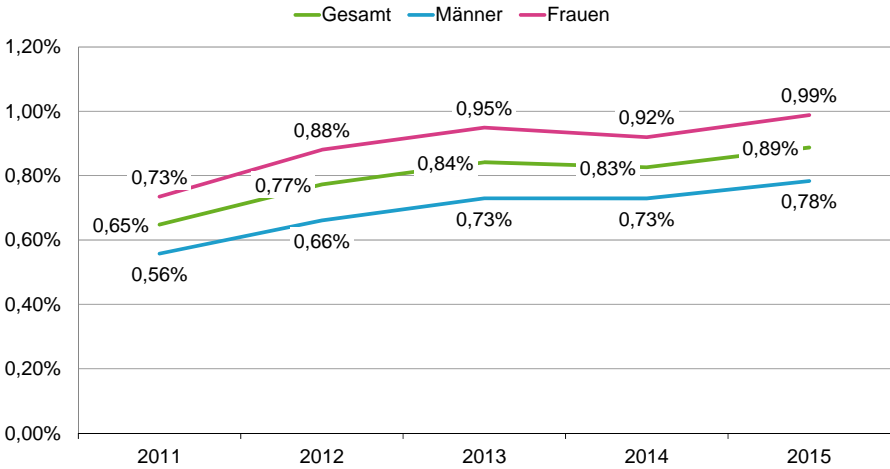
5.3.1 Entwicklung der Zahl der Eintritte in die Leistungsberechtigung

Die in Abschnitt 5.2 beschriebene und erklärte Veränderung in der Zahl der Leistungsberechtigten ergibt sich rein rechnerisch aus Veränderungen der Zugänge zur Leistungsberechtigung und der Abgänge aus der Leistungsberechtigung. Wie Abbildung 30 zeigt, sind steigende Inzidenzen²⁵ dabei ein Grund für steigende Prävalenzen.

Im Jahr 2011 erhielten 0,65 % der noch nicht leistungsberechtigten Personen eine Leistungsberechtigung durch die Zuweisung einer Pflegestufe I bis III oder der Pflegestufe "0". Bis zum Jahr 2015 stieg die Jahresinzidenz auf 0,89 % an. Dieser Trend zeigt sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen, allerdings bei Frauen auf einem etwas höheren Niveau (0,73 % bis 0,99 %) als bei Männern (0,56 % bis 0,78 %).

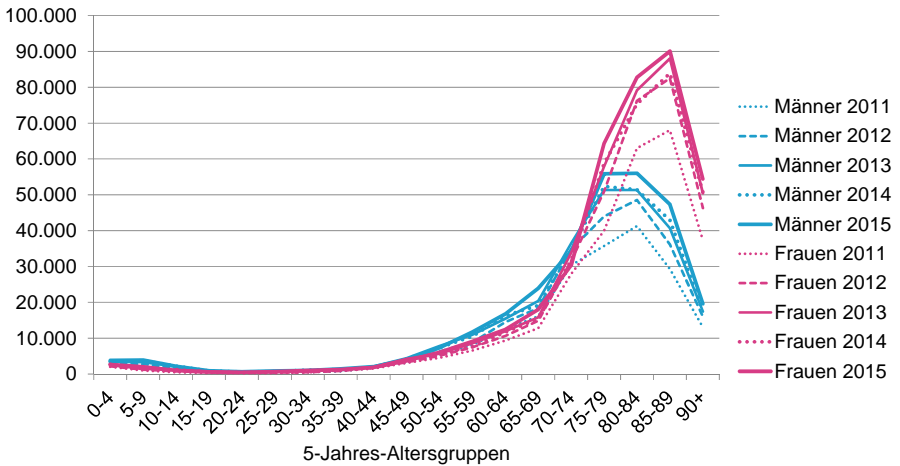
Analog zur Analyse der Prävalenzen kann gefragt werden, ob die steigende Zahl erstmalig Pflegebedürftiger/PEA auf die demographische Alterung bei konstanten altersspezifischen Inzidenzen und/oder auf steigende altersspezifische Inzidenzen zurückgeführt werden kann. Abbildung 31 zeigt zumindest für die quantitativ relevanten höheren Altersgruppen erkennbar, dass die Zahl der Neufälle in diesen Altersgruppen im Zeitverlauf zunimmt. Eine solche Zunahme könnte noch allein auf eine im Zeitverlauf zunehmende Besetzung dieser Altersgruppen zurückgeführt werden. Da aber auch ein Anstieg bei den altersspezifischen Inzidenzen vorliegt (Abbildung 32 und Abbildung 33), tragen im Zeitverlauf steigende altersspezifische Inzidenzen, also eine steigende Zahl der Neufälle pro (noch nicht leistungsberechtigter) Bevölkerung in dieser Altersgruppe ebenfalls zur steigenden Zahl der Neufälle je Altersgruppe bei.

²⁵ Zur Sicherung ausreichender Fallzahlen für differenzierte Auswertungen werden im Unterschied zur Darstellung der Verläufe nach einer Inzidenz in Kap 3 in den folgenden Abschnitten nicht nur die Inzidenzen im Dezember 2011, sondern *alle* Inzidenzen der Jahre 2011 bis 2015 nach dem in Abschnitt 5.1.3 dargestellten Selektionsverfahren erfasst.



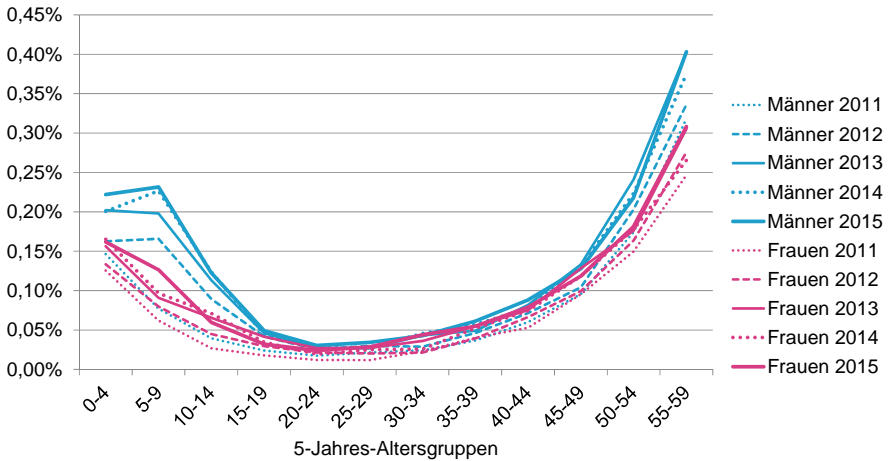
Quelle: Daten der BARMER GEK - Hochrechnung auf die BRD-Bevölkerung

Abbildung 30: Jahresinzidenz der Leistungsberechtigung in der Bevölkerung in den Jahren 2011–2015



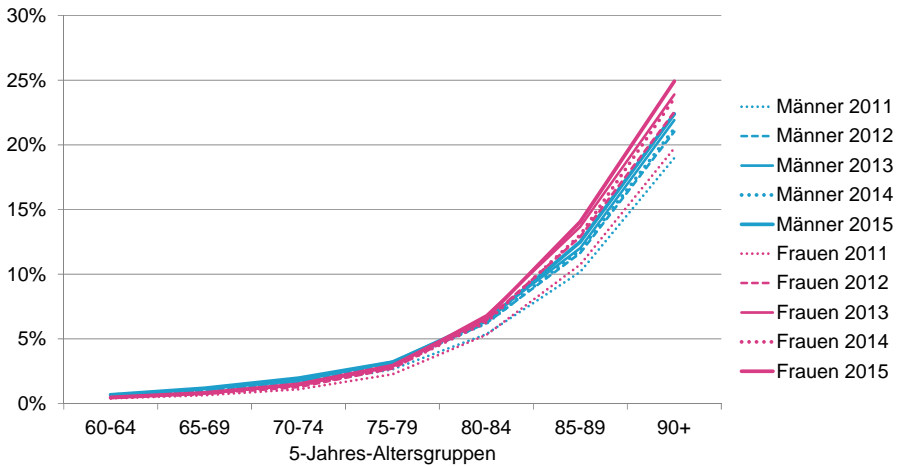
Quelle: Daten der BARMER GEK

Abbildung 31: Anzahl der Eintritte in die Leistungsberechtigung für Männer und Frauen nach Alter in den Jahren 2011-2015



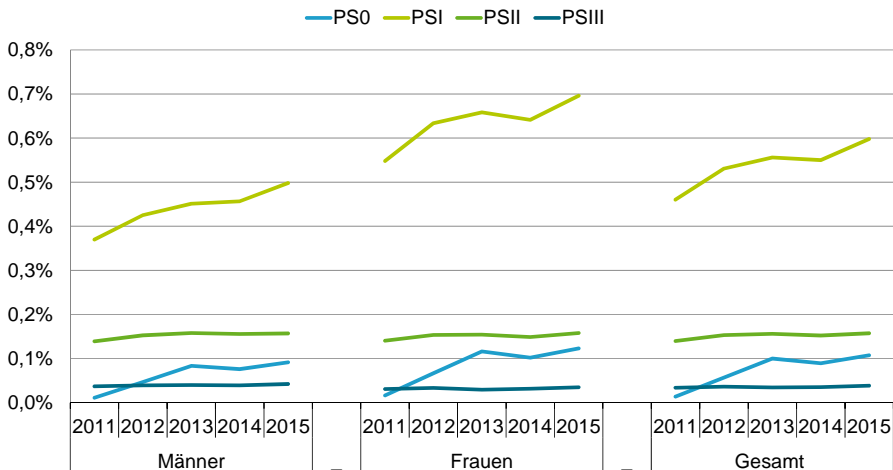
Quelle: Daten der BARMER GEK

Abbildung 32: Jahresinzidenz der Leistungsberechtigung für jüngere Männer und Frauen nach Alter in den Jahren 2011-2015



Quelle: Daten der BARMER GEK

Abbildung 33: Jahresinzidenz der Leistungsberechtigung für ältere Männer und Frauen nach Alter in den Jahren 2011-2015

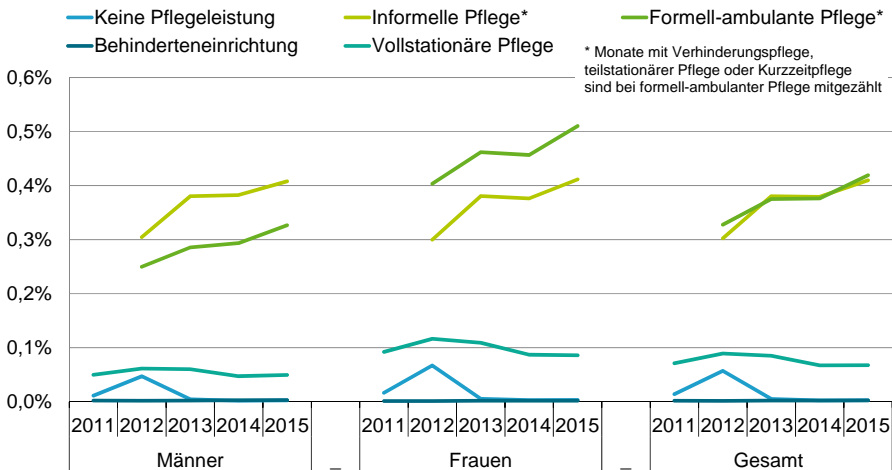


Quelle: Daten der BARMER GEK - Hochrechnung auf die BRD-Bevölkerung

Abbildung 34: Jahresinzidenz der Leistungsberechtigung mit verschiedenen Pflegestufen in den Jahren 2011-2015

Veränderungen in der Zahl der Neufälle können – insbesondere wenn sie Folge von Gesetzesveränderungen sind, die die Pflegestufen und Pflegearrangements in unterschiedlichem Maße ansprechen – auch Veränderungen in der Verteilung der Eintrittspflegestufen und Eintrittspflegearrangements zeitigen. Vor dem Hintergrund der bereits beschriebenen Reformen ist insbesondere mit einem vermehrten Zugang zu Pflegestufe "0" zu rechnen. Da ein Teil der Antragssteller, die nur einen Begutachtungsantrag gestellt haben, um Leistungen der Pflegestufe "0" zu erhalten, letztlich dann doch in Pflegestufe I eingestuft werden, ist weiterhin ein – allerdings geringerer – Anstieg der Inzidenzen in Pflegestufe I zu erwarten.

Entsprechend dieser Erwartungen steigen bei einer Differenzierung *der Inzidenzverläufe nach Pflegestufen* die Inzidenzen in Pflegestufe "0" von 0,01 % im Jahr 2011 auf 0,11 % im Jahr 2015 an, haben sich in diesem Zeitraum also mehr als verzehnfacht (Abbildung 34). Auch für Pflegestufe I zeigt sich ein deutlicher Inzidenzanstieg von 0,46 % auf 0,60 %, also um knapp ein Drittel des Ausgangswertes. Der Anstieg in Pflegestufe II von 0,15 % auf 0,16 % ist dagegen gering und in Pflegestufe III ist kein Anstieg erkennbar. Dieser grundlegende



Quelle: Daten der BARMER GEK - Hochrechnung auf die BRD-Bevölkerung

Abbildung 35: Jahresinzidenz der Leistungsberechtigung mit verschiedenen Pflegearrangements in den Jahren 2011-2015

Trend gilt ebenso für Frauen wie für Männer – nur auf unterschiedlichem Niveau. Die durch die Reformen ausgelöste Inzidenzerhöhung tritt somit vor allem in Pflegestufe "0" und – abgeschwächt – in Pflegestufe I auf. Veränderungen in der Zahl der neu Leistungsberechtigten mit höheren Pflegestufen wären damit demografisch begründet.

Da sich die Leistungsverbesserungen des PNG und PSG I vor allem auf die häusliche Pflege beziehen, ist insbesondere in diesen *Pflegearrangements* mit einer Inzidenzsteigerung zu rechnen. Abbildung 35 bestätigt diese Vermutung: Die Wahrscheinlichkeit, die Pflegebedürftigkeit in vollstationärer Dauerpflege zu beginnen, verändert sich im Beobachtungszeitraum kaum. Die Jahresinzidenz liegt insgesamt für das Jahr 2011 wie für das Jahr 2015 bei 0,07 %. Die Pflege in Behinderteneinrichtungen tritt so gut wie gar nicht als inzidentenes Pflegearrangement auf. Die Inzidenzen der informellen Pflege und der formell-ambulanten Pflege steigen dagegen jeweils in diesem Zeitraum um rund ein Drittel, von 0,30 % auf 0,41 % (informelle Pflege) bzw. von 0,33 % auf 0,42 % (formell-ambulante Pflege). Dabei zeigen sich zwischen Männern und Frauen zwar Niveauunterschiede – so weisen Männer mehr informelle als formell-ambulante

Pflegearrangements auf, während es bei den Frauen umgekehrt ist. Der Änderung der Inzidenz im Zeitverlauf ist aber jeweils sehr ähnlich.²⁶

Insgesamt zeigt sich unabhängig von den demografischen Einflüssen eine deutliche Ausweitung der Zugänge in die Leistungsberechtigung. Diese Ausweitung ist in der Form, wie sie sich darstellt, eine logische Konsequenz aus den neueren gesetzlichen Regelungen. Die Zuwächse entstehen insbesondere in Pflegestufe "0" und ausschließlich in den häuslichen Pflegearrangements.

5.3.2 Erkrankungen bei Eintritt in die Leistungsberechtigung

Krebserkrankungen, Krankheiten des Kreislaufsystems und psychische und Verhaltensstörungen sind die häufigsten Erkrankungen, die im Zusammenhang mit dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit genannt werden (MDS 2013a: 14 ff.). Im Bereich der Krankheiten des Kreislaufsystems sind es vornehmlich Schlaganfälle und die Herzinsuffizienz und im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen vornehmlich die Demenz, die von Bedeutung für den Pflegeeintritt sind (Rothgang et al. 2013: 163). Mit Blick auf relativ akute, zeitlich gut zuordenbare Ereignisse werden diese genannten Erkrankungen und zudem noch Herzinfarkt und hüftgelenksnahe Frakturen in ihren Auswirkungen auf den Pflegeeintritt und die weiteren Verläufe betrachtet.

Sowohl für die Einordnung in die Pflegestufen als auch die Auswahl der Pflegearrangements lassen sich unterschiedliche Wahrscheinlichkeiten je nach zugrundeliegender Erkrankung vermuten. Ebenfalls sind unterschiedliche Dauern der Pflegebedürftigkeit infolge der verschiedenen Erkrankungen zu erwarten. Angehörige stehen je nach Ausgangslage vor unterschiedlichen Konsequenzen, die eine häusliche Pflege oder eine Heimunterbringung nach sich ziehen. Die erwartete Dauer der Pflegebedürftigkeit und der Pflegeaufwand sind jeweils

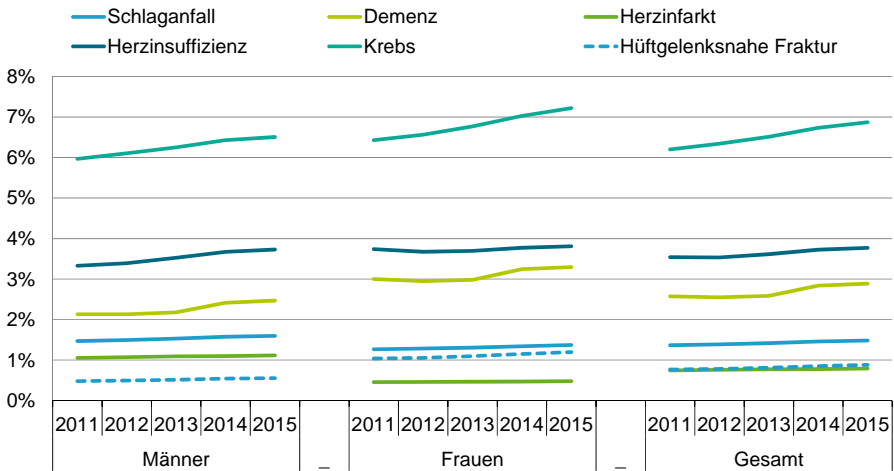
²⁶ In den Jahren 2011 und 2012 war der Zugang zu den Hauptleistungsarten ohne Pflegebedürftigkeit noch nicht gegeben, wodurch die entsprechenden Pflegearrangements nicht inzident sein konnten, wenn nur Pflegestufe "0" vorlag. Es war nur der Zugang zu zusätzlichen Betreuungsleistungen gegeben. Somit kam es in den Jahren 2011 und 2012 zu Inzidenzen der Leistungsberechtigung ohne Pflegeleistungen, also ohne eines der oben definierten Pflegearrangements.

unterschiedlich einzuschätzen. Auf relativ plötzliche schwere Erkrankungen könnte von Angehörigen anders reagiert werden als auf eine schleichende Steigerung der Demenz. Je nach den zugrundeliegenden akuten Erkrankungen bestehen unterschiedliche Perspektiven hinsichtlich der Überlebenszeit oder gar der Heilungsmöglichkeit. Aus diesen Überlegungen heraus erscheint es sinnvoll, die Pflegeverläufe von Pflegebedürftigen, die nach den unterschiedlichen Erkrankungen pflegebedürftig werden, im Einzelnen darzustellen.²⁷

Die ausgewählten Erkrankungen sind teilweise auch in der *Gesamtbevölkerung* sehr häufig. Eine diagnostizierte Krebserkrankung liegt bei über 6 % der Bevölkerung vor, Demenz oder Herzinsuffizienz bei 2 % bis 4 % (Abbildung 36). Demenz oder Herzinsuffizienz liegen bei 2 % bis 4 % der Bevölkerung vor. Aber auch die anderen genannten Erkrankungen wurden bei 1 % bis 2 % der Bevölkerung diagnostiziert. Bei den drei erstgenannten Erkrankungen sind über die Jahre sogar Steigerungsraten zu erkennen.

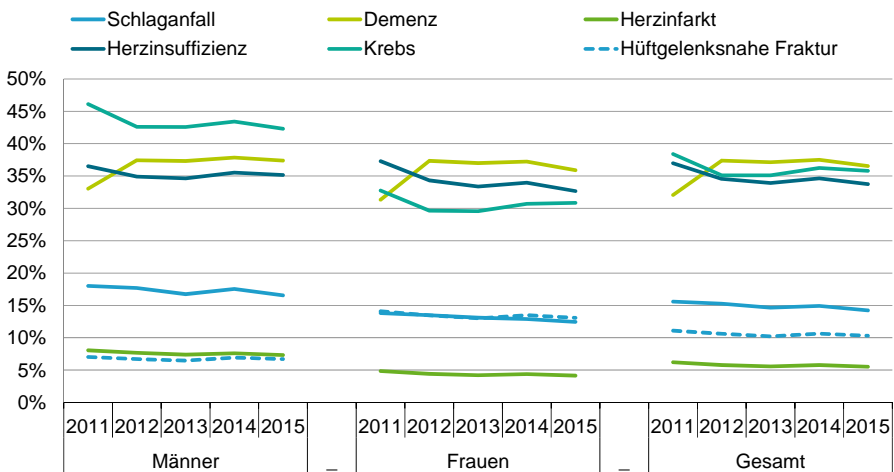
Relativ konstante oder gar leicht rückläufige Anteile mit diesen Erkrankungen sind bei den *inzident Leistungsberechtigten* zu beobachten (Abbildung 37). Am häufigsten wurde Demenz diagnostiziert, am zweitmeisten Krebs und an dritter Stelle folgt Herzinsuffizienz. Schlaganfall und hüftgelenksnahe Frakturen sind bedeutend, liegen aber bei einem geringeren Anteil der Inzidenzen vor und der Herzinfarkt ist noch seltener. Frauen und Männer unterscheiden sich dabei teilweise in den Anteilen der Erkrankungen, die zum Eintritt in die Leistungsberechtigung vorliegen. Deutlich häufiger begleiten Krebserkrankungen den Pflege-/EA-Eintritt von Männern. Frauen hatten bei Pflege-/EA-Eintritt deutlich häufiger eine hüftgelenksnahe Fraktur. Ansonsten sind die anderen betrachteten Erkrankungen moderat häufiger mit dem Eintritt in die Leistungsberechtigung bei Männern verbunden. Dies liegt vor allem daran, dass Frauen älter werden und viele erst im höheren Alter infolge von chronisch-degenerativen Erkrankungen oder Gebrechlichkeit pflegebedürftig/EA werden. In den früheren Altersjahren, in denen die Männer häufig schon pflegebedürftig/EA werden, sind die Ursachen häufiger akute Ereignisse, wie sie hier teilweise abgefragt sind.

²⁷ Entsprechende Analysen werden in Abschnitt 5.4.2 durchgeführt.



Quelle: Daten der BARMER GEK - Hochrechnung auf die BRD-Bevölkerung

Abbildung 36: Jemals diagnostizierte Erkrankungen innerhalb von vier Quartalen in der gesamten Bevölkerung



Quelle: Daten der BARMER GEK - Hochrechnung auf die BRD-Bevölkerung

Abbildung 37: Jemals diagnostizierte Erkrankungen innerhalb von vier Quartalen bis Eintritt in die Leistungsberechtigung

Alle verglichenen Erkrankungen sind in der gesamten Bevölkerung seltener zu finden, was den Schluss nahe legt, dass die genannten Erkrankungen direkt oder indirekt mit dem Eintritt in die Leistungsberechtigung in Zusammenhang stehen. Dass in der Gesamtbevölkerung die Anteile zunehmen, kann am steigenden Durchschnittsalter, an veränderten Dokumentationsgewohnheiten oder auch einer höheren Erkrankungshäufigkeit liegen. Dass die Anteile der somatischen Erkrankungen bei den inzident Leistungsberechtigten zurückgehen, hat auch damit zu tun, dass die Zahl der PEA unter den neu Leistungsberechtigten deutlich steigt, die aufgrund anderer Erkrankungen in den Leistungsbezug kommen.

5.4 Pflegedauern und -verläufe

"Wie lange dauert die Pflegebedürftigkeit?"²⁸ Diese Frage beschäftigt sowohl die Betroffenen selber als auch die Angehörigen und die Versicherer. Die Durchschnittswerte liegen in aller Regel fern der tatsächlichen Dauer, da sie durch vergleichsweise wenige Pflegebedürftige mit einer sehr langen Pflegedauer nach oben verzerrt werden. Je nach Eintrittsalter und zugrundeliegender Erkrankung oder Einschränkung fallen die Pflegedauern und die Pflegeverläufe zudem deutlich unterschiedlich aus. In Abschnitt 5.4.1 wird der Frage nach der Pflegedauer und dem Pflegeverlauf daher zunächst differenziert nach Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Pflegearrangement nachgegangen. In Abschnitt 5.4.2 wird der Pflegeverlauf dann in Abhängigkeit von den vorgestellten Erkrankungen analysiert.

5.4.1 Pflegedauer und -verlauf für die Inzidenzkohorte 2011

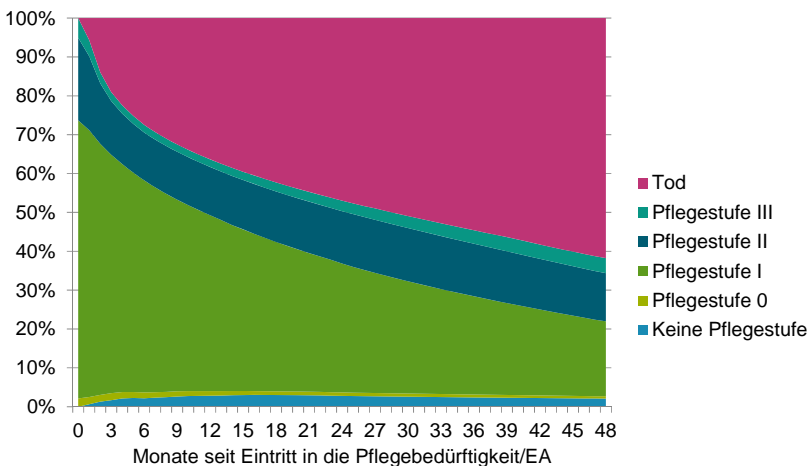
Zur Untersuchung der Pflegedauern und Pflegeverläufe wird zunächst die Eintrittskohorte des Jahres 2011 über 48 Monate beobachtet und die Verteilung der Dauern bis zum Austritt bzw. bis zum Tod in Pflegebedürftigkeit/EA betrachtet (*kumulierte Statusverteilung*). Wie in Abschnitt 5.3.1 schon dargestellt, beginnen die meisten Pflegeverläufe mit Pflegestufe I und in häuslicher Pflege. Nach den

²⁸ Zum Selektionsverfahren siehe Abschnitt 5.1.3. Für die Verlaufsdarstellung und die Erfassung der Dauern sind die Verläufe von Leistungsberechtigten, die die Kasse gewechselt haben nicht berücksichtigt.

Hochrechnungen der Ergebnisse aus den Routinedaten der BARMER GEK begannen 72 % der Pflegeverläufe im Jahr 2011 mit Pflegestufe I, 2 % begannen mit Pflegestufe "0", 21 % mit Pflegestufe II und 5 % mit Pflegestufe III (Abbildung 38).²⁹ Für jeden nachfolgenden Monat ist in der Abbildung weiterhin dargestellt, wie viele Personen sich noch oder wieder in den jeweiligen Pflegestufen befinden und welcher Anteil der Eintrittskohorte nach den vergangenen Monaten seit Beginn der Leistungsberechtigung schon verstorben ist. Pflegestufen und Pflegearrangements können dabei verlassen werden, aber diese Zustände können auch wiedererlangt werden. Die Abbildungen zeigen somit nicht die "immer noch" beispielsweise sich in Pflegestufe I befindlichen Personen, sondern nur die jeweilige Verteilung innerhalb jedes einzelnen nachfolgenden Monats. Prinzipiell könnte es sogar so sein, dass in den Monaten 31 und 32, in denen sich jeweils 28 % in Pflegestufe I befinden, dies zwei völlig unterschiedliche Populationen sind.

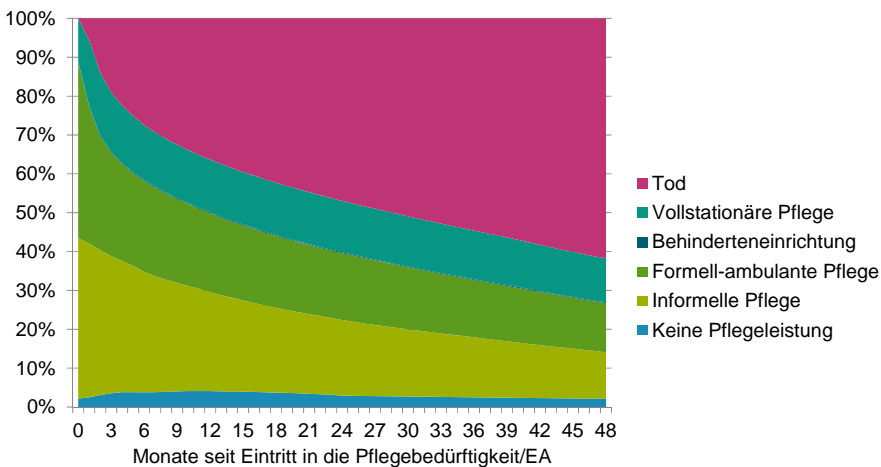
Differenziert nach *Pflegearrangements* begannen 41 % der Pflegeverläufe mit ausschließlichem Bezug von Pflegegeld. Bei 45 % der Pflegeverläufe wurden im ersten Monat schon ambulante Dienste mit in Anspruch genommen (inklusive Kurzzeitpflege) und 11 % der Fälle bezogen von Anfang an Leistungen bei vollstationärer Dauerpflege. Ein Beginn der Pflegebedürftigkeit in einer Behinderteneinrichtung ist die Ausnahme. Im Jahr 2011 gab es zudem noch 2 % der inzident Leistungsberechtigten, die keinem Pflegearrangement zugeordnet werden können (Abbildung 39 und Tabelle 35). Dies hängt eng mit dem Anteil in Pflegestufe "0" zusammen, mit der im Jahr 2011 noch keine Ansprüche an die Hauptleistungsarten verknüpft waren.

²⁹ Nach der Begutachtungsstatistik des MDS ergaben 71,8% der positiven Erstbegutachtungen im Jahr 2011 die Empfehlung zur Pflegestufe I, 22,7% die Empfehlung zur Pflegestufe II und 5,6% die Empfehlung zur Pflegestufe III (eigene Berechnungen auf Grundlage von MDS 2013a: 9). Die Hochrechnungen spiegeln diese Verteilung sehr gut wieder.



Quelle: Daten der BARMER GEK hochgerechnet auf die BRD-Bevölkerung 2011

Abbildung 38: Verteilung nach Pflegestufen in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung



Quelle: Daten der BARMER GEK hochgerechnet auf die BRD-Bevölkerung 2011

Abbildung 39: Verteilung nach Pflegearrangements in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung

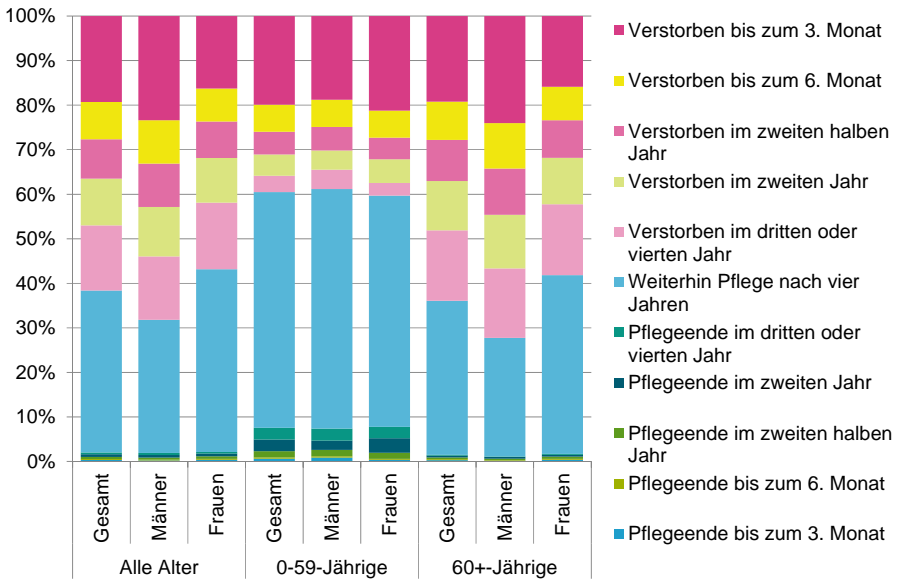
Tabelle 35: Verlauf der Leistungsberechtigung: Alle Pflegebedürftigen

		Zu Beginn	Nach 6 Monaten	Nach 4 Jahren
Überlebende		100	73	38
davon...				
Pflegestufe	Keine Pflegestufe	0	3	5
	Pflegestufe "0"	2	3	3
	Pflegestufe I	72	75	50
	Pflegestufe II	21	16	32
	Pflegestufe III	5	3	11
	Summe	100	100	100
Pflegearrangement	Keine Pflegeleistung	2	5	5
	Behinderteneinrichtung	0	0	0
	Informelle Pflege	41	42	32
	Formell-ambulante Pflege	46	33	34
	Vollstationäre Pflege	11	19	29
	Summe	100	100	100

Gerade in den ersten Monaten versterben sehr viele der inzident Leistungsberechtigten. So sind nach dem dritten Monat schon 19 % und nach sechs Monaten schon 27 % der inzident Leistungsberechtigten des Jahres 2011 verstorben. Nach zwei Jahren sind es knapp die Hälfte (47 %) und nach vier Jahren fast zwei Drittel (62 %).

Insgesamt geht der Anteil der Pflegegeldbezieher deutlicher zurück als die Anteile in formell-ambulanter Pflege oder der vollstationären Pflege. Dies hängt im Wesentlichen mit einer tendenziell höheren Inanspruchnahme professioneller Pflege im Pflegeverlauf zusammen (Rothgang et al. 2010: 145 ff.). Dieses Bild und auch der Weg hin zur immer höheren Pflegestufe im Erlebensfall zeigt sich komprimiert auch in Tabelle 35, in der die Verteilungen der Überlebenden nach sechs Monaten und nach vier Jahren dargestellt sind.

In welchem Umfang ein Austritt aus der Pflegebedürftigkeit/EA im Erlebensfall vorkommt und in welchem Umfang die Pflegebedürftigkeit/EA durch Tod beendet wird, wird im Folgenden anhand zwei unterschiedlicher Methoden dargestellt. Zum einen wird die Eintrittskohorte des Jahres 2011 über 48 Monate beo-

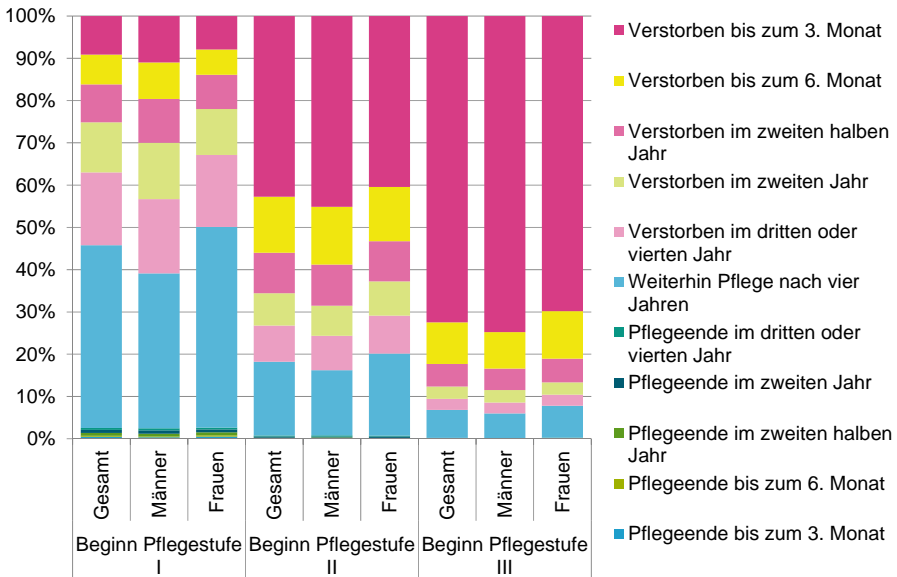


Quelle: Daten der BARMER GEK hochgerechnet auf die BRD-Bevölkerung 2011

Abbildung 40: Pflege-/PEA-Dauern nach Inzidenz im Jahr 2011 im Vergleich jüngerer und älterer Pflegebedürftiger

bachtet und die Verteilung der Dauern bis zum Austritt bzw. bis zum Tod in Pflegebedürftigkeit/EA betrachtet (Abbildung 40 und Abbildung 41). Zum anderen wird für die gesamten erfassbaren Monate in Pflegebedürftigkeit/EA der Jahre 2011 bis 2015 die monatliche Austrittswahrscheinlichkeit erfasst (Abbildung 42).

Insgesamt treten 7,6 % der jungen Pflegebedürftigen/PEA im Verlauf von vier Jahren aus dem Zustand aus. Von den alten Pflegebedürftigen/PEA im Alter von 60 Jahren und mehr gelingt das nur 1,5 % (Abbildung 40). Insgesamt sind 2,0% bis zum Jahr 2015 aus der Leistungsberechtigung ausgeschieden – sie haben also den Zustand der Pflegebedürftigkeit bzw. der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (EA) wieder verlassen. Die Mehrheit von 61,6% ist aber im Zeitraum von vier Jahren verstorben; 36,3% sind nach Ablauf von vier Jahren immer noch pflegebedürftig oder/und PEA gewesen.

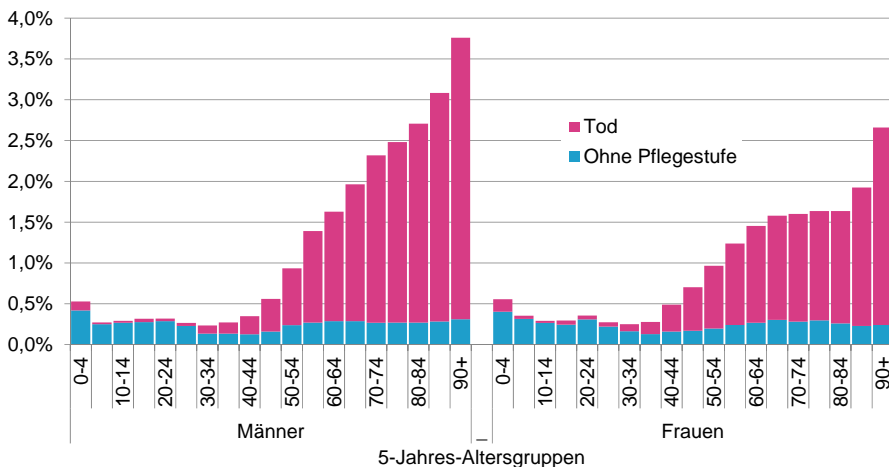


Quelle: Daten der BARMER GEK hochgerechnet auf die BRD-Bevölkerung 2011

Abbildung 41: Dauern der Pflegebedürftigkeit/EA bei nach Inzidenz im Jahr 2011 nach Eintrittspflegestufe

Dabei sind die *Dauern* in Pflegebedürftigkeit/EA für die jüngeren Pflegebedürftigen/PEA deutlich länger als für die älteren Pflegebedürftigen/PEA. Von den Leistungsberechtigten im Alter von mindestens 60 Jahren sind nach vier Jahren 63,9 % verstorben, während von den jüngeren Leistungsberechtigten (0-59-Jährige) nur 39,5 % verstorben sind. Sind für die älteren Pflegebedürftigen/PEA deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu erkennen sind, zeigen sich diese Geschlechterunterschiede bei den jüngeren Pflegebedürftigen/PEA nicht. Dies liegt an der ungleichen Altersverteilung bei Männern und Frauen, die bei den älteren Pflegebedürftigen/PEA vorzufinden ist, aber nur in geringem Ausmaß bei den jungen Pflegebedürftigen/PEA.

Ausschlaggebend für die Dauer in Pflegebedürftigkeit/EA bzw. die Überlebenszeit ist auch die *Eintrittspflegestufe*. Von den Pflegebedürftigen, die mit Pflegestufe I beginnen, versterben innerhalb von 4 Jahren nur 54,2 % (Abbildung 41). Im gleichen Zeitfenster versterben von denen, die in Pflegestufe II beginnen,



Quelle: Daten der BARMER GEK von 2011-2015 hochgerechnet auf die BRD-Bevölkerung von 2011

Abbildung 42: Wahrscheinlichkeit, im nächsten Monat verstorben oder aus dem Leistungsbezug ausgetreten zu sein

81,8 % und von denn mit der Eingangspflegerstufe III sogar 93,2 %. Allerdings endet Pflegebedürftigkeit nicht immer mit dem Tod. Die Pflegebedürftigen, die mit Pflegestufe I beginnen, scheiden innerhalb von vier Jahren zu 2,6 % wieder aus der Leistungsberechtigung aus, während es mit Pflegestufe II nur 0,8 % und mit Pflegestufe III nur 0,2 % sind.

Pflegebedürftigkeit/EA ist also nicht in allen Fällen eine Einbahnstraße. Vielmehr kommt es auch wieder zur Beendigung der Leistungsberechtigung. Je nach Alter und Geschlecht fallen zwischen 0,1 % und 0,4 % monatlich aus der Leistungsberechtigung heraus (Abbildung 42). Die niedrigsten Quoten finden sich bei den 30- bis 44-Jährigen und die höchsten im Säuglingsalter.

Deutlich weniger konstant über die Altersjahre ist die *Sterberate*. Von den Männern und Frauen in der Altersgruppe 55-59 Jahre verstirbt pro Monat rund 1 %. In den jüngeren Jahren liegen die Sterberaten deutlich niedriger. Während die Sterberate für die leistungsberechtigten Männer in den nachfolgenden Altersgruppen dann aber schnell ansteigt (von 2,1 % in der Altersgruppe 70-74 Jahre

auf 2,8 % in der Altersgruppe 85-89 Jahre), verharrt die Sterberate der leistungsberechtigten Frauen lange Zeit auf niedrigerem Niveau (Altersgruppe 70-74 Jahre: 1,3 %; 85-89 Jahre: 1,7 %) als bei den Männern. Auch in der höchsten Altersgruppe bleibt die Sterberate der leistungsberechtigten Frauen mit 2,4 % pro Monat deutlich niedriger als die der leistungsberechtigten Männer (3,4 % pro Monat). Während sich die Austrittswahrscheinlichkeiten im Erlebensfall zwischen Männern und Frauen wenig unterscheiden, gibt es also doch deutliche Differenzen in der Sterberate. Die große Mehrheit der Leistungsberechtigten hat aber auch im jeweiligen Folgemonat weiterhin eine Pflegestufe oder Pflegestufe "0".

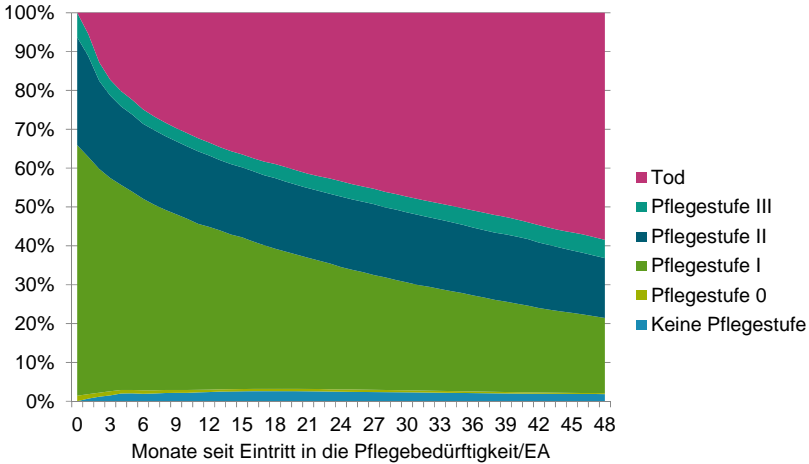
5.4.2 Verläufe der Leistungsberechtigung nach ausgewählten Diagnosen beim Eintritt in die Leistungsberechtigung

Verbunden mit verschiedenen, der Pflegebedürftigkeit möglicherweise zugrundeliegenden Erkrankungen sind auch unterschiedliche Pflegeverläufe zu erwarten. Die nachfolgenden Analysen sollen den Effekt dieser häufig im Kontext von Pflegebedürftigkeit auftretenden Erkrankungen auf den Pflegeverlauf deutlich machen. Dazu werden die kumulierten Statusverteilungen über die nachfolgenden 48 Monate nach Eintritt in die Leistungsberechtigung bei Vorliegen der speziellen Erkrankungen betrachtet. Die Erkrankung wird dabei dann als gegeben erachtet, wenn für das Quartal des Eintritts in die Leistungsberechtigung oder für den Zeitraum der drei Quartale zuvor eine entsprechende Diagnose vorlag. Die Erkrankungen oder Störungen, die verglichen werden, sind

- Schlaganfall (Abschnitt 5.4.2.1),
- Demenz (Abschnitt 5.4.2.2),
- Herzinfarkt (Abschnitt 5.4.2.3),
- Herzinsuffizienz (Abschnitt 5.4.2.4)
- Krebs (Abschnitt 5.4.2.5) und
- hüftgelenksnahe Frakturen (Abschnitt 5.4.2.6).

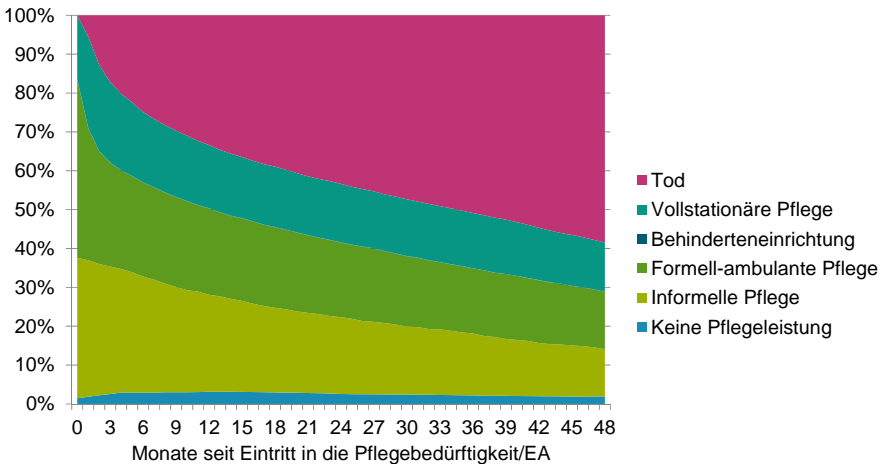
Nach der detaillierten Darstellung der krankheitsspezifischen kumulierten Statusverteilungen werden die Ergebnisse tabellarisch, komprimiert zusammengefasst (Abschnitt 5.4.2.7).

5.4.2.1 Schlaganfall



Quelle: Daten der BARMER GEK hochgerechnet auf die BRD-Bevölkerung 2011

Abbildung 43: Verteilung nach Pflegestufen in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit Schlaganfall



Quelle: Daten der BARMER GEK hochgerechnet auf die BRD-Bevölkerung 2011

Abbildung 44: Verteilung nach Pflegearrangements in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit Schlaganfall

Tabelle 36: Pflegearrangement und Pflegestufe bei Schlaganfall

		Zu Beginn	Nach 6 Monaten	Nach 4 Jahren
Überlebende (in %)		100	75	42
davon... (in %)				
Pflegestufe	Keine Pflegestufe	0	3	5
	Pflegestufe "0"	1	1	0
	Pflegestufe I	65	65	46
	Pflegestufe II	28	25	37
	Pflegestufe III	6	6	12
	Summe	100	100	100
Pflegearrangement	Keine Pflegeleistung	2	4	5
	Behinderteneinrichtung	0	0	0
	Informelle Pflege	36	40	29
	Formell-ambulante Pflege	46	32	36
	Vollstationäre Pflege	16	24	31
	Summe	100	100	100

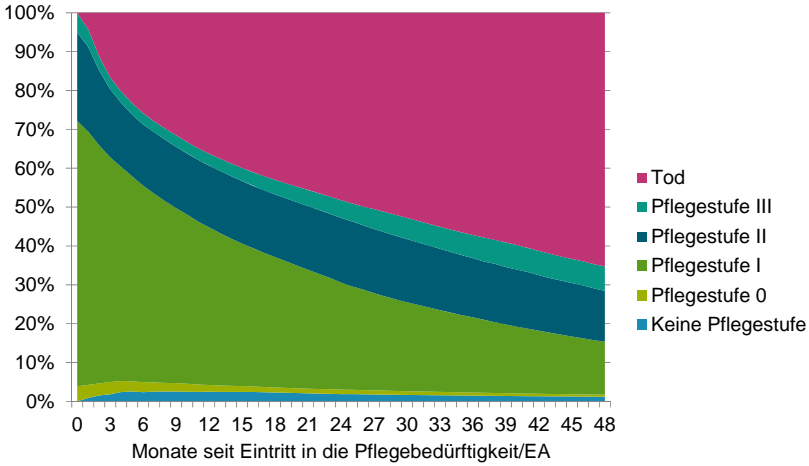
Im Vergleich zur Gesamtheit der Pflegebedürftigen ist für *Schlaganfallpatienten* insgesamt eine *höhere Überlebenszeit* zu beobachten (Tabelle 36, Abbildung 43 und Abbildung 44). Nach vier Jahren sind von den leistungsberechtigten Schlaganfallpatienten weniger verstorben als im Durchschnitt aller inzident Leistungsberechtigten (58 % im Vergleich zu 62 % – siehe Tabelle 35).

Personen, die nach einem Schlaganfall pflegebedürftig werden, haben tendenziell eine *höhere Eintrittspflegestufe*. Sie sind zu Beginn seltener in Pflegestufe I als die Gesamtheit der Pflegebedürftigen (65 % zu 72 %) aber häufiger in Pflegestufe II (28 % zu 21 %).

Schlaganfallpatienten erfahren mit *Pflegeeintritt mehr formelle Pflege*. Der Anteil mit vollstationärer Pflege liegt bei 16 % im Vergleich zu 11 %.

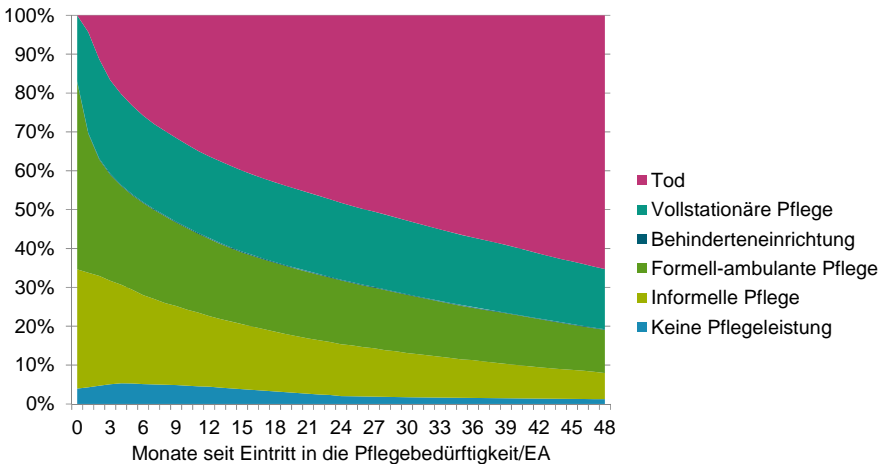
Nach einer Pflegebedürftigkeit von 4 Jahren nähert sich die Verteilung der überlebenden Pflegebedürftigen mit der Eintrittsdiagnose Schlaganfall der Verteilung der Gesamtheit der Pflegebedürftigen an, die Richtungen der Unterschiede bleiben aber erhalten (vgl. dazu Tabelle 35 und Tabelle 36).

5.4.2.2 Demenz



Quelle: Daten der BARMER GEK hochgerechnet auf die BRD-Bevölkerung 2011

Abbildung 45: Verteilung nach Pflegestufen in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit Demenz



Quelle: Daten der BARMER GEK hochgerechnet auf die BRD-Bevölkerung 2011

Abbildung 46: Verteilung nach Pflegearrangements in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit Demenz

Tabelle 37: Pflegearrangement und Pflegestufe bei Demenz

		Zu Beginn	Nach 6 Monaten	Nach 4 Jahren
Überlebende (in %)		100	74	35
davon... (in %)				
Pflegestufe	Keine Pflegestufe	0	3	3
	Pflegestufe "0"	4	4	3
	Pflegestufe I	68	69	40
	Pflegestufe II	23	20	37
	Pflegestufe III	5	4	17
	Summe	100	100	100
Pflegearrangement	Keine Pflegeleistung	4	7	3
	Behinderteneinrichtung	0	0	0
	Informelle Pflege	31	31	20
	Formell-ambulante Pflege	48	32	31
	Vollstationäre Pflege	17	30	46
	Summe	100	100	100

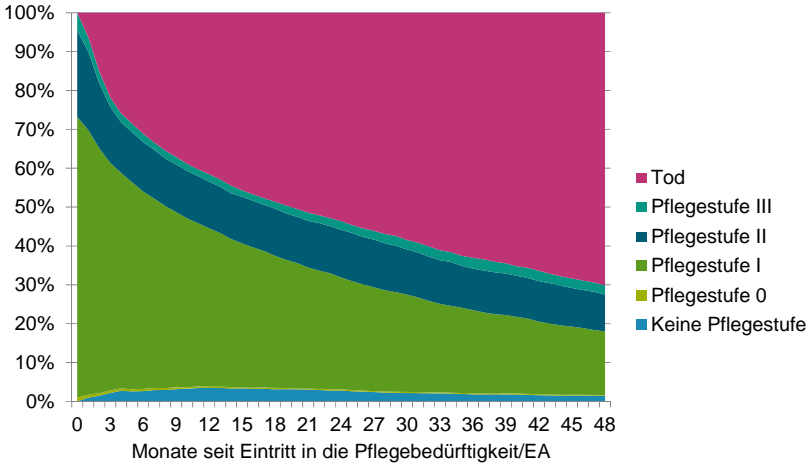
Demenz ist eine explizit im § 45a SGB XI genannte Erkrankung zur Einstufung einer Person als PEA. Wird keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI erkannt, erfolgt häufig die Einstufung mit Pflegestufe "0". Insgesamt mutet der *Beginn der Leistungsberechtigung* mit Demenz durch den *erhöhten Anteil an Pflegestufe "0"* (4 %) weniger schwerwiegend an (Tabelle 37, Abbildung 45).

Der *höhere Anteil* an Leistungsberechtigten *ohne Pflegearrangement* (4 % zu Beginn) resultiert daraus, dass PEA in Pflegestufe "0" im Jahr 2011 nur ein Recht auf zusätzliche Betreuungsleistungen, nicht aber einen Anspruch auf die Hauptleistungsarten hatten. Die *höheren Versorgungsgrade im Pflegeheim* schon zu Beginn der Leistungsberechtigung (17 %) deuten aber insgesamt auf eine höhere Pflegelast bei Menschen mit Demenz hin (Tabelle 37, Abbildung 46).

Zudem zeigt sich ein progredienter Verlauf durch die deutlichen *Verschiebung in höhere Stufen im Zeitverlauf* (17 % in Pflegestufe III) sowie durch die Verschiebung zu einem deutlich *höheren Anteil formeller Pflege* (46 % im Pflegeheim).

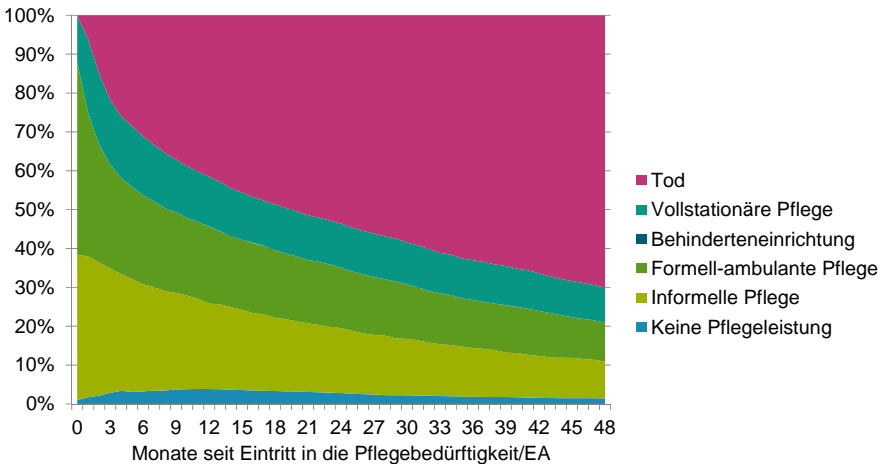
Im Vergleich zur Gesamtheit ist der *Anteil der Verstorbenen leicht erhöht* (65 %).

5.4.2.3 Herzinfarkt



Quelle: Daten der BARMER GEK hochgerechnet auf die BRD-Bevölkerung 2011

Abbildung 47: Verteilung nach Pflegestufen in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit Herzinfarkt



Quelle: Daten der BARMER GEK hochgerechnet auf die BRD-Bevölkerung 2011

Abbildung 48: Verteilung nach Pflegearrangements in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit Herzinfarkt

Tabelle 38: Pflegearrangement und Pflegestufe bei Herzinfarkt

		Zu Beginn	Nach 6 Monaten	Nach 4 Jahren
Überlebende (in %)		100	69	30
davon... (in %)				
Pflegestufe	Keine Pflegestufe	0	4	3
	Pflegestufe "0"	1	1	0
	Pflegestufe I	72	74	57
	Pflegestufe II	22	17	33
	Pflegestufe III	5	3	7
	Summe	100	100	100
Pflegearrangement	Keine Pflegeleistung	1	4	3
	Behinderteneinrichtung	0	0	0
	Informelle Pflege	37	41	33
	Formell-ambulante Pflege	49	33	33
	Vollstationäre Pflege	13	22	30
	Summe	100	100	100

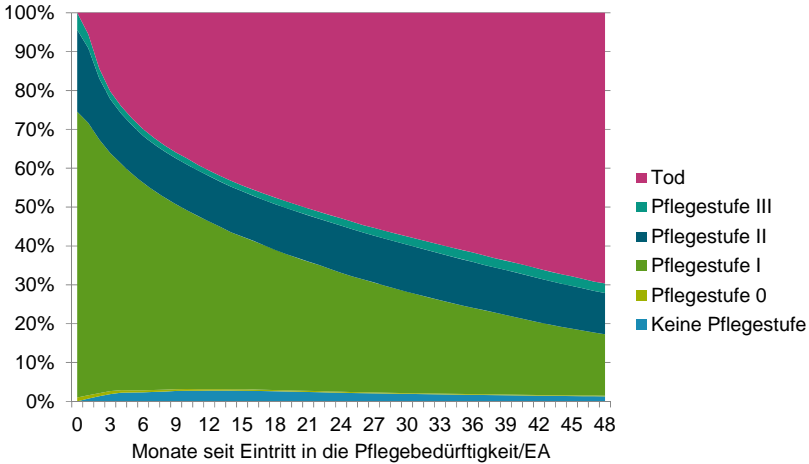
Zusammenfassend zeigt sich für *Herzinfarktpatienten* eine *geringere Überlebenszeit* als für die Gesamtheit der Leistungsberechtigten. So überleben von den leistungsberechtigten Herzinfarktpatienten nur 30 % die nächsten vier Jahre (Tabelle 38, Abbildung 47, Abbildung 48).

Die *Pflegestufen* sind zum *Leistungsbeginn* jedoch fast genauso verteilt wie in der *Gesamtheit*.

Die *Pflegearrangements* sind zum *Leistungsbeginn* etwas *mehr* durch *formelle Pflege* geprägt. So liegen die Anteile der formell-ambulanten Pflege bei 49 % und bei der vollstationären Pflege bei 13 %.

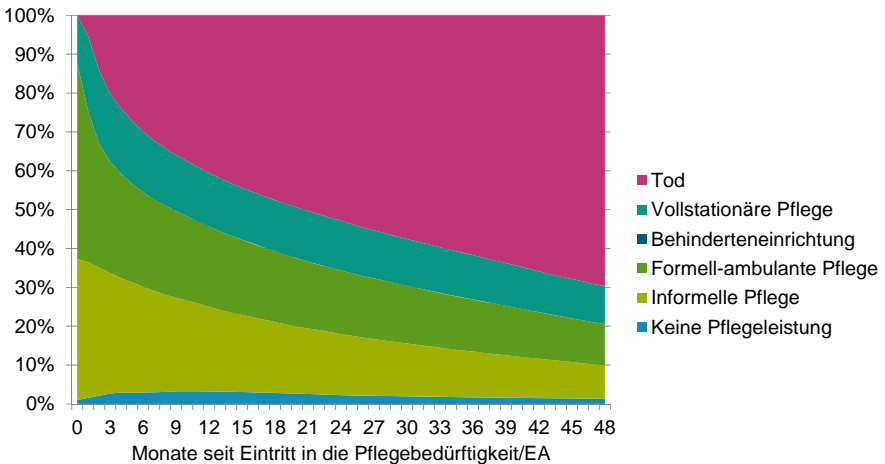
Von den Herzinfarktpatienten haben nach vier Jahren zwar weniger überlebt als im Durchschnitt, aber die überlebenden Herzinfarktpatienten haben *nach vier Jahren im Durchschnitt eine geringere Pflegestufe*. Lag der Anteil der Überlebenden mit Pflegestufe I in der Gesamtheit bei 50 %, so lag er für die Herzinfarktpatienten bei 57 % (Tabelle 38).

5.4.2.4 Herzinsuffizienz



Quelle: Daten der BARMER GEK hochgerechnet auf die BRD-Bevölkerung 2011

Abbildung 49: Verteilung nach Pflegestufen in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit Herzinsuffizienz



Quelle: Daten der BARMER GEK hochgerechnet auf die BRD-Bevölkerung 2011

Abbildung 50: Verteilung nach Pflegearrangements in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit Herzinsuffizienz

Tabelle 39: Pflegearrangement und Pflegestufe bei Herzinsuffizienz

		Zu Beginn	Nach 6 Monaten	Nach 4 Jahren
Überlebende (in %)		100	70	30
davon... (in %)				
Pflegestufe	Keine Pflegestufe	0	3	3
	Pflegestufe "0"	1	1	0
	Pflegestufe I	74	76	50
	Pflegestufe II	21	17	37
	Pflegestufe III	4	3	10
	Summe	100	100	100
Pflegearrangement	Keine Pflegeleistung	1	4	3
	Behinderteneinrichtung	0	0	0
	Informelle Pflege	36	39	30
	Formell-ambulante Pflege	50	34	33
	Vollstationäre Pflege	13	23	33
	Summe	100	100	100

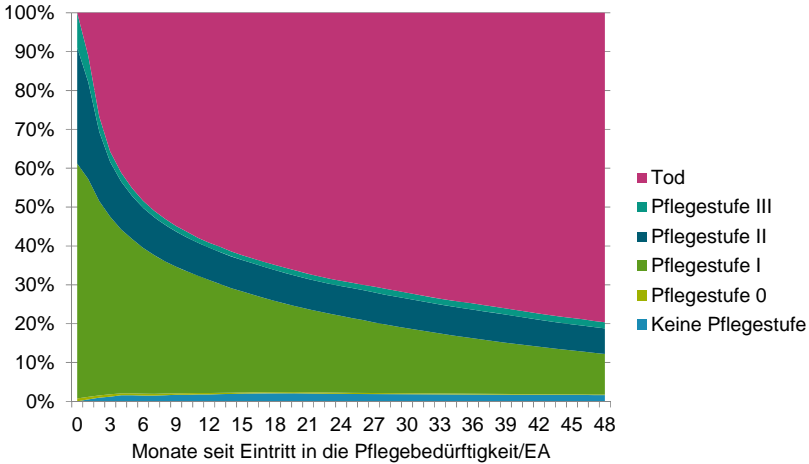
Die *Überlebenszeit* ist für *Herzinsuffizienzpatienten* ähnlich hoch wie bei den Herzinfarktpatienten und damit *geringer* als im Durchschnitt aller inzident Leistungsberechtigten des Jahres 2011 (Tabelle 39).

Zu *Beginn* ist die Verteilung der *Pflegestufen* *ähnlich* wie in der Gesamtheit (Abbildung 49). Das Pflegearrangement ist aber *mehr* durch *formelle Pflege* bestimmt. Formell-ambulant werden 50 % und im Pflegeheim 13 % versorgt (Tabelle 39, Abbildung 50).

Tabelle 39 zeigt, dass auch nach sechs Monaten noch drei Viertel und nach vier Jahren noch die Hälfte der Pflegebedürftigen der *Pflegestufe I* zugeordnet sind (*vergleichbar* mit dem Durchschnitt der Pflegebedürftigen).

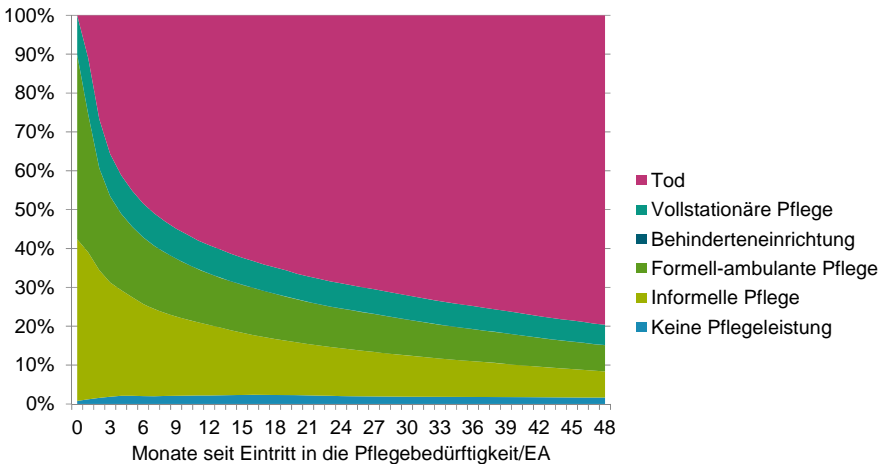
Bezüglich der Pflegearrangements ist auffällig, dass Herzinfarktpatienten von Beginn an *häufiger vollstationär* gepflegt werden. Von den Überlebenden sind es nach vier Jahren noch 33 % im Vergleich zu 29 % in der Gesamtheit. Dieses ist analog zur geringeren *Überlebenszeit*, also zu einer hohen Krankheitslast.

5.4.2.5 Krebs



Quelle: Daten der BARMER GEK hochgerechnet auf die BRD-Bevölkerung 2011

Abbildung 51: Verteilung nach Pflegestufen in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit Krebs



Quelle: Daten der BARMER GEK hochgerechnet auf die BRD-Bevölkerung 2011

Abbildung 52: Verteilung nach Pflegearrangements in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit Krebs

Tabelle 40: Pflegearrangement und Pflegestufe bei Krebs

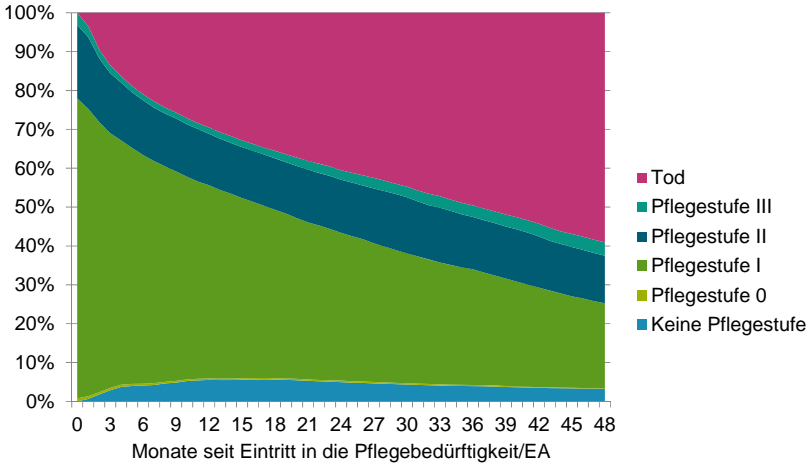
		Zu Beginn	Nach 6 Monaten	Nach 4 Jahren
Überlebende (in %)		100	52	20
davon... (in %)				
Pflegestufe	Keine Pflegestufe	0	4	10
	Pflegestufe "0"	1	2	0
	Pflegestufe I	60	71	50
	Pflegestufe II	30	19	30
	Pflegestufe III	9	4	10
	Summe	100	100	100
Pflegearrangement	Keine Pflegeleistung	1	4	10
	Behinderteneinrichtung	0	0	0
	Informelle Pflege	42	46	35
	Formell-ambulante Pflege	48	33	30
	Vollstationäre Pflege	9	17	25
	Summe	100	100	100

Von allen verglichenen Patientengruppen, hat die Gruppe der *Krebspatienten* den *höchsten Anteil Verstorbener* nach vier Jahren. Während in der Gesamtheit bis dahin 62 % verstorben sind, sind es von den Krebspatienten 80 %. Schon nach sechs Monaten sind von den leistungsberechtigten Krebspatienten 48 % verstorben, während es in der Gesamtheit bis dahin nur 27 % sind.

Die Verteilung der *Pflegearrangements* ist zu *Beginn* für Krebspatienten sehr *ähnlich* zur Verteilung in der Gesamtheit. Mit der Krebserkrankung verbunden sind zu *Beginn* aber *höhere Pflegestufen*. So beginnen schon 30 % der leistungsberechtigten Krebspatienten den Verlauf durch die Pflegebedürftigkeit/EA in Pflegestufe II und 9 % in Pflegestufe III (Tabelle 40, Abbildung 51).

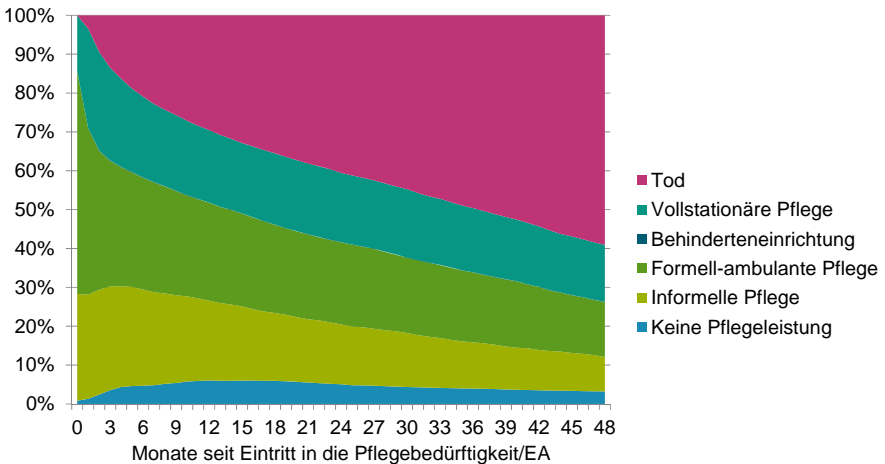
Im Verlauf *nähern sich* für die überlebenden Krebspatienten dann die Anteile in den *Pflegestufen* den Anteilen für die Überlebenden in der Gesamtheit der Leistungsberechtigten *an*. Dies geschieht in *ebenfalls* bei den *Pflegearrangements*. Rund 10 % der nach vier Jahren überlebenden Krebspatienten sind dann aber auch aus der Leistungsberechtigung ausgeschieden.

5.4.2.6 Hüftgelenksnahe Fraktur



Quelle: Daten der BARMER GEK hochgerechnet auf die BRD-Bevölkerung 2011

Abbildung 53: Verteilung nach Pflegestufen in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit hüftgelenksnaher Fraktur



Quelle: Daten der BARMER GEK hochgerechnet auf die BRD-Bevölkerung 2011

Abbildung 54: Verteilung nach Pflegearrangements in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit hüftgelenksn. Fraktur

Tabelle 41: Pflegearrangement und Pflegestufe bei hüftgelenksn. Fraktur

		Zu Beginn	Nach 6 Monaten	Nach 4 Jahren
Überlebende (in %)		100	79	41
davon... (in %)				
Pflegestufe	Keine Pflegestufe	0	5	7
	Pflegestufe "0"	1	1	0
	Pflegestufe I	77	73	54
	Pflegestufe II	19	18	29
	Pflegestufe III	3	3	10
	Summe	100	100	100
Pflegearrangement	Keine Pflegeleistung	1	6	7
	Behinderteneinrichtung	0	0	0
	Informelle Pflege	28	30	22
	Formell-ambulante Pflege	57	37	34
	Vollstationäre Pflege	14	27	37
	Summe	100	100	100

Personen, die aufgrund einer *hüftgelenksnahen Fraktur* leistungsberechtigt werden, weisen im Vergleich zum Durchschnitt eine etwas *geringere Sterblichkeit* auf (Tabelle 41, Abbildung 53, Abbildung 54).

Wenn der Beginn der Leistungsberechtigung mit einer hüftgelenksnahen Fraktur verbunden ist, ist eher von einer überwiegend somatisch begründeten Pflegebedürftigkeit auszugehen. Das hat Auswirkungen auf die *Pflegestufenstruktur*. Pflegestufe "0" ist somit seltener. Insgesamt ist der *Beginn* aber verbunden mit deutlich *geringeren Pflegestufen*. So starten 77 % in Pflegestufe I.

Bei Eintritt in die Leistungsberechtigung sind dennoch *formelle Pflegearrangements wahrscheinlicher*. Mit formell-ambulanter Pflege beginnen 57 % und mit vollstationärer Pflege 14 %.

Trotz der anfänglich nötigen formellen Pflege verlassen vergleichsweise viele dieser Patienten häufig die Leistungsberechtigung. Von den Überlebenden nach vier Jahren sind 7 % nicht mehr leistungsberechtigt.

5.4.2.7 Zusammenfassung

Um über die unterschiedlichen Pflegeverläufe eine komprimierte Darstellung zu ermöglichen, sind in Tabelle 42 die resultierenden durchschnittlichen Gesamtzeiten in den verschiedenen Zuständen nach den unterschiedlichen begleitenden Erkrankungen zusammengefasst.

Bezüglich der *Pflegestufe* ergeben sich über alle inzident Leistungsberechtigten des Jahres 2011 aufsummiert für die beobachteten 48 Monate nach dem Inzidenzmonat durchschnittlich auch 1,2 Monate ohne Pflegestufenzuordnung. Austritte aus der Pflegebedürftigkeit sind somit möglich; sie stellen aber – wie an der geringen durchschnittlichen Dauer abzulesen – nicht die Regel dar. Auch die Einstufung in Pflegestufe "0" ist zumindest für die Zugangskohorte 2011 (noch) kein dominant auftretender Zustand. In Pflegestufe I werden hingegen durchschnittlich 17,2 Monate verbracht, in Pflegestufe II 6,4 Monate und in Pflegestufe III 1,4 Monate. Ein Großteil der 48 Monate wird aber nicht mehr erlebt (21,4 Monate). Keine Pflegeleistung kann es nicht nur dann geben, wenn keine Pflegestufe vorliegt, sondern für die Eingangskohorte 2011 auch in Zeiten, in denen aufgrund der Pflegestufe "0" noch keine Hauptpflegeleistungen bezogen werden konnte. So ergeben sich 1,5 Monate ohne eine Zuordnung zu einem Pflegearrangement. Durchschnittlich 10 Monate wurden von den 48 Monaten in informeller Pflege mit Pflegegeldbezug verbracht. In formell-ambulanter Pflege wurden 8,7 Monate und in vollstationärer Dauerpflege durchschnittlich 6,3 Monate verbracht. Die Pflege in Behinderteneinrichtungen ist betrachtet für die Gesamtheit der Pflegebedürftigen ein eher seltenes Pflegearrangement. Längere Zeiten ohne Pflegestufe finden sich nur bei Patienten mit einer hüftgelenksnahen Fraktur. Überdurchschnittliche Zeiten in Pflegestufe "0" finden sich erwartungsgemäß bei Menschen mit Demenz. Längere Zeiten in Pflegestufe I finden sich auch wieder nach hüftgelenksnaher Fraktur, während längere Zeiten in Pflegestufe II und III bei Schlaganfallpatienten und bei Menschen mit Demenz die Regel sind.

Bei keiner der untersuchten Erkrankungen kommt es zu einer überdurchschnittlichen Zeit in *informeller Pflege*. *Formell-ambulante Pflege* wird länger bei Schlaganfall und bei hüftgelenksnaher Fraktur in Anspruch genommen und die *vollstationäre Pflege* bei diesen beiden Erkrankungen und bei Demenz. Die län-

Tabelle 42: Durchschnittliche Anzahl der Monate in Pflegearrangements oder Pflegestufen innerhalb der ersten 48 Monate nach Eintritt in die Leistungsberechtigung bei ausgewählten Erkrankungen

		Alle	Schlaganfall	Demenz	Herzinfarkt	Herzinsuffizienz	Krebs	Hüftgelenksnahe Fraktur
Pflegestufe	Keine Pflegestufe	1,2	1,0	0,9	1,1	1,0	0,8	2,1
	Pflegestufe "0"	0,5	0,3	0,6	0,2	0,2	0,1	0,2
	Pflegestufe I	17,2	16,2	14,7	15,4	16,1	10,9	19,3
	Pflegestufe II	6,4	8,7	7,6	5,7	5,8	4,1	6,6
	Pflegestufe III	1,4	1,9	2,2	1,1	1,0	0,8	1,2
Pflegearrangement	Keine Pflegeleistung	1,5	1,2	1,3	1,2	1,1	0,9	2,2
	Informelle Pflege	10,0	9,9	6,9	8,6	8,3	6,9	7,9
	Formell-ambulante Pflege	8,7	9,5	8,3	7,9	8,4	5,6	10,5
	Behinderteneinrichtung	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	Pflegeheim	6,3	7,5	9,4	5,7	6,2	3,3	8,7
	Tod	21,4	19,9	21,9	24,5	24,0	31,2	18,7

gere Nutzungsdauer der formellen Pflege bei Schlaganfall und bei hüftgelenksnaher Fraktur resultiert zum Teil auch aus der längeren Überlebenszeit.

Insgesamt zeigen sich somit je nach Einstiegserkrankung teilweise deutlich unterschiedliche Pflege-/EA-verläufe. Diese unterscheiden sich nach der Dauer in den Pflegestufen, nach der Dauer in Pflegearrangements, nach den Einstiegs-pflegestufen, den Einstiegspflegearrangements und nicht zuletzt nach den Überlebenszeiten.

5.5 Ärztliche und zahnärztliche Versorgung

Die ärztliche und zahnärztliche Versorgung pflegebedürftiger Personen ist bereits mehrfach untersucht worden (Hallauer et al. 2005; Hibbeler 2005, 2007; Jordan & Micheelis 2016; Kotek 2005; Manojlovic 2010; Nitschke et al. 2012; RKI 2009; Rothgang et al. 2008; Rothgang et al. 2009; Schneekloth & von Törne

2007; Schneekloth & Wahl 2007; SVR-Gesundheit 2009). Dabei wurde die allgemeinärztliche Versorgung meist, aber nicht immer, als relativ unproblematisch angesehen, während bei der fachärztlichen Versorgung für einige Gebiete Unterversorgung konstatiert wurde. Dies trifft insbesondere auch auf den Bereich der Mundgesundheit zu. Vor diesem Hintergrund haben der Gesetzgeber und die gemeinsame Selbstverwaltung in den letzten Jahren verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der ärztlichen und insbesondere der zahnärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Personen in Deutschland ergriffen (vgl. Brandhorst et al. 2016). Es stellt sich somit die Frage, ob sich mit den Veränderungen der rechtlichen Rahmungen (Abschnitt 5.5.1) auch Veränderungen in den Behandlungsquoten ergeben. Die – basierend auf dem in Abschnitt 5.5.2 dargelegten Auswertungsdesign – detailliert in den Abschnitten 5.5.3 bis 5.5.5 wiedergegebenen Veränderungen der allgemeinärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung werden schließlich im Abschnitt 5.5.6 zusammengefasst und bewertet.

5.5.1 Entwicklung der rechtlichen Rahmung

Mit dem 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) wurden *Kooperationsverträge* ermöglicht, die nach § 119b SGB V Pflegeheime einzeln oder gemeinsam zur *Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung* ihrer Bewohner mit niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten abschließen können.

Im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22.12.2011 ist mit § 87 Abs. 2i SGB V im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) eine *zusätzliche zahnärztliche Vergütung* für die erforderliche *aufsuchende Betreuung* von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung eingeführt worden.

Der Kreis der Anspruchsberechtigten für die Hausbesuche nach § 87 Abs. 2i SGB V wurde mit dem PNG um PEA ergänzt. Im PNG wurden zudem die Vorschriften zu den Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V weiterentwickelt. Da es nach dem PfWG zu keinen Vertragsabschlüssen kam, wurden im PNG die *Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet*, auf Antrag eines Pflegeheims einen entsprechenden *Vertrag zu vermitteln*. Zudem wurden die *Pflegeheime verpflichtet*

tet, die Landesverbände der Pflegekassen über ihre Maßnahmen zu informieren, wie die (fach-)ärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung bei ihnen geregelt ist. Die Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung in vollstationären Einrichtungen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sollen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. Dem Bewertungsausschuss wurde vorgegeben, zusätzliche, über den Zuschlag für die aufsuchende Versorgung hinausgehende Zuschläge für solche Leistungen vorzusehen, die von Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 87 Abs. 2j SGB V erbracht werden. Außerdem erhielten der GKV-Spitzenverband und die KZBV den Auftrag, im Benehmen mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, eine Rahmenvereinbarung über die kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen in Heimen abzuschließen. Zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen konnten nun, zunächst befristet bis zum 31. Dezember 2015, Zuschläge zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen oder von Kooperationsverträgen gemäß § 119b SGB V Absatz 1 Satz 1 vereinbart werden.

In dieser Rahmenvereinbarung (KZBV & GKV-SV 2014) wurden die Anforderungen festgeschrieben, die die Kooperationsverträge erfüllen müssen. So soll etwa innerhalb von acht Wochen nach der Aufnahme eines Pflegebedürftigen in ein Pflegeheim die erste zahnärztliche Untersuchung erfolgen. Zweimal jährlich soll eine Kontrolluntersuchung stattfinden. Zudem werden notwendige Behandlungen durch den Zahnarzt in der Einrichtung nur dann vorgenommen, wenn diese nach den konkreten Umständen sowie den Regeln der Zahnmedizinischen Kunst fachgerecht erbracht werden können. Ferner soll bis zu zweimal jährlich der Zahnarzt dem Pflegepersonal auf den jeweiligen Versicherten bezogene Vorschläge zur Verbesserung der Mundgesundheit und Hinweise zur Zahnpflege sowie zur Pflege und Handhabung des Zahnersatzes machen. Seit dem 01. April 2014 ist die Rahmenvereinbarung über kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen in Kraft. Seitdem gelten auch die speziellen, im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen

abrechenbaren Vergütungszuschläge, die einen ökonomischen Anreiz für die Zahnärztinnen und Zahnärzte geschaffen haben.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde für Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderung und PEA ein eigener Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen geschaffen, die sogenannte zahnmedizinische Individualprophylaxe. Im neuen § 22a SGB V werden die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Plans zur individuellen Mund- und Prothesenpflege und die Zahnsteinentfernung, als Leistungen benannt. In der Gesetzesbegründung wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei der Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene der Einbeziehung der Pflegepersonen eine besondere Bedeutung zukommt. Die mit dem PNG geschaffene Möglichkeit für Zuschläge zur Förderung der Kooperation und Koordination der ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen wurde bis zum 31.12.2016 verlängert.

Die genannten Ausweitungen der Abrechnungsmöglichkeiten und der Kooperations- und Informationsverpflichtungen zielen auf eine Steigerung der Behandlungshäufigkeiten von Pflegebedürftigen ab. Dabei sind die Neuregelungen fachlich ausgeprägter hinsichtlich der zahnärztlichen Versorgung und allgemein hinsichtlich der Versorgung im Pflegeheim.

5.5.2 Auswertungsdesign

Zur Evaluation der Effektivität der gesetzlichen Neuregelungen wird nachfolgend untersucht, wie sich die Versorgung Pflegebedürftiger für hausärztliche (Abschnitt 5.5.3), fachärztliche (Abschnitt 5.5.4) und zahnärztliche (Abschnitt 5.5.5) Versorgung darstellt. Für die Fachärzte wird dabei auf die insgesamt häufig vertretene Gruppe der Orthopäden und die gerade auch durch Pflegebedürftige häufig gebrauchten Nervenärzte abgestellt.³⁰ Erkenntnisleitende Fragestellung

³⁰ Zur Darstellung der (zahn) ärztlichen Versorgung werden die Versicherten in ihren Zuständen (z. B. Pflegebedürftig im Pflegeheim) im jeweils dritten Monat der Quartale aus den Routinedaten der BARMER GEK erfasst. Für diese sind die jeweils mindestens einmaligen Inanspruchnahmen innerhalb des jeweiligen Quartals ausgewiesen

ist dabei, ob gesetzliche Maßnahmen Effekte zeigen. Um dabei weitere strukturelle Effekte zu kontrollieren, werden nicht allein die Versorgungslagen der Pflegebedürftigen betrachtet, sondern diese in ihrer Entwicklung mit der in der gesamten Bevölkerung verglichen. Damit soll ausgeschlossen werden, dass allgemeine Trends als Effekte der speziellen Regelung für Pflegebedürftige fehlinterpretiert werden können. Wenn eine Veränderung der Behandlungsquote als Effekt der rechtlichen Regelungen anerkannt werden soll, dann sollte der absolute Anstieg in der Behandlungsquote³¹ größer sein als in der Gesamtbevölkerung.

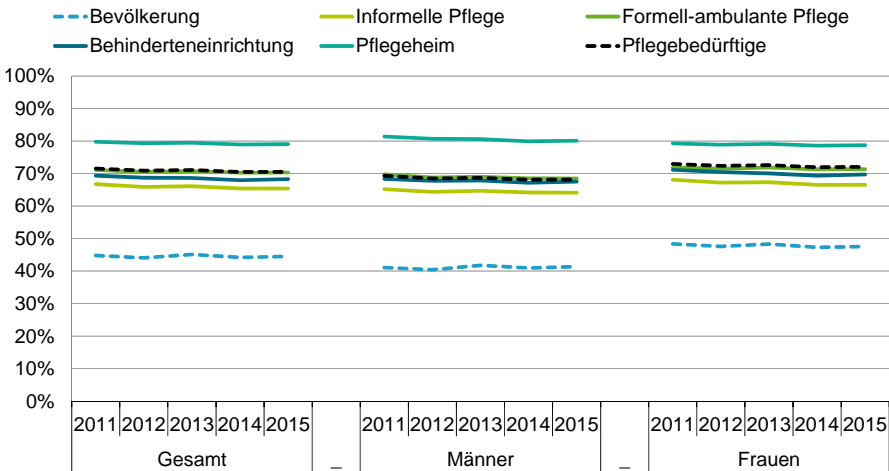
Da sich durch die Neuregelungen mit dem PNG und dem PSG I auch die Zahlen der positiven Begutachtungen geändert haben und damit auch die Struktur der Leistungsberechtigten im Bereich des SGB XI, könnten damit auch Veränderungen in den Inanspruchnahmequoten von medizinischen Leistungen einhergehen.³² Um diese Effekte sowie die Effekte durch demografische Veränderungen zu kontrollieren, werden die Behandlungsquoten standardisiert nach Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Pflegearrangement ausgegeben. Effektunterschiede, die dann noch bestehen bleiben, können sonstigen Rahmenbedingungen wie der Entwicklung der rechtlichen Rahmung zugeschrieben werden.

PEA mit Pflegestufe "0" werden explizit nicht berücksichtigt, da sie erstens überwiegend nicht im Fokus der Neuregelungen bezüglich der ärztlichen Versorgung stehen und zweitens ein Vorher-Nachher-Vergleich in den Pflegearrangements nicht möglich ist. PEA mit Pflegestufe "0" haben erst nach Inkrafttreten des PNG Zugang zu den Pflegeleistungen und damit die Möglichkeit, einem Pflegearrangement zugewiesen zu werden. Gerade im Bereich der Heimversorgung, für den die meisten Neuregelungen geschaffen wurden, gibt es noch keinen grundsätzlichen Leistungsanspruch für PEA mit Pflegestufe "0".

³¹ Ein Behandlungsfall wird hier verstanden als ein mindestens einmaliger Abrechnungsfall mit den Ärzten einer Fachrichtung innerhalb eines Quartals.

³² Je nach Alter, Geschlecht, Pflegestufe oder Pflegearrangement ergeben sich unterschiedliche Behandlungsquoten. Diese Unterschiede können je nach Fachrichtung größer oder kleiner sein (Rothgang et al. 2008; Rothgang et al. 2014).

5.5.3 Allgemeinärztliche Versorgung



Quelle: Daten der BARMER GEK (siehe Fußnote 30) standardisiert auf die hochgerechnete Population des Jahres 2012 nach Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Pflegearrangement

Abbildung 55: Anteile der jeweiligen Population mit ärztlicher Versorgung durch Allgemeinärzte

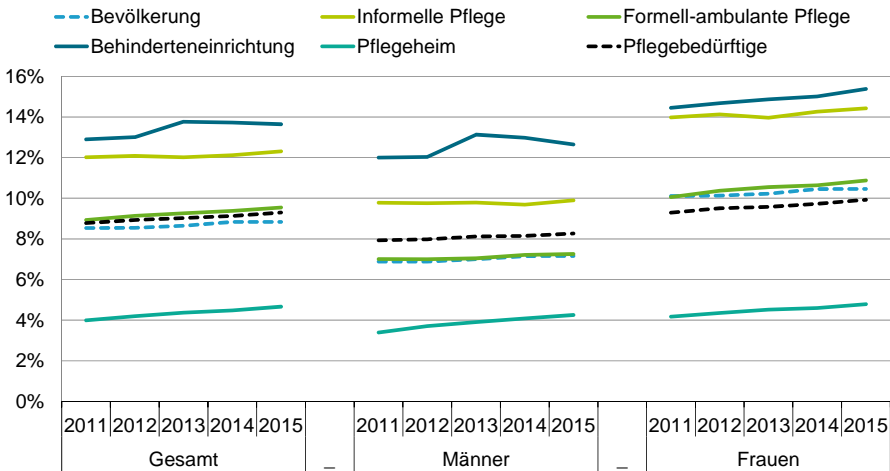
In der allgemeinärztlichen Versorgung der *Gesamtbevölkerung* gibt es in den Jahren 2011 bis 2015 kaum Veränderungen zu beobachten (Abbildung 55). Die Behandlungsquote je Quartal liegt mit leichten Schwankungen zwischen 44,1 % und 45,1 %, wobei der Ausgangswert mit 44,8 % und der Wert im Jahr 2015 mit 44,5 % sehr eng beieinander liegen. Die Behandlungsquote für *Pflegebedürftige* schwankt ebenfalls nur um rund einen Prozentpunkt, allerdings werden Pflegebedürftige im Durchschnitt häufiger allgemeinärztlich behandelt. Die höchste Behandlungsquote findet sich mit 71,6 % für das Jahr 2011 und die niedrigste für das Jahr 2014 mit 70,5 %. Die Behandlungsquote erscheint somit ganz leicht rückläufig. Unterschieden nach den Pflegearrangements zeigen sich leichte Unterschiede. Bei informeller Pflege ging die Quote von 66,8 % auf 65,4 % zurück. Bei formeller Pflege verringerte sich die Quote etwas weniger: In formell-ambulanter Pflege von 71,1 % auf 70,3 %, im Pflegeheim von 79,8 % auf 79,1 % und in Behinderteneinrichtungen von 69,3 % auf 68,3 %.

Zusammenfassend ergeben sich für alle betrachteten Gruppen Rückgänge in der Behandlungsquote. Dieser Rückgang ist somit ein struktureller Effekt, der beispielsweise durch einen Rückgang der Zahl der Allgemeinärzte und Substitution durch andere Ärzte (beispielsweise Internisten mit hausärztlicher Versorgung) ausgelöst sein könnte. Der Rückgang in der *Gesamtbevölkerung* liegt bei 0,3 Prozentpunkten, bei den *Pflegebedürftigen* ist der Rückgang mit 1,0 Prozentpunkten etwas höher. Bei den Pflegebedürftigen ist der Rückgang im Pflegeheim mit 0,7 Prozentpunkten am niedrigsten. Zusammengenommen kann hier also *nicht von einer Ausweitung der Behandlungsquote von Pflegebedürftigen durch Allgemeinärzte* gesprochen werden – weder in der Summe noch im speziellen Pflegearrangement.

5.5.4 Fachärztliche Versorgung

Die fachärztliche Versorgung durch *Orthopäden* nimmt im Gegensatz zur allgemeinärztlichen Versorgung sowohl für die Gesamtbevölkerung als auch für die Pflegebedürftigen zu (Abbildung 56). Für die *Gesamtbevölkerung* steigt die Behandlungsquote pro Quartal im Betrachtungszeitraum um 0,3 Prozentpunkte von 8,5 % auf 8,8 % und für die *Pflegebedürftigen* etwas mehr, nämlich um 0,5 Prozentpunkte von 8,8 % auf 9,3 %. Diese Entwicklung könnte als erstes Indiz für eine Stärkung der fachärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen interpretiert werden. Im *Vergleich der Pflegearrangements* fallen die höheren Steigerungen in der stationären Versorgung auf. Während in der informellen Pflege die Zunahme genauso wie in der Gesamtbevölkerung 0,3 Prozentpunkte beträgt (2011: 12,0 %; 2015: 12,3 %), liegen die Steigerungen in den Behinderteneinrichtungen (2011: 12,9 %; 2015: 13,6 %) und in der vollstationären Versorgung (2011: 4,0 %; 2015: 4,7 %) bei 0,7 Prozentpunkten. Ausgehend von der deutlich geringeren Ausgangslage im Pflegeheim ist mit dem absoluten Anstieg um 0,7 Prozentpunkte im Pflegeheim ein relativer Anstieg von rund 18 % verbunden. Der relative Anstieg der Behandlungsquoten in der Gesamtbevölkerung beträgt hingegen nur knapp 4 %.

Gerade in der am meisten im Fokus der Neuregelungen stehenden Gruppe der Pflegeheimbewohner zeigen sich also absolut wie relativ die höchsten Steige-

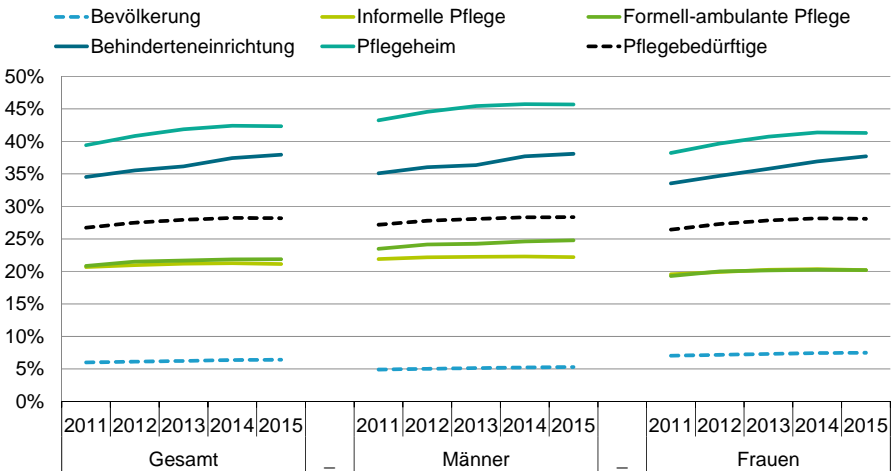


Quelle: Daten der BARMER GEK (siehe Fußnote 30) standardisiert auf die hochgerechnete Population des Jahres 2012 nach Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Pflegearrangement

Abbildung 56: Anteile der jeweiligen Population mit ärztlicher Versorgung durch Orthopäden

runger der Behandlungsquote durch Orthopäden. *Ein Effekt durch die Neuregelungen kann somit vermutet werden.*

Die fachärztliche Versorgung durch *Nervenärzte* ist in der *Gesamtbevölkerung* von 6,0 % auf 6,4 % angestiegen (Abbildung 57). Die Behandlungsquote je Quartal erhöhte sich bei den *Pflegebedürftigen* aber sogar um 1,5 Prozentpunkte von 26,7 % auf 28,2 %. Dieser Effekt erscheint ebenso wie bei den Orthopäden auf den ersten Blick ein Indiz für eine Ausweitung der Versorgung von Pflegebedürftigen zu sein. Die Behandlungsquoten sind für die informell versorgten Pflegebedürftigen dabei sehr moderat um 0,5 Prozentpunkte von 20,7 % auf 21,1 % gestiegen und für die Pflegebedürftigen mit formell-ambulanter Pflege um 1,0 Prozentpunkte von 20,8 % auf 21,9 %. In der stationären Versorgung sind die Steigerungen aber deutlich ausgeprägter: Es findet sich im Pflegeheim sogar ein Anstieg in der Behandlungsquote um 2,9 Prozentpunkte von 39,4 % auf 42,3 % und in den Behinderteneinrichtungen Steigerungen von 3,4 Prozentpunkten von 39,4 % auf 42,3 %.

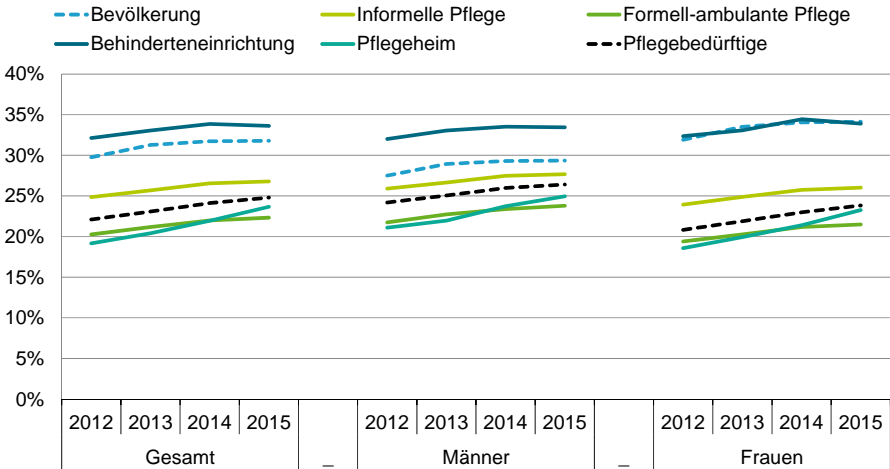


Quelle: Daten der BARMER GEK (siehe Fußnote 30) standardisiert auf die hochgerechnete Population des Jahres 2012 nach Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Pflegearrangement

Abbildung 57: Anteile der jeweiligen Population mit ärztlicher Versorgung durch Nervenärzte

Insgesamt sind die Behandlungsquoten der Pflegebedürftigen absolut mehr gestiegen als in der Gesamtbevölkerung. Der relative Anstieg fällt zwar für die Versorgung der Pflegebedürftigen mit 5,5 % geringer aus als für die Gesamtbevölkerung (6,8 %); ausgehend von der sehr geringen Ausgangsgröße in der Gesamtbevölkerung fällt der relative Anstieg aber auch mit geringen absoluten Steigerungen schon sehr hoch aus. Eine besonders hohe Steigerungsrate – nicht nur im absoluten Maßstab, sondern auch im relativen – gibt es jedoch in der stationären Versorgung. In den Pflegeheimen ist die Behandlungsquote relativ um 7,4 % und in den Behinderteneinrichtungen um 9,9 % gestiegen – und das trotz des schon deutlich höheren Ausgangsniveaus. Für Pflegeheimbewohner lässt sich somit vermuten, dass die Neuregelungen eine Rolle gespielt haben.

5.5.5 Zahnärztliche Versorgung



Quelle: Daten der BARMER GEK (siehe Fußnote 30) standardisiert auf die hochgerechnete Population des Jahres 2012 nach Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Pflegearrangement

Abbildung 58: Anteile der jeweiligen Population mit zahnärztlicher Versorgung

Bezüglich der zahnärztlichen Versorgung gab es mehr Neuerungen als für die sonstige (fach-)ärztliche Versorgung. Die Behandlungsquote stieg entsprechend bei den Pflegebedürftigen mehr als in der Gesamtbevölkerung. In der *Gesamtbevölkerung* gab es eine Veränderung um +2,0 Prozentpunkte von 29,8 % auf 31,8 %. Bei den *Pflegebedürftigen* stieg die Behandlungsquote von 22,1 % um 2,7 Prozentpunkte auf 24,8 %. Auch bei der zahnärztlichen Versorgung weist der erste Eindruck auf einen Effekt der gesetzlichen Neuerungen hin – zumal nicht nur die absolute Steigerung der Behandlungsquote für Pflegebedürftige höher ist, sondern auch die relative. So gab es relativ gesehen für die Gesamtbevölkerung eine Erhöhung um 6,8 %, aber für die Pflegebedürftigen sogar um 12,2 %. Für die in eigener Häuslichkeit versorgten Pflegebedürftigen liegen die Steigerungsraten nicht so viel höher als im Bevölkerungsdurchschnitt. Für die *informell Versorgten* erhöhte sich die Behandlungsquote von 24,9 % um 1,9 Prozentpunkte auf 26,8 % – also relativ betrachtet um 7,8 %. Bei *formell-ambulanter Pflege* stieg die Behandlungsquote von 20,3 % um 2,1 Prozentpunkte auf 22,3 % – und somit im relativen Maßstab um 10,3 %. Pflegebedürftige in *Behinderteneinrich-*

tionen haben auch zu Beginn des Betrachtungszeitraums schon höhere Versorgungsquoten als die durchschnittliche Bevölkerung. Trotzdem sind für sie absolute Zuwächse um 1,5 Prozentpunkte bzw. relative Zuwächse um 4,6 % zu verzeichnen. Den absolut und relativ größten Zuwachs in der Behandlungsquote gab es allerdings, wie aus den gesetzlichen Neuerungen zu erwarten, im *Pflegeheim*. Von 19,2 % im Jahr 2012 stieg die Behandlungsquote um 4,5 Prozentpunkte auf 23,7 % im Jahr 2015, also relativ um 23,4 %. Die zahnärztliche Behandlungsquote ist somit um fast ein Viertel gestiegen – ein unübersehbares Indiz für den Effekt der Reformen.

5.5.6 Fazit zur Entwicklung der medizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen

Die gesetzlichen Neuerungen haben Anreize und Verpflichtungen für eine Ausweitung der medizinischen Versorgung gegeben. Dies betrifft insbesondere die zahnärztliche Versorgung und vor allem die Versorgung im Pflegeheim. In der Summe scheinen auf den ersten Blick einige Steigerungen der Behandlungsquoten Pflegebedürftiger mit den Erwartungen aus den gesetzlichen Neuerungen zusammenzulaufen. Keinen steigernden Effekt hatten die Neuerungen anscheinend auf die Versorgung durch Allgemeinärzte. Pro Quartal haben allerdings auch schon über 70 % aller Pflegebedürftigen und fast 80 % der Pflegebedürftigen im Pflegeheim einen Behandlungsfall durch Allgemeinärzte gehabt. Die Steigerungsraten der zahnärztlichen und teilweise der fachärztlichen Behandlungsquoten können vor dem Hintergrund dieser Auswertungen aber als *Effekte der Neuerungen* angesehen werden (Tabelle 43).

Für die fachärztliche und die zahnärztliche Versorgung steigen durchweg die Behandlungsquoten für Pflegebedürftige mehr als für die Gesamtbevölkerung. Auch relativ betrachtet gibt es für Pflegebedürftige höhere Steigerungsraten in der Versorgung durch Orthopäden und durch Zahnärzte. Dass die relative Steigerungsrate bei der Versorgung durch Nervenärzte nicht höher liegt als in der Gesamtbevölkerung, lässt sich auch auf das schon sehr hohe Niveau bei der Versorgung der Pflegebedürftigen zurückführen. Die Behandlungsquote für Pflegebedürftige lag schon zum Ausgangszeitpunkt mehr als viermal so hoch wie in der Gesamtbevölkerung. Somit lassen sich große Teile der Steigerungsraten in

Tabelle 43: Unterschiede in den Behandlungsquoten der Pflegebedürftigen und der Gesamtbevölkerung

Kriterium	Allgemeinärzte	Orthopäden	Nervenärzte	Zahnärzte
	Pflegebedürftige insgesamt			
Behandlungsquote im Jahr 2015 höher als 2011/12	Nein, sinkend	Ja	Ja	Ja
Behandlungsquote steigt absolut mehr als in der Gesamtbevölkerung	Nein, -1,0 PP zu -0,3 PP	Ja, 0,5 PP zu 0,3 PP	Ja, 1,5 PP zu 0,4 PP	Ja, 2,7 PP zu 2,0 PP
Behandlungsquote steigt relativ mehr als in der Gesamtbevölkerung	Nein, -1,4 % zu -0,7 %	Ja, 5,9 % zu 3,6 %	Nein, 5,5 % zu 6,8 %	Ja, 12,2 % zu 6,8 %
	Pflegebedürftige im Pflegeheim			
Behandlungsquote im Jahr 2015 höher als 2011/12	Nein, sinkend	Ja	Ja	Ja
Behandlungsquote steigt absolut mehr als in der Gesamtbevölkerung	Nein, -0,7 PP zu -0,3 PP	Ja, 0,7 PP zu 0,3 PP	Ja, 2,9 PP zu 0,4 PP	Ja, 4,5 PP zu 2,0 PP
Behandlungsquote steigt relativ mehr als in der Gesamtbevölkerung	Nein, -0,9 % zu -0,7 %	Ja, 16,9 % zu 3,6 %	Ja, 7,4 % zu 6,8 %	Ja, 23,4 % zu 6,8 %

PP: Prozentpunkte

den Behandlungsquoten von Pflegebedürftigen durch die gesetzlichen Neuerungen erklären. Dies trifft im besonderen Maße für die medizinische Versorgung *im Pflegeheim* zu. Hier sind die Behandlungsquoten in der fachärztlichen Versorgung wie in der zahnärztlichen Versorgung sowohl absolut als auch relativ durchweg deutlicher gestiegen als in der Gesamtbevölkerung.

5.6 Ergänzungs- und Ersatzleistungen

Ambulant versorgte Pflegebedürftige können neben den Hauptleistungen (Pflegegeld und/oder Pflegesachleistungen) noch weitere Leistungen in Anspruch nehmen, die hier als "Ergänzungs- oder Ersatzleistungen" bezeichnet werden. Diese haben das Ziel, das häusliche Pflegesetting zu stabilisieren und einen Heimeintritt hinauszuzögern oder sogar zu verhindern.

Im folgenden Abschnitt 5.6.1 wird zunächst die Inanspruchnahme der Leistungen betrachtet, die der Ergänzung der häuslichen Pflege (Tages- und Nachtpflege), der Entlastung der informellen Pflegepersonen (Verhinderungspflege) bzw. der Bewältigung von Krisensituationen oder der Entlastung der Angehörigen (Kurzzeitpflege) dienen sollen.

Im Anschluss daran wird in Abschnitt 5.6.2 auf die Maßnahmen eingegangen, die darauf abzielen, das Wohnen im privaten Umfeld zu fördern. Dazu gehören die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, der finanzielle Zuschlag für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen und die Anschubfinanzierung für die Gründung solcher Wohngruppen.

In Abschnitt 5.6.3 liegt der Fokus auf dem Thema *wohnumfeldverbessernde Maßnahmen*. Hierzu kann auch noch mal auf die Versichertenbefragung des letztjährigen BARMER GEK Pflegereports eingegangen werden, indem die Leistungsanspruchnahmen seit der Befragung aus den Routinedaten mit den Befragungsergebnissen verknüpft werden..

5.6.1 Teilstationäre Pflege, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege

Das Pflegegeld und/oder die Sachleistung auf der einen Seite und die vollstationäre Dauerpflege auf der anderen Seite sind sich gegenseitig ausschließende Leistungen. Nur in Verbindung mit der häuslichen Pflege (Pflegegeldleistung und/oder Pflegesachleistung) kann es noch Kombinationen mit der Verhinderungspflege, der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege geben. Diese Leistungen können nicht in Kombination mit der vollstationären Pflege zur Anwendung kommen.

Bei der *teilstationäre Pflege* nach § 41 SGB XI handelt es sich um *Tages- und Nachtpflege*. Diese kann genutzt werden, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Die Pflegekasse trägt die monatlichen Kosten bis zu 231 € für Pflegestufe "0", bis zu 468 € für Pflegestufe I, bis zu 1.144 € für Pflegestufe II und bis zu 1.612 € für Pflegestufe III. Bis zum 1.1.2015 wurden die Leistungen für teilstationäre Pflege bis zu 50 % auf die Pflegegeld und/oder Pflegesachleistungen angerechnet. Seitdem stehen mit der

Neuerung durch das PSG I die Leistungen für teilstationäre Pflege voll zur Verfügung.

Ist die Pflegeperson – aus welchem Grund auch immer – an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse unter bestimmten Bedingungen für maximal sechs Wochen (bis zum Inkrafttreten des PSG I: vier Wochen) je Kalenderjahr die Kosten für eine Ersatzpflegeperson, die den Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld pflegt. Voraussetzung für die Inanspruchnahme der sog. *Verhinderungspflege* nach § 39 SGB XI ist, dass die Hauptpflegeperson zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme mindestens sechs Monate gepflegt haben muss und die Ersatzpflegeperson mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist. Die Kosten, die von der Pflegekasse pro Jahr übernommen werden, belaufen sich auf maximal 1.612 € (bis zum Inkrafttreten des PSG I: 1.550 €). Übernehmen nahe Angehörige die Pflege, sind die Aufwendungen der Pflegekasse auf das 1,5-fache des Pflegegeldes beschränkt. Seit Inkrafttreten des PSG I zum 1.1.2015 kann der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege in vollem Umfang auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden.

Bei der *Kurzzeitpflege* nach § 42 SGB XI handelt es sich um eine maximal achtwöchige stationäre Pflege pro Kalenderjahr, die in Anspruch genommen werden kann, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht oder noch nicht erbracht werden kann und teilstationäre Pflege nicht ausreicht. Die Pflegekasse trägt die Kosten bis zu 1.612 € pro Jahr. Bis zu 50 % des Leistungsbetrags für Kurzzeitpflege können seit dem 1.1.2015 auf die Verhinderungspflege übertragen werden.

Bis zum Inkrafttreten des PNG wurde für den Zeitraum der Inanspruchnahme von Kurzzeit- oder Verhinderungspflege kein Pflegegeld gewährt. Seitdem erhalten Pflegebedürftige die Hälfte des Pflegegeldes, während Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege bezogen werden (Art. 1 Nr. 11 PNG).

Nachfolgend wird die Inanspruchnahme von teilstationärer Pflege, Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege unter zwei Gesichtspunkten analysiert. Zunächst werden die Trends bei der Inanspruchnahme daraufhin untersucht, ob Effekte der jüngsten Pflegeversicherungsreformen erkennbar sind (Abschnitt 5.6.1.1). Anschließend wird der Frage nachgegangen, wie sich die Nutzung dieser Er-

gänzungs- und Ersatzleistungen im Pflegeverlauf darstellt, um so *Lerneffekte* zu erkennen und *Nutzungsgewohnheiten* zu erfassen (Abschnitt 5.6.1.2).

5.6.1.1 Trends in der Nutzung von teilstationärer Pflege, Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

Mit dem PNG ist besonders die Zahl der Leistungsberechtigten hinsichtlich des Pflegegeldes und der Pflegesachleistungen angestiegen (siehe Abschnitt 5.2.1). Da die Ergänzungs- und Ersatzleistungen nur in der häuslichen Pflege in Anspruch genommen werden können, wäre zu vermuten, dass mit dem Anstieg des Anteils der Leistungsberechtigten in der häuslichen Pflege auch der Anteil der Bezieher der Ergänzungs- und Ersatzleistungen gestiegen ist. Unterstützt wird die Erwartung eines Anstiegs zudem für den Zeitraum nach Inkrafttreten des PSG I, da damit die Leistungszeiträume für die Kurzzeitpflege und die Verhinderungspflege ausgedehnt wurden sowie eine gegenseitige Anrechenbarkeit implementiert wurde (s. o.). Als besonders förderlich in dieser Hinsicht ist die weitere Zahlung des hälftigen Pflegegeldes bei Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege sowie die weitere volle Gewährung der Pflegegeld- und Pflegesachleistung bei Nutzung der teilstationären Pflege anzunehmen, da der Verlust des Pflegegeldes gerade in finanziell schwächeren Haushalten ein Grund dafür gewesen sein kann, die Leistungen nicht in Anspruch genommen zu haben. Zu erwarten ist aus den genannten Gründen eine Zunahme der Inanspruchnahme der Ergänzungs- und Ersatzleistungen insbesondere im Jahr 2015.

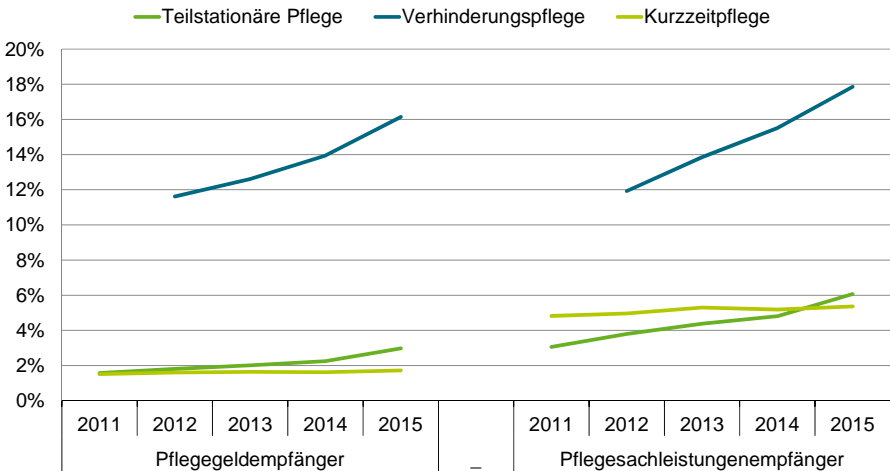
Da Leistungsberechtigte in häuslicher Pflege in zwei unterschiedlichen Hauptleistungsarten versorgt sein können, wären für diese beiden Gruppen auch unterschiedliche Konsequenzen möglich. Die Gruppe der Pflegegeldempfänger hat auf der einen Seite durch die Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes einen größeren Nutzen als die Gruppe der Pflegesachleistungsempfänger (einschließlich Kombinationsleistungsempfänger). Somit wäre für die Gruppe der Pflegegeldempfänger ein größerer Effekt denkbar. Auf der anderen Seite hat die Gruppe der Sachleistungsempfänger schon intensiveren Kontakt zur formellen Pflege und damit logistisch möglicherweise schon einen besseren Zugang zu Leistungsanbietern in den Bereichen der teilstationären Pflege, der Kurzzeitpflege

und der Verhinderungspflege. Dies betrifft insbesondere die Verhinderungspflege, die eben auch direkt von den ambulanten Pflegediensten angeboten wird.

Zwischen den Nutzern der beiden häuslichen Hauptleistungsarten besteht auch ein Unterschied hinsichtlich des Pflegebedarfs. Die Pflegebedürftigen mit niedrigerer Pflegestufe sind eher Pflegegeldbezieher, während Pflegebedürftige mit höherer Pflegestufe eher formelle Pflege nutzen (siehe Abschnitt 5.2). Der höhere Pflegebedarf bei Sachleistungsbeziehern zeigt sich auch in der höheren Wahrscheinlichkeit, in ein Pflegeheim zu wechseln (Rothgang et al. 2011: 164). Somit ist zwischen den Nutzern der beiden häuslichen Hauptleistungsarten ein *Niveauunterschied* zu erwarten, was die Nutzung der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege angeht. Wie sich der Niveauunterschied in der Nutzung der Verhinderungspflege darstellt, ist nicht nur vom Pflegebedarf abhängig, sondern auch von der Nutzungsmöglichkeit. Wenn keine Pflegeperson benannt ist, kann auch keine Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden. Der Umstand, dass es keine Pflegeperson gibt, kann nur für Pflegesachleistungsempfänger zutreffen. Dadurch bedingt kann das Niveau der Inanspruchnahme der Verhinderungspflege durch Sachleistungsempfänger auch niedriger liegen.

Diese genannten Argumente können nicht analytisch in ihren Wirkungen auf das Niveau oder die Steigerungsraten zerlegt werden, um die Entwicklung im Detail zu erklären. Sie können nur zu Interpretationszwecken der vorzufindenden Niveaus und Veränderungen genutzt werden. Sie zeigen aber auch, dass eine separate Betrachtung der Inanspruchnahmen der Ergänzungs- und Ersatzleistungen durch Leistungsberechtigte in den beiden Hauptpflegeleistungen sinnvoll erscheint.

Für den Beobachtungszeitraum finden sich unterschiedliche Trends der Nutzung der Ergänzungs- und Ersatzleistungen (Abbildung 59). Die Nutzungsquote der *Kurzzeitpflege* verharrt auf dem gegebenen Niveau, während bei der *teilstationären Pflege* und der *Verhinderungspflege* deutliche Steigerungen sichtbar sind. Dieser Trend ist schon insgesamt für den Beobachtungszeitraum der Jahre 2011 bis 2015 sichtbar. Mit dem Jahr 2015, in dem das PSG I seine Wirkung entfaltet, zeigen sich allerdings zusätzliche Steigerungen, die noch über dem langfristigen Trend liegen.



Quelle: Daten der BARMER GEK - Hochrechnung auf die BRD-Bevölkerung

Abbildung 59: Anteil der Bezieher weiterer Leistungen unter den Pflegegeld- oder Sachleistungsempfängern im Durchschnittsmonat

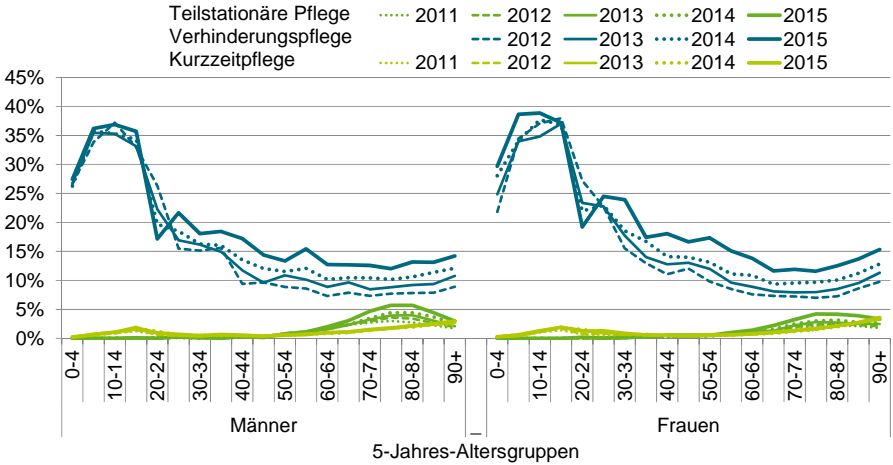
Während die Nutzung der Kurzzeitpflege monatlich nur bei 1,6 % bis 1,7 % der Pflegegeldempfänger stattfindet, kommt sie zwar bei den Pflegesachleistungsempfängern mit 5,0 % bis 5,4 % deutlich häufiger vor; der Anstieg fällt aber mit 0,1 bzw. 0,4 Prozentpunkten relativ gering aus. Deutlicher sind die Anstiege bei der teilstationären Pflege. Die monatliche Nutzungsrate ist von 1,5 % auf 3,0 % unter den Pflegegeldempfängern angestiegen und von 3,8 % auf 6,1 % bei den Pflegesachleistungsempfängern. Auch hierbei ist zwischen den Pflegearrangements wieder ein deutlicher *Niveauunterschied* feststellbar. Geringere Niveauunterschiede sind bei der Nutzungsquote der Verhinderungspflege zumindest zum ersten Messzeitpunkt im Jahr 2012 zu finden. Von den Pflegegeldempfängern haben 11,6 % und von den Pflegesachleistungsempfängern 11,9 % die Verhinderungspflege in einem Durchschnittsmonat genutzt. Zum Jahr 2015 ist der Anteil aber für Pflegegeldempfänger auf 16,1 % gestiegen und für Pflegesachleistungsempfänger sogar auf 17,9 %.

Die Zunahme der Inanspruchnahmen der teilstationären Pflege und der Verhinderungspflege verlaufen insgesamt nicht linear, sondern erfahren mit dem Jahr 2015 einen besonderen Schub. In den Jahren 2012 bis 2014 erfolgten im Be-

reich der teilstationären Pflege Anstiege um jeweils 0,2 Prozentpunkte bei den Pflegegeldempfängern und um 0,4 bis 0,7 Prozentpunkte bei den Pflegesachleistungsempfängern. Im Jahr 2015 gab es aber einen Anstieg um 0,7 Prozentpunkte bei den Pflegegeldempfängern und um 1,3 Prozentpunkte bei den Pflegesachleistungsempfängern. Ähnliches zeigt sich auch bei der Nutzung der Verhinderungspflege mit Anstiegen um 1,0 bis 1,3 Prozentpunkten bzw. 1,6 bis 1,9 Prozentpunkten in den Jahren 2013 und 2014 aber einem Anstieg um 2,2 bzw. 2,4 Prozentpunkte im Jahr 2015. *Das PSG I scheint damit im Jahr 2015 eine Effekt erzielt zu haben, der die Steigerung noch erhöht.*

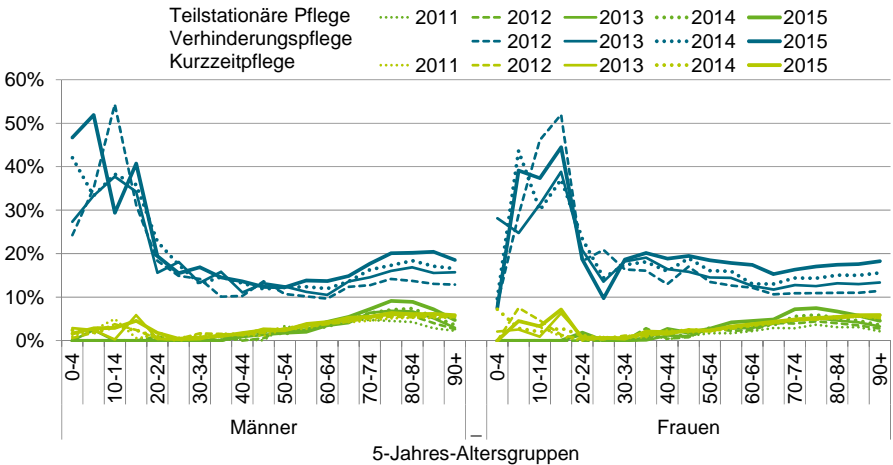
Inwieweit diese Änderungen auch auf demografische Veränderungen zurückzuführen sein könnten, wird in einer Analyse der altersspezifischen Trends kontrolliert (siehe Abbildung 60 und Abbildung 61). Dabei zeigen sich keine gewichtigen alters- oder geschlechtsspezifischen Trends, die den Gesamttrend beeinflussen. Die vorgefundenen Trends in den Ausweitungen der Inanspruchnahmen finden sich über alle bedeutenden Altersgruppen, für Frauen und Männer, bei Sachleistungsempfängern und Pflegegeldempfängern

In der Summe findet sich also eine deutliche Steigerung der Nutzung der *teilstationären Pflege und der Verhinderungspflege*. Die Steigerungen der Nutzungsrate der *Kurzzeitpflege* fallen deutlich geringer aus. Diese Stagnation bei der Kurzzeitpflege lässt sich in gewissem Rahmen auch mit der besonderen Bedeutung der Kurzzeitpflege im ambulanten Pflegearrangement erklären. Während teilstationäre Pflege und Verhinderungspflege auch und gerade zur Unterstützung von schon bestehenden häuslichen Pflegearrangements angedacht sind, hat die Kurzzeitpflege auch die Funktion, bei Pflegebeginn oder nach Krankenhausaufenthalt die besondere Krisensituation zu überbrücken (Rothgang et al. 2015b: 150 ff.; Rothgang et al. 2012: 192 ff.). Eine Kurzzeitpflege innerhalb eines bestehenden ambulanten Pflegearrangements wird im Anschluss auch nur zu gut der Hälfte wieder mit einem ambulanten Setting weitergeführt. Ein großer Teil verstirbt oder wird in die vollstationäre Dauerpflege übergeleitet. Die Leistungen, die in deutlich intensiverem Umfang begleitend und erhaltend in der häuslichen Pflege eingesetzt werden, sind somit die Verhinderungspflege und die teilstationäre Pflege.



Quelle: Daten der BARMER GEK

Abbildung 60: Anteil der Bezieher weiterer Leistungen unter den Pflegegeldempfängern je Monat nach Alter und Geschlecht



Quelle: Daten der BARMER GEK

Abbildung 61: Anteil der Bezieher weiterer Leistungen unter den Beziehern von Sachleistungen je Monat nach Alter und Geschlecht

Tabelle 44: Anstieg der Nutzung der Ersatz- und Ergänzungsleistungen von 2011 bis 2015

	Bei Pflegegeld		Bei Pflegesachleistung	
	Anstieg in PP	davon 2015	Anstieg in PP	davon 2015
Teilstationäre Pflege	1,4	51,4 %	3,0	41,9 %
Verhinderungspflege*	4,5	48,6 %	5,9	39,7 %
Kurzzeitpflege	0,2	50,1 %	0,5	32,9 %

PP: Prozentpunkte; *: Für die Verhinderungspflege zählt die Entwicklung von 2012 bis 2015

Die Nutzung aller drei Ergänzungs- und Ersatzleistungen ist aber mit dem PSG I noch einmal deutlich befördert worden. So beruht der Gesamtanstieg von 2011 bis 2015 bei den Pflegegeldempfängern zu rund der Hälfte auf der Entwicklung des letzten Jahres, in dem das PSG I in Kraft trat (Tabelle 44). Bei den Sachleistungsempfängern ist der Anteil des Anstiegs aus dem letzten Jahr mit rund 30 % bis 40 % des Gesamtanstiegs auch noch überproportional. In der Summe müssen die Neuregelungen somit als Mitursache der neuesten Entwicklung gesehen werden.

5.6.1.2 Teilstationäre Pflege, Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in der Pflegekarriere

Die Inanspruchnahme von Pflegegeld und/oder Pflegesachleistungen erfolgt in der Regel mit dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit. Aber wann werden die Pflegeleistungen ergänzend zur häuslichen Pflege zum ersten Mal genutzt? Und wie groß ist der Anteil derjenigen, die die Leistungen über die Jahre wiederholt nutzen? Diesen Fragen wird nachgegangen, um *Lerneffekte* zu erkennen und *Nutzungsgewohnheiten* zu verdeutlichen.

Abbildung 62 zeigt die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege, teilstationären Pflege und Verhinderungspflege für die Pflegezugangskohorte des Jahres 2012. Gegenstand der Auswertung sind Personen, die 2012 pflegebedürftig wurden und bis 2015 durchgängig ambulant versorgt waren – also 4 Jahre Anspruch auf die betreffenden Leistungen hatten. Für diese Personen wird dargestellt, ob sie

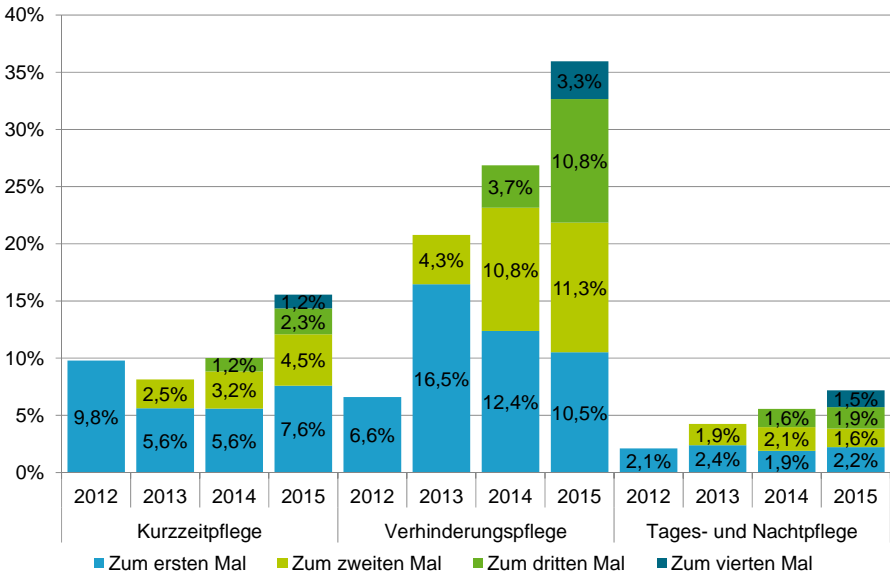


Abbildung 62: Quoten der Inanspruchnahme von Ergänzungs- und Ersatzleistungen der Zugangskohorte 2012 nach Anzahl der Kalenderjahre mit Inanspruchnahme

in dem jeweiligen Jahr entsprechende Leistungen genutzt haben, und, wenn ja, in wie vielen Kalenderjahren diese Leistung bis dahin genutzt wurde.

Während die gestapelten Balken die gesamte Inanspruchnahme der jeweiligen Leistung pro Jahr darstellen, weisen die einzelnen Segmente pro Balken aus, in wie vielen Jahren (zum wievielten Mal) die Leistung seit Beginn der Pflegebedürftigkeit in Anspruch genommen wurde. So wird deutlich, dass auch im vierten Jahr der Pflegebedürftigkeit die Leistungen von einigen Pflegebedürftigen zum ersten Mal in Anspruch genommen werden. Die Mehrzahl der Nutzer im vierten Jahr haben die jeweiligen Leistungen aber bereits vorher genutzt, teilweise mehrfach: Pflegebedürftige, die eine Leistung einmal in Anspruch genommen haben, nutzen sie mit großer Wahrscheinlichkeit auch noch mindestens ein zweites Mal. Besonders deutlich ist dieser Effekt für Personen, die eine Leistung zum dritten Mal nutzen. Die Wahrscheinlichkeit, diese Leistung auch im vierten Jahr in Anspruch zu nehmen, liegt für die betrachteten Leistungen bei nahezu

100 %. Dass ein Großteil die Leistungen zum wiederholten Male nutzt, lässt auf eine Zufriedenheit der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen schließen. Die Leistungen scheinen also ihren Zweck zu erfüllen.

Während die Inanspruchnahme sowohl der Verhinderungspflege als auch der Tages- und Nachtpflege vom ersten zum zweiten Jahr ansteigt, sinkt die Inanspruchnahme der *Kurzzeitpflege* im betreffenden Zeitraum. Dies kann vermutlich durch eine Form der "Wege in die Pflege" erklärt werden: Wird eine Person durch ein Akutereignis wie z. B. durch einen Schlaganfall plötzlich pflegebedürftig, ist das Leben in der eigenen Häuslichkeit für einen Teil der Betroffenen zunächst nicht mehr möglich, sodass die Kurzzeitpflege vorübergehend genutzt wird. In vielen Fällen stabilisiert sich die Pflegesituation nach einiger Zeit und eine Entlastung der Pflegepersonen ist noch nicht oft erforderlich, sodass Kurzzeitpflege im Folgejahr seltener wiederholt in Anspruch genommen wird. Der gesunkene Anteil der Erst-Inanspruchnahmen im Jahr 2013 kann dadurch erklärt werden, dass weniger Akutereignisse eingetreten sind, (noch) nicht viel Bedarf an Entlastung der Pflegeperson bestand oder die Leistung (noch) nicht bekannt war. Deutet die einmalige Inanspruchnahme eher auf die Nutzung nach einem Akutereignis hin, lässt die wiederholte Inanspruchnahme vermuten, dass die Pflegeperson diese Leistung zur eigenen Entlastung wählt.

Im Unterschied zur Kurzzeitpflege kann die *Verhinderungspflege* frühestens sechs Monate nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit in Anspruch genommen werden. Das erklärt die relativ geringe Inanspruchnahme im Jahr 2012 und den starken Anstieg zwischen 2012 und 2013. Der weitaus größere Teil derer, die die Leistungen einmal in Anspruch genommen haben, nehmen sie aber auch im nächsten Jahr wieder in Anspruch.³³

Eine noch *persistenterere Nutzung* zeigt sich bei der *Tages- und Nachtpflege*. Mehr als 70 % der Erstnutzer des Jahres 2012 nehmen diese Leistung auch in jedem der darauffolgenden Jahre in Anspruch. Auch hier scheint es Lerneffekte und Adaptionen zu geben. Wenn diese Leistung einmal in Anspruch genommen

³³ Für die Erstnutzer des Jahres 2012 sind die Inanspruchnahmequoten 6,6%, 4,3%, 3,7% und 3,3%. Die Hälfte der Erstnutzer nutzt die Leistungen damit in jedem der vier betrachteten Jahre.

wurde, zeigt sich ihre Nützlichkeit und wird auch in den Folgejahren regelmäßig wahrgenommen. Bei einer gleichzeitig immer noch geringen Nutzung der Ergänzungs- und Ersatzleistungen zeigt sich hier ein Ansatzpunkt für die Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements. Gelingt es im Rahmen der Pflegeberatung Pflegebedürftige von einer probeweisen Nutzung dieser Leistungen zu überzeugen, besteht eine hohe Chance, dass diese Leistungen auch weiterhin genutzt werden und so häusliche Arrangements entlasten.

5.6.2 Wohnleistungen

Zu den ergänzenden Leistungen gehören neben der teilstationären Pflege, der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege auch Leistungen, die explizit das Wohnen im privaten Setting unterstützen. Bei diesen Leistungen handelt es sich um den *Zuschlag für Personen in ambulant betreuten Wohngruppen*, um die *Anschubfinanzierung* für eben diese Wohngruppen und um die *wohnumfeldverbessernden Maßnahmen*. Analog zu Abschnitt 5.6.1 liegt der Fokus auf der Darstellung der rechtlichen Grundlagen und der Inanspruchnahme.

Leben mindestens drei und maximal zwölf Personen (von denen mindestens drei Personen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind) mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung in einer *ambulant betreuten Wohngruppe*, erhalten die Pflegebedürftigen zusätzlich zu den Pflegeleistungen einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 205 € monatlich (§ 38a SGB XI). Diese Leistung wurde mit dem PNG im Jahr 2012 eingeführt und wird bislang nur wenig in Anspruch genommen: Von den Pflegebedürftigen, die jemals im Jahr 2013 pflegebedürftig waren und ambulant versorgt wurden, erhielten 0,6 % den Zuschuss zu ambulant betreuten Wohngruppen³⁴. Im Jahr 2015 lag dieser Anteil bei 0,8 % und damit zwar höher, aber immer noch sehr niedrig.

Die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe fördert die Pflegekasse nach § 45e SGB XI – ebenfalls im Rahmen des PNG eingeführt – indem sie den altersgerechten oder barrierearmen Umbau im Rahmen einer *Anschubfinanzierung* einmalig mit bis zu 2.500 € je Pflegeversichertem (maximal 10.000 €) unterstützt. Im Jahr 2013 wurden für diese Maßnahme insgesamt 188.000 € und im

³⁴ Eigene Berechnungen auf Grundlage der Routinedaten der BARMER GEK

ersten Halbjahr 2014 124.000 € ausgegeben (BT-Drs. 18/2357 2014). Basierend auf den Routinedaten der BARMER GEK, hochgerechnet auf die BRD-Bevölkerung, waren es im Jahr 2013 55, im Jahr 2014 209 und im Jahr 2015 323 Pflegebedürftige, die eine Anschubfinanzierung bekommen haben. Die Nutzung ist damit extrem selten und das Ausgabenniveau sehr niedrig. Bei der Einführung im Jahr 2013 war diese Leistung zunächst bis zum 31.12.2015 befristet. Im Rahmen des PSG I wurde die Frist aufgehoben, um die Gründung ambulant betreuter Wohngruppen zu fördern (§ 45e SGB XI, n.F.).

Bei *wohnumfeldverbessernden Maßnahmen* nach § 40 Abs. 4 SGB XI bezuschussen die Pflegekassen die Verbesserung der individuellen Wohnumfeldes seit dem 01.01.2015 mit bis zu 4.000 € pro Maßnahme. Bis dahin betrug der Zuschuss 2.557 €. Bei den Leistungen kann es sich beispielsweise um technische Hilfen im Haushalt handeln, wenn dadurch die häusliche Pflege erheblich erleichtert wird und eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederhergestellt wird. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer Wohnung beträgt der Zuschuss 4.000 € pro pflegebedürftige Person (bis maximal 16.000 € pro Wohneinheit).

Im BARMER GEK Pflegereport 2015 wurde festgestellt, dass etwa die Hälfte der Wohnungen, in denen ein Pflegebedürftiger lebt, von diesen als nicht behindertengerecht empfunden wurden (Rothgang et al. 2015b: 158). Für alle diese Fälle würden sich wohnumfeldverbessernde Maßnahmen anbieten. Trotzdem wurden diese Leistungen jährlich mit leicht steigender Tendenz nur von einer Minderheit von weniger als 4 % in Anspruch genommen. Im Jahr 2015 ist die Inanspruchnahme um knapp ein Drittel gestiegen, was u. a. auf die Erhöhung des Zuschusses zurückgeführt werden kann. Hier sind also Reformfolgen sichtbar.

Die insgesamt geringe Inanspruchnahme könnte daran liegen, dass der Umbau schon im Vorjahr stattgefunden hat. Daher wurde auch untersucht, wie sich die Inanspruchnahme für die Zugangskohorte 2012 verhält. Von den Pflegebedürftigen, die 2012 pflegebedürftig wurden und vier Jahre Anspruch auf den Wohnungsumbau hatten, haben diesen 5,8 % der bis 2015 ambulant versorgten Pflegebedürftigen geltend gemacht. Auch wenn diese Quote höher ist als die Quote der in jedem einzelnen Jahr prävalenten Fälle, ist und bleibt sie doch gering und fällt weit hinter die subjektiv geäußerten Bedarfe zurück. Nach wie

vor besteht hier also Potential, die häusliche Versorgung durch stärkere Nutzung wohnumfeldverbessernder Maßnahmen zu stabilisieren und dies in den Beratungsangeboten noch stärker zu verankern.

5.6.3 Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen – Follow-up der Versichertenbefragung aus dem Jahr 2015

Für den BARMER GEK Pflegereport 2015 wurden zwei Befragungen durchgeführt, um zu untersuchen, welche Leistungen im Rahmen der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen benötigt und umgesetzt wurden, wie diese bewertet werden, und warum manche Pflegebedürftige keine wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nutzen. Zum einen wurden 2.500 Personen befragt, die im Jahr 2014 wohnumfeldverbessernde Maßnahmen erhalten haben. Zum anderen wurden 2.500 Pflegebedürftige gefragt, die diese Maßnahmen im Jahr 2014 nicht nutzten. Für Einzelheiten und Ergebnisse der Befragung siehe (Rothgang et al. 2015b: 167 ff.).

Anhand der Routinedaten werden nun, ein Jahr später, beide Befragungsgruppen erneut untersucht. Die Zusammenführung der Befragungsergebnisse mit den nun vorliegenden Routinedaten für den Zeitraum nach der Befragung erlaubt es, vertiefende Analysen durchzuführen. Bei den Pflegebedürftigen, die im Jahr 2014 wohnumfeldverbessernde Maßnahmen genutzt haben, geht es vor allem um die Heimeintritts- und Sterbehäufigkeit. Bei den Personen, die 2014 keine wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erhalten haben, wird untersucht, wie häufig diese Leistung 2015 gewährt wurde – getrennt nach den in der Befragung angegebenen Gründen, warum 2014 keine Leistung genutzt wurde.

Von den 2.500 Befragten, die im Jahr 2014 wohnumfeldverbessernde Maßnahmen erhielten, sind 114 Personen (4,6 %) bis zum 31.12.2015 in ein Heim gezogen, 300 Personen (12,0 %) sind bis dahin verstorben. 83,4 % der Leistungsempfänger leben also auch nach durchschnittlich 18 Monaten noch in ihrer häuslichen Umgebung. Eine differenzierte Auswertung nach der Art der wohnumfeldverbessernden Maßnahme bezieht sich auf die 1.127 Befragten, die durch Rücksendung des Fragebogens an der Befragung teilnahmen und von denen daher bekannt ist, welche Maßnahme umgesetzt wurde. Wie Abbildung 63 zeigt, leben nach ca. 1,5 Jahren von denjenigen, die eine Dusche ein- bzw. umgebaut

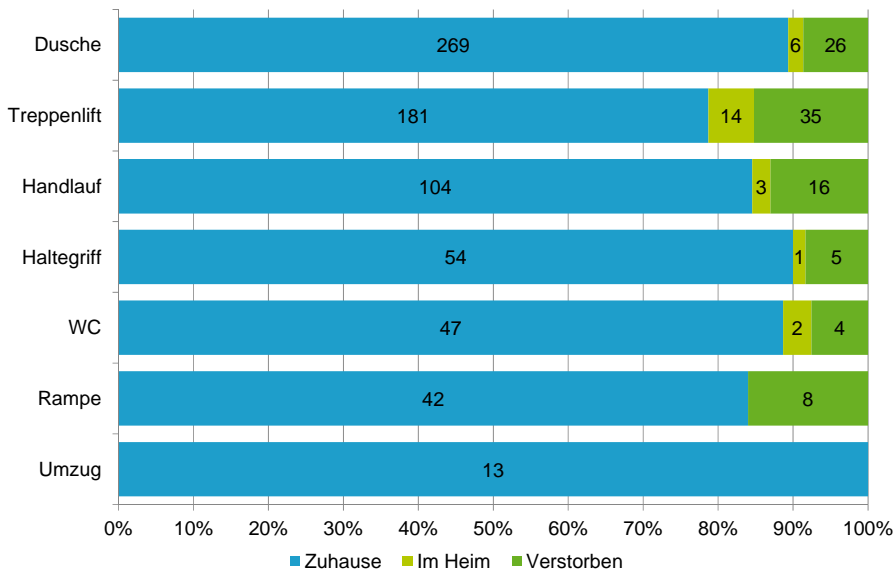


Abbildung 63: Heimeintritts- und Sterbehäufigkeit nach wohnumfeldverbessernder Leistung

haben noch annähernd 90 % in der eigenen Häuslichkeit. Bei denjenigen, die einen Treppenlift installiert haben, liegt diese Quote bei fast 80 % und bei denen, die Hilfen für einen Umzug in Anspruch genommen haben, sogar bei 100 %.

Von den 2.500 Befragten, die im Jahr 2014 *keine* wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erhalten haben, sind 201 Personen (8,1 %) bis zum 31.12.2015 in ein Heim gezogen und 344 Pflegebedürftige (13,8 %) verstorben. Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen haben im Jahr 2015 insgesamt 125 Personen (5,0 %) in Anspruch genommen. Die folgende Analyse bezieht sich auf die 723 Personen, die an der Befragung teilnahmen.

Tabelle 45 zeigt, dass immerhin 8 % derjenigen, die 2014 noch nicht wussten, dass die Pflegeversicherung Zuschüsse für Umbaumaßnahmen bezahlt, im Jahr 2015 wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in Anspruch genommen haben. Möglicherweise diente die Befragung hier als Impulsgeber. 16,7 % der Pflegebedürftigen, die im Jahr 2014 gemäß der Selbstauskunft noch hätten zu viel

Tabelle 45: Anzahl der Personen, die 2015 wohnumfeldverbessernde Maßnahmen erhalten haben, nach Gründen, warum diese Leistung im Jahr 2014 nicht genutzt wurde.

Gründe (Selbstauskunft, Mehrfachnennung möglich)	Anzahl	Anteil derer, die 2014 diese Antwort gaben
Ich habe zuvor schon Zuschüsse erhalten.	2	5,1 %
Ich weiß gar nicht, dass die Pflegeversicherung Zuschüsse für Umbaumaßnahmen zahlt.	17	8,0 %
Was ich brauche, bezahlt die Pflegeversicherung nicht.	3	8,6 %
Ich hätte selber zu viel bezahlen müssen.	10	16,7 %
Ich habe niemanden, der mir bei der Antragstellung hilft.	2	11,1 %
Ich brauche keinen Wohnungsumbau.	8	2,2 %
Sonstige Gründe	16	6,4 %

bezahlen müssen, nutzten die Leistungen im Jahr 2015. Eine Erklärung liefert die Anhebung des Zuschusses der Pflegekassen von 2.557 € auf 4.000 € durch das PSG I.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass nach 1,5 Jahren noch ca. 85 % der Nutzer in der eigenen Häuslichkeit leben. *Umgesetzte Maßnahmen werden also über einen längeren Zeitraum genutzt.* Dieser Befund weist darauf hin, dass die Maßnahmen sinnvoll sind. Gleichzeitig haben von den Personen, die 2014 noch keine Maßnahmen in Anspruch genommen haben, einige inzwischen wohnumfeldverbessernde Maßnahmen ergriffen. Der höchste Anteilswert zeigt sich dabei bei denen, die 2014 angaben, dass sie zu viel hätten zahlen müssen. *Die Erhöhung der Leistungsbeträge für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen dürfte hier eine wichtige Rolle gespielt haben.*

6 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil in Abhängigkeit von der Höhe des Zuschlagsfaktors nach § 92c SGB XI	37
Abbildung 2:	Entwicklung der Einrichtungserlöse im Zeitverlauf nach x Monaten	43
Abbildung 3:	Verteilung der Pflegestufen der Pflegebedürftigen der sozialen Pflegeversicherung nach Jahr	67
Abbildung 4:	Verteilung der Pflegestufen nach Jahr in der Privaten Pflegeversicherung	70
Abbildung 5:	Verteilung der Leistungsarten nach Jahr in der sozialen Pflegeversicherung	73
Abbildung 6:	Zusammenhang zwischen der Veränderung der Zahlen der über 75-jährigen Bevölkerung und der Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen zwischen 1999 und 2013 nach Bundesländern	77
Abbildung 7:	Pflegeprävalenzen für Männer (oben) und Frauen (unten) ab Alter 60 nach Bundesländern in 5-Jahres-Altersgruppen im Jahr 2013	79
Abbildung 8:	Zusammengefasste Pflegeprävalenzen für Männer (oben) und Frauen (unten) ab Alter 60 nach Bundesländern im Jahr 2013.....	81
Abbildung 9:	Zusammengefasst Pflegeprävalenzen für Männer und Frauen ab Alter 60 nach Bundesländern im Jahr 2013	82
Abbildung 10:	Relative Veränderung der Zahl der pflegebedürftigen Personen im jeweiligen Zeitabschnitt in Prozent.....	86
Abbildung 11:	Relative Veränderung der Zahl der pflegebedürftigen Personen im jeweiligen Zeitabschnitt in Prozent.....	87
Abbildung 12:	Verteilung der pflegebedürftigen Männer und Frauen im Jahr 2060 nach Altersgruppen in Prozent (Pflegebedürftige in Tsd.)	88
Abbildung 13:	Versorgungsarten nach Bundesländern.....	99

Abbildung 14: Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste nach Bundesland im Jahr 2013 (Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige)	104
Abbildung 15: Kapazitäten ambulanter Pflegedienste je 100 Pflegebedürftige nach dem Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen nach Bundesland	105
Abbildung 16: Kapazitäten der vollstationären Pflegeeinrichtungen	109
Abbildung 17: Heimkapazitäten in der stationären Pflege im Jahr 2013 nach dem Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen nach Bundesland	110
Abbildung 18: Anteilswerte der Pflegepersonen nach Alter, Geschlecht und Erhebungsgebiet	119
Abbildung 19: Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen an allen Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen	134
Abbildung 20: Anzahl der Leistungsberechtigten 2013 – Pflegestatistik vs. Hochrechnung der Routinedaten der BARMER GEK	138
Abbildung 21: Prävalenz der Leistungsberechtigung in den Jahren 2011-2015 im Durchschnittsmonat.....	144
Abbildung 22: Prävalenz der Leistungsberechtigung nach Pflegestufen in den Jahren 2011-2015 im Durchschnittsmonat.....	146
Abbildung 23: Leistungsberechtigte nach Pflegestufe, Alter und Geschlecht in den Jahren 2011-2015 im Durchschnittsmonat.....	147
Abbildung 24: Prävalenz der Pflegestufen nach Alter und Geschlecht in den Jahren 2011-2015 im Durchschnittsmonat.....	147
Abbildung 25: Prävalenz des Bezugs verschiedener Leistungsarten im Durchschnittsmonat in den Jahren 2011-2015.....	149
Abbildung 26: Prävalenz der Pflegearrangements in den Jahren 2011-2015 im Durchschnittsmonat.....	149
Abbildung 27: Leistungsberechtigte in Pflegearrangements nach Alter und Geschlecht in den Jahren 2011-2015 im Durchschnittsmonat	151

Abbildung 28: Prävalenz der Pflegearrangements nach Alter und Geschlecht in den Jahren 2011-2015 im Durchschnittsmonat.....	151
Abbildung 29: Anteil der Leistungsbezieher unter den Leistungsberechtigten innerhalb der Altersgruppen im Durchschnittsmonat 2015.....	153
Abbildung 30: Jahresinzidenz der Leistungsberechtigung in der Bevölkerung in den Jahren 2011–2015	155
Abbildung 31: Anzahl der Eintritte in die Leistungsberechtigung für Männer und Frauen nach Alter in den Jahren 2011-2015.....	155
Abbildung 32: Jahresinzidenz der Leistungsberechtigung für jüngere Männer und Frauen nach Alter in den Jahren 2011-2015.....	156
Abbildung 33: Jahresinzidenz der Leistungsberechtigung für ältere Männer und Frauen nach Alter in den Jahren 2011-2015.....	156
Abbildung 34: Jahresinzidenz der Leistungsberechtigung mit verschiedenen Pflegestufen in den Jahren 2011-2015	157
Abbildung 35: Jahresinzidenz der Leistungsberechtigung mit verschiedenen Pflegearrangements in den Jahren 2011-2015	158
Abbildung 36: Jemals diagnostizierte Erkrankungen innerhalb von vier Quartalen in der gesamten Bevölkerung.....	161
Abbildung 37: Jemals diagnostizierte Erkrankungen innerhalb von vier Quartalen bis Eintritt in die Leistungsberechtigung	161
Abbildung 38: Verteilung nach Pflegestufen in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung	164
Abbildung 39: Verteilung nach Pflegearrangements in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung	164
Abbildung 40: Pflege-/PEA-Dauern nach Inzidenz im Jahr 2011 im Vergleich jüngerer und älterer Pflegebedürftiger.....	166
Abbildung 41: Dauern der Pflegebedürftigkeit/EA bei nach Inzidenz im Jahr 2011 nach Eintrittspflegestufe	167
Abbildung 42: Wahrscheinlichkeit, im nächsten Monat verstorben oder aus dem Leistungsbezug ausgetreten zu sein	168

Abbildung 43: Verteilung nach Pflegestufen in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit Schlaganfall	170
Abbildung 44: Verteilung nach Pflegearrangements in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit Schlaganfall	170
Abbildung 45: Verteilung nach Pflegestufen in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit Demenz	172
Abbildung 46: Verteilung nach Pflegearrangements in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit Demenz	172
Abbildung 47: Verteilung nach Pflegestufen in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit Herzinfarkt	174
Abbildung 48: Verteilung nach Pflegearrangements in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit Herzinfarkt	174
Abbildung 49: Verteilung nach Pflegestufen in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit Herzinsuffizienz	176
Abbildung 50: Verteilung nach Pflegearrangements in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit Herzinsuffizienz	176
Abbildung 51: Verteilung nach Pflegestufen in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit Krebs	178
Abbildung 52: Verteilung nach Pflegearrangements in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit Krebs	178
Abbildung 53: Verteilung nach Pflegestufen in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit hüftgelenksnaher Fraktur	180
Abbildung 54: Verteilung nach Pflegearrangements in den 48 Monaten nach Eintritt in die Leistungsberechtigung mit hüftgelenksn. Fraktur	180
Abbildung 55: Anteile der jeweiligen Population mit ärztlicher Versorgung durch Allgemeinärzte	188
Abbildung 56: Anteile der jeweiligen Population mit ärztlicher Versorgung durch Orthopäden	190
Abbildung 57: Anteile der jeweiligen Population mit ärztlicher Versorgung durch Nervenärzte.....	191

Abbildung 58: Anteile der jeweiligen Population mit zahnärztlicher Versorgung.....	192
Abbildung 59: Anteil der Bezieher weiterer Leistungen unter den Pflegegeld- oder Sachleistungsempfängern im Durchschnittsmonat	199
Abbildung 60: Anteil der Bezieher weiterer Leistungen unter den Pflegegeldempfängern je Monat nach Alter und Geschlecht	201
Abbildung 61: Anteil der Bezieher weiterer Leistungen unter den Beziehern von Sachleistungen je Monat nach Alter und Geschlecht	201
Abbildung 62: Quoten der Inanspruchnahme von Ergänzungs- und Ersatzleistungen der Zugangskohorte 2012 nach Anzahl der Kalenderjahre mit Inanspruchnahme	203
Abbildung 63: Heimeintritts- und Sterbehäufigkeit nach wohnumfeldverbessernder Leistung	208

7 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung 2015	32
Tabelle 2:	Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe.....	33
Tabelle 3:	Vergütungsstruktur 2013 und 2016	34
Tabelle 4:	Bundesdurchschnittliche tägliche Vergütungen und monatliche EEE 2017 sowie zugehörige Bewohnerzahl.....	35
Tabelle 5:	Veränderung der monatlichen durchschnittlichen Eigenanteile aufgrund der Pflegereform	38
Tabelle 6:	Belegungsentwicklung bei Partialbetrachtung des Zwillingseffektes.....	43
Tabelle 7:	Zur Berechnung der Mehrausgaben der Hauptleistungsarten verwendete Zahl der Leistungsempfänger	47
Tabelle 8:	Veränderung der monatlichen Leistungsansprüche	47
Tabelle 9:	Mehrkosten im Jahr 2017 aufgrund des PSG II	50
Tabelle 10:	Menschen mit Behinderung in Einrichtungen der Behindertenhilfe nach Pflegegrade im Jahr 2017.....	57
Tabelle 11:	Mehrkosten der Pflegeversicherung für Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe nach Inkrafttreten des PSG II und bei Gewährung voller Leistungsbeträge nach § 36 SGB XI	59
Tabelle 12:	Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger nach Pflegestufe und Jahr in der sozialen Pflegeversicherung (in Tsd.).....	66
Tabelle 13:	Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger nach Pflegestufe und Jahr in der Privaten Pflegeversicherung (in Tsd.).....	69
Tabelle 14:	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistung und Jahr in der sozialen Pflegeversicherung (in Tsd.)	72

Tabelle 15:	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistung und Jahr in der Privaten Pflegeversicherung (in Tsd.)	74
Tabelle 16:	Pflegebedürftige nach Jahr im Ländervergleich (in Tsd.)	75
Tabelle 17:	Veränderung der Zahl der Pflegebedürftige im Ländervergleich (in %)	76
Tabelle 18:	Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Personen bis 2060 nach Bundesland in Tsd. und Wachstumsrate 2015-2060	83
Tabelle 19:	Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Männer bis 2060 nach Bundesland	84
Tabelle 20:	Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Frauen bis 2060 nach Bundesland	85
Tabelle 21:	Zahl der Begutachtungen der MDK und der Knappschaft nach Gutachtenart (in Tsd.)	91
Tabelle 22:	Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch den MDK und der Knappschaft (in Tsd.)	94
Tabelle 23:	Die ambulanten Pflegedienste nach Art des Trägers in den Bundesländern im Jahr 2013	100
Tabelle 24:	Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2013	102
Tabelle 25:	Die stationären Pflegeeinrichtungen nach Art des Trägers in den Bundesländern im Jahr 2013	107
Tabelle 26:	Personal der stationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2013	108
Tabelle 27:	Vergütung der Vollstationären Dauerpflege in den Bundesländern im Jahr 2013	114
Tabelle 28:	Pflegepersonen in Westdeutschland nach Jahr, Geschlecht und Anteil an der Bevölkerung (in Tsd.) ¹⁾	117
Tabelle 29:	Pflegepersonen in Ostdeutschland nach Jahr, Geschlecht und Anteil an der Bevölkerung (in Tsd.) ¹⁾	118

Tabelle 30:	Vollzeitäquivalente (2013 und 2030) in der ambulanten und stationären Versorgung (in Tsd.), Versorgungslücke im Jahr 2030 (in Tsd. und in %), Rang der relativen Versorgungslücke	121
Tabelle 31:	Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung (in Mrd. €).....	127
Tabelle 32:	Finanzentwicklung der Privaten Pflegeversicherung (in Mio. €)	131
Tabelle 33:	Empfänger und Netto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege	133
Tabelle 34:	Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2014	135
Tabelle 35:	Verlauf der Leistungsberechtigung: Alle Pflegebedürftigen.....	165
Tabelle 36:	Pflegearrangement und Pflegestufe bei Schlaganfall.....	171
Tabelle 37:	Pflegearrangement und Pflegestufe bei Demenz.....	173
Tabelle 38:	Pflegearrangement und Pflegestufe bei Herzinfarkt.....	175
Tabelle 39:	Pflegearrangement und Pflegestufe bei Herzinsuffizienz	177
Tabelle 40:	Pflegearrangement und Pflegestufe bei Krebs.....	179
Tabelle 41:	Pflegearrangement und Pflegestufe bei hüftgelenksn. Fraktur.....	181
Tabelle 42:	Durchschnittliche Anzahl der Monate in Pflegearrangements oder Pflegestufen innerhalb der ersten 48 Monate nach Eintritt in die Leistungsberechtigung bei ausgewählten Erkrankungen.....	183
Tabelle 43:	Unterschiede in den Behandlungsquoten der Pflegebedürftigen und der Gesamtbevölkerung	194
Tabelle 44:	Anstieg der Nutzung der Ersatz- und Ergänzungsleistungen von 2011 bis 2015	202
Tabelle 45:	Anzahl der Personen, die 2015 wohnumfeldverbessernde Maßnahmen erhalten haben, nach Gründen, warum diese Leistung im Jahr 2014 nicht genutzt wurde.	209

8 Literatur

- Arnold, Robert; Rothgang, Heinz (2010): Finanzausgleich zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. In welchem Umfang ist ein Finanzausgleich aus Gründen der Gleichbehandlung notwendig? In Gröprath, Dirk; Greß, Stefan; Jacobs, Klaus; Wasem, Jürgen (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010. Von der Selektion zur Manipulation? (S. 61-92). Heidelberg: Medhochzwei.
- Augurzky, Boris; Borchert, Lars; Deppisch, Rebecca; Krolop, Sebastian; Mennicken, Roman; Preuss, Maïke; Rothgang, Heinz; Stocker-Müller, Melanie; Wasem, Jürgen (2007): Gründe für die Höhe der Heimentgelte in den stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Essen: RWI. URL: http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/PB_Heimentgelte-NRW.pdf
- Augurzky, Boris; Borchert, Lars; Deppisch, Rebecca; Krolop, Sebastian; Mennicken, Roman; Preuss, Maïke; Rothgang, Heinz; Stocker-Müller, Melanie; Wasem, Jürgen (2008): Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen. Ein Bundesländervergleich. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2014a): Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihen 1995 bis 2013) am Jahresende nach Altersgruppen. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger_Altersgruppen/1995-2013_Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Altersgruppen.pdf (aktuell am 27.08.2014)
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2014b): Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihen 1995 bis 2013) im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger_Leistungsarten/1995-2013_Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Leistungsarten.pdf (aktuell am 27.08.2014)
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2016a): Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihen 1995 bis 2015) am Jahresende nach Pflegestufen. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/2015/Leistungsempfaenger/Pflegestufen_1995-2015.pdf (aktuell am 12.10.2016)

- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2016b): Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihen 1995 bis 2015) im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/2015/Leistungsempfaenger/Leistungsarten_1995-2015.pdf (aktuell am 12.10.2016)
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2016c): Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen am 31.12.2015 - insgesamt. URL: <http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/2015/Leistungsempfaenger/2015.pdf> (aktuell am 12.10.2016)
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2016d): Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen im Jahresdurchschnitt 2015. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/2015/Leistungsempfaenger/Leistungsarten_2015.pdf (aktuell am 12.10.2016)
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2016e): Soziale Pflegeversicherung. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach Altersgruppen und Geschlecht am 1.7.2015. URL: <http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/2015/Versicherte/20150701.pdf> (aktuell am 12.10.2016)
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2016f): Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung_Pflegeversicherung_xls/1995-2015_03-Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung.pdf (aktuell am 12.10.2016)
- Brandhorst, Andreas; Focke, Klaus; Kalwitzki, Thomas; Müller, Rolf; Schmelzer, Cordula; Rothgang, Heinz (2016): Versorgungspotentiale in der Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen erkennen und nutzen. In: *G+S Gesundheits- und Sozialpolitik* (3), 53-58. doi: 10.5771/1611-5821-2016-3-53
- Brucker, Uwe; Fleer, Bernhard; Pick, Peter (2013): Pflegeversicherung: Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Ihre Benachteiligungen, ihre Begutachtungen, ihre Leistungen, ihre Aussichten beim neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. In: *Soziale Sicherheit* (4), 146-152.
- BT-Drs. 18/2357 (2014): *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Cordula-Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/ Die Grünen betreffend "Stand und Wirkung der Anschubfinanzierung ambulant betreuter Wohngruppen und Förderung sozialraumorientierter Quartierskonzepte*. Berlin: BMG URL: http://www.gruene-bundestag.de/fileadmin/media/gruenebundestag_de/themen_az/pflege/2014-08-29_Antwort_KA_18-2357.pdf.

- Deutsche Bundesbank (2016): Monatsbericht Juni 2016 Vol. 68. URL: https://www.bundesbank.de/Redaktion/DE/Downloads/Veroeffentlichungen/Monatsberichte/2016/2016_06_monatsbericht.pdf?__blob=publicationFile
- Genesis (2016): Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Altersjahre. Retrieved 10.6.2016
- Hallauer, Johannes; Bienstein, Christel; Lehr, Ursula; Rönsch, Hannelore (2005): SÄVIP - Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network Marketing Service. URL: http://www.zukunftsforum-demenz.de/pdf/SAEVIP_studie.pdf
- Hibbeler, Birgit (2005): Pflegeheime: Schlechte Noten für die ärztliche Versorgung. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 102 (41).
- Hibbeler, Birgit (2007): Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen: Von Kooperationen profitieren alle. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (48), 2901-2908.
- Jordan, Rainer; Micheelis, Wolfgang (Hrsg.) (2016): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Köln: Deutscher Zahnärzteverband.
- Kimmel, Andrea; Schiebelhut, Olga; Kowalski, Ingo; Brucker, Uwe; Breuninger, Katrin; Reif, Karl; Bachmann, Sandra; Glasen, Maria; Webers, Anna (Hrsg.) (2015): Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments NBA in der Pflegeversicherung. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Klie, Thomas; Schmidt, Roland (1999): Die Pflegeversicherung ist unter strategisch-politischen Gesichtspunkten ein großer Erfolg - allerdings besteht Reformbedarf! In: *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 50 (2), 48-53.
- Kotek, Henry (2005): Acht Jahre "Berliner Projekt" in der stationären Pflege. Hohe Qualität, weniger Kosten. In Füsgen, Ingo; Hallauer, Johannes F. (Hrsg.): Zukunftsforum Demenz. Demenzbehandlung in Pflegeheimen - Wirklichkeit, Chancen und Grenzen. (Vol. 16, S. 51-57). Berlin.
- Kreienbrock, Lothar; Schach, Siegfried (2005): Epidemiologische Methoden. München: Elsevier
- Kuhlmey, Adelheid; Suhr, Ralf; Blüher, Stefan; Dräger, Dagmar (2013): Das Risiko der Pflegebedürftigkeit: Pflegeerfahrungen und Vorsorgeverhalten bei Frauen und Männern zwischen 18 und 79 Jahren. In: *gesundheitsmonitor* (5).
- KZBV, [= Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung]; GKV-SV, [= GKV-Spitzenverband] (2014): Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen. URL: <http://www.kzbv.de/rahmenvereinbarung-versorgung-stat.download.d9681690379cc31e9eb10c13d6474a7d.pdf> (aktuell am 12.09.2014)

- Manojlovic, Slavica (2010): *Mundgesundheit bei Bewohnern in Altenpflegeheimen in Grevenbroich*. (Dr. med. dent. Dissertation), Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf. URL: http://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-17410/Diss_Fertig_20101005_PDFA.pdf
- MDS, [= Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.] (2000): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 1998. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.] (2001): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 1999/2000. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.] (2003): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 2001/2002. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.] (2005): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2003. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.] (2006): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2004. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.] (2007a): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2005. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.] (2007b): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2006. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.] (2009): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2007-2008. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.] (2010): Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung 2009. Essen: MDS. URL: [http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/05abb98a3b032c6ac125735900420e8a/eed270a5b04a69bbc12577620042c681/\\$FILE/Pflegebericht%202009.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/05abb98a3b032c6ac125735900420e8a/eed270a5b04a69bbc12577620042c681/$FILE/Pflegebericht%202009.pdf)
- MDS, [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.] (2012): Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation. Essen: MDS. URL: http://www.mds-ev.de/media/pdf/2012_02_06_BGR_final.pdf
- MDS, [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.] (2013a): Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung. Pflegebericht 2011/2012. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.] (2013b): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2011-2012. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.] (2016): Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung. Pflegebericht 2015. Essen: MDS. URL: <https://www.mds-ev.de/mdk-statistik/pflegebegutachtungen.html>

- Müller, Rolf; Braun, Bernard (Hrsg.) (2006): Vom Quer- zum Längsschnitt. Möglichkeiten der Analysen mit GKV-Daten. St. Augustin: Asgard.
- Nitschke, Ina; Hopfenmüller, Julian; Hopfenmüller, Werner (2012): Systematisches Review zur Frage der Mundgesundheit und des zahnmedizinischen Versorgungsgrades (stationäres Setting) bei pflegebedürftigen Menschen in Deutschland. In: *IDZ-Information* (03), 4-21.
- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (1998): Die privaten Krankenversicherung. Zahlenbericht 1997/1998. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_1997_1998.pdf
- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (1999): Die privaten Krankenversicherung. Zahlenbericht 1998/1999. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_1998_1999.pdf
- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2000): Die privaten Krankenversicherung. Zahlenbericht 1999/2000. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_1999_2000.pdf
- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2001): Die privaten Krankenversicherung. Zahlenbericht 2000/2001. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_2000_2001.pdf
- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2002): Die privaten Krankenversicherung. Zahlenbericht 2001/2002. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_2001_2002.pdf
- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2003): Die privaten Krankenversicherung. Zahlenbericht 2002/2003. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_2002_2003.pdf
- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2004): Die privaten Krankenversicherung. Zahlenbericht 2003/2004. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_2003_2004.pdf
- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2005): Die privaten Krankenversicherung. Zahlenbericht 2004/2005. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_2004_2005.pdf

- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2006): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2005/2006. Köln, Berlin: PKV. URL:
http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_2005_2006.pdf
- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2007): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2006/2007. Köln, Berlin: PKV. URL:
http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_2006_2007.pdf
- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2008): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2007/2008. Köln, Berlin: PKV. URL:
http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_2007_2008.pdf
- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2009): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2008/2009. Köln, Berlin: PKV. URL:
http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht-2008-2009.pdf
- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2011a): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2009/2010. Korrigierte Version [Stand Januar 2011]. Köln, Berlin: PKV. URL:
http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht-2009-2010.pdf
- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2011b): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011. Köln, Berlin: PKV. URL:
http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht-2010-2011.pdf
- PKV, [= Verband der Privaten Krankenversicherung] (2012): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012. Köln: PKV. URL:
https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_zahlenberichte/zahlenbericht_2011_2012.pdf
- PKV, [= Verband der Privaten Krankenversicherung] (2013): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2012. Köln: PKV. URL:
<http://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2012.pdb.pdf>
- PKV, [= Verband der Privaten Krankenversicherung] (2014): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2014. Köln: PKV. URL:
<http://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2012.pdb.pdf>
- RKI, [= Robert Koch-Institut] (2009): Mundgesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Nr. 47. Berlin: RKI

- Roth, Günter; Rothgang, Heinz (2001): Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34 (4), 292-305.
- Rothgang, Heinz (2010): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. In: *Das Gesundheitswesen*, 72, 154-160.
- Rothgang, Heinz (2015a): Pflege aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht: Die Pflegeversicherung als Erfolgsmodell mit Schönheitsfehlern. In Masuch, Peter; Spellbrink, Wolfgang; Becker, Ulrich; Leibfried, Stephan (Hrsg.): Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Bundessozialgericht und Sozialstaatsforschung. Richterliche Wissensgewinnung und Wissenschaft (S. 139-170). Berlin: Erich Schmidt.
- Rothgang, Heinz (2015b): „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ - fundamentale Fehlentscheidung oder zukunftssträchtiges Modell? In: *Sozialer Fortschritt*, 64 (1), 8-14. doi: 10.3790/sfo.64.1-2.8
- Rothgang, Heinz; Borchert, Lars; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2008): GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. St. Augustin: Asgard-Verlag. URL: <http://presse.barmergek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/GEK-Schriftenreihe-Gesundheitsanalyse/Pflege/PDF-Pflegereport-2008.property=Data.pdf>
- Rothgang, Heinz; Fünfstück, Mathias; Neubert, Lydia; Czwikla, Jonas; Hasseler, Martina (2015a): Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen. Berlin: GKV-Spitzenverband. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV_Schriftenreihe_Pflege_Band_13.pdf
- Rothgang, Heinz; Höppner, Karin; Borchert, Lars; Becker, Roland; Glaeske, Gerd (2007): Differenzierung privater Krankenversicherungstarife nach Geschlecht: Bestandsaufnahme, Probleme, Optionen. Baden-Baden: Nomos
- Rothgang, Heinz; Iwansky, Stephanie; Müller, Rolf; Sauer, Sebastian; Unger, Rainer (2010): BARMER GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. St. Augustin: Asgard. URL: <http://presse.barmergek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2010/101130-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2010.property=Data.pdf>
- Rothgang, Heinz; Iwansky, Stephanie; Müller, Rolf; Sauer, Sebastian; Unger, Rainer (2011): BARMER GEK Pflegereport 2011. Schwerpunktthema: Zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. St. Augustin: Asgard. URL: <http://presse.barmergek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2011/111129-Pflegereport-2011/PDF-Pflegereport-2011.property=Data.pdf>

- Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas (2015): Vergütung vollstationärer Pflegeeinrichtungen nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Endbericht_Verguetung_Vollstationaerer_Pflegeeinrichtungen.pdf (aktuell am 05.11.2016)
- Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas; Grabow, Jan; Tybussek, Kai; Richter, Jochen (2016a): Die Altenhilfe im Wandel - Curacon-Studie 2016. Münster: Curacon
- Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas; Müller, Rolf; Runte, Rebecca; Unger, Rainer (2015b): BARMER GEK Pflegereport 2015. Schwerpunkt: Pflegen zu Hause. Siegburg: Asgard-Verlagsservice. URL: <http://presse.barmergek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Aktuelle-Pressemitteilungen/151117-Pflegereport/PDF-BARMER-GEK-Pflegereport-2015.property=Data.pdf>
- Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas; Unger, Rainer; Amsbeck, Hannah (2016b): Pflege in Deutschland im Jahr 2030 – regionale Verteilung und Herausforderungen LebensWerte Kommune. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Rothgang, Heinz; Kulik, Dawid; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2009): GEK-Pflegereport 2009. Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. St. Augustin: Asgard-Verlag. URL: <http://presse.barmergek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/GEK-Schriftenreihe-Gesundheitsanalyse/Pflege/PDF-Pflege-Report-2009.property=Data.pdf>
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Mundhenk, Rebecca; Unger, Rainer (2014): BARMER GEK Pflegereport 2014. Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger. Siegburg: Asgard-Verlagsservice. URL: <http://presse.barmergek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2014/141125-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2014.property=Data.pdf>
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2013): BARMER GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Rehabilitation und Pflege. Siegburg: Asgard-Verlagsservice. URL: <http://presse.barmergek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2013/131218-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2013.property=Data.pdf>
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer; Weiß, Christian; Wolter, Annika (2012): BARMER GEK Pflegereport 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit. Siegburg: Asgard-Verlagsservice. URL: <http://presse.barmergek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2012/121127-Pflegereport-2012/pdf-Pflegereport-2012.property=Data.pdf>

- Rothgang, Heinz; Sauer, Sebastian (2013): Aktualisierung der Ergebnisse zur NBA-Einschätzung von Menschen mit Behinderungen auf der Basis zur aktualisierten Bewertungssystematik. Aktualisierungsbericht. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff/Materialien/Aktualisierung_der_Ergebnisse_zur_NBA-Einschaetzung_Rothgang_Updatebericht-fin.pdf (aktuell am 07.11.2016)
- Rothgang, Heinz; Sünderkamp, Susanne; Weiß, Christian (2015c): Die Rolle der privaten Anbieter in der Pflegeversorgung in Deutschland. Expertise für den bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. Berlin:: bpa.
- Schmidt, Manuela; Schneekloth, Ulrich (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin: BMG. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf
- Schneekloth, Ulrich; von Törne, Ingolf (2007): Entwicklungstrends in der stationären Versorgung - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für "Good Practice". (S. 53-168). München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.) (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für "Good Practice". München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Sonntag, Astrid; Angermeyer, Matthias, C. (2002): Zur Benachteiligung Demenzkranker im Rahmen der Pflegeversicherung. In: *Zeitschrift für Sozialreform*, 46 (12), 1048-1051.
- Statistisches Bundesamt (2008): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2015a): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060_5124202159004.pdf?__blob=publicationFile

- Statistisches Bundesamt (2015b): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Vorläufige Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011. 2013. Statistisches Bundesamt. URL:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungss tand/VorlBevoelkerungsfortschreibung5124103139004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt (2015c): Pflegestatistik 2013 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeut schlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt (2015d): Sozialleistungen. Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe 2013. Fachserie 13 Reihe 2.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/Sozialhilfe AusgabenEinnahmen2130210137004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt (2015e): Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege 2012. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/HilfezurPfl ege5221020127004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt (2016a): Pflegestatistik 2013 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich - Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAm bulantePflegedienste5224101139004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt (2016b): Pflegestatistik 2013 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich - Pflegebedürftige. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPfl egebeduerftige5224002139004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt (2016c): Pflegestatistik 2013 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich - Pflegeheime. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPfl egeheime5224102139004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt (2016d): Pflegestatistik 2013 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Standardtabellen (Z 1.1) auf Ebene der Bundesländer. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

- SVR-Gesundheit, [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des Längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Langfassung. URL: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/GA2009-LF.pdf> (aktuell am 12.05.2010)
- Swart, Enno; Ihle, Peter (Hrsg.) (2005): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Hans Huber.
- Swart, Enno; Ihle, Peter; Gothe, Holger; Matusiewicz, David (Hrsg.) (2014): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven (2. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Trittin, Cornelia (Hrsg.) (2015): Versorgungsforschung zwischen Routinedaten, Qualitätssicherung und Patientenorientierung. Siegburg: Asgard.
- Unger, Rainer (2015): Lebenserwartung in Gesundheit. In Niephaus, Yasemin; Kreyenfeld, Michael; Sackmann, Reinhold (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Demografie (S. 565-594). Wiesbaden: VS Verlag.
- Unger, Rainer; Giersiepen, Klaus; Windzio, Michael (2015): Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. Der Einfluss von Familienmitgliedern und Freunden als Versorgungsstrukturen auf die funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld. In Hank, Karsten; Kreyenfeld, Michael (Hrsg.): Demographie. Sonderheft 54 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Opladen/Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Unger, Rainer; Müller, Rolf; Rothgang, Heinz (2011): Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit. Ausmaß und Entwicklungstendenzen in Deutschland. In: *Das Gesundheitswesen*, 73 (5), 292-297. doi: 10.1055/s-0031-1271715
- Unger, Rainer; Rothgang, Heinz (2010): Häusliche Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Ost- und Westdeutschland : die Bedeutung des Einkommens bei der Erklärung von Strukturunterschieden. In Krause, Peter; Ostner, Ilona (Hrsg.): *Leben in Ost- und Westdeutschland : eine sozialwissenschaftliche Bilanz der deutschen Einheit 1990-2010* (S. 617-631). Frankfurt a. M.: Campus.
- von Ferber, Liselotte; Behrens, Johann (Hrsg.) (1997): Public Health Forschung mit Gesundheits und Sozialdaten - Stand und Perspektiven. Memorandum zur Analyse und Nutzung von Gesundheits- und Sozialdaten. Sankt Augustin: Asgard.

In der BARMER GEK Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, sind bisher erschienen:

Band 1:	Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport. 2010 ISBN 978-3-537-44101-0	Euro 14,90
Band 2:	Glaeske, G., Schickanz, C.: BARMER GEK Arzneimittel-Report 2010. 2010 ISBN 978-3-537-44102-7	Euro 14,90
Band 3:	Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2010. 2010 ISBN 978-3-537-44103-4	Euro 14,90
Band 4:	Sauer, K., Kemper, C., Kaboth, K., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010. 2010 ISBN 978-3-537-44104-1	Euro 14,90
Band 5:	Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2010. 2010 ISBN 978-3-537-44105-8	Euro 14,90
Band 6:	Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44106-5	Euro 14,90
Band 7:	Schäfer, T., Schneider, A., Mieth, I.: BARMER GEK Zahnreport 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44107-2	Euro 14,90
Band 8:	Glaeske, G., Schickanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44108-9	Euro 14,90
Band 9:	Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Mieth, I., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44109-6	Euro 14,90
Band 10:	Sauer, K., Kemper, C., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44110-2	Euro 14,90
Band 11:	Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2011. 2011 ISBN 978-3-537-44111-9	Euro 14,90
Band 12:	Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport 2012. 2012 ISBN 978-3-537-44112-6	Euro 14,90

Band 13:	Schäfer, T., Schneider, A., Hussein, R., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Zahnreport 2012. 2012 ISBN 978-3-943-74478-1	Euro 14,90
Band 14:	Glaeske, G., Schickanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2012. 2012 ISBN 978-3-943-74479-8	Euro 14,90
Band 15:	Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Lorenz, C.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2012. 2012 ISBN 978-3-943-74480-4	Euro 14,90
Band 16:	Kemper, C., Sauer, K., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012. 2012 ISBN 978-3-943-74481-1	Euro 14,90
Band 17:	Rothgang, H., Müller, R., Unger, R., Weiß, C., Wolter, A.: BARMER GEK Pflegereport 2012. ISBN 978-3-943-74482-8	Euro 14,90
Band 18:	Grobe, T.G., Bitzer, E.M., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport 2013. ISBN 978-3-943-74483-5	Euro 14,90
Band 19:	Schäfer, T., Schneider, A., Hussein, R., Bitzer, E.M.: BARMER GEK Zahnreport 2013. ISBN 978-3-943-74484-2	Euro 14,90
Band 20:	Glaeske, G., Schickanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2013. ISBN 978-3-943-74485-9	Euro 14,90
Band 21:	Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Lorenz, C.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2013. ISBN 978-3-943-74486-6	Euro 14,90
Band 22:	Sauer, K., Kemper, C., Schulze, J., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2013. ISBN 978-3-943-74487-3	Euro 14,90
Band 23:	Rothgang, H., Müller, R., Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2013. ISBN 978-3-943-74488-0	Euro 14,90
Band 24:	Grobe, T.G., Heller, G., Szecsenyi, J.: BARMER GEK Arztreport 2014. ISBN 978-3-943-74489-7	Euro 14,90
Band 25:	Rädel, M., Hartmann, A., Bohm, S., Walter, M.: BARMER GEK Zahnreport 2014. ISBN 978-3-943-74490-3	Euro 14,90

Band 26:	Glaeske, G., Schick Tanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2014. ISBN 978-3-943-74491-0	Euro 14,90
Band 27:	Bitzer, E. M., Bohm, S., Hartmann, A., Priess, H.-W.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2014. ISBN 978-3-943-74492-7	Euro 14,90
Band 28:	Sauer, K., Rothgang, H., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014. ISBN 978-3-943-74493-4	Euro 14,90
Band 29:	Rothgang, H., Müller, R., Mundhenk, R., Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2014. ISBN 978-3-943-74494-1	Euro 14,90
Band 30:	Grobe, T. G., Klingenberg, A., Steinmann, S., Szecsenyi, J.: BARMER GEK Arztreport 2015. ISBN 978-3-943-74495-8	Euro 14,90
Band 31:	Rädel, M., Hartmann, A., Bohm, S., Priess, H.-W., Walter, M.: BARMER GEK Zahnreport 2015. ISBN 978-3-943-74496-5	Euro 14,90
Band 32:	Glaeske, G., Schick Tanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2015. ISBN 978-3-943-74497-2	Euro 14,90
Band 33:	Bitzer, E. M., Lehmann, B., Bohm, S., Priess, H.-W.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2015. ISBN 978-3-943-74498-9	Euro 14,90
Band 34:	Müller, R., Rothgang, H., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2015. ISBN 978-3-943-74499-6	Euro 14,90
Band 35:	Trittin, C. (Hrsg.): Versorgungsforschung. Zwischen Routinedaten, Qualitätssicherung und Patientenorientierung ISBN 978-3-946-19900-7	Euro 14,90
Band 36:	Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2015. ISBN 978-3-946-19901-4	Euro 14,90
Band 37:	Grobe, T. G., Steinmann, S., Szecsenyi, J.: BARMER GEK Arztreport 2016. ISBN 978-3-946-19902-1	Euro 14,90
Band 38:	Rädel, M., Bohm, S., Priess, H.-W., Walter, M.: BARMER GEK Zahnreport 2016. ISBN 978-3-946199-03-8	Euro 14,90

- | | | |
|----------|--|---------------|
| Band 39: | Grandt, D., Schubert, I.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2016.
ISBN 978-3-946199-04-05 | Euro
14,90 |
| Band 40: | Augurzky, B., Wübker, A., Pilny, A., Fels, K., Bohm, S., Priess, H.-W.,
Reinacher, U., Lehmann, B.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2016.
ISBN 978-3-946199-05-2 | Euro
14,90 |
| Band 41: | Brechtel, T., Kossack, N., Grandt, D.: BARMER GEK Heil- und
Hilfsmittelreport 2016.
ISBN 978-3-946199-06-9 | Euro
14,90 |