

BARMER



Pflegereport 2019

Ambulantisierung der Pflege

Heinz Rothgang, Rolf Müller

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 20

Pflegereport 2019

**Ambulantisierung
der Pflege**

Heinz Rothgang, Rolf Müller

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 20

Impressum

Herausgeber:

BARMER

Postfach 11 07 04

10837 Berlin

Autoren:

Heinz Rothgang

Rolf Müller

Universität Bremen, SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung

Konzeption, Redaktion und

fachliche Prüfung:

Juliane Diekmann, Nora Hoffmann,

Ursula Marschall, Nicole Osterkamp,

Christina Wittkop

BARMER, Berlin und Wuppertal

Design und Realisation:

zweiband.media GmbH, Berlin

ISBN (Print): 978-3-946199-44-1

ISBN (PDF): 978-3-946199-45-8

Die Datenanalysen bis einschließlich 2016 beziehen sich auf den Datenbestand der vor-maligen BARMER GEK. Im Sinne der besseren Lesbarkeit wurde überwiegend die gram-matikalisch männliche Sprachform gewählt. Wenn im Text die männliche Sprachform genannt ist, ist damit sowohl die männliche als auch die weibliche Sprachform gemeint. Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Her-ausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Überset-zungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die in diesem Buch verwendeten und nicht besonders kenntlich gemachten, durch Dritte geschützten Marken- und Warenzeichen unterliegen den Bestimmungen des jeweils gültigen Kennzeichenrechts und den Besitzrechten der jeweiligen eingetragenen Eigentümer. Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	6
Zusammenfassung	8
Einleitung	19
1 Rück- und Ausblick – 25 Jahre Pflegeversicherung	24
1.1 Historie der Pflegeversicherung	24
1.1.1 Wandel des Begriffs der Pflegebedürftigkeit	25
1.1.2 Pflegeleistungsumfang der Pflegeversicherung	26
1.1.3 Flexibilisierung der Leistungen	30
1.1.4 Unterstützungsleistungen hinsichtlich der Wohnumgebung	30
1.1.5 Leistungen für Pflegepersonen	32
1.1.6 Qualität in der Pflege	33
1.2 Was wurde bisher erreicht und was ist noch zu tun?	36
2 Pflege im Spiegel der Statistik	42
2.1 Pflegebedürftige	42
2.1.1 Fallzahlen und Prävalenzen	43
2.1.2 Begutachtungen	55
2.1.3 Pflegeeintritt und Inzidenz	60
2.1.4 Übergänge und Beendigung	64
2.1.5 Pflegedauer	68
2.1.6 Fazit zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen	74
2.2 Leistungserbringung	75
2.2.1 Ambulante Pflegedienste	75
2.2.2 Pflegeheime	79
2.2.3 Pflegepersonen	87
2.2.4 Fazit zur Leistungserbringung	90

2.3	Finanzierung	91
2.3.1	Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung	92
2.3.2	Private Pflegeversicherung	97
2.3.3	Sozialhilfe	98
2.3.4	Finanzierung im Überblick	101
3	Ambulantisierung der Pflege	106
3.1	Einleitung	106
3.2	Entwicklung von Anreizstrukturen	107
3.2.1	Definitionen	107
3.2.2	Gesetzlicher Rahmen	109
3.2.3	Anreizstrukturen	116
3.2.4	Fazit zur Entwicklung der Anreizstrukturen	121
3.3	Entwicklung der Fallzahlen	122
3.3.1	Pflegeeinrichtungen und „neue Wohn- und Pflegeformen“	124
3.3.2	Pflegebedürftige in betreutem Wohnen	130
3.3.3	Pflegebedürftige in Pflege-WGs	132
3.3.4	Umwidmung oder Neugründung?	133
3.3.5	Einflussfaktoren für die Wahl des Pflegesettings	134
3.3.6	Inanspruchnahme kombinierter ambulanter Leistungen	142
3.3.7	Fazit zur Fallzahlentwicklung	147
3.4	Entwicklung der Leistungsausgaben	148
3.5	Qualitätsunterschiede	153
3.5.1	Mögliche Qualitätsfolgen	153
3.5.2	Ergebnisse einer Literaturstudie	156
3.5.3	Qualitätsvergleich mit Routinedaten	158
3.5.4	Bewertung der Qualitätsentwicklung	164
3.6	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	165

Anhang	170
Amtliche und halbamtliche Daten zur Pflegebedürftigkeit	170
BARMER-Daten	172
Ergebnistabellen	178
Verzeichnisse	188
Abkürzungsverzeichnis	188
Abbildungsverzeichnis	191
Tabellenverzeichnis	193
Literaturverzeichnis	196
Autorenverzeichnis	207

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

von Anfang an war die soziale Pflegeversicherung dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ verpflichtet. Pflege soll, so die eindeutige politische Absicht, vor allem zu Hause stattfinden. Der Pflegereport 2019 liefert nun zum ersten Mal valide Hinweise darauf, dass diese politische Absicht gewissermaßen „überdreht“ werden kann.

Der Report belegt, dass es einen deutlichen Trend zur Ambulantisierung der Pflege gibt. Gemeint ist damit, dass sich neue Wohn- und Pflegeformen entwickeln, die der stationären Pflege ähneln. Dabei werden jedoch ambulante Pflegeleistungen mit Elementen der stationären Pflege und der gesetzlichen Krankenversicherung kombiniert.

Was diesen Trend schon heute so bedeutsam macht, ist sein sozialpolitisches Potenzial. Die heute etablierten Anreizstrukturen verheißen Leistungsanbietern in der ambulanten gegenüber der vollstationären Pflege doppelt so hohe maximale Leistungsbeträge innerhalb eines Pflegegrads. Dieser Effekt entsteht, weil in der stationären Versorgung deutlich weniger Leistungen kombiniert werden können als im ambulanten Bereich. Hier kommt zu den Pflegesach- und Betreuungsleistungen noch eine ganze Reihe weiterer möglicher Leistungen. Man denke nur an Tages- und Nachtpflege oder die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen.

Bei den Leistungsanbietern ist diese Erkenntnis längst angekommen. Heute gibt es in der Bundesrepublik bis zu 8.000 Anlagen des betreuten Wohnens und rund 4.000 Pflege-Wohngemeinschaften. Mehr als 30 Prozent der Anlagen für betreutes Wohnen sind in den letzten zehn Jahren entstanden. Bundesweit waren im Jahr 2018 rund 340 neue Einrichtungen mit 10.000 Plätzen in Planung oder im Bau. Die Zahl der aktuellen Bauprojekte für stationäre Pflegeheime ist mit 270 deutlich geringer. Das betreute Wohnen, so zeigt der Report, richtet sich immer mehr an der Pflege aus und wird in steigendem Maße von Pflegeeinrichtungen angeboten.

Auch in der Ausgabenentwicklung hinterlässt der Trend zur Ambulantisierung der Pflege bereits deutliche Spuren. Allein im Jahr 2018 entstanden für die Betreuung der etwa

150.000 Pflegebedürftigen in betreutem Wohnen und der etwa 20.400 Pflegebedürftigen in Pflege-Wohngemeinschaften mit Wohngruppenzuschlag Mehrausgaben von 399 Millionen Euro gegenüber einer vergleichbaren stationären Pflege. Hypothetisch wäre sogar noch mehr möglich. Würden alle heute stationär versorgten Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 in ein betreutes Wohnen wechseln und dort teilstationäre Pflege nutzen, entstünden dadurch weitere Mehrausgaben in Höhe von 561 Millionen Euro für die Pflege- und Krankenversicherung.

Bei all dem ist die Frage entscheidend, ob es den Menschen im betreuten Wohnen und in der Pflege-Wohngemeinschaft besser geht als im Pflegeheim. Diese Frage lässt sich sicher nicht pauschal beantworten. Es stimmt allerdings nachdenklich, wenn laut Pflege-report im betreuten Wohnen und in den Wohngemeinschaften seltener als im Pflegeheim Kontakte zu Ärzten stattfinden, zugleich aber häufiger ein Dekubitus diagnostiziert wird. Es wirft Fragen nach der Qualität der Versorgung auf, wenn im ambulanten Umfeld mehr ambulant-sensitive Krankenhausfälle gezählt werden – also Bewohnerinnen und Bewohner aufgrund von Diagnosen im Krankenhaus behandelt werden müssen, die sich durch eine angemessene ambulante Behandlung oft vermeiden ließen.

Natürlich lassen sich die Qualität der Pflege in Heimen und die Qualität der Betreuung in ambulanten Settings nicht eins zu eins vergleichen. Allein schon deshalb nicht, weil nicht unbedingt pflegebedürftig sein muss, wer im betreuten Wohnen lebt. Dennoch bleibt festzuhalten, dass in Pflegeheimen ungleich mehr Qualitätsindikatoren überwacht werden als in betreutem Wohnen oder den Pflege-Wohngemeinschaften. Die Reporterergebnisse sind für uns daher Anstoß, über Qualitätsindikatoren auch in ambulanten Settings intensiver nachzudenken.

Unser Pflegereport 2019 kann erneut fundierte Analysen zu einem hochaktuellen Thema beisteuern. Dafür sei den Autoren Prof. Dr. Heinz Rothgang und Dr. Rolf Müller von der Universität Bremen herzlich gedankt. Den Leserinnen und Lesern unseres Reports wünsche ich eine anregende Lektüre.

Berlin, im Oktober 2019

Prof. Dr. med. Christoph Straub

Vorstandsvorsitzender der BARMER

Zusammenfassung

(Weiter-)Entwicklung der Pflegeversicherung

Historie: Wandel des Begriffs der Pflegebedürftigkeit

schleichender Leistungs-
zugang für Personen
mit kognitiven Ein-
schränkungen

Mit Einführung der Pflegeversicherung galt eine Person als pflegebedürftig, wenn ein ausgeprägter, verrichtungsbezogener Hilfebedarf vorlag. Diese Definition galt bis Ende 2016. Mit dem Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) wurde ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, der die Legaldefinition der Pflegebedürftigkeit auf „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI) änderte. Auf dem Weg dorthin wurden aber in mehreren Schritten Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) eingeführt und ausgeweitet. Dies begann mit der Einführung der zusätzlichen Betreuungsleistungen im Jahr 2002 in Höhe von 460 Euro jährlich und wurde fortgeführt mit der Erweiterung der Anspruchsberechtigten mit Pflegestufe 0 im Jahr 2008 bei gleichzeitiger Ausweitung des Leistungsanspruchs auf 100 beziehungsweise 200 Euro monatlich. Ab 2013 durften dann auch Pflegesachleistungen, Pflegegeld und Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden und ab 2015 zudem Kurzzeitpflege und Tages- und Nachtpflege. Der Wandel zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist somit kein abrupter Schritt, sondern hat sich in mehreren kleinen Schritten entwickelt.

Historie: Leistungsumfang der Pflegeversicherung

stärkere Leistungsau-
weitung im ambulanten
Bereich

Die für die Jahre 1995 (ambulant) und 1996 (stationär) eingeführten maximalen Leistungssummen für die verschiedenen Leistungsarten sind bis zum Jahr 2008 nicht angepasst worden. Eine ungleichmäßige und unregelmäßige Anpassung erfolgte in den Jahren 2008, 2010, 2012, 2013, 2015 und 2017. Dabei sind die maximalen Leistungssummen für die ambulante Pflege mehr angehoben worden als die maximalen Leistungssummen in der stationären Pflege. Für die Pflegestufen I und II erfolgten im stationären Bereich bis zum Jahr 2015 sogar gar keine Anpassungen. Zusammen mit der schrittweisen Aufhebung der Anrechnung von teilstationären Leistungen und der Kurzzeitpflege auf Pflegesachleistungen und Pflegegeld wurde somit die ambulante Pflege mehr gestärkt als die stationäre Pflege.

Historie: Flexibilisierung der Leistungen

Nachdem zunächst für die verschiedenen Leistungsarten jeweils maximale und zweckgebundene Leistungssummen festgeschrieben waren, wurden später auch flexible Nutzungsmöglichkeiten geschaffen. Hierzu zählt die Übertragbarkeit von 50 Prozent der Mittel aus der Kurzzeitpflege in die Verhinderungspflege und von 100 Prozent der Mittel der Verhinderungspflege in die Kurzzeitpflege, wie sie mit dem PSG I zum 1. Januar 2015 eingeführt wurde. Zudem wurde mit dem PSG I die Möglichkeit geschaffen, die Pflegesachleistungen bis zu 40 Prozent für niedrigschwellige Betreuungsangebote und Haushaltshilfen umzuwidmen.

Verhinderungspflege
für Kurzzeitpflege und
umgekehrt

Historie: Unterstützung zur Wohnumgebung

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen wurden seit Einführung der Pflegeversicherung mit bis zu 2.557 Euro unterstützt. Diese Maximalhöhe wurde mit dem PSG I auf 4.000 Euro erhöht.

Mit dem Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG) wurde die Unterstützung für ambulant betreute Wohngruppen (Pflege-WGs) eingeführt. Zusätzlich zu einer Anschubfinanzierung in Höhe von bis zu 2.500 Euro wurden von der Pflegekasse ab 2013 monatlich 200 Euro zusätzlich pro Pflegebedürftigem zur Unterstützung gezahlt. Diese Unterstützungsleistung wurde inzwischen auf 214 Euro erhöht. Leistungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen können für bis zu vier Pflegebedürftige in der Pflege-WG zusammengelegt werden.

wohnumfeldverbessernde
Maßnahmen und Unterstützung
von Pflege-WGs

Historie: Leistungen für Pflegepersonen

Für Erwerbspersonen, die nicht mehr als 30 Stunden erwerbstätig sind, werden seit Einführung der Pflegeversicherung Rentenversicherungsbeiträge gezahlt, wenn sie eine Mindestzeit pro Woche einen Pflegebedürftigen pflegen. Pflegekassen sollen Pflegepersonen zudem Pflegekurse und Schulungen anbieten. Die Pflegekassen können seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) und sollen seit dem PNG Selbsthilfegruppen unterstützen.

Rentenversicherungs-
beiträge, Pflegezeit u. a.

Eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sollte mit dem Pflegezeitgesetz (PflZG), dem Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) und dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf erreicht werden. Während die ersten beiden Gesetze nur das Recht auf eine zeitliche Verschiebung von Erwerbstätigkeit und Einkommen ohne finanzielle Absicherung beinhalten, ist im letztgenannten Gesetz für die Zeit einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung aufgrund einer akuten Pflegesituation, begrenzt auf insgesamt zehn Arbeitstage, eine Lohnersatzleistung – das Pflegeunterstützungsgeld – vorgesehen.

langer Weg zum
Qualitätsstandard

Historie: Qualitätsanforderungen und Qualitätssicherung

Der „allgemein anerkannte Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ (§ 11 Abs. 1 SGB XI) sollte schon seit Einführung der Pflegeversicherung Standard in der pflegerischen Versorgung sein. Dieser ist bei Einführung der Pflegeversicherung aber noch nicht definiert gewesen. Zwar kam das Heimgesetz (HeimG) schon zur Geltung, aber weitergehende Zielsetzungen zur Strukturqualität wurden erst mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) eingeführt, nach dem landesweite Festlegungen von Personalrichtwerten erfolgen sollten. Nach dem PFWG sollten die Expertenstandards berücksichtigt werden und eine Bewertungssystematik eingeführt werden. Die eingeführten sogenannten Pflegenoten wurden aber wegen zu geringer Diskriminierung kritisiert, woraufhin mit dem PNG der Anstoß für ein neues indikatorengestütztes Verfahren gegeben wurde. Für den stationären Bereich ist dieses Verfahren mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) schon beschlossen worden. Hinsichtlich der Personalbemessung wurde inzwischen ein neues Verfahren entwickelt, das nun erprobt werden soll.

Bisherige Erfolge und verbleibende Problemlagen

Pflege ist inzwischen ein allgemein anerkanntes Lebensrisiko. Das Verständnis von Pflegebedürftigkeit hat sich dabei gewandelt von einem rein körperlichen hin zu einem ganzheitlichen Hilfebedarf. Die Leistungen der Pflegeversicherung, die anfänglich nur auf die körperlichen Bedürfnisse ausgerichtet waren, wurden erst mit einiger Verzögerung angepasst, sodass die Eigenanteile insbesondere in der stationären Versorgung immer weiter stiegen. Inzwischen sind die Leistungen auch für Pflegebedürftige mit kognitiven Einschränkungen deutlich ausgeweitet. Insgesamt erfolgten dabei in der ambulanten Versorgung die größten Leistungsausweitungen.

Weiterhin besteht aber ein Personalmangel, was aktuell auch in der Konzentrierten Aktion Pflege zum Hauptthema in der Pflege geworden ist. Einem gesteigerten Personalbedarf kann mit einer ausgeprägteren Tarifbindung in der Pflege begegnet werden. Mehr und sicherer Lohn bei mehr Pflegepersonal macht die Pflege als Beruf attraktiver. Die Konsequenzen dieser Zielsetzung sind höhere Kosten. Diese Kosten müssten von den Pflegekassen, den Pflegebedürftigen oder dem Staat erstattet werden. Um die Pflegebedürftigen nicht weiter zu belasten, sind verschiedene Lösungsmöglichkeiten denkbar und zu diskutieren: Einfrieren der derzeitigen Eigenanteile in den einzelnen Einrichtungen, allgemeine Erhöhungen der Leistungssätze oder ein genereller Sockel-Spitze-Tausch.

Werden die finanziellen Risiken auf die Sozialversicherung verlagert, drohen steigende Beitragssätze. Diesen könnte auf unterschiedliche Weise begegnet werden: ein Risikoausgleich zwischen privater Pflegepflichtversicherung und sozialer Pflegeversicherung oder die Integration beider Versicherungen in eine Versicherung.

Mangel an Pflegepersonal und Finanzierungsproblem

Pflege im Spiegel der Statistik

Datengrundlage

Mit der Pflegestatistik, der Kassenstatistik und den Daten der BARMER sind unterschiedliche Möglichkeiten gegeben, die Pflegebedürftigen und ihre Leistungsansprüche zu erfassen. Die Pflegestatistik berücksichtigt keine Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und nur wenige Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1, da diese in der Regel keine Pflegeleistungen in Anspruch nehmen dürfen. Die Kassenstatistik berücksichtigt keine Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe 0. Beide Daten lassen keine gemeinsame Erfassung verschiedener Leistungen einer Person zu. Die Erfassung kombinierter Leistungen und eine zeitliche Abfolge von Leistungen sind mit den BARMER-Daten möglich. Weil diese auf die BARMER-Versicherten beschränkt sind, werden die Ergebnisse aus diesen Daten nach Alter, Geschlecht und Bundesland auf die Bevölkerung in Deutschland hochgerechnet.

wesentliche Datenquellen: Pflegestatistik, Kassenstatistik und BARMER-Daten

Pflegebedürftige

Definition: Zum 1. Januar 2017 gab es die Umstellung von Pflegestufen in Pflegegrade. Für den Vergleich mit den Zeiten vor dem 1. Januar 2017 werden in diesem Report nach Möglichkeit alle Leistungsberechtigten – Personen mit Pflegestufe und PEA – als Pflegebedürftige gefasst. Der Vergleich findet auf Grundlage der Umkodierung von Pflegestufen und PEA-Einstufung nach dem Überleitungsschlüssel in § 140 SGB XI statt.

Bis Ende der 2000er-Jahre gab es Steigerungen der Zahl der Pflegebedürftigen, die etwa den Folgen der demografischen Entwicklung entsprachen. Aus der Pflegestatistik lassen sich in den 2000er-Jahren jährliche Steigerungsraten um ein bis drei Prozent ermitteln. In den 2010er-Jahren sind diese auf vier bis sechs Prozent gestiegen. Dabei sind die Zunahmen aufgrund des Pflegegrads 1 noch deutlich unterrepräsentiert. Während die Pflegestatistik für 2017 bei 3,414 Millionen Pflegebedürftigen nur 46.100 Personen mit Pflegegrad 1 ausweist, finden sich in der Begutachtungsstatistik des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) für die Jahre 2017 und 2018 jeweils um die 250.000 positive Erstgutachten mit der Empfehlung zum Pflegegrad 1. Zunahmen der positiven Begutachtungen gibt es beim Pflegegrad 2 von 281.000 im Jahr 2011 auf 422.000 im Jahr 2017 und 406.000 im Jahr 2018. In den Pflegegraden 3 bis 5 gab es in der Zeit nur geringfügige Veränderungen in den Fallzahlen.

Verbunden mit dem Anstieg in den geringen Pflegegraden sind auch ein Anstieg in der Nutzung ambulanter Angebote und eine relative Stagnation im Bereich der vollstationären Versorgung. Der Anteil der Pflegegeldbezieher ist von 1999 bis 2009 von 51,0 Prozent auf 45,6 Prozent zurückgegangen und dann bis 2017 wieder auf 51,7 Prozent angestiegen. Nachdem durch die ersten Entwicklungen der Eindruck entstand, dass die Zukunft der Pflege im Pflegeheim liegt, hat sich dieser Eindruck später wieder relativiert. Dies macht der Anteil der Pflegebedürftigen im Pflegeheim deutlich, der im Jahr 1999 noch 27,5 Prozent betrug und bis 2005 auf 30,3 Prozent angestiegen ist. Anschließend sank der Anteil aber auf nun 23,2 Prozent im Jahr 2017. Gerade von den neu Pflegebedürftigen wird immer häufiger Pflegegeld in Anspruch genommen.

Ein Wechsel der Pflegegrade findet überwiegend durch Höherstufungen statt. Je höher der Pflegegrad ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, im nächsten Monat zu verster-

ben. Diese Wahrscheinlichkeit liegt bei Pflegegrad 2 unter einem Prozent und bei Pflegegrad 5 über vier Prozent.

Die zu erwartende Pflegedauer hat sich über die Jahre leicht erhöht, was einerseits an der Integration von Pflegestufe 0 und des Pflegegrads 1 liegt. Zudem zeigen sich aber auch Steigerungen, die schleichender stattfinden und auf eine gestiegene Akzeptanz, verbunden mit einer gestiegenen Zahl an Pflegebedürftigen mit geringeren Pflegegraden, zurückzuführen ist. Aus der Inzidenzkohorte 2011 (ohne Pflegestufe 0) waren nach 24 Monaten noch 49,7 Prozent, aus der Inzidenzkohorte 2012 (inklusive Pflegestufe 0) noch 56,5 Prozent und aus der Inzidenzkohorte 2017 waren ohne Pflegegrad 1 noch 64,9 Prozent und inklusive Pflegegrad 1 noch 70,2 Prozent am Leben.

erweiterter Zugang durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff führt zu durchschnittlich längeren Pflegedauern

Ambulante Dienste

Die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten hat sich von 1999 bis 2017 von rund 183.800 auf 390.300 mehr als verdoppelt. Umgerechnet in Vollzeitäquivalente (VZÄ) ergibt sich sogar eine noch etwas höhere Steigerung von 125.400 auf 266.000 VZÄ. Da die Zahl der zu versorgenden Pflegebedürftigen nicht in gleichem Maße gestiegen ist, hat sich die rechnerische Versorgungsrelation von 3,3 Pflegebedürftigen auf 3,1 Pflegebedürftige je VZÄ verringert. Dies erscheint als gutes Zeichen für die Versorgung der Pflegebedürftigen; diese Steigerung muss aber auch vor dem Hintergrund der steigenden Versorgungsquote bei der häuslichen Krankenpflege gesehen werden. Rund die Hälfte der Beschäftigten sind examinierte Pflegekräfte – in Köpfen 46,1 Prozent und in VZÄ 49,7 Prozent. In dem Arbeitsschwerpunkt körperbezogener Pflege sind es mit 54,3 Prozent beziehungsweise 55,2 Prozent mehr als die Hälfte der Beschäftigten.

rund 50 % der Beschäftigten im ambulanten Bereich examiniert

Stationäre Versorgung

Die Zahl der stationären Einrichtungen hat zwischen 1999 und 2015 von 8.900 auf 13.600 und bis 2017 auf 14.500 zugenommen. Während dabei die Zahl der Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege zuletzt bei 11.200 stagnierte und die Zahl der Einrichtungen mit Kurzzeitpflege von 1.700 auf 1.200 zurückging, stieg die Zahl der teilstationären Einrichtungen von 1999 bis 2015 von 1.300 auf 3.700 und bis 2017 auf 4.500. Die Zahl der Pflegeplätze entwickelte sich relativ proportional dazu und stieg von 1999 bis 2017

von 645.500 um 47,5 Prozent auf 952.400. Dieser Anstieg entspricht weitgehend dem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Versorgung.

Die Zahl der Beschäftigten in den stationären Einrichtungen hat von 440.900 im Jahr 1999 um 73,4 Prozent auf 764.600 im Jahr 2017 zugenommen. Umgerechnet in VZÄ ist dies ein Zuwachs von 345.100 auf 552.500, also um 60,1 Prozent.

unter 50 % der Beschäftigten im stationären Bereich examiniert

Der Anteil der examinierten Pflegekräfte an allen Beschäftigten liegt im stationären Bereich niedriger als in der ambulanten Versorgung. Er liegt insgesamt bei 30,4 Prozent der Beschäftigten beziehungsweise bei 34,4 Prozent der VZÄ. Im Rahmen der körperbezogenen Pflege sind es 44,7 Prozent beziehungsweise 48,8 Prozent.

Pflegepersonen

Rentenversicherungsbeiträge für 575.000 Pflegepersonen

Schätzungen zur Gesamtzahl der an der Pflege beteiligten Privatpersonen kommen auf etwa doppelt so viele Pflegepersonen wie Pflegebedürftige im häuslichen Setting. Nur für einen Teil von ihnen werden Rentenversicherungsbeiträge geleistet. Und zwar nur dann, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist und eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrads 2 bis 5 in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig für wenigstens zehn Stunden wöchentlich pflegt. Dies sind nach Hochrechnungen der BARMER-Daten rund 575.000 Pflegepersonen im Jahr 2018.

Finanzierung

Nachdem die Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung in den Jahren 1999 bis 2012 jeweils moderat von insgesamt 15,55 Milliarden Euro auf 21,86 Milliarden Euro gestiegen sind, gab es anschließend im Zuge der Leistungsausweitungen deutliche Ausgabesteigerungen. Den größten Sprung gab es von 2016 nach 2017 von 28,29 Milliarden Euro auf 35,54 Milliarden Euro. Für das Jahr 2018 betragen die Leistungsausgaben schon 38,25 Milliarden Euro.

Der größte Teil der Leistungsausgaben entfällt auf die Leistungen bei vollstationärer Pflege, deren Anteil an den Leistungsausgaben aber (inklusive der Leistungen nach § 43b SGB XI) von 48,3 Prozent im Jahr 2001 auf 37,4 Prozent im Jahr 2018 gesunken ist. Neben

dem seit dem Jahr 2007 sinkenden Anteil vollstationär versorgter Pflegebedürftiger ist hierfür unter anderem die fehlende Dynamisierung der Leistungen in den Pflegestufen I und II in den Dynamisierungsrunden der Jahre 2008 bis 2013 verantwortlich.

Die Folgen der zurückhaltenden Dynamisierungen im stationären Bereich sind steigende Eigenanteile für die Pflegeleistungen. Der Eigenanteil an den Pflegekosten im Pflegeheim belief sich im Jahr 1999 für die Pflegestufen I, II und III auf 143 Euro, 244 Euro und 558 Euro. Bis zum Jahr 2015 sind diese Eigenanteile auf 426 Euro, 643 Euro und 873 Euro angestiegen. Durch die Einführung der konstanten einrichtungsbezogenen Eigenanteile liegt der pflegebedingte Eigenanteil nun über alle Pflegegrade 2 bis 5 bei rund 628 Euro. Damit ist eine Entlastung für die schwerer pflegebedürftigen und eine Belastung für neue, weniger pflegebedürftige Bewohner geschaffen worden.

Nur für die Pflege (ohne Ausgaben für Unterbringung, Verpflegung und privat zu tragende Investitionskosten) wurden im Jahr 2017 insgesamt rund 52,17 Milliarden Euro ausgegeben. Größter Kostenträger ist die soziale Pflegeversicherung mit 35,54 Milliarden Euro, gefolgt von den privaten Haushalten mit einem Aufwand von 11,19 Milliarden Euro. Die private Pflegepflichtversicherung hat trotz angesparter Altersrückstellungen von 34,48 Milliarden Euro nur 1,28 Milliarden Euro zur Finanzierung der Pflege beigetragen.

52,17 Mrd. € für Pflegeleistungen, davon trägt die SPV 35,54 Mrd. €

Ambulantisierung der Pflege

Ambulante Versorgungsstrukturen sollen nach dem Gesetz stationären Versorgungsstrukturen vorgezogen werden. Dafür wurden entsprechende Anreizstrukturen geschaffen. Vor diesem Hintergrund entwickeln sich neue Wohn- und Pflegeformen, die eine Ähnlichkeit zur stationären Versorgung aufweisen, für die aber höhere Leistungssummen von der Sozialversicherung eingefordert werden können. Im Schwerpunktthema stellen sich daher folgende Fragen:

Fragestellungen: Anreize, Fallzahlen, Finanzen, Qualität

- Wie sehen die Anreizstrukturen konkret aus?
- Wie entwickeln sich die Fallzahlen insbesondere der neuen Wohn- und Pflegeformen?
- Welche Auswirkungen hat das auf die Leistungssummen der Sozialversicherung?
- Und ist mit den neuen Wohn- und Pflegeformen eine Qualitätssteigerung verbunden?

Entwicklung der Anreizstrukturen

Für die ambulante Versorgung sind für die Leistungsanbieter eine Reihe an Anreizen gesetzt. Die theoretischen, maximalen pflegebedingten Leistungshöhen, die innerhalb eines Pflegegrads von der Pflegeversicherung und der Krankenversicherung erstattet werden, liegen in der ambulanten Versorgung rund doppelt so hoch wie in der stationären Versorgung. Dies ist darin begründet, dass in der stationären Versorgung nur die Leistungen zur vollstationären Pflege zusammen mit Betreuungsleistungen mit der Pflegekasse abgerechnet werden können, während in der ambulanten Versorgung zusätzlich zu den Pflegesachleistungen und Betreuungsleistungen noch Tages- und Nachtpflege, Leistungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, Wohngruppenzuschläge, Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege mit der Pflegekasse abgerechnet werden können. Hinzu kommt noch die Erstattung der häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkasse, die in der vollstationären Versorgung prinzipiell schon im Pflegesatz enthalten ist, aber in der ambulanten Versorgung separat abgerechnet wird. Die Versorgung in betreutem Wohnen ist fast gar nicht und die Versorgung in Pflege-WGs in deutlich geringerem Maße als die Versorgung im Pflegeheim durch das Heimgesetz oder entsprechendes Landesrecht reguliert. Kontrollen, Meldepflichten, Personalvorgaben, Qualitätssicherung oder räumliche Anforderungen sind weitaus weniger verlangt.

Entwicklung der Fallzahlen

Die Quantifizierung der gemeinschaftlichen Wohnformen oder des betreuten Wohnens ist aufgrund der eingeschränkten Meldepflicht schwierig. Derzeit ist auf Grundlage verschiedener Studien bei steigender Tendenz von etwa 4.500 bis 8.000 betreuten Wohnanlagen und rund 4.000 Pflege-WGs auszugehen. Anhand der Durchschnittsgrößen dieser Anlagen und WGs ist von etwa 150.000 Pflegebedürftigen in betreutem Wohnen und von etwa 31.000 Pflegebedürftigen in Pflege-WGs auszugehen, von denen nach Hochrechnungen der BARMER-Daten 20.400 auch den Wohngruppenzuschlag der Pflegeversicherung nutzen.

Bedarfsschätzungen gehen von einer doppelt so hohen Zahl bezüglich des betreuten Wohnens aus. Die aktuellen Entwicklungen lassen auch einen weiteren Anstieg der Zahl der betreuten Wohnanlagen vermuten. Mehr als 30 Prozent der Anlagen sind erst in den letzten zehn Jahren entstanden. Bundesweit befinden sich derzeit (2018) rund 340 Ein-

richtungen des betreuten Wohnens (mit 10.000 Pflegeplätzen) entweder in der Planung oder bereits im Bau. Im Vergleich dazu gibt es mit aktuell 270 Bauprojekten im Bereich der Pflegeheime deutlich weniger Einheiten.

Betreutes Wohnen richtet sich immer mehr an der Pflege aus. Es wird in steigendem Maße direkt von Pflegeeinrichtungen angeboten. Nachdem in einer bundesweiten Studie aus dem Jahr 2004 noch 47,9 Prozent der betreuten Wohnanlagen unabhängig von einer Pflegeeinrichtung waren, sind dies nach einer aktuellen Befragung von 2018 nur noch 24,6 Prozent.

ca. 31.000 Pflegebedürftige in ca. 4.000 Pflege-WGs und ca. 150.000 Pflegebedürftige in 4.500 bis 8.000 betreuten Wohnanlagen

Ausgabenentwicklung

Nachdem die Summen der Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung (SPV) in den Jahren 2000 bis 2012 für den ambulanten und den stationären Bereich jedes Jahr fast gleich waren, stiegen die Leistungsausgaben in den folgenden Jahren im ambulanten Bereich deutlich stärker an als im stationären Bereich. Während sich die Leistungsausgaben für die ambulante Versorgung von 8,00 Milliarden Euro im Jahr 2000 auf 22,63 Milliarden Euro im Jahr 2018 fast verdreifacht haben, haben sich die Ausgaben für die stationäre Versorgung von 7,47 Milliarden Euro auf 14,32 Milliarden Euro nicht einmal verdoppelt.

Im Vergleich der Leistungssummen der Sozialversicherung für Pflegebedürftige in betreutem Wohnen, in Pflege-WGs und im Pflegeheim zeigt sich, dass die maximal möglichen Leistungssummen in der stationären Versorgung meistens ausgeschöpft werden. Die mit den Routinedaten ermittelten Leistungssummen der Pflegeheimbewohner entsprechen im Durchschnitt fast genau den maximal möglichen Leistungssummen. Obwohl in den ambulanten Versorgungssettings (betreutes Wohnen und Pflege-WG) die maximalen Leistungssummen nicht gänzlich genutzt wurden, liegen sie in der Regel oberhalb der Leistungssummen, die in der stationären Versorgung genutzt werden. In der Summe resultieren daraus im Jahr 2018 bei geschätzten 150.000 Pflegebedürftigen in betreutem Wohnen Mehrausgaben von 215 Millionen Euro gegenüber der vollstationären Versorgung. Für die geschätzten 20.400 Bewohner von Pflege-WGs, die den Wohngruppenzuschlag der Pflegeversicherung nutzen, ergeben sich im Vergleich zur Versorgung im Pflegeheim Mehrausgaben von 184 Millionen Euro im Jahr 2018.

Ausgabensteigerung
der SPV von 2000 bis
2018: ambulant von
8,00 Mrd. € auf
22,63 Mrd. €; stationär
von 7,47 Mrd. € auf
14,32 Mrd. €

Sollten die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 im Pflegeheim in ein betreutes Wohnen wechseln und dort teilstationäre Pflege nutzen, entstünden dadurch weitere Mehrausgaben in Höhe von 561 Millionen Euro für die Sozialversicherung (SPV-Ausgaben plus GKV-Ausgaben für häusliche Krankenpflege).

Qualität im Pflegeheim und in neuen Wohn- und Pflegeformen

Hinsichtlich der pflegerelevanten Outcomes in betreutem Wohnen oder in den Pflege-WGs wurden in bisherigen Studien kaum signifikante Effekte gefunden. In der Summe zeigen sich positive Effekte auf Bewohnerebene eher in umfassenden Konstrukten wie Lebensqualität. Als Problem wird von Betreibern des betreuten Wohnens die Versorgung von Menschen mit Demenz erkannt.

Mit den BARMER-Daten sind die Pflegebedürftigen in betreutem Wohnen und in Pflege-WGs mit den Pflegebedürftigen im Pflegeheim anhand von fünf Qualitätsindikatoren verglichen worden. Bei den Bewohnern in betreutem Wohnen und in den Pflege-WGs sind Arztkontakte seltener und auch die Verordnungen von Antipsychotika. In betreutem Wohnen werden aber mehr Neudiagnosen von Dekubitus und mehr ambulant-sensitive Krankenhausfälle (Krankenhausfälle mit Entlassungsdiagnosen, bei denen unterstellt wird, dass sie oftmals vermieden werden könnten, wenn eine angemessene ambulante Versorgung stattgefunden hätte) festgestellt.

keine Vorteile in der
Pflegequalität in Pflege-
WGs oder in betreutem
Wohnen

In der Summe finden sich keine Vorteile in der Pflegequalität in der Pflege-WG oder in betreutem Wohnen gegenüber der Pflegequalität im Pflegeheim. Vorteile finden sich in der Lebensqualität, der Wohnraumgestaltung und Wahlfreiheit.

Einleitung

Pflegesicherungssysteme sind der jüngste Zweig des Wohlfahrtsstaats. Wie Gesundheitssysteme müssen sie drei Funktionen erfüllen: Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung. Bei der Finanzierungsfunktion geht es darum, die finanziellen Ressourcen bereitzustellen, die das System benötigt, um Langzeitpflege zu finanzieren. In Deutschland sind diesbezüglich die Pflegeversicherung, die Sozialhilfe und die privat aufgebrachten Eigenmittel als wichtigste Finanzierungsquellen zu benennen. Während die Leistungserbringung im Gesundheitssystem praktisch ausschließlich von Gesundheitseinrichtungen und entsprechend ausgebildetem Gesundheitspersonal erbracht wird, sind in der Langzeitpflege neben den formellen Anbietern von Pflegeleistungen auch die informellen Strukturen zu betrachten. Die Regulierung von Finanzierung und Leistungserbringung wiederum erfolgt in der Langzeitpflege ebenso wie im Gesundheitssystem durch den Gesetz- und Verordnungsgeber, auf Bundes- und Landesebene, aber auch durch die gemeinsame Selbstverwaltung von Leistungsanbietern und Finanzierungsträgern, konkret: den Vertragspartnern nach § 113 SGB XI.

In diesem Pflegereport wird über die Entwicklung seit Einführung der Pflegeversicherung und insbesondere über die Situation in den Jahren 2017 und 2018 in allen drei Dimensionen berichtet.

Kapitel 1 widmet sich der Regulierung. Seit der Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes sind inzwischen 25 Jahre vergangen. Dies ist Anlass, die Entwicklung noch einmal zu rekapitulieren. Gerade hinsichtlich des Schwerpunktthemas „Ambulantisierung der Pflege“ haben sich einige Veränderungen in den Regulierungen ergeben. Trotz vielfältiger Verbesserungen in der finanziellen Rahmung für die pflegerische Versorgung bleiben aber noch einige Punkte diskussionswürdig.

Kapitel 2 beschäftigt sich mit Leistungserbringung und Finanzierung. Anders als im Gesundheitssystem wird die Leistungsberechtigung nicht bei jedem Leistungsbezug einzeln (durch die Anbieter) festgelegt, sondern generalisiert durch die Pflegebegutachtung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) oder durch andere unabhängige Gutachter beziehungsweise von MEDICPROOF, dem funktionalen Pendant für die

private Pflegepflichtversicherung, festgestellt. Dieses Kapitel gibt daher zunächst Auskunft über die Zahl der Pflegebedürftigen und deren Struktur sowie über die Inanspruchnahme von Leistungen. Leistungsanspruchnahme setzt aber ein entsprechendes Leistungsangebot voraus, das gleichfalls beschrieben wird. Hierbei ist zwischen der informellen Pflege durch Angehörige und andere Pflegepersonen und den formellen Pflegeeinrichtungen zu unterscheiden, die sich wiederum in ambulante und stationäre Anbieter untergliedern lassen. Abschließend wird in Kapitel 2 die Finanzierung der Leistungen der Langzeitpflege und die Aufteilung der Ausgaben auf die verschiedenen Finanzierungsträger thematisiert.

In Kapitel 3 wird dann der Rahmen der Routineberichterstattung verlassen und ein Schwerpunktthema behandelt: die Ambulantisierung der Pflege. „Ambulant vor stationär“ ist eine Maxime, die auch im SGB XI verankert ist. Insbesondere durch die aktuelleren Pflegereformen wurden vermehrt Anreize für eine ambulante Pflege geschaffen. Es wird daher beschrieben, wie sich die Anreize im Detail gestalten, inwieweit sich Inanspruchnahmemuster verändert haben, in welchem Ausmaß sich neue ambulante Wohn- und Pflegeformen parallel oder anstelle von Pflegeheimen entwickelt haben, wie sehr dies das Ausgabenvolumen der Sozialversicherung beeinflusst und ob mit der Versorgung in den neuen Wohn- und Pflegeformen eine verbesserte Pflegequalität verbunden ist.

Der Report schließt mit einem Anhang, in dem insbesondere die verwendeten Datenquellen und Methoden referiert werden.

Kapitel 1

Rück- und Ausblick – 25 Jahre Pflegeversicherung

1 Rück- und Ausblick – 25 Jahre Pflegeversicherung

Zum 1. Januar 1995 wurde die Pflegeversicherung eingeführt und seit dem 1. April 1995 gewährt sie erstmals Leistungen. Zu Beginn des Jahres 2020 existiert dieser jüngste Zweig der Sozialversicherung somit seit einem Vierteljahrhundert. Dies ist Anlass, zunächst einen Rückblick auf die Historie der Pflegeversicherung zu nehmen (Kapitel 1.1), um vor diesem Hintergrund zu diskutieren, was bislang erreicht wurde und was noch zu tun ist (Kapitel 1.2).

1.1 Historie der Pflegeversicherung

Mit dem Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) vom 26. Mai 1994 wurde das SGB XI und damit die gesetzliche Grundlage der Pflegeversicherung geschaffen. Schon zum Einführungszeitpunkt war die erste, dann im 1. SGB XI-Änderungsgesetz zum 1. Juli 1996 vollzogene Reform geplant: die Einführung von Leistungen bei Heimpflege. Auch danach wurde das SGB XI durch einige Gesetze geändert. Wesentliche Reformen der Pflegeversicherung sind insbesondere in folgenden Gesetzen verankert:

9. September 2001	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG)
14. Dezember 2001	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PfIEG)
28. Mai 2008	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG)
23. Oktober 2012	Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)
17. Dezember 2014	Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I)
21. Dezember 2015	Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)
23. Dezember 2016	Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III)
11. Dezember 2018	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)
6. Mai 2019	Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Die Reformen bezogen sich insbesondere auf folgende Aspekte:

- Die Definition der Leistungsberechtigten (Kapitel 1.1.1),
- die Anpassung der Leistungshöhen (Kapitel 1.1.2),
- die Flexibilisierung von Leistungen (Kapitel 1.1.3),
- die Ausgestaltung der Wohnumgebung (Kapitel 1.1.4),
- die Ausweitung auf weitere Leistungsarten, wozu insbesondere Betreuungs- und Entlastungsleistungen und die Absicherung der pflegenden Angehörigen gehören (Kapitel 1.1.5) und
- die Entwicklung des Qualitätsaspekts (Kapitel 1.1.6).

1.1.1 Wandel des Begriffs der Pflegebedürftigkeit

Mit Einführung der Pflegeversicherung galt eine Person als pflegebedürftig, wenn ein ausgeprägter, verrichtungsbezogener Hilfebedarf vorlag. Mit der Einführung der zusätzlichen Betreuungsleistungen für pflegebedürftige Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) durch das PfIEG wurde diese Legaldefinition der Pflegebedürftigkeit nicht geändert. Die zusätzlichen Betreuungsleistungen wurden zunächst in Höhe von 460 Euro pro Jahr gewährt (siehe Tabelle 1.2). Diese Leistungsansprüche wurden mit dem PfWG auf 100 beziehungsweise 200 Euro monatlich erhöht und auch auf hilfebedürftige PEA unterhalb von Pflegestufe I ausgeweitet (Pflegestufe 0). Somit waren ab 2008 auch kognitiv oder psychisch beeinträchtigte Personen, die nicht nach der Legaldefinition als pflegebedürftig galten, leistungsberechtigt gegenüber der Pflegeversicherung. Mit dem PNG erhielten PEA mit Pflegestufe 0 auch einen Anspruch auf grundlegende ambulante Pflegeleistungen und mit dem PSG I auch einen Anspruch auf Kurzzeitpflege und Tages- oder Nachtpflege (siehe Tabelle 1.1). Die Betreuungsleistungen wurden dabei in Betreuungs- und Entlastungsleistungen umdefiniert, wodurch die hauswirtschaftliche Versorgung besser eingebunden wurde. Zum 1. Januar 2017 wurde mit dem PSG II der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt und die Pflegestufen durch Pflegegrade ersetzt. Dadurch wurde die Legaldefinition der Pflegebedürftigkeit von verrichtungsbezogener Hilfebedürftigkeit auf „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI) geändert. Darunter sind insbesondere auch langfristige, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen zu verstehen. Die Betreuungs- und Entlastungsleistungen sind seither durch den Entlastungsbetrag ersetzt.

Auch wenn die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in vielerlei Hinsicht eine große organisatorische Herausforderung war, hat sich doch die inhaltliche Berücksichtigung der kognitiven Einschränkungen in mehreren kleinen Schritten vollzogen. Der Leistungsanspruch bei kognitiven Einschränkungen wurde dabei stetig ausgeweitet.

1.1.2 Pflegeleistungsumfang der Pflegeversicherung

Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 sind die meisten Leistungshöhen festgeschrieben und anschließend bis zum Jahr 2008 nicht mehr angepasst worden. Danach wurden die Leistungshöhen unregelmäßig und uneinheitlich angepasst. Auch aktuell sieht § 30 SGB XI lediglich vor, dass eine Anpassung alle drei Jahre geprüft werden muss. Mit der Vielzahl an Pflegereformgesetzen wurden dennoch sowohl Leistungserhöhungen als auch zusätzliche Leistungsarten installiert. Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Verhinderungspflege, Tages- oder Nachtpflege und Kurzzeitpflege sind vom April 1995 an im Leistungskatalog enthalten. Leistungsansprüche bei vollstationärer Dauerpflege gelten seit Juli 1996. Eine Erhöhung erfolgte in unterschiedlichem Ausmaß durch die einzelnen Reformgesetze (siehe Tabelle 1.1 und Tabelle 1.2).

Tabelle 1.1: Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige – Teil I

Sachleistung nach § 36 SGB XI maximal monatlich in Euro							
Pflegestufe	0	I	I + EA	II	II + EA	III	Härte
bis Juni 2008	–	384	384	921	921	1.432	1.918
ab Juli 2008	–	420	420	980	980	1.470	1.918
2010	–	440	440	1.040	1.040	1.510	1.918
2012	–	450	450	1.100	1.100	1.550	1.918
2013	225	450	665	1.100	1.250	1.550	1.918
2015	231	468	689	1.144	1.298	1.612	1.995
Pflegegrad	1		2		3	4	5
2017	–		689		1.298	1.612	1.955
Pflegegeld nach § 37 SGB XI maximal monatlich in Euro							
Pflegestufe	0	I	I + EA	II	II + EA	III	Härte
bis Juni 2008	–	205	205	410	410	665	
ab Juli 2008	–	215	215	420	420	675	
2010	–	225	225	430	430	685	
2012	–	235	235	440	440	700	

2013	120	235	305	440	525	700	
2015	123	244	316	458	545	728	
Pflegegrad	1		2		3	4	5
2017	–		316		545	728	901
Vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI maximal monatlich in Euro							
Pflegestufe	0	I	I + EA	II	II + EA	III	Härte
1996	–	1.432					1.688
ab Januar 1998 bis Juni 2008	–	1.023	1.023	1.279	1.279	1.432	1.688
ab Juli 2008	–	1.023	1.023	1.279	1.279	1.470	1.750
2010	–	1.023	1.023	1.279	1.279	1.510	1.825
2012	–	1.023	1.023	1.279	1.279	1.550	1.918
2013	–	1.023	1.023	1.279	1.279	1.550	1.918
2015	–	1.064	1.064	1.330	1.330	1.612	1.995
Pflegegrad	1		2		3	4	5
2017	125		770		1.262	1.775	2.005
Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI maximal jährlich in Euro							
... durch nahe Angehörige							
Pflegestufe	0	I	I + EA	II	II + EA	III	Härte
bis Juni 2008 max. 4 Wochen	–	205	205	410	410	665	
ab Juli 2008 max. 4 Wochen	–	215	215	420	420	675	
2010 max. 4 Wochen	–	225	225	430	430	685	
2012 max. 4 Wochen	–	235	235	440	440	700	
2013 max. 4 Wochen ¹⁾	120	235	305	440	525	700	
2015 max. 6 Wochen ¹⁾	184,50	366	474	687	817,50	1.092	
Pflegegrad	1		2		3	4	5
2017 ²⁾	–		474		817,50	1.092	1.351,50
... durch sonstige Personen							
Pflegestufe	0	I	I + EA	II	II + EA	III	Härte
bis Juni 2008 max. 4 Wochen	–			1.432			
ab Juli 2008 max. 4 Wochen	–			1.470			
2010 max. 4 Wochen	–			1.510			
2012 max. 4 Wochen	–			1.550			
2013 max. 4 Wochen ¹⁾				1.550			
2015 max. 6 Wochen ¹⁾				1.612 (+ Umwidmung von Kurzzeitpflege 806)			
Pflegegrad	1		2		3	4	5
2017 max. 6 Wochen ²⁾	–		1.612 (+ Umwidmung von Kurzzeitpflege 806)				

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI maximal jährlich in Euro							
Pflegestufe	0	I	I + EA	II	II + EA	III	Härte
bis Juni 2008 max. 4 Wochen	–			1.432			
ab Juli 2008 max. 4 Wochen	–			1.470			
2010 max. 4 Wochen	–			1.510			
2012 max. 4 Wochen	–			1.550			
2013 max. 4 Wochen ¹⁾	–			1.550			
2015 max. 4 Wochen + 4 Wochen aus Mitteln für die Verhinderungspflege ¹⁾			1.612 (+ Umwidmung von Verhinderungspflege 1.612)				
Pflegegrad	1	2	3	4	5		
2017 max. 8 Wochen ³⁾	–	1.612 (+ Umwidmung von Verhinderungspflege 1.612)					
Tages- oder Nachtpflege nach § 41 SGB XI maximal monatlich in Euro							
Pflegestufe	0	I	I + EA	II	II + EA	III	Härte
1995 ⁴⁾	–	384	384	767	767	1.074	1.074
ab August 1999 bis Juni 2008 ⁴⁾	–	384	384	921	921	1.432	1.432
ab Juli 2008 ⁵⁾	–	420	420	980	980	1.470	1.470
2010 ⁵⁾	–	440	440	1.040	1.040	1.510	1.510
2012 ⁵⁾	–	450	450	1.100	1.100	1.550	1.550
2013 ⁵⁾	–	450	450	1.100	1.100	1.550	1.550
2015 ⁵⁾	231	468	689	1.144	1.298	1.612	1.612
Pflegegrad	1	2	3	4	5		
2017 ⁶⁾	–	689	1.298	1.612	1.995		
ambulant betreute Wohngruppe nach 38a SGB XI monatlich in Euro							
Pflegestufe	0	I	I + EA	II	II + EA	III	Härte
2013	–			200			
2015				205			
Pflegegrad	1	2	3	4	5		
2017				214			
Anschubfinanzierung zur Gründung von Pflege-WGs nach § 45e SGB XI einmalig in Euro							
Pflegestufe	0	I	I + EA	II	II + EA	III	Härte
2013	–			2.500			
Pflegegrad	1	2	3	4	5		
2017				2.500			

¹⁾ Für vier Wochen fortgesetzte Zahlung von 50 Prozent des Pflegegeldes. ²⁾ Für sechs Wochen fortgesetzte Zahlung von 50 Prozent des Pflegegeldes. ³⁾ Für acht Wochen fortgesetzte Zahlung von 50 Prozent des Pflegegeldes. ⁴⁾ Die Leistungen werden auf die Pflegesachleistungen beziehungsweise anteilig auf das Pflegegeld angerechnet. ⁵⁾ Häufige Anrechnung auf die Pflegesachleistung und den Anteil des Pflegegeldes. ⁶⁾ Ohne Anrechnung auf die Pflegesachleistung und das Pflegegeld. Quelle: BMG (2009, 2012, 2015, 2017, 2018b), PflegeVG, 1., 3. und 4. SGB XI-ÄndG sowie SGB XI, zuletzt geändert durch Art. 9 G v. 18. Juli 2017 I 2757

Tabelle 1.2: Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige – Teil II

zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in den Jahren 2002 bis 2016 beziehungsweise Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI ab 2017 – maximal jährlich in Euro					
Pflegestufe	0		I-III mit EA		I-III ohne EA
	Grundbetrag	erhöhter Betrag	Grundbetrag	erhöhter Betrag	
2002	–	–	460	460	–
ab Juli 2008	1.200	2.400	1.200	2.400	–
2015	1.248	2.496	1.248	2.496	1.248
Pflegegrad	1	2	3	4	5
2017*	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500
wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI – maximal je Maßnahme in Euro					
Pflegestufe	0	I	II	III	
1995	2.557 unter Berücksichtigung einer angemessenen Eigenbeteiligung				
2013	2.557 (bis zum vierfachen Betrag – also bis zu insgesamt 10.228, wenn mehrere Pflegebedürftige zusammen wohnen)				
2015	4.000 (bis zum vierfachen Betrag – also bis zu insgesamt 16.000, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen)				
Pflegegrad	1	2	3	4	5
2017	4.000 (bis zum vierfachen Betrag – also bis zu insgesamt 16.000, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen)				

* Bis zu 40 Prozent der monatlich nicht genutzten Pflegesachleistungen können zudem für landesrechtlich anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden (Umwandlungsanspruch).

Quelle: BMG (2009, 2012, 2015, 2017, 2018b, 2019c), PFWG und SGB XI, zuletzt geändert durch Art. 9 G v. 18. Juli 2017 I 2757

In den im PFWG festgelegten drei Anpassungsschritten in den Jahren 2008, 2010 und 2012 wurden die Leistungen für ambulante Pflege für alle Pflegestufen, die für vollstationäre Dauerpflege nur für Pflegestufe III erhöht. Auch für die Tages- oder Nachtpflege und die Kurzzeitpflege gab es dabei Anpassungen in allen Pflegestufen.

Mit dem PFWG wurde die vollständige Anrechnung von Leistungen der Tages- und Nachtpflege auf Pflegesachleistungen oder Pflegegeld aufgehoben. Anstatt von 100 Prozent der in §§ 36, 37 SGB XI festgelegten Höchstwerte konnten bei Kombination von Pflegesachleistungen, Kombinationsleistungen oder Pflegegeld mit Tages- oder Nachtpflege

150 Prozent der Höchstsätze in Anspruch genommen werden. Mit dem PSG I wurde die Anrechnung der Tages- oder Nachtpflege dann vollständig aufgehoben. Zur Stärkung der häuslichen Pflege wurde mit dem PNG die hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes bei Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr festgelegt. Eine weitere Stärkung der häuslichen Pflege erfolgte dadurch, dass mit dem PSG I Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Entlastung auch für Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz möglich wurden.

1.1.3 Flexibilisierung der Leistungen

Galten zunächst für die einzelnen Leistungsansprüche jeweils eigens definierte Leistungsgrenzen, wurden mit dem PSG I einige Flexibilisierungen eingeführt. Hierzu zählt die Übertragbarkeit von 50 Prozent der Mittel aus der Kurzzeitpflege in die Verhinderungspflege und von 100 Prozent der Mittel der Verhinderungspflege in die Kurzzeitpflege. Parallel dazu erfolgte eine zeitliche Ausdehnung des Leistungsanspruchs auf Kurzzeitpflege von vier auf acht Wochen und auf Verhinderungspflege von vier auf sechs Wochen pro Jahr bei gegenseitiger Übertragung von Leistungsansprüchen. Zudem wurde mit dem PSG I die Möglichkeit geschaffen, die Pflegesachleistungen bis zu 40 Prozent für niedrigschwellige Betreuungsangebote und Haushaltshilfen umzuwidmen.

Eine Flexibilisierung erfolgte auch in der Art der Vergütung für ambulante Pflegeleistungen. Mit dem PNG wurde die Möglichkeit eröffnet, neben der Abrechnung nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes auch eine Abrechnung nach dem erforderlichen Zeitaufwand vorzunehmen.

1.1.4 Unterstützungsleistungen hinsichtlich der Wohnumgebung

Ziel der Pflegeversicherung ist nicht nur, das Personal zu finanzieren, das die Pflege- und Betreuungsleistungen erbringt, sondern auch das Wohnumfeld so zu gestalten, dass eine häusliche Pflege lange ermöglicht werden kann. Dazu werden seit Einführung der Pflegeversicherung wohnumfeldverbessernde Maßnahmen durch Versicherungsleistungen unterstützt, zunächst bis zu einem Betrag von 2.557 Euro pro Maßnahme. Diese Maximalhöhe wurde mit dem PSG I auf 4.000 Euro erhöht.

Mit dem PNG wurden ein Anspruch auf eine einmalige Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen sowie eine monatliche Pauschale für zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen eingeführt. PEA mit Pflegestufe 0 erhielten mit dem PSG I ebenfalls einen Anspruch auf die Wohngruppenzuschläge und die Anschubfinanzierung. Die maximalen Leistungssummen wurden dabei mit dem PSG I und dem PSG II erhöht.

Im Zuge der Einführung der Leistungen zur Unterstützung von ambulant betreuten Wohngruppen durch das PNG wurde auch der Leistungsanspruch hinsichtlich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen weiter definiert. Innerhalb einer Wohngemeinschaft dürfen seither bis zu vier Pflegebedürftige beziehungsweise PEA ihre Ansprüche zusammenlegen und somit den vierfachen Maximalbetrag für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nutzen.

Mit dem PNG wurden ambulant betreute Wohngruppen definitorisch im SGB XI verankert. Eine ambulant betreute Wohngruppe besteht demnach aus mindestens drei pflegebedürftigen Personen, die gemeinsam in einer Wohnung leben und Leistungen nach §§ 36, 37 oder 38 SGB XI beziehen. Zudem muss in der Wohngruppe eine Pflegekraft tätig sein, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet. Die pflegerische Versorgung sollte gemeinschaftlich organisiert sein und dabei den heimrechtlichen Vorschriften nicht entgegenstehen.

Die Größe der Wohngemeinschaft wurde mit dem PSG I auf drei bis zehn Personen beschränkt, wovon mindestens drei pflegebedürftig oder Personen mit Pflegestufe 0 sein mussten. Dabei wurde explizit festgelegt, dass die Versorgungsform nicht dem Leistungsumfang einer vollstationären Pflege gemäß dem jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 SGB XI entspricht. Den Pflegekassen wurde zur Überprüfung der Leistungsansprüche zugestanden, Daten über die Antragsteller, die Wohnung und den Mietvertrag anzufordern. Die Begrenzung auf zehn Bewohner wurde im gleichen Monat noch durch Artikel 8 Nr. 3 des Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf vom 23. Dezember 2014 auf zwölf Bewohner geändert.

Mit dem PSG II wurde schließlich festgelegt, dass die Leistungen der Tages- und Nachtpflege neben den Wohngruppenzuschlägen nur dann noch möglich sind, wenn durch den MDK festgestellt wird, dass die Pflege ohne die Tages- oder Nachtpflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann.

1.1.5 Leistungen für Pflegepersonen

Seit ihrer Einführung zahlen die Pflegekassen für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden erwerbstätig sind und gleichzeitig mindestens 14 Stunden wöchentlich einen Pflegebedürftigen pflegen, Beiträge an die Rentenversicherung. Durch das PNG wurde zur Erlangung der Mindeststundenzahl auch die Zusammenrechnung der Pflege mehrerer Personen ermöglicht. Mit dem PSG II wurde die Mindeststundenzahl auf zehn Stunden gesenkt.

Weiterhin sollen die Pflegekassen Pflegekurse und Schulungen für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen anbieten. Diese sollen unentgeltlich sein und die Pflegenden zur eigenständigen Durchführung der Pflege befähigen. Diese Kurse oder Schulungen können in Gruppen oder in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen durchgeführt werden.

Das PfwG führte eine Kann-Bestimmung zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen ein. Im PNG wurde eine Förderung von Selbsthilfegruppen zum verpflichtenden Inhalt. Je Versicherten sollten 0,10 Euro je Kalenderjahr dafür verwendet werden. Dieser Betrag wurde mit dem Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) auf 0,15 Euro erhöht.

Eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sollte mit dem Pflegezeitgesetz (PflG) vom 28. Mai 2008, dem Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) vom 6. Dezember 2011 und dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf vom 23. Dezember 2014 erreicht werden. Mit der Pflegezeit haben Beschäftigte einen Anspruch, sich für maximal sechs Monate vollständig von der Arbeit freistellen zu lassen oder in Teilzeit zu arbeiten, um einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen zu betreuen. Eine finanzielle Absicherung ist damit allerdings nicht verbunden. Im Rahmen der Familienpflegezeit können Beschäftigte ihre wöchentliche Arbeitszeit für maximal 24 Monate auf bis zu 15 Stunden reduzieren, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häusli-

cher Umgebung pflegen und beim Arbeitgeber mehr als 25 Personen ohne Auszubildende beschäftigt sind. Dazu kann eine Gehaltsaufstockung für die Zeit der Familienpflege beantragt werden. Diese Aufstockung wird als eine Art Gehaltsvorschuss gewährt, den der Beschäftigte zurückzahlt, indem er in der Nachpflegephase bei dann wieder erhöhter Arbeitszeit weiterhin vorübergehend das reduzierte Gehalt bezieht. Die finanzielle Absicherung der Pflegezeit wurde somit zwar gesetzlich verankert, ihre Kosten müssen dabei letztlich durch den pflegenden Arbeitnehmer selbst getragen werden und werden nur in die Zukunft verschoben.

Mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf wurde für die Zeit einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung aufgrund einer akuten Pflegesituation, begrenzt auf insgesamt zehn Arbeitstage für eine pflegebedürftige Person, eine Lohnersatzleistung – das Pflegeunterstützungsgeld – vorgesehen, die aus der Pflegeversicherung bezahlt wird. Als Brutto-Pflegeunterstützungsgeld werden in der Regel 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts gezahlt.

1.1.6 Qualität in der Pflege

Schon bei Einführung der Pflegeversicherung wurde mehrfach auf den „allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ (§§ 11, 28, 69 SGB XI) Bezug genommen. Ein gerichtsfester allgemein anerkannter Stand war aber nicht gegeben (Rothgang, 2017, S. 631). Ordnungsrechtliche Hinweise insbesondere bezüglich der Strukturqualität waren eingangs im Heimgesetz verankert. Grundsätze und Maßstäbe bezüglich der Qualität, der Qualitätssicherung und des Verfahrens zur Qualitätsprüfung sollten nach §80 SGB XI erst noch entwickelt werden. Mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) wurden diese Ziele um die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements erweitert. Die Strukturqualität sollte durch landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder Festlegungen von Personalrichtwerten erfolgen. Die zentrale Neuerung des Gesetzes liegt allerdings in der Verpflichtung der (teil) stationären Einrichtungen zum Abschluss einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung, in der insbesondere Merkmale der Struktur- und Prozessqualität festgelegt werden (§80a Abs. 2 SGB XI). Im neu geschaffenen elften Kapitel des SGB XI wurden Verpflichtungen zur Qualitätssicherung und zum Nachweis derselben für alle Einrichtungen festgelegt. Zudem wurde der MDK zur Überprüfung der Qualität beauftragt. Das Fehlen der Leistungs- und

Qualitätsnachweise oder festgestellte und nicht behobene Qualitätsmängel konnten seither zur Auflösung des Versorgungsvertrags führen.

Im PfwG werden die §§ 80 und 80a SGB XI gestrichen und deren Gegenstände der Qualitäts- und Leistungsvereinbarungen als § 84 Abs. 5 SGB XI in die Pflegesatzvereinbarung integriert. Im elften Kapitel kamen die Berücksichtigung von Expertenstandards (§ 113a SGB XI) und die Einführung einer Bewertungssystematik für die Überprüfungen der Einrichtungen (§ 115 Abs. 1a SGB XI) hinzu. Die Entwicklung und Aktualisierung der Expertenstandards sollen durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI sichergestellt werden. Die Bewertungssystematik wurde mit den Pflege-Transparenzvereinbarungen stationär (PTVS) vom 17. Dezember 2008 sowie ambulant (PTVA) vom 29. Januar 2009 eingeführt. Die Ergebnisse werden seither als Pflegenoten im Internet veröffentlicht. Diese sind aber aufgrund methodischer Schwächen und der resultierenden geringen Diskriminierung nicht als Orientierungshilfe für die Verbraucher geeignet (Sünderkamp et al., 2014).

Mit dem PNG wurde daher in § 113 Abs. 1 SGB XI gefordert, Anforderungen an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität zu regeln. Diese Forderung ist durch das PSG II mit Verfahren und Datumsangaben versehen worden. Die Prüfverfahren sind für den stationären (Wingenfeld et al., 2018) und für den ambulanten Bereich (Büscher et al., 2018) konzeptioniert worden. Durch das PpSG wurden die Erhebung und die Übermittlung der Ergebnisqualität zumindest im stationären Bereich vorgeschrieben (§ 114b SGB XI).

Mit dem PSG III wurde der Qualitätsausschuss Pflege beauftragt, hinsichtlich der Qualitätssicherung in neuen Wohnformen Qualitätsindikatoren entwickeln zu lassen. Der entsprechende Bericht liegt vor (Wolf-Ostermann et al., 2019); er ist aber noch nicht in Gesetze oder Verordnungen eingeflossen.

Zur Sicherung der Strukturqualität wurde die gemeinsame Selbstverwaltung der Pflegeversicherung beauftragt, „die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicher[zustellen]. Die Entwicklung und Erprobung ist bis zum 30. Juni 2020 abzuschließen“ (§ 113c Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Dazu

haben die Vertragsparteien sich wissenschaftlichen Sachverstands zu bedienen (§ 113c Abs. 1 Satz 4 SGB XI). Der entsprechende Forschungsauftrag wurde an die Universität Bremen vergeben. Der Bericht zur Entwicklung des Verfahrens (siehe hierzu auch Rothgang et al., 2019a) wurde im Sommer 2019 an die Selbstverwaltung übergeben und die Erprobung ist inzwischen ebenfalls beauftragt. In der Konzertierte(n) Aktion Pflege haben es sich die Vertragspartner zudem zum Ziel gesetzt,

- „nach abgeschlossener Entwicklungs- und Erprobungsphase das Personalbemessungsverfahren für Pflegeeinrichtungen in geeigneten Schritten gemeinsam zügig anzugehen,
- bereits nach Abschluss der Entwicklungsphase im Sommer 2019 mit den hierfür erforderlichen Vorbereitungen zu beginnen“ (BMG, 2019b, 45),

so dass damit zu rechnen ist, dass ein Personalbemessungsverfahren ab 2020 stufenweise eingeführt wird.

Überwiegend außerhalb der Qualitätskontrolle waren bislang auch die Betreuungsdienste. Erst mit dem TSVG wurden die Anforderungen an Betreuungsdienste explizit formuliert (§§ 71, 72 SGB XI) und die Erstellung von Richtlinien zur Qualitätssicherung wurde gefordert (§ 112a SGB XI).

Die medizinische Versorgung war anfänglich nicht im Qualitätskontrollkonzept der Pflegeversicherung enthalten. Seit dem PNG sind die vollstationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet, die Pflegekassen über die Regelungen ihrer ärztlichen und Arzneimittelversorgung zu unterrichten (§ 114 Abs. 1 SGB XI).

Die Qualitätssicherung der Betreuung und der medizinischen Versorgung ist im SGB XI noch relativ wenig reglementiert – die Qualitätssicherung der Pflege hingegen schon mehr. Dabei sind die Vorschriften im stationären Bereich nicht nur durch die zusätzlichen heimrechtlichen Vorschriften umfangreicher als im ambulanten Bereich.

1.2 Was wurde bisher erreicht und was ist noch zu tun?

Der wahrscheinlich größte Erfolg der Pflegeversicherung ist, dass Pflegebedürftigkeit inzwischen als allgemeines Lebensrisiko anerkannt und fest auf der politischen Agenda verankert ist (Rothgang, 2015a, 2015b). Entsprechend werden pflegetherapeutische Themen von allen Parteien thematisiert und finden sich auch prominent etwa im aktuellen Koalitionsvertrag (siehe hierzu auch Rothgang, 2018b). Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde nicht nur einer der Geburtsfehler des PflegeVG – der zu enge Leistungszugang – korrigiert, sondern auch der Weg für ein neues Pflegeverständnis gebahnt, das für die Weiterentwicklung der Pflege in den nächsten Jahren richtungsweisend ist. Das PSG II war zudem eine sehr „großzügige Reform“ (Rothgang & Kalwitzki, 2015), die zu erheblichen Leistungsverbesserungen und damit auch Ausgabensteigerungen geführt hat, allerdings vor allem im ambulanten Sektor (Rothgang, 2018a; Schwinger et al., 2018b).

Gleichzeitig sind auch die erheblichen Reformbedarfe nicht zu übersehen, die noch vor uns liegen:

Das aktuell größte Problem liegt darin, den bereits jetzt vorhandenen (BA, 2019), aber erst recht den in Zukunft zu erwartenden Personalmangel in der Langzeitpflege (Rothgang et al., 2016b) zu bekämpfen. Nicht umsonst haben vier der fünf Arbeitsgruppen der Konzentrierten Aktion Pflege Themen zum Gegenstand, die implizit oder explizit auf den Pflegenotstand abzielen:

- Arbeitsgruppe 1: Ausbildungsinitiative Pflege (2019–2023),
- Arbeitsgruppe 2: Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung,
- Arbeitsgruppe 4: Pflegekräfte aus dem Ausland,
- Arbeitsgruppe 5: Entlohnungsbedingungen in der Pflege.

Eng verknüpft damit ist die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens in der stationären Pflege, das zwar einerseits zu gesteigertem Personalbedarf führt, andererseits durch die mit seiner Umsetzung verbundene Verbesserung der Arbeitsbedingungen aber entscheidend zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs beiträgt und damit die

Rekrutierung neuer Pflegekräfte, die Berufsrückkehr in den Pflegeberuf, etwa nach einer Familienpause, und die Verweildauer im Beruf befördert.

Eine höhere Personalbemessung führt aber ebenso wie eine steigende Bedeutung der Tarifbindung in der Pflege, die ebenfalls in den Beschlüssen der Konzentrierten Aktion Pflege angestrebt wird, zu steigenden Pflegesätzen, die im derzeitigen System ausschließlich von den Pflegebedürftigen getragen werden. Jegliche Steigerung der Strukturqualität durch mehr und besser bezahltes Personal führt damit zu entsprechenden Anstiegen der Eigenanteile, die bereits jetzt als sehr hoch anzusehen sind (Kapitel 2.2.2). Soll aber eine einseitige Belastung der Pflegeheimbewohner vermieden werden – so auch die Konzentrierte Aktion Pflege (BMG, 2019b) –, ist auch eine Finanzreform der Pflegeversicherung unabdingbar. Eine Begrenzung der Eigenanteile kann dabei durch deren Einfrieren, durch Erhöhungen der Leistungssätze nach §43 SGB XI oder durch einen „Sockel-Spitze-Tausch“ (Rothgang & Kalwitzki, 2018, 2019) erfolgen. Ein „Einfrieren“ birgt dabei die Gefahr, regionale Unterschiede der Pflegesätze festzuschreiben, auch wenn deren Ursachen durch Vereinheitlichung von Lohnstrukturen und Personalbemessungen abgebaut werden. Gleiche Leistungserhöhungen für alle Einrichtungen sind nicht geeignet, die höheren Pflegesatzsprünge auszugleichen, die in einzelnen Einrichtungen auftreten, die auf Tarifbindung umsteigen – was derzeit insbesondere, aber nicht nur in den neuen Bundesländern beobachtet werden kann. Der Sockel-Spitze-Tausch stellt dagegen eine systematische Lösung dar, bei der – bei Beibehaltung eines Eigenanteils der Pflegebedürftigen – das Risiko bei der Versicherung liegt und der Pflegebedürftige nur einen Sockel zahlen muss, der dann selbst wieder versicherbar wäre. Damit nähert sich das System sowohl einer klassischen Privatversicherung (mit Abzugsfranchise) als auch einer klassischen Sozialversicherung an, wobei das Risiko in der Spitze immer beim Versicherer liegt.

Werden so finanzielle Risiken auf die Sozialversicherung verlagert, drohen dort steigende Beitragssätze. Soll dies verhindert werden, kann eine ergänzende Steuerfinanzierung in der einen oder anderen Form eingeführt werden. Sinnvoll bleibt es weiterhin, einen Risikoausgleich zwischen privater Pflegepflichtversicherung und sozialer Pflegeversicherung herbeizuführen – wie er bereits im Koalitionsvertrag 2005 zwischen CDU, CSU und SPD vereinbart, dann aufgrund von Differenzen in der Gesundheitspolitik aber nicht

umgesetzt wurde. Eine weiter gehende Form des Finanzausgleichs wäre die Integration der gesamten Bevölkerung in eine Sozialversicherung – eine Option, die in der Pflegeversicherung wesentlich leichter umzusetzen ist als in der Krankenversicherung (Rothgang, 2019) und fiskalisch durchaus ergiebig ist (Rothgang & Domhoff, 2019).

Insgesamt bleibt also noch viel zu tun. Nicht zuletzt wird sich die Politik auch mit den Folgen der Ambulantisierung beschäftigen müssen, die auch unerwünschte Effekte erzeugt hat. Dieser Thematik ist mit dem Kapitel 3 der Schwerpunkt dieses Berichts gewidmet.

Kapitel 2

Pflege im Spiegel der Statistik

2 Pflege im Spiegel der Statistik

Eine Gesundheitsberichterstattung zum Thema „Pflegebedürftigkeit“ muss insbesondere Auskunft geben über die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen (Kapitel 2.1), die Leistungserbringung und die zugrunde liegenden Versorgungsstrukturen (Kapitel 2.2) sowie die Finanzierung der Leistungen (Kapitel 2.3). Die Datengrundlagen der diesbezüglichen Berichterstattung sind primär die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts, die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlichten Ergebnisse der Kassenstatistik, die Begutachtungsstatistik des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), die Berichterstattung des Verbands der Privaten Krankenversicherung, die Begutachtungsstatistik des Unternehmens MEDICPROOF sowie die Routinedaten der BARMER.

wesentliche Daten-
quellen: Pflegestatistik
und BARMER-Daten

Die Pflegestatistik wird zweijährlich im Dezember erhoben und bezieht sich auf das gesamte Versorgungssystem in Deutschland. Die Kassenstatistik und die Statistik des MDS werden zwar jährlich erhoben und sind in der Regel aktueller, sie beziehen sich aber nur auf die Versorgung der Versicherten der sozialen Pflegeversicherung. Berichterstattungen über die Begutachtung und Versorgung von Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung erfolgen ebenfalls jährlich, sind aber nicht so detailliert wie die Pflegestatistik und erscheinen in aller Regel verzögert. Die Routinedaten der BARMER können im Gegensatz zu den anderen Datenquellen Verläufe und gleichzeitige Inanspruchnahmen abbilden. Allerdings handelt es sich dabei um eine Stichprobe. Um über den Versichertenkreis der BARMER hinausreichende Ergebnisse zu erzielen, werden diese Ergebnisse nach Alter, Geschlecht und Bundesland der Versicherten auf die Bevölkerung in Deutschland hochgerechnet. Zu den einzelnen dargestellten Aspekten werden die jeweils geeignetsten Daten verwendet.

2.1 Pflegebedürftige

Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung wurde bis zum 31. Dezember 2016 definiert über das Ausmaß der verrichtungsbezogenen Hilfebedürftigkeit. Seit dem 1. Januar 2017 wird die Pflegebedürftigkeit in Pflegegraden erfasst, die auf Selbstständigkeit und Fähigkeiten der Antragsteller rekurrieren. Für Personen, die bereits am 31. Dezember 2016

leistungsberechtigt waren, wurden die Pflegestufen zum 1. Januar 2017 unter Berücksichtigung der PEA-Einstufung gemäß einer Überleitungsregel in Pflegegrade überführt.

Für eine bessere Vergleichbarkeit werden die Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA), die vor dem 1. Januar 2017 keine Pflegestufe hatten, in den folgenden Auswertungen den Pflegebedürftigen zugerechnet. Um die Pflegebedürftigen, die im Jahr 2017 mit den Pflegegraden erfasst sind, mit den Pflegebedürftigen der vorangegangenen Jahre zu vergleichen, muss für die Auswertung gegebenenfalls eine Umkodierung der vormaligen Pflegestufen vorgenommen werden. Diese Umkodierung erfolgt nach dem Überleitungsschlüssel der Pflegestufen in Pflegegrade zum 1. Januar 2017 nach § 140 SGB XI, der in der Regel zu etwas höheren Eingruppierungen führt, als eine Neubegutachtung ergeben hätte (Rothgang & Kalwitzki, 2015). Pflegegrad 1 ist unterhalb der bisherigen Pflegestufen (einschließlich Pflegestufe 0) angesiedelt. Entsprechend ist auch der Leistungsanspruch bei Pflegegrad 1 auf Entlastungsleistungen und Leistungen bezüglich des Wohnbereichs beschränkt (siehe Kapitel 1.1.2). Dies erschwert den zeitlichen Vergleich zusätzlich.

In Kapitel 2.1 wird berichtet, wie viele Menschen pflegebedürftig sind (Fallzahlen und Prävalenzen) (Kapitel 2.1.1), wie häufig Begutachtungen mit welchen Resultaten sind (Kapitel 2.1.2), wie wahrscheinlich ein Pflegeeintritt ist (Inzidenzen) (Kapitel 2.1.3), wie hoch die Austrittsrate aus der Pflegebedürftigkeit ist (Kapitel 2.1.4) und wie lange die Pflege dauert (Kapitel 2.1.5). Im Anschluss werden die Ergebnisse zu den Pflegebedürftigen kurz zusammengefasst (Kapitel 2.1.6).

Umkodierung der
Pflegestufen 0 bis III
in Pflegegrade für
die Zeit vor 2017

2.1.1 Fallzahlen und Prävalenzen

Die zuletzt im Dezember 2017 erhobene Pflegestatistik bietet die aktuellsten Zahlen bezogen auf alle Pflegebedürftigen, also sowohl die in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) als auch die in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) Versicherten. Demnach sind Ende 2017 3,414 Millionen Menschen pflegebedürftig. Die aktuellere Kassenstatistik der SPV weist dagegen für Ende 2018 schon 3,685 Millionen Pflegebedürftige aus. Sollte sich die Zahl der Pflegebedürftigen in der PPV zwischen 2017 und 2018 in gleicher Weise entwickeln wie in der SPV, ist für Ende 2018 von insgesamt etwa 3,9 Millionen Pflegebedürftigen auszugehen (Tabelle 2.1).

2018: 3,9 Mio.
Pflegebedürftige

Tabelle 2.1: Entwicklung der Zahl der Leistungsbezieher der Pflegeversicherung nach Datenquelle

Jahr	Pflegestatistik		SPV-Kassenstatistik		PPV		Differenz der Pflegestatistik zur Versiche- rungsstatistik
	Anzahl am Jahresende	Veränderung zum Vorjahr in Prozent (gemittelt)	Anzahl am Jahresende	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Anzahl am Jahresende	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	
1995			1.061.418				
1996			1.546.746	45,72			
1997			1.659.948	7,32			
1998			1.738.118	4,71			
1999	2.016.091		1.826.362	5,08			
2000			1.822.169	-0,23			
2001	2.039.780	0,59	1.839.602	0,96			
2002			1.888.969	2,68			
2003	2.076.935	0,91	1.895.417	0,34			
2004			1.925.703	1,60	118.742		
2005	2.128.550	1,23	1.951.953	1,36	128.343	8,09	48.254
2006			1.968.505	0,85	134.722	4,97	
2007	2.246.829	2,74	2.029.285	3,09	140.230	4,09	77.314
2008			2.113.485	4,15	142.060	1,30	
2009	2.338.252	2,01	2.235.221	5,76	138.181	-2,73	-35.150
2010			2.287.799	2,35	142.696	3,27	
2011	2.501.441	3,43	2.317.374	1,29	145.099	1,68	38.968
2012			2.396.654	3,42	151.141	4,16	
2013	2.734.946	4,56	2.479.590	3,46	161.686	6,98	93.670
2014			2.568.936	3,60	169.324	4,72	
2015	3.040.776	5,44	2.665.109	3,74	178.075	5,17	197.592
2016			2.749.201	3,16	188.567	5,89	
2017	3.414.378	5,97	3.339.179	21,46	211.582	12,21	-136.383
2018			3.685.389	10,37			

Anmerkung: Pflegestatistik und PPV-Statistik von 2012 bis 2016 inklusive Pflegestufe 0, SPV-Statistik durchgängig ohne Pflegestufe 0. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind in der Pflegestatistik deutlich untererfasst, weil weder Pflegegeld noch Sachleistungen oder vollstationäre Leistungen in Anspruch genommen wurden.

Quelle: BMG (2019d); PKV (2006, 2007, 2018a); Statistisches Bundesamt (2015, 2017, 2018c); eigene Berechnungen

Die einzelnen Statistiken bilden unterschiedliche Personenkreise ab. So fehlen in der Pflegestatistik die Leistungsempfänger in den Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und die Pflegebedürftigen, die keine Pflegesachleistungen, keine Leistungen zur stationären Versorgung und auch kein Pflegegeld in Anspruch nehmen. Das betrifft vor allem die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 im Jahr 2017. In der SPV-Statistik sind die PEA mit Pflegestufe 0 nicht ausgewiesen. So kommt es zu Unterschieden in den Ergebnissen der Pflegestatistik und der Summe der SPV- und PPV-Statistiken.

Dass die Zahl der Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik und der PPV-Statistik in den Jahren 2012 bis 2016 schneller steigt als in der Kassenstatistik, ist zu großen Teilen auf die fehlende Erfassung der Pflegestufe 0 in der Kassenstatistik zurückzuführen. Umgekehrt erklärt diese fehlende Erfassung auch, warum die Steigerungsraten in der Kassenstatistik im Jahr 2017 so deutlich höher sind als in der Pflegestatistik und der PPV-Statistik: Die Personen, die zuvor in Pflegestufe 0 nicht erfasst wurden, werden jetzt erstmals berücksichtigt – während sie in PPV- und Pflegestatistik schon zuvor berücksichtigt wurden. Die Differenzen der Fallzahlen zwischen Pflegestatistik und der Summe der SPV- und PPV-Statistiken im Jahr 2017 ist zum größten Teil auf die Nichtberücksichtigung der Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und die Nichtberücksichtigung der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 1 in der Pflegestatistik zurückzuführen.

In der Summe zeigt sich eine stetig steigende Zahl an Pflegebedürftigen. Der Anstieg ist besonders groß in den 2010er-Jahren, in denen die Leistungsausweitung vorangetrieben wurde.

Auch für die Zukunft ist aufgrund des demografischen Wandels nicht mit einem Rückgang der Zahl der Pflegebedürftigen zu rechnen. Für die Jahre 2030 und 2050 liegen Schätzungen vor von 4,6 Millionen beziehungsweise 5,9 Millionen Pflegebedürftigen allein in der sozialen Pflegeversicherung (BMG, 2019d, S. 15).

Tabelle 2.2: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufe oder Pflegegrad

Anzahl in Tausend							
Jahr	insgesamt	Pflegestufe					noch nicht zugeordnet
		0*	I	II	III		
1999	2.016,1		926,5	784,8	289,5		19,5
2001	2.039,8		980,6	772,4	276,4		10,3
2003	2.076,9		1.029,1	764,1	276,1		7,7
2005	2.128,6		1.068,9	768,1	280,7		10,8
2007	2.246,8		1.156,8	787,5	291,8		10,8
2009*	2.338,3		1.247,6	787,0	293,1		10,6
2011*	2.501,4		1.370,0	818,2	304,7		8,5
2013	2.734,9	108,7	1.465,4	836,7	310,7		13,4
2015	3.040,8	180,5	1.637,4	890,3	324,0		8,7

Pflegegrad							
Jahr	insgesamt	Pflegegrad					noch nicht zugeordnet
		1	2	3	4	5	
2017	3.414,4	46,1	1.566,7	1.022,5	549,4	224,2	5,6

Veränderung zum Vorvorjahr in Prozent							
Jahr	insgesamt	Pflegestufe					
		0	I	II	III		
2001	1,2		5,8	-1,6	-4,5		
2003	1,8		4,9	-1,1	-0,1		
2005	2,5		3,9	0,5	1,7		
2007	5,6		8,2	2,5	4,0		
2009	4,1		7,8	-0,1	0,4		
2011	7,0		9,8	4,0	4,0		
2013*	9,3		7,0	2,3	2,0		
2015	11,2	66,1	11,7	6,4	4,3		
2017	12,3						

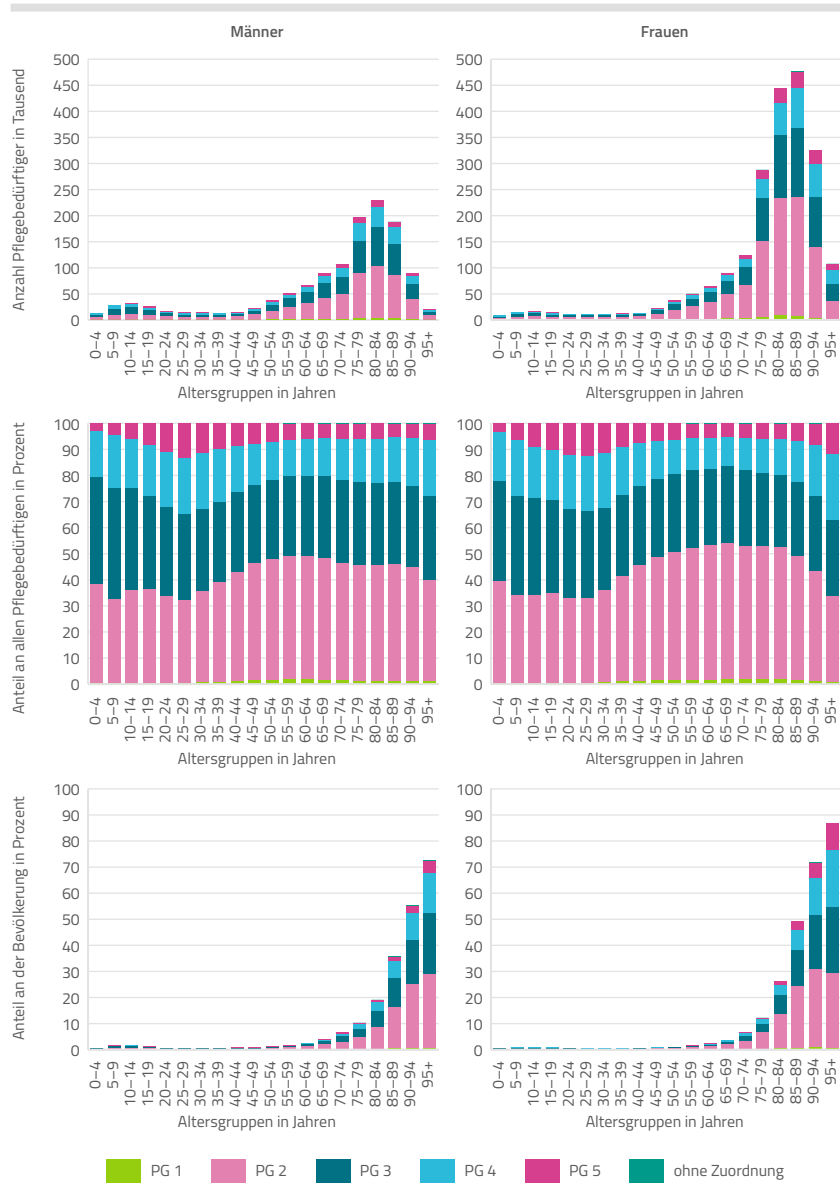
* Die Leistungsempfänger der Pflegestufe 0 wurden in den Jahren 2009 bis einschließlich 2011 nicht ausgewiesen. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind deutlich untererfasst, weil weder Pflegegeld noch Sachleistungen oder vollstationäre Leistungen in Anspruch genommen wurden. Quelle: Statistisches Bundesamt (2015, 28; 2018c, 43f.)

Von den 3,414 Millionen Menschen, die Ende 2017 von der Pflegestatistik als pflegebedürftig ausgewiesen werden, waren fast die Hälfte (45,9 Prozent) in Pflegegrad 2 eingruppiert. Pflegegrade 4 oder 5 weisen dagegen weniger als ein Viertel (22,7 Prozent) aller Pflegebedürftigen auf. Wären die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 vollständig erfasst, lägen die Anteile jeweils entsprechend niedriger. Die Untererfassung aufgrund der Berichtswege ist dabei erheblich. Während die Pflegestatistik für 2017 nur 46.126 Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 ausweist, verzeichnet allein die SPV-Statistik 190.364 Personen (BMG, 2019d, 1), also einen mehr als viermal so hohen Wert. Zudem sind die Einführungseffekte hier am stärksten. Die Zahl der Leistungsempfänger in der SPV mit Pflegegrad 1 verdoppelt sich im Jahr 2018 fast auf 343.344 (BMG, 2019d, 1). Der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen entwickelt sich schon länger nach Ausmaß der Pflegebedürftigkeit unterschiedlich. Während in Pflegestufe I die Zahl der Pflegebedürftigen stetig und deutlich stieg, stagnierte die Zahl der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III zeitweise (Tabelle 2.2).

45,9% in Pflegegrad 2

Die Pflegestatistik weist für 2017 insgesamt 1,268 Millionen männliche und 2,146 Millionen weibliche Pflegebedürftige aus. Die männlichen Pflegebedürftigen sind insgesamt etwas jünger als die weiblichen: 41,6 Prozent der männlichen Pflegebedürftigen sind 80 Jahre und älter, während 63,1 Prozent der weiblichen Pflegebedürftigen 80 Jahre und älter sind. Gründe für das geringere Alter der männlichen Pflegebedürftigen liegen in den etwas niedrigeren Pflegeprävalenzen der Männer in den höheren Altersjahren (siehe Abbildung 2.1) und an der im Vergleich zu den Männern deutlich höheren Zahl der Frauen, die überhaupt das höhere Lebensalter erreicht haben, in dem auch die höheren Prävalenzen auftreten. Im jüngeren Erwachsenenalter und im höchsten Alter ist der Anteil der Pflegebedürftigen mit höheren Pflegegraden besonders hoch (Abbildung 2.1). So beträgt der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 5 in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen für Männer und Frauen um 13 Prozent, während er in den Altersgruppen der 60- bis 79-Jährigen für Männer und Frauen durchgehend unter sechs Prozent liegt.

Abbildung 2.1: Absolute und relative Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2017



Quelle: Statistisches Bundesamt (2018d, 2019b); eigene Berechnungen; Datentabellen im Anhang (Tabelle A 1a, A 1b und A 1c)

Tabelle 2.3: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart und Jahr

Jahr	insgesamt	Pflegegeld		Pflegetasche		Pflegeheim	
	Anzahl in Tausend	Anzahl in Tausend	Anteil in Prozent	Anzahl in Tausend	Anteil in Prozent	Anzahl in Tausend	Anteil in Prozent
1999	2.016,1	1.027,6	51,0	415,3	20,6	554,2	27,5
2001	2.039,8	1.000,7	49,1	434,7	21,3	582,3	28,5
2003	2.076,9	986,5	47,5	450,1	21,7	612,2	29,5
2005	2.128,6	980,4	46,1	471,5	22,2	644,2	30,3
2007	2.246,8	1.033,3	46,0	504,2	22,4	671,1	29,9
2009	2.338,3	1.065,6	45,6	555,2	23,7	699,7	29,9
2011	2.501,4	1.182,1	47,3	576,3	23,0	723,5	28,9
2013	2.734,9	1.311,6	48,0	647,4	23,7	743,4	27,2
2015	3.040,8	1.505,0	49,5	733,9	24,1	759,2	25,0
2017	3.414,4	1.764,9	51,7	830,0	24,3	792,3	23,2

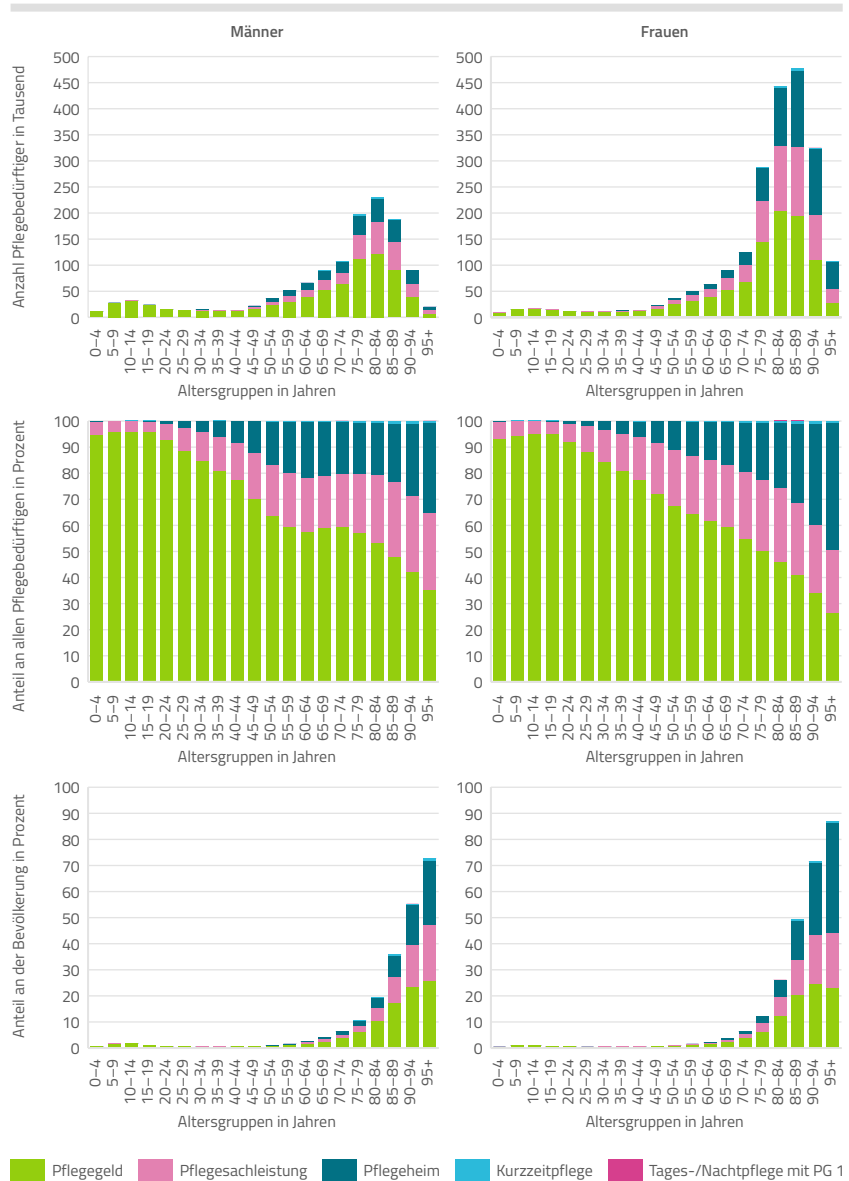
Anmerkung: Die Leistungsempfänger der Pflegestufe 0 wurden in den Jahren 2009 und 2011 noch nicht ausgewiesen, sondern erst ab dem Jahr 2013. Seit dem Jahr 2017 gelten die Pflegegrade. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind deutlich untererfasst, weil weder Pflegegeld noch Sachleistungen oder vollstationäre Leistungen in Anspruch genommen wurden. Differenzen zu 100 Prozent resultieren aus nicht ausgewiesenen Beziehern von Tages- oder Nachtpflege und Nutzern von Kurzzeitpflege.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2015, 2017, 2018c)

Anteilmäßig hat die Pflege im Pflegeheim in den Jahren 2005 bis 2009 mit jeweils um 30 Prozent ihren Höchstwert erreicht. Der Anteil der Sachleistungsempfänger ist in den Jahren 1999 bis 2017 leicht, aber kontinuierlich von 20,6 Prozent auf 24,3 Prozent gestiegen und der Anteil der reinen Pflegegeldempfänger ging von 51,0 Prozent im Jahr 1999 auf 45,6 Prozent im Jahr 2009 zurück, erreichte dann aber im Jahr 2017 wieder einen Anteil von 51,7 Prozent (Tabelle 2.3). Diese Entwicklung dürfte nicht zuletzt auf die Reformgesetzgebung der letzten Jahre zurückzuführen sein, die erhebliche Leistungsverbesserungen im Bereich der häuslichen Pflege mit sich gebracht hat. Dies gilt insbesondere für den Effekt durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) im Jahr 2017 (Rothgang et al., 2019b).

Rückgang des Anteils im
Pflegeheim auf 23,2%

Abbildung 2.2: Absolute und relative Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2017



Quelle: Statistisches Bundesamt (2018d, 2019b); eigene Berechnungen; Datentabellen im Anhang (Tabelle A 2a, A 2b und A 2c)

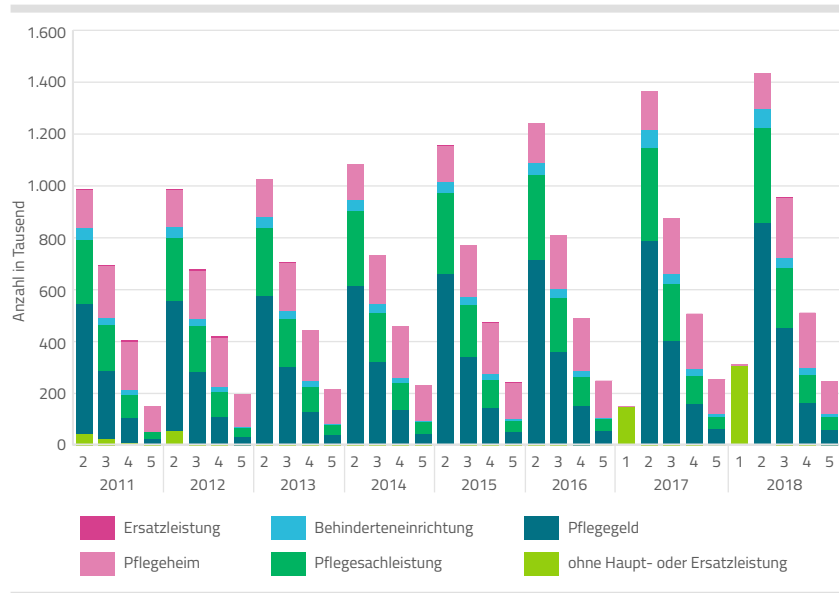
Mit dem höheren Alter steigt der Anteil der Pflegebedürftigen in der Bevölkerung und dabei insbesondere auch der Anteil der Pflegebedürftigen, die im Pflegeheim versorgt werden. Die Fallzahlen der Versorgung im Pflegeheim sind in den Altersgruppen der 85- bis 89-Jährigen mit 187.994 am höchsten. Die Anteile an allen Pflegebedürftigen innerhalb der Altersgruppe und an der Gesamtbevölkerung sind mit 46,3 Prozent beziehungsweise mit 39,0 Prozent bei den über 95-Jährigen am größten. Je älter die Person ist, desto wahrscheinlicher ist es also, dass sie pflegebedürftig ist und im Pflegeheim versorgt wird (Abbildung 2.2). Der Anteil der Pflegeheimbewohner ist dabei noch abhängig von der regionalen Angebotsstruktur. In den Regionen, in denen mehr Personen im ambulanten Pflegedienst arbeiten oder mehr Pflegeheimplätze angeboten werden, ist der entsprechende Versorgungsgrad jeweils höher (Rothgang et al., 2016a, S. 105, 110).

Das Durchschnittsalter der Pflegebedürftigen hat sich in der Zeit von 1999 bis 2017 von 73,8 Jahren lediglich um ein Jahr auf 74,8 Jahre erhöht. Dabei ist das Durchschnittsalter der Pflegegeldempfänger von 67,3 Jahren auf 69,2 Jahre und das in der vollstationären Dauerpflege von 81,5 auf 82,4 Jahre angestiegen. Das Durchschnittsalter der Sach- und Kombinationsleistungsempfänger bleibt mit einer minimalen Reduktion von 79,3 Jahren auf 79,2 Jahre relativ konstant (Statistisches Bundesamt, 2001b, 2018d).

Die Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegegraden und Versorgungsart wird für den Zeitraum von 2011 bis 2018 anhand der BARMER-Daten dargestellt (Abbildung 2.3). Dabei zeigen sich im Pflegeheim ein geringer Rückgang in Pflegegrad 2 und nur relativ geringe Zuwächse innerhalb der Pflegegrade 3 bis 5 mit 27.000 bis 32.000 je Pflegegrad über die gesamte beobachtete Zeit. In der häuslichen Pflege gibt es höhere Steigerungsraten insbesondere in den geringeren Pflegegraden. Im Pflegegrad 2 beträgt die Zunahme 350.000 beim Pflegegeld und 121.000 bei den Pflegesachleistungen. In den höheren Pflegegraden sind die Zuwächse deutlich moderater und betragen in Pflegegrad 5 noch 37.000 beim Pflegegeld und 23.000 bei den Pflegesachleistungen. Hohe Zuwächse gibt es also insbesondere bei den geringen Pflegegraden, beim Bezug von Pflegegeld und bei der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen.

hohe Zuwächse bei den geringen Pflegegraden, beim Bezug von Pflegegeld und bei der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen

Abbildung 2.3: Pflegebedürftige nach Versorgungsart und Pflegegrad in den Jahren 2011 bis 2018



Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptpflegeleistungen Pflegeheim (ohne Kurzzeitpflege), Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld sind hierarchisch kodiert. Ersatzleistungen umfassen Tages- oder Nachtpflege, Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege, wenn keine andere genannte Leistung vorliegt. Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres.

Quelle: BARMER-Daten 2011–2018, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland; Datentabelle im Anhang (Tabelle A 3)

Steigerung der Inanspruchnahmen der meisten ergänzenden und ersetzenden Leistungen um mehr als 240% seit 2012

Unter dem Begriff „ergänzende und ersetzende Leistungen“ zur ambulanten Versorgung werden die Verhinderungspflege, die Tages- oder Nachtpflege, die Kurzzeitpflege, die Umwidmung von Sachleistungen, Pflegehilfsmittel und technische Hilfsmittel gefasst. Die Zahl der Inanspruchnahmen hat sich im Beobachtungszeitraum von 2012 bis 2018 teilweise sehr deutlich erhöht (Abbildung 2.4). Während die Zahl der häuslich versorgten Pflegebedürftigen in diesem Zeitraum um zwei Drittel zugenommen hat, gab es bei der Nutzung von Verhinderungspflege, Tages- oder Nachtpflege, Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfsmitteln Anstiege von 240 Prozent bis 280 Prozent. Der Anstieg bei der Kurzzeitpflege fällt mit unter 40 Prozent demgegenüber deutlich zurück. Die Umwidmung von Sachleistungen ist erst 2015 ermöglicht worden und hat sich mit einer monatlichen Zahl der Betroffenen von rund 68.000 noch nicht sehr etabliert.

Abbildung 2.4: Ergänzende und ersetzende Pflegeleistungen je Monat

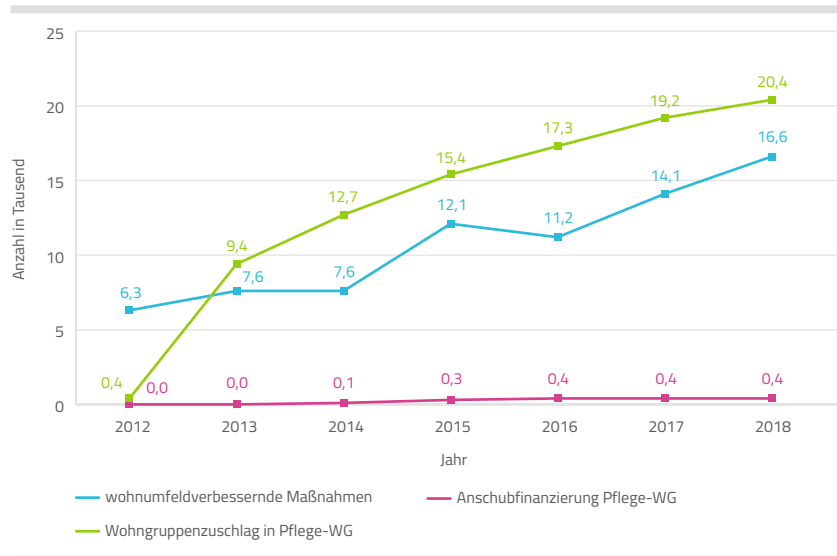


Anmerkung: Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres.

Quelle: BARMER-Daten 2011–2018, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Monatlich wurde im Jahr 2018 von 5,6 Prozent der häuslich versorgten Pflegebedürftigen Tages- oder Nachtpflege genutzt. In den Jahren 1998 und 2010 waren es mit einem beziehungsweise zwei Prozent noch deutlich weniger (Schneekloth et al., 2017, S. 74). Die Inanspruchnahme steigt mit dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit an (Schneekloth et al., 2017, S. 89). Im Durchschnittsmonat 2018 wurden Kurzzeitpflege von 2,5 Prozent und Verhinderungspflege von 17,7 Prozent der Pflegebedürftigen in häuslicher Versorgung in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme ist dabei bei höherem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit deutlich ausgeprägter (Schneekloth et al., 2017, S. 102).

Abbildung 2.5: Leistungen hinsichtlich der Wohnsituation



Anmerkung: Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres.
Quelle: BARMER-Daten 2011–2018, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

20.400 Pflegebedürftige
in Pflege-WGs mit
Wohngruppenzuschlag

Zur Anpassung der Wohnsituation an die pflegerischen Bedürfnisse sind die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen und die Unterstützung ambulant betreuter Wohngruppen (Pflege-WGs) in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung implementiert worden. Der Anspruch auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen besteht seit Einführung der Pflegeversicherung, die Unterstützung der Pflege-WGs wird seit 2013 gewährt. Die Zahl der Pflegebedürftigen, die innerhalb eines Durchschnittsmonats wohnumfeldverbessernde Maßnahmen genutzt haben, ist in den Jahren von 2012 bis 2018 von rund 6.300 auf rund 16.600 gestiegen. Insbesondere mit der Erhöhung der maximal gewährten Leistungshöhen im Jahr 2015 kam es zu einer deutlichen Zunahme der Fallzahlen (Abbildung 2.5). Die Zahl der Pflegebedürftigen in Pflege-WGs ist von 2013, dem Einführungsjahr, bis 2018 von rund 9.400 auf 20.400 gestiegen und hat sich damit schon mehr als verdoppelt. Dennoch bleibt die Zahl im Vergleich zu allen häuslich versorgten Pflegebedürftigen mit 0,8 Prozent sehr klein. Die Zahl der monatlichen Anschubfinanzierungen nach § 45e SGB XI zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen ist sehr gering. Selbst in der Jahressumme erreicht der Anteil gerade eben den Promillebereich.

2.1.2 Begutachtungen

Die jeweils aktuelle Zahl der Pflegebedürftigen ergibt sich aus dem alten Bestand (Bestandsgröße), den Zugängen (inzidente Fälle) und den Abgängen (Reversibilität der Pflegebedürftigkeit beziehungsweise 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.

Fast vollständige Zahlen zum Zugang bieten die Begutachtungsstatistiken des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) für die SPV-Versicherten. Der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung wird bei der zuständigen Pflegekasse gestellt (§ 18 SGB XI). Im Rahmen der SPV wird der MDK mit einer Begutachtung beauftragt, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der Paragraphen 14 und 15 des SGB XI vorliegt. Wenn der Antragsteller noch keine Pflegeversicherungsleistungen 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. Ein gleiches Verfahren wird bei Privatpflegepflichtversicherten angewendet. Hierbei wird die Rolle des MDK von der MEDICPROOF GmbH übernommen.

Neben den Erstbegutachtungen werden auch Widerspruchs- und Höherstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt. Höherstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen werden auf Initiative der Versicherten oder der Pflegekassen beziehungsweise des Versicherungsunternehmens durchgeführt, wenn etwa der Versicherte eine Zunahme des Hilfebedarfs vermutet. Widerspruchsgutachten erfolgen, wenn der Versicherte Einspruch gegen den Leistungsbescheid seines Leistungsträgers erhebt.

Aus der Gesamtheit der Begutachtungen des MDK lassen sich also für SPV-Versicherte die Zugänge und Wechsel zwischen den einzelnen Pflegestufen beziehungsweise Pflegegraden ableiten.

Insgesamt hat sich die Zahl der Begutachtungen des MDK von anfänglich 1,7 Millionen Gutachten im Jahr 1995 nach Ausklingen des Einführungseffekts bis 1999 auf weniger als 1,3 Millionen verringert und blieb bis zum Jahr 2007 relativ konstant mit geringen demografisch bedingten Steigerungsraten (Tabelle 2.4).

Tabelle 2.4: Zahl der Begutachtungen des MDK und der Knappschaft nach Gutachtenart in Tausend

Jahr	gesamt	Erstgutachten	Höherstufungs-/Rückstufungs-/ Wiederholungsbegutachtungen	Widerspruchsgutachten
1995	1.706	*	*	*
1996	1.661	1.390	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	*	*	*
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
2016	1.780	966	691	123
2017	2.004	1.239	636	129
2018	2.116	1.146	837	134

* Werte nicht verfügbar

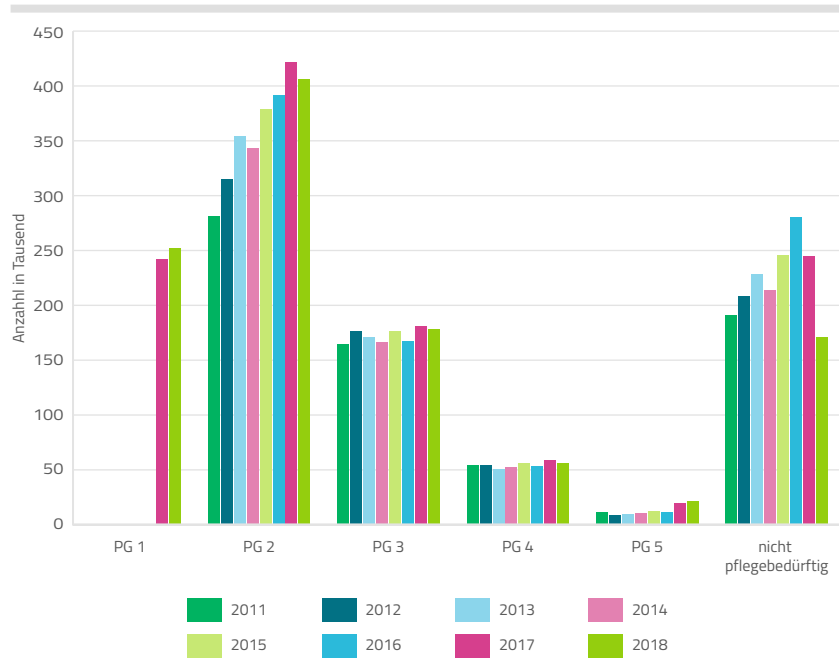
Quelle: MDS (2019); Rothgang & Müller (2018, S. 63)

Im Zuge der Pflegereformgesetze wurden die Leistungssummen ausgeweitet und die Zugangsbarrieren zur Leistungsberechtigung gesenkt (siehe Kapitel 1.1). Entsprechend sind insbesondere in den Jahren 2008 (PFWG), 2012 (PNG), 2015 (PSG I) und 2017 (PSG II) die Begutachtungszahlen jeweils besonders gestiegen. Mit der Umstellung auf die Pflegegrade nahm die Zahl der Begutachtungen sogar um mehr als zwölf Prozent zu. Nach der Einführungsphase in den 1990er-Jahren, in welcher der Großteil der Begutachtungen naturgemäß Erstbegutachtungen waren, pendelten sich die einzelnen Begutachtungsarten auf relativ konstante Anteilswerte ein. So lag der Anteil der Erstbegutachtungen an allen Begutachtungen von 1999 bis 2018 mit Ausnahme des Jahres 2017 immer zwischen 52 und 55 Prozent und der Anteil der Höherstufungs-, Rückstufungs-, und Wiederholungsbegutachtungen bei 38 bis 42 Prozent. Aufgrund der Überleitungsvorschriften konnten 2017 teilweise keine Höherstufungsanträge gestellt werden. Dies und die Steigerung der Erstgutachten um mehr als eine Viertelmillion haben dazu geführt, dass in diesem Jahr der Anteil der Erstgutachten bei 62 Prozent und der der Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsgutachten bei 32 Prozent lag. 2018 zeigen sich dann wieder „normale“ Werte.

Im Zeitverlauf geändert haben sich auch die in der Begutachtung festgestellten Schweregrade der Pflegebedürftigkeit. Diese haben sich in Richtung niedrigere Pflegestufen verschoben. Wurden 1998 noch 6,6 Prozent der Begutachteten in Pflegestufe III und 22,1 Prozent in Pflegestufe II eingruppiert, lagen die Anteile im Jahr 2011 nur noch bei 3,8 Prozent und 15,5 Prozent (Rothgang et al., 2017, S. 81). Werden die Pflegestufenverteilungen entsprechend der Überleitungsvorschrift in eine Pflegegradverteilung umgerechnet, zeigt sich von 2011 bis 2018 eine relative Konstanz der Fallzahlen bei den Pflegegraden 3 bis 5 bei einer Zunahme in den Pflegegraden 2 und 1 (Abbildung 2.6).

Erstbegutachtungen:
Konstanz bei Pflegegraden 3 bis 5, Wachstum bei Pflegegraden 1 und 2

Abbildung 2.6: Ergebnisse von Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch den MDK



Pflegegrad	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1							241.738	252.455
2	281.216	315.023	354.615	343.099	378.540	391.791	421.959	406.375
3	164.493	176.181	170.484	166.639	176.565	167.204	181.101	177.994
4	54.451	53.851	50.484	52.162	56.524	53.436	58.815	55.848
5	11.164	8.689	9.271	10.934	11.885	11.114	19.218	21.114
nicht pflegebedürftig	190.774	207.969	228.013	213.354	246.071	280.250	244.817	170.575

Anmerkung: Pflegegrade für die Jahre bis 2016 aus Pflegestufe und PEA-Status übergeleitet
Quelle: MDS (2018, 2019); eigene Berechnungen

Der Anteil abgelehnter Anträge bei den Erstbegutachtungen beläuft sich von 2011 bis 2016 auf 27 bis 31 Prozent. Im Jahr 2017 wurden 21,0 Prozent und im Jahr 2018 wurden 15,7 Prozent der Anträge abgelehnt. Trotz einer Steigerung der Antragstellerzahlen sinkt der Anteil der negativen Bescheide im Zeitverlauf.

Tabelle 2.5: Begutachtungen durch MEDICPROOF in den Jahren 2015 bis 2018

	2015	2016		2017	2018
Auftragseingänge zur Begutachtung	154.771	179.860		189.093	206.756
Anzahl der Gutachten	169.636	160.775		172.431	nicht ausgewiesen
davon Anteile in Prozent					
Erstgutachten (inkl. wiederholten Erstgutachtens)	46	47		51	46
Veränderungsgutachten	24	26		26	31
Wiederholungsgutachten	12	8		4	5
Pflegehilfsmittelgutachten	5	6		7	6
Zweitgutachten	4	4		4	4
Sonstiges (unter anderem Einstufung nach Aktenlage)	9	9		8	8
Pflegestufe und Pflegegrad aller Einstufungsgutachten in Prozent					
ohne Anspruch	1	1	Pflegegrad 0	6	6
PS 0: Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt	4	4	Pflegegrad 1	12	12
PS 0: Alltagskompetenz erhöht eingeschränkt	12	13	Pflegegrad 2	29	29
Pflegestufe I	40	40	Pflegegrad 3	29	28
Pflegestufe II	32	31	Pflegegrad 4	17	18
Pflegestufe III	12	11	Pflegegrad 5	7	7
Pflegestufe und Pflegegrad aller Erstgutachten in Prozent					
ohne Anspruch	1	1	Pflegegrad 0	9	9
PS 0: Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt	6	6	Pflegegrad 1	17	18
PS 0: Alltagskompetenz erhöht eingeschränkt	20	21	Pflegegrad 2	37	37
Pflegestufe I	48	48	Pflegegrad 3	26	24
Pflegestufe II	20	19	Pflegegrad 4	9	9
Pflegestufe III	4	4	Pflegegrad 5	3	3
Anzahl Gutachter	1.168	1.112		1.082	1.113

Quelle: MEDICPROOF (2016, 2017, 2018, 2019)

Die Begutachtungsstatistik der MEDICPROOF GmbH ist etwas anders strukturiert, zeigt aber ebenfalls einen hohen Anteil an Erstbegutachtungen sowie einen höheren Anteil mit geringeren Pflegestufen beziehungsweise niedrigeren Pflegegraden (Tabelle 2.5). Der Anteil der als nicht leistungsberechtigt eingestuften Personen liegt bei den PPV-Begutachtungen mit sechs Prozent aller Einstufungsgutachten und neun Prozent aller Erstgutachten deutlich niedriger als bei den Begutachtungen der SPV-Versicherten, bei denen die Anteile in den Jahren 2017 und 2018 bei 21,0 Prozent und 15,7 Prozent liegen. Wenn PPV-Versicherte erstmals positiv begutachtet wurden, dann resultierte daraus häufiger ein höherer Schweregrad als bei SPV-Versicherten. Ob diese Unterschiede Ergebnisse eines unterschiedlichen Inanspruchnahmeverhaltens oder einer unterschiedlichen Begutachtungspraxis sind, lässt sich anhand der Zahlen nicht überprüfen.

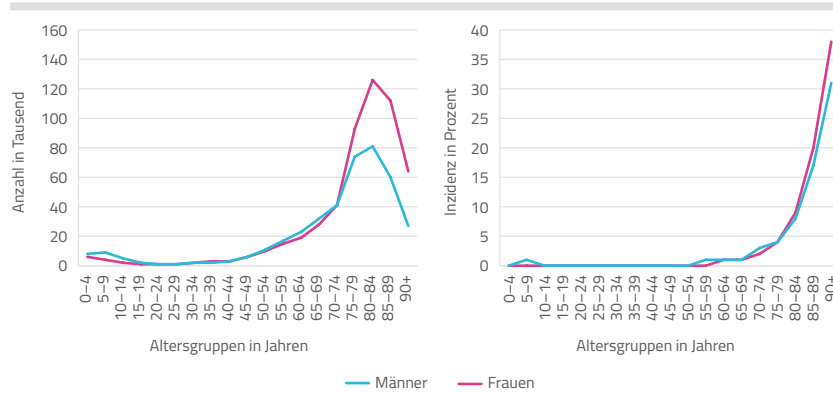
2.1.3 Pflegeeintritt und Inzidenz

die meisten Pflege-
eintritte in der Alters-
gruppe 80–84, die
größte Inzidenz in der
Altersgruppe 90+

Wie sich die pflegerische Versorgung inzidenter Pflegebedürftiger gestaltet, lässt sich mit den Routinedaten der BARMER darstellen. Abbildung 2.7 zeigt zunächst nach Altersgruppen und Geschlecht differenziert, wie viele Personen 2018 pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung geworden sind. Die höchsten Werte zeigen sich dabei in der Gruppe der 80- bis 84-Jährigen. Allein in dieser Altersgruppe sind über 200.000 Menschen im Jahr 2018 pflegebedürftig geworden. Für höhere Altersjahre ergeben sich niedrigere Werte, weil diese Altersklassen schwächer besetzt sind.

Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, das als Anteil der neu Pflegebedürftigen an einer Altersklasse (Inzidenz) gefasst werden kann, steigt dagegen auch im hohen Alter weiter an: In der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen wird jede fünfte nicht pflegebedürftige Person pflegebedürftig. Von den über 90-Jährigen ist es mehr als ein Drittel.

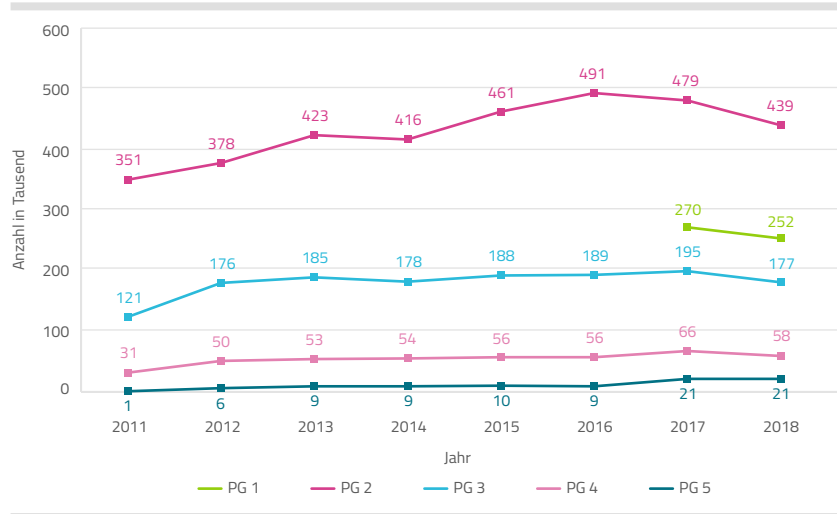
Abbildung 2.7: Pflegeeintritte und Inzidenz nach Alter und Geschlecht im Jahr 2018



Altersgruppe in Jahren	Anzahl in Tausend		Altersgruppe in Jahren	Inzidenz in Prozent	
	Männer	Frauen		Männer	Frauen
0-4	7,7	5,5	0-4	0,39	0,30
5-9	9,5	4,0	5-9	0,52	0,23
10-14	5,0	2,3	10-14	0,27	0,13
15-19	1,8	1,4	15-19	0,09	0,07
20-24	1,1	1,1	20-24	0,05	0,05
25-29	1,5	1,2	25-29	0,05	0,05
30-34	1,5	1,7	30-34	0,06	0,07
35-39	2,4	2,8	35-39	0,09	0,11
40-44	3,3	3,3	40-44	0,14	0,14
45-49	5,5	6,3	45-49	0,19	0,22
50-54	11,4	10,3	50-54	0,33	0,30
55-59	17,1	14,8	55-59	0,55	0,47
60-64	23,5	18,9	60-64	0,92	0,70
65-69	32,3	28,1	65-69	1,49	1,18
70-74	41,2	41,2	70-74	2,61	2,27
75-79	74,0	93,1	75-79	4,35	4,43
80-84	81,4	125,7	80-84	8,30	9,45
85-89	60,3	111,9	85-89	16,84	20,43
90+	27,5	64,3	90+	31,35	37,84

Quelle: BARMER-Daten 2018, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Abbildung 2.8: Pflegeeintritte nach Pflegegrad in den Jahren 2011 bis 2018



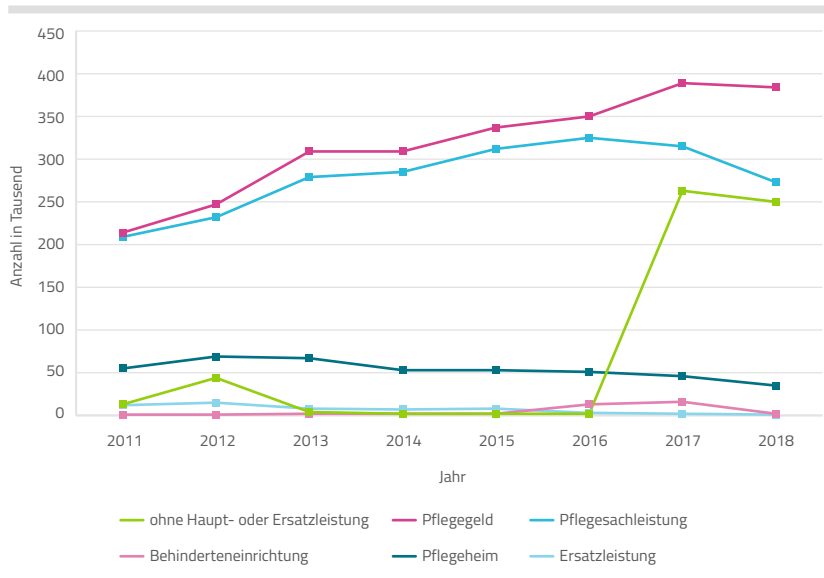
Anmerkung: Pflegegrade für die Jahre bis 2016 aus Pflegestufe und PEA-Status übergeleitet
Quelle: BARMER-Daten 2011–2018, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Veränderungen in den Pflegeinzidenzen können einerseits Ausdruck einer gestiegenen (pflegebegründenden) Morbidität sein, in deren Folge verstärkt Pflegeleistungen benötigt werden, andererseits kann sich das Ausmaß des Bezugs von Pflegeleistungen aber auch erhöhen, wenn Ansprüche auf Pflegeleistungen – wie beispielsweise durch das PFWG, das PNG, das PSG I und das PSG II – ausgeweitet werden. PFWG und PNG haben dabei insbesondere zu einem Anstieg der Inzidenz in den niedrigen Pflegestufen geführt (Rothgang et al., 2016a, S. 154 ff.; Schneekloth et al., 2017, S. 73 ff.). Insgesamt ist die Zahl der Pflegeeintritte 2018 auf über eine Million gestiegen. Dies ist nicht zuletzt auf den Pflegegrad 1 zurückzuführen, der erst mit dem PSG II geschaffen wurde und dessen Inzidenz vorher daher null war. Bemerkenswert ist aber, dass die Zahl der Menschen, die pflegebedürftig werden (Inzidenz), für diesen Pflegegrad bereits im Jahr 2018 leicht rückläufig ist (Abbildung 2.8), während die Zahl der Menschen, die pflegegebedürftig sind (Prävalenz), auch 2018 weiter steigt (Abbildung 2.3).

Soll die Versorgungsart beim Pflegeeintritt dargestellt werden, ist zu beachten, dass Pflegebedürftigkeit aus Akutereignissen (beispielsweise Schlaganfall, Krebsdiagnose

oder Sturz) resultieren kann. Da Pflegebedürftige und Angehörige dann in der Regel nicht gut auf die Situation vorbereitet sind, werden zunächst Zwischenlösungen (zum Beispiel Kurzzeitpflege) gewählt, die nicht der längerfristig gewünschten Versorgungsart entsprechen. Daher werden in Abbildung 2.9 die Versorgungsarten erst im dritten Monat des Pflegeeintritts betrachtet.

Abbildung 2.9: Pflegeeintritte nach Versorgungsart im dritten Monat der Pflegebedürftigkeit in den Jahren 2011 bis 2018



Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptpflegeleistungen Pflegeheim (ohne Kurzzeitpflege), Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld sind hierarchisch kodiert. Ersatzleistungen umfassen Tages- oder Nachtpflege, Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege, wenn keine andere genannte Leistung vorliegt. Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres.

Quelle: BARMER-Daten 2011–2018, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Die Zahl der Pflegebedürftigen, die schon bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit Heimpflege in Anspruch nehmen, ist von mehr als 50.000 im Jahr 2011 auf etwa 35.000 im Jahr 2018 zurückgegangen (Abbildung 2.9). Unterschiedliche Entwicklungen zeigen sich bei der Inanspruchnahme von Pflegegeld und Sachleistungen. Lagen die Zahlen der Erstnutzer bei diesen Leistungen 2011 noch ganz nahe zusammen, unterscheiden sie sich inzwi-

Bei Pflegeeintritt wird vermehrt Pflegegeld genutzt.

schen um mehr als 100.000. Hauptgrund hierfür sind die Leistungsverbesserungen in Folge des PSG II insbesondere beim Pflegegeld, die zu einer entsprechenden Inanspruchnahmesteigerung auch bei Erstnutzern geführt hat. In den Jahren 2011 und 2012 waren die PEA mit Pflegestufe 0 noch nicht anspruchsberechtigt hinsichtlich der Hauptpflegeleistungen. Gleiches trifft auf die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 in den Jahren 2017 und 2018 zu. Entsprechend finden sich in den Jahren auch viele inzident Pflegebedürftige, die keine Haupt- oder Ersatzleistungen in Anspruch nehmen. Dies sind in den Jahren 2017 und 2018 jeweils über 250.000 Personen.

2.1.4 Übergänge und Beendigung

Im Verlauf der Pflegebedürftigkeit kann es durch Höherstufungs-, Rückstufungs- beziehungsweise Wiederholungsbegutachtungen zu Veränderungen im Pflegegrad kommen. Beispielsweise waren im Jahr 2018 von insgesamt rund 2,116 Millionen Begutachtungen rund 837.000 und damit 39,5 Prozent Höherstufungs-, Rückstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen. Die Höher- und Rückstufungen können so die Pflegegradverteilung verändern. Ebenso können sich die Pflegearrangements im Zeitverlauf verändern. Wie häufig diese Schritte gegangen werden und wie häufig im Vergleich dazu die Beendigung der Pflege – in der Regel durch den Tod – ist, zeigen Tabelle 2.6 und Tabelle 2.7.

Die Wahrscheinlichkeit, im Folgemonat zu versterben, steigt mit zunehmendem Pflegegrad.

Je höher der Pflegegrad ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, im Folgemonat zu versterben. So versterben im Pflegegrad 5 monatlich rund vier Prozent der Pflegebedürftigen mit steigender Tendenz, in Pflegegrad 2 dagegen weniger als ein Prozent. Ein Austritt aus der Pflege ohne Tod ist in merklichem Ausmaß (0,2 bis 0,3 Prozent) nur bei Pflegegrad 2 in den Jahren 2012 bis 2016 und bei Pflegegrad 1 (0,1 Prozent) zu beobachten. Bei höheren Pflegegraden ist Pflegebedürftigkeit in der Regel irreversibel (Tabelle 2.6).

Höherstufungen sind häufiger als Herabstufungen.

Ein Wechsel der Pflegegrade findet überwiegend in Form einer Höherstufung statt und seltener als Herabstufung. So wechseln beispielsweise ein bis zwei Prozent der Pflegebedürftigen im Pflegegrad 3 in Pflegegrad 4, aber nur 0,0 bis 0,3 Prozent in Pflegegrad 2. Selbst die Übergangswahrscheinlichkeiten in Pflegegrad 5 sind tendenziell höher als dieser Wert (Tabelle 2.6). Dass sich der Pflegegrad eher nach oben als nach unten entwickelt, zeigt sich auch für Pflegegrad 2 und 4.

Tabelle 2.6: Monatliche Übergänge in die verschiedenen Pflegegrade in den Jahren 2012 bis 2018 in Prozent

aus Pflegegrad	Jahr	kein PG	in PG 1	in PG 2	in PG 3	in PG 4	in PG 5	verstorben	
PG 1	2017	0,1		1,7	0,5	0,1	0,0	0,3	
	2018	0,1		1,9	0,5	0,1	0,0	0,3	
PG 2	2012	0,3	0,0		1,6	0,4	0,0	0,9	
	2013	0,2	0,0		1,4	0,4	0,1	0,9	
	2014	0,2	0,0		1,4	0,4	0,1	0,8	
	2015	0,2	0,0		1,4	0,4	0,1	0,9	
	2016	0,2	0,0		1,4	0,4	0,1	0,8	
	2017	0,0	0,0		1,1	0,4	0,1	0,7	
	2018	0,0	0,0		1,1	0,3	0,1	0,7	
	2012	0,0	0,0	0,2			1,9	0,3	1,8
PG 3	2013	0,0	0,0	0,2			1,7	0,3	1,8
	2014	0,0	0,0	0,2			1,7	0,3	1,6
	2015	0,0	0,0	0,2			1,6	0,3	1,7
	2016	0,0	0,0	0,3			1,6	0,3	1,6
	2017	0,0	0,0	0,0			1,0	0,3	1,4
	2018	0,0	0,0	0,0			1,0	0,3	1,4
	2012	0,0	0,0	0,0	0,3			1,5	2,7
	2013	0,0	0,0	0,0	0,2			1,6	2,7
PG 4	2014	0,0	0,0	0,0	0,2			1,6	2,5
	2015	0,0	0,0	0,0	0,2			1,5	2,6
	2016	0,0	0,0	0,0	0,2			1,5	2,5
	2017	0,0	0,0	0,0	0,0			0,8	2,9
	2018	0,0	0,0	0,0	0,0			0,9	3,0
	2012	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2			3,5
	2013	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1		3,9
PG 5	2014	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1		3,7	
	2015	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1		4,0	
	2016	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1		3,7	
	2017	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		4,0	
	2018	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		4,5	

Quelle: BARMER-Daten 2012–2018, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Pflegegrade für die Jahre bis 2016 aus Pflegestufe und PEA-Status übergeleitet.

Aus dem ambulanten Setting heraus kommt es häufiger zu Veränderungen der Versorgungsart; im stationären Setting bleibt die Versorgungsart eher beständig. 0,7 bis 0,9 Prozent der Pflegegeldbezieher nehmen im Folgemonat einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch. Etwa halb so hoch (0,4 bis 0,5 Prozent) ist die Quote derer, die ins Pflegeheim gehen. Sach- und Kombileistungsbezieher wechseln mehr ins Pflegeheim (1,9 bis 2,2 Prozent) als in den ausschließlichen Pflegegeldbezug (0,6 bis 1,0 Prozent) (Tabelle 2.7).

Der Übergang in ein Pflegeheim ist dabei auch vom häuslichen Umfeld und von dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit abhängig. Lebt die pflegebedürftige Person allein, erfolgt der Einzug ins Pflegeheim häufig schon bei geringem Pflegebedarf; leben mehrere Personen mit der pflegebedürftigen Person zusammen, dann erfolgt der Umzug häufig erst mit höherem Pflegebedarf (Schneekloth et al., 2017, S. 244).

Tabelle 2.7: Monatliche Übergänge in die verschiedenen Versorgungsarten in den Jahren 2012 bis 2018 in Prozent

aus Versorgungsart	Jahr	in Versorgungsart						
		ohne Haupt- oder Ersatzleistung	Pflegegeld	Pflegesachleistung	Behinderteneinrichtung	Pflegeheim	Ersatzleistung	verstorben
Pflegegeld	2012	0,1		0,8	0,0	0,4	0,0	0,9
	2013	0,1		0,9	0,0	0,5	0,0	0,9
	2014	0,1		0,9	0,0	0,5	0,0	0,9
	2015	0,1		0,8	0,0	0,5	0,0	0,9
	2016	0,1		0,9	0,1	0,5	0,0	0,8
	2017	0,0		0,8	0,0	0,5	0,0	0,8
	2018	0,1		0,7	0,0	0,5	0,0	0,8
	Pflegesachleistung	2012	0,2	0,7		0,0	2,0	0,1
2013		0,1	0,8		0,0	2,0	0,1	2,3
2014		0,1	0,8		0,0	2,0	0,1	2,2
2015		0,1	0,8		0,0	2,2	0,1	2,2
2016		0,1	0,9		0,0	2,0	0,0	2,1
2017		0,2	0,9		0,0	2,0	0,0	2,1
2018		0,3	1,0		0,0	1,9	0,1	2,1

aus Versorgungsart	Jahr	in Versorgungsart						
		ohne Haupt- oder Ersatzleistung	Pflege-geld	Pflegesach-leistung	Behinderten-einrichtung	Pflege-heim	Ersatz-leistung	ver-storben
Behinderten-einrichtung	2012	0,0	0,1	0,0		0,1	0,0	0,1
	2013	0,1	0,1	0,0		0,1	0,0	0,1
	2014	0,0	0,1	0,0		0,1	0,0	0,1
	2015	0,0	0,1	0,0		0,2	0,0	0,1
	2016	0,0	0,1	0,0		0,1	0,0	0,1
	2017	0,0	0,1	0,0		0,1	0,0	0,1
	2018	0,0	0,1	0,1		0,1	0,0	0,1
	Pflegeheim	2012	0,1	0,1	0,2	0,0		0,0
2013		0,0	0,2	0,3	0,0		0,0	2,9
2014		0,0	0,1	0,2	0,0		0,0	2,7
2015		0,0	0,1	0,2	0,0		0,0	2,9
2016		0,0	0,2	0,3	0,0		0,0	2,8
2017		0,0	0,1	0,2	0,0		0,0	2,9
2018		0,1	0,2	0,3	0,0		0,0	3,0

Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptpflegeleistungen Pflegeheim (ohne Kurzzeitpflege), Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld sind hierarchisch kodiert. Ersatzleistungen umfassen Tages- oder Nachtpflege, Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege, wenn keine andere genannte Leistung vorliegt. Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres.

Quelle: BARMER-Daten 2012–2018, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Nur 0,24 Prozent der Pflegebedürftigen in der vollstationären Dauerpflege wechseln im Durchschnittsmonat 2018 in den Bezug von Pflegegeld, weitere 0,27 Prozent wechseln in den Pflegesachleistungsbezug. Insgesamt ist damit der Umzug vom Pflegeheim in die ambulante Versorgung ein sehr seltenes Ereignis. Die Sterberate liegt dagegen mit 2,85 Prozent zehnmal so hoch. Aus den Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen sind Wechselneigung und Sterberate wesentlich geringer.

Pflegebedürftigkeit weist somit in der Regel einen progredienten Verlauf auf, was sich in einem im Zeitverlauf steigenden Pflegegrad und in Wechseln in formelle Pflege niederschlägt.

2.1.5 Pflegedauer

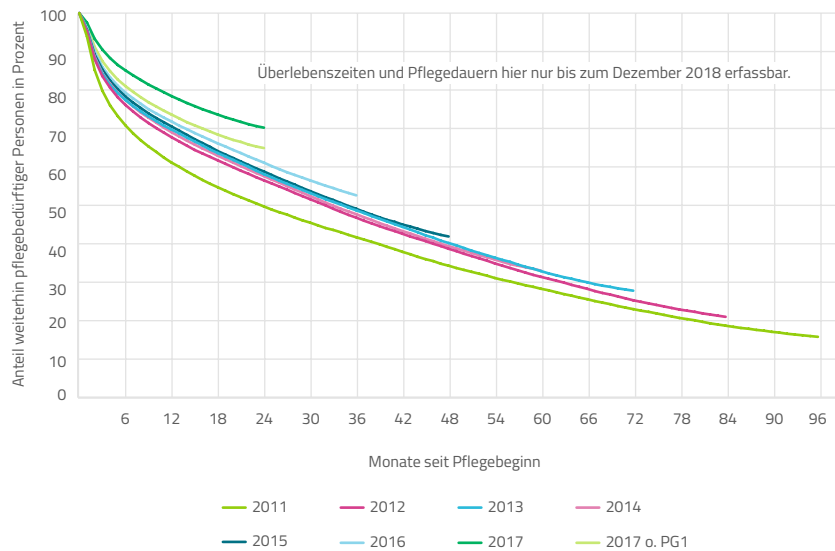
Hinsichtlich der finanziellen Absicherung des Pflegerisikos stellt sich die Frage nach der zu erwartenden Pflegedauer, insbesondere in der Heimpflege. Die Pflegedauer kann prospektiv als Survivalfunktion (Überlebensfunktion) ab Pflegeeintritt oder retrospektiv als beobachtete Dauer am Ende der Pflegebedürftigkeit gemessen werden. Während in der prospektiven Betrachtung die unterschiedlichen Verläufe verschiedener Eintrittskohorten abgebildet werden können, ist es mit der retrospektiven Betrachtung möglich, Lebenszeitprävalenzen abzubilden – also die Wahrscheinlichkeit, jemals pflegebedürftig gewesen zu sein oder jemals Heimpflege in Anspruch genommen zu haben. In beiden Fällen lassen sich die Pflegeverläufe aber nicht vollständig erfassen. Ausgehend von den inzidenten Fällen gibt es zum Ende des Beobachtungsfensters immer noch eine Reihe an pflegebedürftigen Personen, für die der Pflegeverlauf noch nicht beendet ist (Rechtszensurierung der Daten). Umgekehrt gibt es für die verstorbenen Personen rückwirkend nicht immer vollständige Verläufe, so dass auch in dieser Perspektive keine Vollständigkeit erreicht wird (Linkszensurierung der Daten).

Da sich über die Jahre mit den verschiedenen Pflegereformen die Zugangsvoraussetzungen stetig geändert haben, ist für eine Prognose von Pflegedauern die retrospektive Betrachtung wenig geeignet. Für Prognosen empfiehlt sich, die Verläufe aktueller Eintrittskohorten zu bewerten.

Die Pflegedauer verlängert sich immer mehr.

Abbildung 2.10 zeigt die Überlebenskurven der Zugangskohorten 2011 bis 2017. Die Beobachtungsfenster und damit auch die dargestellten Kurven verkürzen sich dabei mit jeder späteren Kohorte um ein Jahr. Interessanterweise erhöhen sich die Überlebenskurven von Zugangskohorte zu Zugangskohorte. Die in Pflegebedürftigkeit verbrachte Lebenszeit steigt also an. Der deutlichere Anstieg im Vergleich der Zugangskohorten 2011 zu 2012 sowie 2016 zu 2017 ist allerdings ein statistisches Artefakt, da die PEA mit Pflegestufe 0 erst ab 2012 mitberücksichtigt sind und diese die durchschnittliche Überlebenszeit erhöhen. Entsprechendes gilt für 2017 in Bezug auf Pflegegrad 1. Ohne Berücksichtigung des Pflegegrads 1 fällt der Anstieg der Überlebenszeit niedriger aus – ist aber immer noch gut erkennbar (Abbildung 2.10).

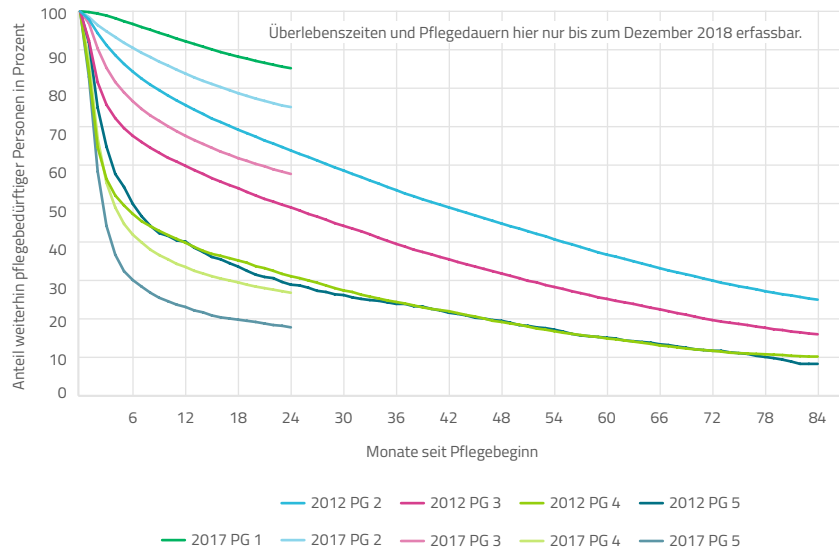
Abbildung 2.10: Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen in den Monaten seit Pflegebeginn (Survivalfunktion) der Inzidenzjahre seit 2011



Inzidenzjahr	Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen im ... Monat seit Pflegebeginn in Prozent									
	0	12	24	36	48	60	72	84	96	
2011	100	61,1	49,7	41,7	34,3	28,3	23,0	18,7	15,8	
2012	100	67,7	56,5	46,8	38,7	31,4	25,3	21,0		
2013	100	69,7	58,1	48,7	40,2	32,9	27,8			
2014	100	69,0	57,6	47,7	39,4	33,0				
2015	100	70,5	58,8	49,1	41,9					
2016	100	71,8	61,1	52,6						
2017	100	78,4	70,2							
2017 ohne PG 1	100	73,6	64,9							

Quelle: BARMER-Daten 2011–2018, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Abbildung 2.11: Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen in den Monaten seit Pflegebeginn (Survivalfunktion) der Inzidenzjahre 2012 und 2017 nach Pflegegraden bei Pflegeeintritt



Inzidenzjahr	Pflegegrad	Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen im ... Monat seit Pflegebeginn in Prozent							
		0	12	24	36	48	60	72	84
2012	2	100	75,6	63,8	53,5	44,8	36,7	30,0	25,0
	3	100	59,8	49,0	39,5	31,8	25,2	19,7	16,0
	4	100	39,8	31,1	24,4	19,2	14,9	11,7	10,2
	5	100	40,1	28,9	23,9	19,5	15,1	11,7	8,3
2017	1	100	92,2	85,2					
	2	100	83,8	75,1					
	3	100	67,6	57,7					
	4	100	33,5	26,8					
	5	100	23,1	17,8					

Quelle: BARMER-Daten 2012–2018, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Die Abhängigkeit der Verweildauer von dem Grad der Pflegebedürftigkeit zu Beginn der Pflegebedürftigkeit ist im Jahr 2017 ebenso gegeben wie im Jahr 2012 (Abbildung 2.11). Während in Pflegegrad 5 nach zwei Jahren schon 71,1 Prozent (Eintrittskohorte 2012) beziehungsweise 82,2 Prozent (Eintrittskohorte 2017) der Pflegebedürftigen ihre Pflegebedürftigkeit meist durch den Tod beendet haben, sind es in Pflegegrad 2 nur 24,9 Prozent (Eintrittskohorte 2017) bis 36,2 Prozent (Eintrittskohorte 2012).

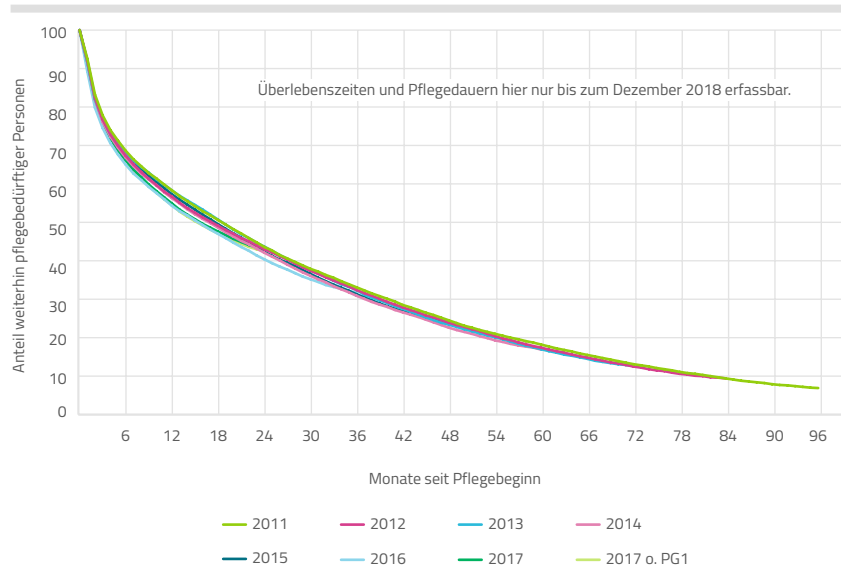
Bezüglich der Lebenszeitprävalenz zeigen die auf die Zahl der Verstorbenen in Deutschland im Jahr 2017 (Statistisches Bundesamt, 2019d) hochgerechneten Versicherten-daten der BARMER, dass drei von vier im Jahr 2017 verstorbenen Frauen und sechs von zehn 2017 verstorbenen Männern zuvor pflegebedürftig im sozialrechtlichen Sinne waren (ohne Abbildung). Für die Hälfte der Männer, die vor ihrem Tod pflegebedürftig waren, hat die Pflege keine 17 Monate gedauert. Für die Hälfte der 2017 verstorbenen, jemals pflegebedürftigen Frauen dauerte die Pflege bis zu 33 Monate. Für ein Viertel der verstorbenen, pflegebedürftigen Männer dauerte die Pflege aber auch länger als 46 Monate und für ein Viertel der verstorbenen, pflegebedürftigen Frauen länger als 69 Monate. Verglichen mit den prospektiven Kohortenbetrachtungen (Abbildung 2.10) zeigt sich, dass diese retrospektive Betrachtung die aktuellen Verweildauern unterschätzt. Denn schon für die Eintrittskohorte 2016 sind selbst nach 36 Monaten noch 52,6 Prozent pflegebedürftig.

Die Verweildauer im Pflegeheim hat sich dagegen kaum verändert (Abbildung 2.12). Von den Zugangskohorten von 2011 bis 2017 sind nach einem Jahr zwischen 54,3 bis 58,3 Prozent der Heimbewohner, nach zwei Jahren noch 40,4 bis 43,7 Prozent und nach vier Jahren noch 22,6 bis 24,5 Prozent im Heim.

Die Pflegedauer im Heim bleibt weitgehend unverändert.

Ebenso wie bei der Gesamtverweildauer ist auch die Verweildauer im Pflegeheim mit dem Einstiegsgrad der Pflegebedürftigkeit verbunden. Bei einer geringeren Einstufung ist eine längere Verweildauer zu erwarten. So leben von den Zugängen des Zugangsjahrgangs 2012 mit Pflegegrad 2 nach zwei Jahren noch 47,7 Prozent im Heim, von den Zugängen des gleichen Jahres mit Pflegegrad 5 dagegen nur noch 28,9 Prozent (Abbildung 2.13).

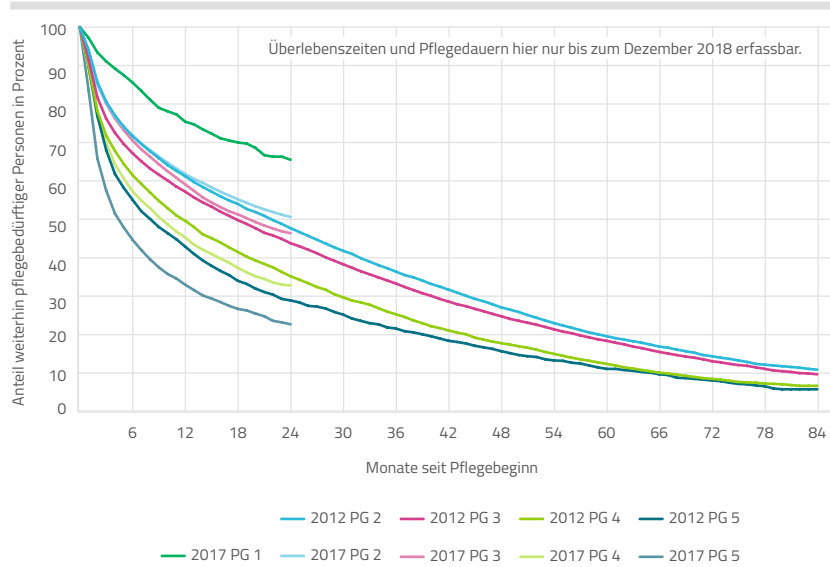
Abbildung 2.12: Survivalfunktion im Pflegeheim bei Heimeintritt in den Jahren seit 2011



Inzidenzjahr	Anteil weiterhin im Pflegeheim versorgter Personen im ... Monat seit Heimeintritt in Prozent								
	0	12	24	36	48	60	72	84	96
2011	100	58,3	43,6	33,1	24,5	18,2	13,1	9,4	6,9
2012	100	56,7	43,0	32,4	23,9	17,4	12,5	9,4	
2013	100	58,3	43,7	32,4	23,4	17,0	12,6		
2014	100	56,3	42,1	30,9	22,6	16,9			
2015	100	57,3	42,4	31,3	23,9				
2016	100	54,3	40,4	31,8					
2017	100	54,9	43,0						
2017 ohne PG 1	100	54,5	42,5						

Quelle: BARMER-Daten 2011–2018, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Abbildung 2.13: Survivalfunktion im Pflegeheim bei Heimeintritt in den Jahren 2012 und 2017 nach Pflegegraden bei Heimeintritt



Inzidenzjahr	Pflegegrad	Anteil weiterhin im Pflegeheim versorgter Personen im ... Monat seit Heimeintritt in Prozent							
		0	12	24	36	48	60	72	84
2012	2	100	61,2	47,7	36,4	27,1	19,6	14,4	10,9
	3	100	57,2	43,8	33,3	24,8	18,4	13,1	9,7
	4	100	49,6	35,2	25,3	17,8	12,4	8,5	6,7
	5	100	42,9	28,9	21,6	15,7	11,1	8,1	5,8
	1	100	75,4	65,5					
2017	2	100	61,8	50,6					
	3	100	59,1	46,4					
	4	100	45,3	32,8					
	5	100	33,0	22,7					
	1	100							

Quelle: BARMER-Daten 2012–2018, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

2.1.6 Fazit zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Mit 3,41 Millionen Menschen hat die Zahl der Pflegebedürftigen am Jahresende 2017 den höchsten bisher in der Pflegestatistik verzeichneten Stand erreicht. Zwei wesentliche Faktoren lassen sich als Gründe für diesen Anstieg anführen: Erstens haben die Gesetzesänderungen in PFWG, PNG und den Pflegestärkungsgesetzen zu einer Ausweitung der Leistungsberechtigung und der Leistungen insbesondere für PEA und aktuell für Personen mit dem neuen Pflegegrad 1 geführt, die wiederum eine höhere Anzahl an (positiv beschiedenen) Leistungsanträgen nach sich gezogen haben. Zweitens sind aufgrund der demografischen Alterung immer mehr Menschen in das pflegerelevante Alter vorgerückt. Während die Fallzahlzunahmen bis 2008 in größerem Umfang der demografischen Alterung zugeschrieben werden konnten, werden sie seitdem vor allem durch Veränderung im Leistungszugang und im Leistungsangebot angetrieben.

Der mit der Pflegestatistik derzeit abbildbare Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen fiel dabei in dem Zweijahresintervall von 2015 bis 2017 mit 12,3 Prozent am größten aus. Die Kassenstatistik weist für das Jahr 2018 eine weitere Steigerung um 10,4 Prozent aus.

Die aktuellen Zuwächse bei der Zahl der Pflegebedürftigen sind im Wesentlichen auf die Entwicklungen in den niedrigen Pflegegraden zurückzuführen. Entsprechend entwickeln sich aktuell auch die Anteile der Versorgungsarten. Die wesentlichen Zunahmen finden sich beim Bezug von Pflegegeld mit einem Anstieg der Anteilswerte zwischen 2009 und 2017 von 45,6 auf 51,7 Prozent, während der Anteil der Pflegeheimbewohner in der Zeit von 30,7 auf 24,0 Prozent zurückgegangen ist. Auch dies ist ein Zeichen dafür, dass die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen aktuell weniger durch den demografischen Wandel geprägt ist als insbesondere durch die letzten Pflegereformen.

Weitere Gründe für die Wahl der Versorgungsarten liegen auch in der Struktur der familialen Netzwerke (Schneekloth et al., 2017, S. 244) sowie in der gegebenen Angebotsstruktur (Rothgang et al., 2016a, S. 105, 110) im ambulanten und im stationären Sektor.

2.2 Leistungserbringung

Dieses Kapitel gibt einen grundlegenden Überblick über die unterschiedlichen Versorgungsformen der Pflegebedürftigen in Deutschland. Dargestellt wird die Situation der ambulanten Pflegedienste (Kapitel 2.2.1) und der stationären Pflegeeinrichtungen (Kapitel 2.2.2). Die nicht beruflich pflegenden Pflegepersonen werden in Kapitel 2.2.3 behandelt.

2.2.1 Ambulante Pflegedienste

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste ist von 10.820 im Jahr 1999 auf 14.050 im Jahr 2017 und damit um 29,9 Prozent gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2015, 2018c). Die meisten Pflegedienste bieten neben den Leistungen nach SGB XI auch Leistungen nach anderen Sozialgesetzbüchern an. Im Jahr 2017 sind es 13.888 Pflegedienste, die häusliche Krankenpflege nach SGB V, und 8.067 Pflegedienste, die Hilfe zur Pflege nach SGB XII anbieten (Statistisches Bundesamt, 2018c, 21). Der Umsatzanteil, der im Rahmen der Pflegeversicherung erbracht wird, lag laut einer Befragung im Jahr 2016 bei durchschnittlich 51 Prozent. Im Jahr 2010 lag dieser noch vier Prozentpunkte höher (Schneekloth et al., 2017, S. 173).

Die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten hat sich von 1999 bis 2017 von 183.800 auf 390.300 mehr als verdoppelt (+112,4 Prozent). Umgerechnet in Vollzeitäquivalente (VZÄ) (siehe dazu im Anhang das Kapitel Pflegestatistik) ergibt sich eine ähnliche Steigerung um 112,1 Prozent von 125.400 VZÄ auf 266.000. Da die Zahl der zu versorgenden Pflegebedürftigen nicht in gleichem Maße gestiegen ist, hat sich die rechnerische Versorgungsrelation von 3,3 Pflegebedürftigen auf 3,1 Pflegebedürftige je VZÄ verringert (Tabelle 2.8). Nur unzureichend kontrollierbar sind in dieser Entwicklung allerdings die Anteile der Leistungen jenseits der Pflegeversicherungsleistungen und die Grade der Inanspruchnahmen durch die Pflegebedürftigen. Schneekloth et al. (2017, S. 211 f.) haben auf Grundlage von Befragungsdaten, in denen die Anteile der Pflegeversicherungsleistungen kontrolliert wurden, aber ebenfalls eine Verbesserung der Versorgungsrelation von 10,0 Pflegebedürftigen je VZÄ im Jahr 2010 auf 9,4 Pflegebedürftige je VZÄ im Jahr 2016 errechnet.

weniger Pflegebedürftige
je Vollzeitäquivalent

Tabelle 2.8: Personal im Pflegedienst nach Beschäftigungsverhältnis und nach Tätigkeitsbereich

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Personal nach Beschäftigungsverhältnis in Tausend										
Personal insgesamt	183,8	189,6	200,9	214,3	236,2	268,9	290,7	320,1	355,6	390,3
Vollzeit	56,9	57,5	57,5	56,4	62,4	72,0	79,8	85,9	96,7	109,7
Teilzeit über 50 Prozent	49,1	55,0	60,8	68,1	77,8	89,1	100,5	113,6	128,3	143,1
Teilzeit ≤ 50 Prozent	28,8	30,8	32,8	35,0	36,7	40,3	42,5	44,3	49,3	56,0
geringfügig beschäftigt	39,1	37,3	42,6	48,0	53,0	60,5	61,7	65,4	68,7	68,5
Sonstige*	9,8	8,9	7,3	6,8	6,3	7,1	6,3	10,9	12,6	13,1
Vollzeitäquivalente (VZÄ)	125,4	130,0	134,5	140,3	155,0	176,9	193,3	213,2	238,8	266,0
Relation zur Zahl der Sachleistungsempfänger										
Pflegebedürftige je VZÄ	3,3	3,3	3,3	3,4	3,3	3,1	3,0	3,0	3,1	3,1
Anteil der Beschäftigten nach Beschäftigungsverhältnis in Prozent										
Personal insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Vollzeit	31,0	30,3	28,6	26,3	26,4	26,8	27,4	26,8	27,2	28,1
Teilzeit über 50 Prozent	26,7	29,0	30,2	31,8	32,9	33,1	34,6	35,5	36,1	36,6
Teilzeit ≤ 50 Prozent	15,7	16,3	16,3	16,4	15,5	15,0	14,6	13,8	13,9	14,4
geringfügig beschäftigt	21,3	19,7	21,2	22,4	22,5	22,5	21,2	20,4	19,3	17,6
Sonstige*	5,3	4,7	3,6	3,2	2,7	2,6	2,2	3,4	3,6	3,4
Personal nach überwiegendem Tätigkeitsbereich in Tausend										
Pflegedienstleitung	11,5	12,1	12,8	13,8	14,9	15,7	16,7	16,8	18,1	19,8
körperbezogene Pflege	119,4	124,6	135,5	148,0	163,6	187,7	204,8	219,4	238,8	267,8
Betreuung (§ 36 Absatz 2 Satz 3 SGB XI)	x	x	x	x	x	x	x	10,5	15,0	14,9
Hilfen bei der Haushaltsführung	34,9	33,7	32,4	29,9	33,1	36,6	38,1	37,8	44,3	49,5
Verwaltung, Geschäftsführung	9,1	9,7	10,4	11,7	12,3	13,2	14,1	15,3	16,6	18,2
sonstiger Bereich	8,8	9,4	9,7	11,1	12,2	15,7	17,0	20,3	22,8	20,1
Personal nach überwiegendem Tätigkeitsbereich in Prozent										
Pflegedienstleitung	6,3	6,4	6,4	6,4	6,3	5,8	5,7	5,3	5,1	5,1
körperbezogene Pflege	65,0	65,7	67,5	69,0	69,3	69,8	70,4	68,5	67,2	68,6
Betreuung (§ 36 Absatz 2 Satz 3 SGB XI)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	4,2	3,8
Hilfen bei der Haushaltsführung	19,0	17,8	16,2	13,9	14,0	13,6	13,1	11,8	12,5	12,7
Verwaltung, Geschäftsführung	5,0	5,1	5,2	5,4	5,2	4,9	4,9	4,8	4,7	4,7
sonstiger Bereich	4,8	5,0	4,8	5,2	5,2	5,8	5,9	6,3	6,4	5,1

* Praktikanten, Schüler, Auszubildende, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr sowie Zivildienstleistende wurden zusammengefasst.
Quelle: Statistisches Bundesamt (2001a, 2003, 2005, 2007, 2008, 2011, 2013, 2015, 2017, 2018c)

Der Anteil der körperbezogenen Pflege bleibt über die beobachtete Zeit relativ konstant. Das Ausmaß der körperbezogenen Pflege hat damit eine ähnliche Wachstumsrate wie die Beschäftigtenzahl insgesamt. Hinzugekommen ist dabei sogar die Betreuung, die für rund vier Prozent der Beschäftigten als überwiegende Tätigkeit angegeben ist. Die Bedeutung der Haushaltshilfen hat hingegen abgenommen. Von 19,0 Prozent im Jahr 1999 ist der Anteil auf 12,7 Prozent im Jahr 2017 zurückgegangen (Tabelle 2.8).

Die Tarifbindung ist bei ambulanten Pflegediensten noch wenig ausgeprägt. Selbst von den festangestellten Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste arbeiten 59 Prozent ohne Tarifvertrag. Mit 81 Prozent ist dieser Anteil bei den privaten Trägern am höchsten. Die Fachkraftquote ist dabei im Zeitraum von 2010 bis 2016 von 74 Prozent auf 64 Prozent zurückgegangen (Schneekloth et al., 2017, S. 217).

Anhand der Pflegestatistik ist die Fachkraftquote nur schwer zu ermitteln, da nur das direkt bei der Pflegeeinrichtung angestellte Personal berücksichtigt wird, nicht aber die outgesourcten Bereiche. Auch für die Pflege selbst ist nicht ausgewiesen, welcher Anteil durch examiniertes Personal geleistet wird. Unterscheidbar ist in der Pflegestatistik lediglich, in welchem Arbeitsbereich die einzelnen Beschäftigten hauptsächlich tätig sind.

Insgesamt sind für 2017 in der Pflegestatistik 390.322 Beschäftigte in Pflegediensten ausgewiesen. Ein Großteil davon ist in Teilzeit beschäftigt (Tabelle 2.9). Zur Erfassung des Personalvolumens ist daher die Umrechnung in Vollzeitäquivalente (VZÄ) angemessen. 46,1 Prozent der Beschäftigten sind staatlich anerkannte Altenpflegekräfte, Gesundheits- und Krankenpflegekräfte oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte (Tabelle 2.9). Umgerechnet in VZÄ entspricht dies knapp der Hälfte des eingesetzten Personals (49,7 Prozent). Von den Beschäftigten mit dem Schwerpunkt „körperbezogene Pflege“ sind es – wiederum in VZÄ – 55,2 Prozent.

Fachkraftquote in der
körperbezogenen Pflege
über 50 %

Tabelle 2.9: Personal im Pflegedienst nach Qualifikation

	Personal insgesamt				körperbezogene Pflege			
	Personen		Vollzeitäquivalente		Personen		Vollzeitäquivalente	
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in	94.079	24,1	73.230	27,5	79.487	29,7	60.595	32,5
staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in	21.213	5,4	15.596	5,9	19.369	7,2	14.303	7,7
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	78.537	20,1	53.979	20,3	60.240	22,5	38.806	20,8
Krankenpflegehelfer/-in	14.613	3,7	10.462	3,9	13.243	4,9	9.522	5,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	7.450	1,9	4.947	1,9	5.541	2,1	3.469	1,9
Heilerziehungspfleger/-in; Heilerzieher/-in	1.386	0,4	948	0,4	1.087	0,4	747	0,4
Heilerziehungspflegehelfer/-in	249	0,1	163	0,1	192	0,1	131	0,1
Heilpädagogin/Heilpädagoge	74	0,0	51	0,0	37	0,0	25	0,0
Ergotherapeut/-in	451	0,1	316	0,1	200	0,1	140	0,1
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in)	243	0,1	162	0,1	144	0,1	100	0,1
sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	3.722	1,0	2.332	0,9	2.510	0,9	1.633	0,9
sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	1.427	0,4	941	0,4	507	0,2	313	0,2
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	1.110	0,3	779	0,3	774	0,3	565	0,3
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	152	0,0	95	0,0	69	0,0	46	0,0
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	1.306	0,3	1.131	0,4	202	0,1	142	0,1
sonstiger pflegerischer Beruf	27.033	6,9	18.650	7,0	20.655	7,7	14.871	8,0
Fachhauswirtschafter/-in für ältere Menschen	842	0,2	554	0,2	204	0,1	147	0,1
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	8.286	2,1	5.066	1,9	1.681	0,6	1.179	0,6
Sonstiger Berufsabschluss	88.099	22,6	54.039	20,3	35.630	13,3	24.519	13,1
ohne Berufsabschluss	27.734	7,1	16.440	6,2	14.594	5,4	9.737	5,2

	Personal insgesamt				körperbezogene Pflege			
	Personen		Vollzeitäquivalente		Personen		Vollzeitäquivalente	
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
Auszubildende/-r, (Um-)Schüler/-in	12.316	3,2	6.158	2,3	11.483	4,3	5.742	3,1
insgesamt	390.322	100,0	266.041	100,0	267.849	100,0	186.731	100,0
examinierte Pflegekräfte	180.066	46,1	132.156	49,7	145.268	54,3	102.870	55,2

Quelle: Statistisches Bundesamt (2018c)

2.2.2 Pflegeheime

Als Pflegeheime sind in der Pflegestatistik alle Einrichtungen erfasst, die vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege oder teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) anbieten. Von den 14.480 Pflegeheimen bieten 9.111 ausschließlich Dauerpflege, 148 ausschließlich Kurzzeitpflege, 3.056 ausschließlich Tagespflege und eines nur Nachtpflege an. In den verbleibenden 2.164 Einrichtungen gibt es verschiedene Kombinationen in der Angebotsstruktur (GBE-Bund, 2019). In der Summe bieten 11.241 Einrichtungen vollstationäre Dauerpflege, 1.205 Einrichtungen Kurzzeitpflege und 4.457 Einrichtungen Tages- oder Nachtpflege an. Während die Zahl der Anbieter von vollstationärer Dauerpflege zuletzt stagniert und die Zahl der Anbieter von Kurzzeitpflege zuletzt sogar rückläufig ist, hat sich die Zahl der Anbieter von Tages- oder Nachtpflege seit 1999 mehr als verdreifacht (Tabelle 2.10). In aktuell vom Verband der Ersatzkassen (vdek) zur Verfügung gestellten Tabellen zur Angebotsstruktur sind für Anfang 2019 sogar schon rund 5.600 Einrichtungen, die Tages- oder Nachtpflege anbieten, dokumentiert.

Zahl vollstationärer
Pflegeeinrichtungen
stagniert; deutliche
Zuwächse in der Tages-
und Nachtpflege

Tabelle 2.10: Anzahl der Pflegeheime nach Pflegeangebot in Tausend

Jahr	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Pflegeheime	8,9	9,2	9,7	10,4	11,0	11,6	12,4	13,0	13,6	14,5
Dauerpflege	8,1	8,3	8,8	9,4	9,9	10,4	10,7	10,9	11,2	11,2
Kurzzeitpflege	1,6	1,4	1,6	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,2
Tages- oder Nachtpflege	1,3	1,4	1,6	1,7	1,8	2,1	2,6	3,1	3,7	4,5

Quelle: GBE-Bund (2019)

Die Zahl der Pflegeheime allein reflektiert die Angebotskapazitäten aber nur unvollständig. Als weitere Indikatoren können die Zahl der Heimplätze (Bettanzahl) und die Zahl der Beschäftigten herangezogen werden.

Diese Zahl der Heimplätze ist von 1999 bis 2017 von 645.500 um 47,5 Prozent auf 952.400 gestiegen (Tabelle 2.11). Dieser Anstieg entspricht weitgehend dem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Versorgung. Entsprechend blieb auch die Auslastung im Beobachtungszeitraum weitgehend konstant zwischen 86,6 bis 89,8 Prozent. Erstmals für 2017 wird eine Auslastung von über 90, nämlich 90,4 Prozent ausgewiesen.

Tabelle 2.11: Anzahl der verfügbaren Heimplätze in Tausend

Jahr	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
insgesamt	645,5	674,3	713,2	757,2	799,1	845,0	875,5	902,9	928,9	952,4
Dauerpflege	621,5	648,5	683,9	726,4	765,7	808,2	830,8	847,7	866,3	876,9
Kurzzeitpflege	9,9	9,8	11,0	11,4	11,3	10,4	10,8	11,1	10,8	8,6
Tagespflege	13,3	15,5	17,8	19,0	21,6	26,0	33,5	43,6	51,4	66,5
Nachtpflege	0,7	0,5	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,6	0,4	0,4

Quelle: Statistisches Bundesamt (2001a, 2003, 2005, 2007, 2008, 2011, 2013, 2015, 2017, 2018c)

Der Anteil der vollstationären Pflegeeinrichtungen, die eine Warteliste führen, betrug im Jahr 2010 noch 56 Prozent. In der Repräsentativerhebung 2016 gaben dagegen schon 71 Prozent der vollstationären Einrichtungen an, eine Warteliste zu führen (Schneekloth et al., 2017, S. 364). Auslastungsgrade und Wartezeiten können ein Zeichen dafür sein, den Bedarf beispielsweise aufgrund von Personalmangel bald nicht mehr decken zu können; es kann aber auch ein Zeichen für eine bewusste Ambulantisierung sein (siehe dazu Kapitel 3.3).

Ein weiteres Merkmal der Stützung ambulanter Versorgungsstrukturen ist die Ausweitung der Angebote der Tagespflege, die auf eine stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger abzielt. Die Anzahl der Tagespflegeplätze ist von 1999 bis 2017 von 13.300 Plätzen um 400 Prozent auf 66.500 gestiegen (Tabelle 2.11). Aus Tabellen des

videk zur Anbieterstruktur im Februar 2019 lassen sich sogar schon rund 79.000 Plätze in der Tagespflege ermitteln.

Die Zahl der Beschäftigten in den stationären Einrichtungen als weiterer Indikator für Pflegeheimkapazitäten hat von 440.900 im Jahr 1999 um 73,4 Prozent auf 764.600 im Jahr 2017 zugenommen. Umgerechnet in VZÄ ist dies ein Zuwachs von 345.100 auf 552.500, also um 60,1 Prozent. Dieses Wachstum beruht fast ausschließlich auf dem Anstieg der in Teilzeit oder geringfügig Beschäftigten und den sonstigen Beschäftigten. Die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten bleibt dagegen mit Schwankungen zwischen 202.800 und 221.000 relativ konstant. Dementsprechend hat sich der Anteil der Vollzeitbeschäftigten von 48,0 Prozent im Jahr 1999 kontinuierlich auf 28,9 Prozent im Jahr 2017 reduziert. Die Zahl der Praktikanten, Schüler und Auszubildenden, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr sowie der Helfer im Bundesfreiwilligendienst ist innerhalb dieses Zeitraums dagegen von 31.000 auf rund 58.600 angewachsen (Tabelle 2.12).

In allen Tätigkeitsbereichen gab es seit Einführung der Pflegestatistik fast durchweg stetige Steigerungen in der Zahl der Beschäftigten – insgesamt um 73,4 Prozent. Die Zahl der Beschäftigten, die überwiegend für die körperliche Pflege zuständig sind, ist von 287.300 auf 469.600 um 63,5 Prozent gestiegen. Ebenso gab es in den anderen Tätigkeitsbereichen hohe Zuwachsraten (Tabelle 2.12).

Ab dem Jahr 2009 wurden die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach §87b SGB XI aufgenommen, nach denen Pflegeheimen, zweckgebunden für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, Vergütungszuschläge zustehen, wenn entsprechendes Personal eingestellt wird. Der Anteil der hierfür zusätzlich eingestellten Betreuungskräfte an allen Beschäftigten stieg von 2,6 Prozent im Jahr 2009 deutlich auf 7,1 Prozent im Jahr 2017. Zudem haben die weiteren Betreuungsleistungen von 3,4 Prozent im Jahr 1999 auf 5,6 Prozent im Jahr 2017 zugenommen. Trotz dieser Zuwächse hält sich der Anteil der Beschäftigten, für die die körperbezogene Pflege der überwiegende Tätigkeitsbereich ist, relativ stabil und liegt im Jahr 2017 bei 61,4 Prozent. Rückgänge im Anteil gab es vor allem im Hauswirtschaftsbereich von 21,2 Prozent auf 15,9 Prozent. Für rund 5,5 Prozent der Beschäftigten ist die hauptsächliche Tätigkeit Verwaltung und Geschäftsführung.

Tabelle 2.12: Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Beschäftigungsverhältnisse in Tausend										
Personal insgesamt	440,9	475,4	510,9	546,4	573,5	621,4	661,2	685,4	730,1	764,6
Vollzeit	211,5	218,9	216,5	208,2	202,8	207,1	212,4	203,7	209,9	221,0
Teilzeit über 50 Prozent	100,9	120,2	140,5	162,4	184,6	212,5	241,0	257,8	293,0	313,4
Teilzeit ≤ 50 Prozent	54,7	61,8	71,1	78,5	84,7	96,2	101,9	101,9	107,2	109,1
geringfügig beschäftigt	42,8	44,4	49,2	55,2	58,7	60,7	62,4	64,5	61,8	62,5
Sonstige*	31,0	30,0	33,6	42,1	42,8	44,9	43,5	57,6	58,2	58,6
VZÄ	345,1	369,8	388,7	405,4	420,6	452,7	479,5	490,9	525,2	552,5
Relation zur Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Versorgung										
Pflegebedürftige je VZÄ	1,7	1,6	1,6	1,7	1,7	1,6	1,5	1,6	1,5	1,5
Anteil der Beschäftigten nach Beschäftigungsverhältnis in Prozent										
Vollzeit	48,0	46,0	42,4	38,1	35,4	33,3	32,1	29,7	28,7	28,9
Teilzeit über 50 Prozent	22,9	25,3	27,5	29,7	32,2	34,2	36,5	37,6	40,1	41,0
Teilzeit ≤ 50 Prozent	12,4	13,0	13,9	14,4	14,8	15,5	15,4	14,9	14,7	14,3
geringfügig beschäftigt	9,7	9,3	9,6	10,1	10,2	9,8	9,4	9,4	8,5	8,2
Sonstige*	7,0	6,3	6,6	7,7	7,5	7,2	6,6	8,4	8,0	7,7
Beschäftigte nach überwiegendem Tätigkeitsbereich in Tausend										
körperbezogene Pflege	287,3	315,2	345,3	374,1	393,8	413,1	434,7	450,8	468,8	469,6
Betreuung	15,0	16,7	17,8	20,3	22,4	25,6	27,1	28,7	29,7	42,7
zusätzliche Betreuung (§ 43b SGB XI)	x	x	x	x	x	16,4	24,5	27,9	49,4	54,2
Hauswirtschaftsbereich	93,6	96,9	98,6	100,3	102,5	107,9	113,7	114,6	116,5	121,5
haustechnischer Bereich	13,6	13,8	13,9	14,4	15,1	16,2	16,1	16,0	16,6	17,3
Verwaltung, Geschäfts- führung	24,5	26,1	28,0	30,2	31,8	33,7	35,4	36,4	37,4	42,2
sonstiger Bereich	6,9	6,6	7,2	7,1	8,0	8,5	9,7	11,0	11,7	17,1
Beschäftigte nach überwiegendem Tätigkeitsbereich in Prozent										
körperbezogene Pflege	65,1	66,3	67,6	68,5	68,7	66,5	65,7	65,8	64,2	61,4
Betreuung	3,4	3,5	3,5	3,7	3,9	4,1	4,1	4,2	4,1	5,6
zusätzliche Betreuung (§ 43b SGB XI)	x	x	x	x	x	2,6	3,7	4,1	6,8	7,1
Hauswirtschaftsbereich	21,2	20,4	19,3	18,4	17,9	17,4	17,2	16,7	16,0	15,9
haustechnischer Bereich	3,1	2,9	2,7	2,6	2,6	2,6	2,4	2,3	2,3	2,3

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Verwaltung, Geschäftsführung	5,6	5,5	5,5	5,5	5,5	5,4	5,4	5,3	5,1	5,5
sonstiger Bereich	1,6	1,4	1,4	1,3	1,4	1,4	1,5	1,6	1,6	2,2

* Praktikanten, Schüler, Auszubildende, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr sowie Zivildienstleistende wurden zusammengefasst.
Quelle: Statistisches Bundesamt (2001a, 2003, 2005, 2007, 2008, 2011, 2013, 2015, 2017, 2018c)

Verglichen mit dem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen im Pflegeheim von 562.800 (Statistisches Bundesamt, 2015) um 45,4 Prozent auf 818.300 (Statistisches Bundesamt, 2018c) ist der Anstieg beim Personal in stationären Einrichtungen überproportional. Die Relation von Pflegebedürftigen zu Beschäftigten hat sich im beobachteten Zeitraum somit leicht verringert – auch bei Berechnung in VZÄ (Tabelle 2.12).

mehr Personal je
Pflegebedürftigen

Die Tarifbindung ist stärker ausgeprägt als im ambulanten Bereich. Allerdings werden auch stationär nur 63 Prozent der fest angestellten Mitarbeiter der Einrichtungen nach Tarif entlohnt (Schneekloth et al., 2017, S. 330, 372).

Insgesamt sind für 2017 in der Pflegestatistik 764.648 Beschäftigte in Pflegeheimen ausgewiesen. Unter Umrechnung der Arbeitszeiten ergeben sich daraus 552.470 VZÄ. Bezüglich des Qualifikationsniveaus zeigt sich Folgendes: Von den Beschäftigten insgesamt sind 30,4 Prozent staatlich anerkannte Altenpflegekräfte, Gesundheits- und Krankenpflegekräfte oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte (Tabelle 2.13). Gemessen als Anteile der VZÄ sind es 34,4 Prozent. Von den Beschäftigten mit dem Schwerpunkt „körperbezogene Pflege“ sind es 44,7 Prozent beziehungsweise 48,8 Prozent.

Bezüglich der Finanzierung vollstationärer Einrichtungen ist zu berücksichtigen, dass die Gesamtheimentgelte gemäß §87a SGB XI neben den Pflegesätzen (§84 Abs. 1 SGB XI einschließlich der Ausbildungsvergütung nach §82a SGB XI) auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (§87 SGB XI) sowie die gesondert abrechenbaren Investitionskosten (§82 Abs. 3 und 4 SGB XI) umfassen. Die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen sich nur auf die Pflegesätze und sind dabei in aller Regel deutlich geringer als diese. Insgesamt decken die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt deutlich weniger als die Hälfte des Gesamtheimentgelts ab (Tabelle 2.14).

Tabelle 2.13: Personal im Pflegeheim nach Qualifikation

	Personal insgesamt				körperbezogene Pflege			
	Personen		Vollzeitäquivalente		Personen		Vollzeitäquivalente	
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/in	177.978	23,3	148.168	26,8	164.067	34,9	136.703	38,8
staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in	51.808	6,8	39.192	7,1	49.148	10,5	37.369	10,6
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	50.740	6,6	39.017	7,1	42.971	9,2	32.911	9,3
Krankenpflegehelfer/in	17.198	2,2	13.074	2,4	16.091	3,4	12.302	3,5
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	3.475	0,5	2.623	0,5	2.723	0,6	2.063	0,6
Heilerziehungspfleger/-in; Heilerzieher/-in	2.570	0,3	2.006	0,4	1.552	0,3	1.237	0,4
Heilerziehungspflegehelfer/-in	459	0,1	355	0,1	291	0,1	226	0,1
Heilpädagogin/Heilpädagoge	299	0,0	221	0,0	23	0,0	18	0,0
Ergotherapeut/-in	7.140	0,9	5.606	1,0	514	0,1	400	0,1
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in)	928	0,1	663	0,1	227	0,0	163	0,0
sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	2.088	0,3	1.448	0,3	1.107	0,2	789	0,2
sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	6.926	0,9	5.270	1,0	652	0,1	474	0,1
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	920	0,1	681	0,1	654	0,1	490	0,1
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	115	0,0	80	0,0	51	0,0	35	0,0
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	3.444	0,5	3.035	0,5	603	0,1	524	0,1
Sonstiger pflegerischer Beruf	72.887	9,5	51.137	9,3	30.837	6,6	22.699	6,4
Fachhauswirtschafter/-in für ältere Menschen	1.920	0,3	1.521	0,3	115	0,0	88	0,0
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	37.301	4,9	26.890	4,9	2.212	0,5	1.605	0,5
sonstiger Berufsabschluss	188.326	24,6	128.255	23,2	63.795	13,6	46.441	13,2

	Personal insgesamt				körperbezogene Pflege			
	Personen		Vollzeitäquivalente		Personen		Vollzeitäquivalente	
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
ohne Berufsabschluss	85.831	11,2	57.080	10,3	42.493	9,0	30.859	8,8
Auszubildende/-r, (Um-)Schüler/-in	52.295	6,8	26.148	4,7	49.458	10,5	24.729	7,0
insgesamt	764.648	100,0	552.470	100,0	469.584	100,0	352.123	100,0
examinierte Pflegekräfte	232.193	30,4	189.808	34,4	209.761	44,7	171.677	48,8

Quelle: Statistisches Bundesamt (2018c)

Ursprünglich waren die Anteile an den Pflegesätzen, die vom Versicherten zu zahlen waren, abhängig vom Ausmaß der Pflegebedürftigkeit (Pflegeklasse gleichbedeutend mit Pflegestufe). Seit Inkrafttreten der Regelungen des PSG II zum 1. Januar 2017 zahlen Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 für die Pflegeaufwände nunmehr einen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil. Bei einer Erhöhung des Pflegegrads verändert sich der Eigenanteil nunmehr nicht. Wie hoch die Gesamtentgelte in der stationären Pflege – bestehend aus Pflegekosten (Pflegestatistik), Kosten für Unterkunft und Verpflegung (Pflegestatistik) und Investitionskosten (verschiedene Quellen und Interpolation) – insgesamt ausfallen und welche Eigenanteile daraus resultieren, zeigt Tabelle 2.14. Zusätzlich sind noch weitere individuelle Zusatzleistungen gemäß §88 SGB XI möglich, die gesondert abgerechnet werden und entsprechend den Eigenanteil erhöhen.

Der größte Anteil des Gesamtheimentgelts entfällt auf die Pflegekosten. Da die diesbezüglichen Pflegeversicherungsleistungen für die Pflegestufen I und II bis 2015 nicht angepasst wurden, die Pflegesätze hingegen gestiegen sind, stieg der Eigenanteil immer weiter an. 2017 liegt der Eigenanteil am Pflegesatz für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 bei etwa 628 Euro (Tabelle 2.14). Insgesamt müssen vom Pflegebedürftigen monatlich im Durchschnitt 1.744 Euro für die stationäre Versorgung aufgebracht werden.

Eigenanteile an Pflegekosten: 628 €

Tabelle 2.14: Entwicklung der monatlichen Pflegekosten, Versicherungsleistungen und Eigenanteile in der stationären Pflege

Jahr	Pflegestufe / ab 2017 Pflegegrad	(1) Pflegekosten	(2) Unterkunft und Verpflegung	(3) Investitionskosten	(4) = (1) + (2) + (3) Gesamtheim-entgelt	(5) Versicherungsleistung	(6) = (1) - (5) Eigenanteil Pflegekosten	(7) = (4) - (5) Eigenanteil insgesamt
1999	I	1.166	560	293	2.018	1.023	143	995
	II	1.523	560	293	2.376	1.279	244	1.097
	III	1.990	560	293	2.842	1.432	558	1.410
2001	I	1.186	578	332	2.095	1.023	163	1.072
	II	1.581	578	332	2.491	1.279	302	1.212
	III	2.006	578	332	2.916	1.432	574	1.484
2003	I	1.246	578	360	2.184	1.023	223	1.161
	II	1.672	578	360	2.609	1.279	393	1.330
	III	2.098	578	360	3.035	1.432	666	1.603
2005	I	1.277	578	376	2.230	1.023	254	1.207
	II	1.702	578	376	2.656	1.279	423	1.377
	III	2.128	578	376	3.082	1.432	696	1.650
2007	I	1.307	608	387	2.302	1.023	284	1.279
	II	1.733	608	387	2.727	1.279	454	1.448
	III	2.158	608	387	3.153	1.432	726	1.721
2009	I	1.362	617	397	2.376	1.023	339	1.353
	II	1.792	617	397	2.807	1.279	513	1.528
	III	2.249	617	397	3.263	1.470	779	1.793
2011	I	1.369	629	408	2.406	1.023	346	1.383
	II	1.811	629	408	2.848	1.279	532	1.569
	III	2.278	629	408	3.314	1.510	768	1.804
2013	I	1.414	651	418	2.484	1.023	391	1.461
	II	1.875	651	418	2.945	1.279	596	1.666
	III	2.365	651	418	3.435	1.550	815	1.885
2015	I	1.490	681	416	2.587	1.064	426	1.523
	II	1.973	681	416	3.069	1.330	643	1.739
	III	2.485	681	416	3.581	1.612	873	1.969

Jahr	Pflegestufe / ab 2017 Pflegegrad	(1) Pflegekosten	(2) Unterkunft und Verpflegung	(3) Investitionskosten	(4) = (1) + (2) + (3) Gesamtheimanteil	(5) Versicherungsleistung	(6) = (1) – (5) Eigenanteil Pflegekosten	(7) = (4) – (5) Eigenanteil insgesamt
2017	1	1.107	714	401	2.222	125	982	2.097
	2	1.402	714	401	2.517	770	632	1.747
	3	1.890	714	401	3.006	1.262	628	1.744
	4	2.400	714	401	3.515	1.775	625	1.740
	5	2.633	714	401	3.749	2.005	628	1.744

Quelle: Augurzky et al. (2007); Meißner (2014); Rothgang et al. (2017, S. 29); Schmidt & Schneekloth (2011, S. 157); Schneekloth & von Törne (2007, S. 154); Statistisches Bundesamt (2001a, 2003, 2005, 2007, 2008, 2011, 2013, 2015, 2017, 2018c) und eigene Berechnungen

2.2.3 Pflegepersonen

Pflegepersonen im Sinne des SGB XI sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 SGB XI in seiner häuslichen Umgebung pflegen (§ 19 SGB XI). Zur Erfassung der Zahl der Pflegepersonen gibt es keine amtlichen Statistiken. Dennoch lassen sich anhand verschiedener Datenquellen Schätzungen und Beschreibungen vornehmen.

Schätzungen zur Gesamtzahl der an der Pflege beteiligten Privatpersonen kommen auf etwa doppelt so viele Pflegepersonen wie Pflegebedürftige im häuslichen Setting. Auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) werden für das Jahr 2015 rund 4,6 Millionen Pflegepersonen bei ausgewiesenen 2,2 Millionen Pflegebedürftigen geschätzt (Rothgang et al., 2017, S. 144 f.). Nach der TNS-Studie von 2016 werden 32 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause von nur einer Person versorgt, 28 Prozent von zwei Personen, 15 Prozent von drei Personen und 16 Prozent von vier oder mehr Personen (Schneekloth et al., 2017, S. 53). Berücksichtigt man im letzten Fall nur vier Pflegenden, dann resultiert daraus eine fast genau doppelt so große Zahl an Pflegepersonen wie Pflegebedürftige (197 Prozent).

Zur Verbesserung der sozialen Sicherung entrichtet die Pflegeversicherung Beiträge an die Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden

wöchentlich erwerbstätig ist und eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrads 2 bis 5 in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig für wenigstens zehn Stunden wöchentlich pflegt (§ 44 SGB XI). Bis Ende 2016 mussten 14 Stunden Pflege nachgewiesen sein. Ein Beitragsanspruch besteht nur, solange noch keine Vollrente wegen Alters bezogen wird und die Regelaltersgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung noch nicht erreicht wurde.

Rentenversicherungsbeiträge für 527.375 Pflegepersonen

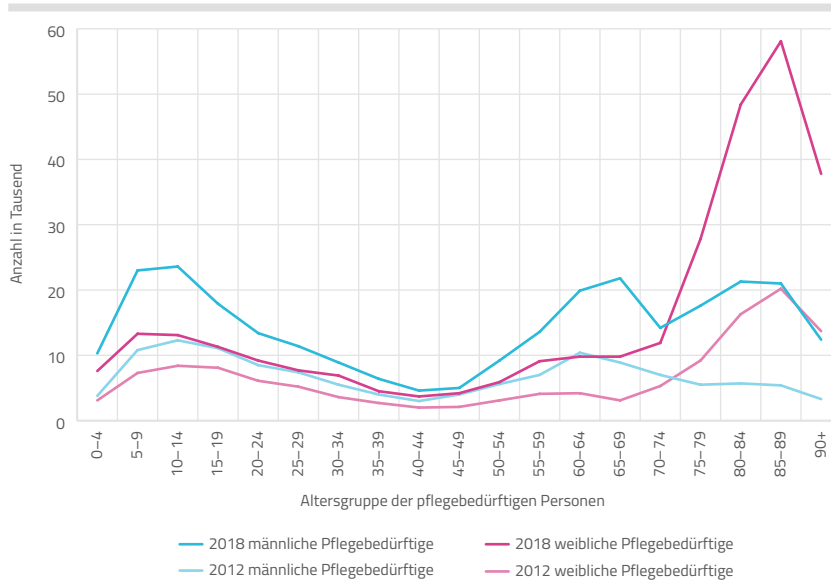
Die zum Jahresende ermittelten Zahlen der pflichtversicherten Pflegepersonen schwanken in der Zeit von 2004 bis 2016 zwischen 270.000 und 314.000. Zum 31. Dezember 2017 wurden 527.375 Pflegepersonen ermittelt (DRV, 2019). Die jährliche Beitragssumme, die in den Jahren 2002 bis 2016 stets bei 0,9 bis 1,0 Milliarden Euro lag, stieg im Jahr 2017 auf 1,5 Milliarden Euro und im Jahr 2018 auf 2,1 Milliarden Euro (BMG, 2019d, 9).

Aus den zur Verfügung gestellten Routinedaten der BARMER lässt sich nicht herauslesen, welche Merkmale die pflichtversicherten Pflegepersonen haben. Es lässt sich aber feststellen, für welche Pflegebedürftigen sich im Zuge der gesetzlichen Änderungen eine bessere Absicherung der Pflegepersonen ergeben hat. Insgesamt ergeben sich auf Grundlage der Hochrechnungen der BARMER-Daten für das Jahr 2012 monatlich durchschnittlich 257.000 Leistungsempfänger von Rentenversicherungsbeiträgen und für das Jahr 2018 durchschnittlich 575.000. Das entspricht insgesamt etwa dem Trend der Zahlen der Rentenversicherung. Bezogen auf alle häuslich versorgten Pflegebedürftigen ist der Anteil damit von 17,4 Prozent im Jahr 2012 auf 25,3 Prozent im Jahr 2018 gestiegen.

Wie in Abbildung 2.14 zu sehen ist, gibt es bei den Pflegebedürftigen verschiedene Altersgruppen, in denen auch schon im Jahr 2012 für mehr Pflegepersonen Rentenversicherungsbeiträge von der Pflegekasse gezahlt wurden. Dazu gehören allein schon aufgrund der hohen Fallzahl die hochaltrigen Pflegebedürftigen (vergleiche Kapitel 2.1.1). Relativ zur Fallzahl der Pflegebedürftigen in diesen Altersgruppen ist aber die Zahl der pflichtversicherten Pflegepersonen gering. Verglichen mit 249.000 Pflegebedürftigen in häuslicher Versorgung im Alter von 80 bis 84 Jahren finden sich für das Jahr 2012 nur 22.000 abgesicherte Pflegepersonen. Dies ist ein Anteil von 8,8 Prozent. Trotz nur 31.800 häuslich versorgter Pflegebedürftiger im Alter von 10 bis 14 Jahren sind im Jahr 2012 mit 21.000

fast zwei Drittel so viele Pflegepersonen pflichtversichert. Diese hohe Relation bei jungen Pflegebedürftigen ist im Jahr 2018 im vergleichbaren Ausmaß erhalten geblieben, während der Anteil bei den 80- bis 84-jährigen Pflegebedürftigen auf 17,8 Prozent gestiegen ist. Dieses Ergebnis spricht dafür, dass insbesondere die Pflege des Partners oder der Eltern im höheren Alter nun besser abgesichert und honoriert ist.

Abbildung 2.14: Anzahl monatlicher Beitragszahlungen zur Rentenversicherung für Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht der Pflegebedürftigen – 2012 und 2018



Quelle: BARMER-Daten 2012–2018, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Pflegepersonen, die abhängig beschäftigt sind, können gegebenenfalls eine bis zu sechsmonatige Pflegezeit in Anspruch nehmen. Seit 2015 gilt ein Rechtsanspruch auf teilweise Freistellung von bis zu 24 Monaten, die sogenannte Familienpflegezeit. Hierbei ist die Reduktion der Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden pro Woche möglich, um die Erwerbsarbeit mit der Pflege in häuslicher Umgebung besser vereinbaren zu können. Nach § 44a SGB XI besteht dazu ein Anspruch auf Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung bei Pflegezeit oder kurzzeitiger Arbeitsverhinderung durch die Pfl egetätigkeit. Diese müssen allerdings beantragt werden.

Die Inanspruchnahme dieser Beitragszahlungen ist in der Summe minimal. Beitragszahlungen zur Kranken- oder Pflegeversicherung erfolgen in den Jahren 2012 bis 2018 mit leicht steigender Tendenz für 140 bis 230 Personen im durchschnittlichen Monat. Insgesamt ist somit die Unterstützung durch die Leistungen nach dem Pflegezeitgesetz nicht so angenommen worden wie erhofft.

2.2.4 Fazit zur Leistungserbringung

Etwa die Hälfte der Pflegebedürftigen wird im häuslichen Umfeld durch Angehörige, aber ohne Beteiligung zugelassener Pflegedienste oder in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen gepflegt. Die andere Hälfte wird zu etwa gleichen Teilen im häuslichen Umfeld mit Unterstützung ambulanter Pflegedienste oder im Pflegeheim versorgt.

Die Zahl der **ambulant**en **Pflegedienste** hat zwischen 1999 und 2017 um 29,9 Prozent zugenommen und die Zahl der Beschäftigten, gemessen in VZÄ, darin sogar um 120,4 Prozent. Damit sind die Einrichtungen im Durchschnitt größer geworden und die Zahl der Beschäftigten ist stärker gestiegen als die Zahl der Pflegebedürftigen mit Sachleistungsbezug.

Auch in der **stationären Versorgung** gab es eine Ausweitung der Kapazitäten. Die Zahl der Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege stieg vor allem in der Zeit von 1999 bis 2011 und stagniert seither. Das feste Angebot an Kurzzeitpflege stagniert seit Beginn an. In den Jahren seit 2007 steigt vor allem die Zahl der Einrichtungen, die Tages- oder Nachtpflege anbieten, von 1.800 auf 4.500 im Jahr 2017. Die Kapazitäten in der stationären Versorgung sind gemessen in Beschäftigten um 73,4 Prozent und gemessen in VZÄ um 62,4 Prozent gestiegen. Damit hat sich auch in dieser Versorgungsart die Betreuungsrelation verbessert, da die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege nur um 45,4 Prozent gestiegen ist. Die Zahl der Plätze im Pflegeheim steigt hingegen in vergleichbarer Weise wie die Zahl der Pflegebedürftigen im Pflegeheim.

Die durchschnittlichen monatlichen **Gesamtheimentgelte** lagen für Pflegegrad 1 im Jahr 2017 bei 2.222 Euro. Bei Pflegegrad 5 fielen im Durchschnitt 3.749 Euro an. Waren bei Einführung der Pflegeversicherung die Versicherungsleistungen noch teilweise ausreichend, um die Pflegesätze zu decken, sind im Jahr 2015 bereits durchschnittliche

Eigenanteile von 426 Euro (Pflegestufe I) bis 873 Euro (Pflegestufe III) allein für die Pflegeleistungen zu verzeichnen. Die Eigenanteile, die von den Pflegebedürftigen insgesamt zu erbringen sind (einschließlich Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten), lagen im Jahr 2015 sogar zwischen 1.520 Euro (Pflegestufe I) und 1.966 Euro (Pflegestufe III). Durch das PSG II sind einheitliche, pflegebedingte Eigenanteile für die Pflegegrade 2 bis 5 eingeführt worden. Diese liegen im Jahr 2017 bei durchschnittlich 628 Euro. Der gesamte Eigenanteil liegt bei durchschnittlich 1.744 Euro.

Es gibt etwa doppelt so viele **Pflegepersonen** wie Pflegebedürftige in der häuslichen Versorgung. Eine soziale Absicherung der Pflegepersonen ist aber nicht obligatorisch. Durch die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen und mit der Absenkung der Hürden durch das PSG II von 14 Stunden auf zehn Stunden wöchentliche Pflege hat sich allerdings die Zahl der Pflegepersonen, für die Rentenversicherungsbeiträge gezahlt werden, im Vergleich zum Jahr 2012 mehr als verdoppelt. Rentenversicherungsbeiträge wurden im Durchschnittsmonat im Jahr 2018 inzwischen für rund 575.000 Pflegepersonen gezahlt.

2.3 Finanzierung

Die soziale Pflegeversicherung (SPV) deckt nur einen Teil der durch die Pflegebedürftigkeit entstehenden Kosten. Daneben tragen auch andere kollektive Sicherungssysteme (private Pflegepflichtversicherung, Sozialhilfe und Kriegsopferfürsorge) und Eigenmittel der Betroffenen zur Finanzierung von Pflegebedürftigkeit bei. In diesem Kapitel wird daher zunächst ein Überblick über die Finanzentwicklung der quantitativ bedeutendsten gemeinschaftlichen Finanzierungsträger, nämlich der sozialen Pflegeversicherung (Kapitel 2.3.1), der privaten Pflegepflichtversicherung (Kapitel 2.3.2) und der Sozialhilfe (Kapitel 2.3.3) gegeben, bevor in einem Überblick über die gesamte Finanzierung von Leistungsausgaben im Bereich der Langzeitpflege zusätzlich auch auf die Kriegsopferfürsorge und die privaten Ausgaben eingegangen wird (Kapitel 2.3.4).

Beitragssatz zur SPV
beträgt 3,05 % (3,3 %
für Kinderlose)

2.3.1 Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

Die Einnahmen der SPV resultieren fast ausschließlich aus Beiträgen, die im Umlageverfahren aufgebracht werden. Wie Tabelle 2.15 zeigt, haben sich die Einnahmen der SPV in diesem Jahrtausend schon mehr als verdoppelt, von 16,54 Milliarden Euro im Jahr 2000 auf 37,72 Milliarden Euro im Jahr 2018. Die Anstiege sind primär auf mehrere Anhebungen des Beitragssatzes zurückzuführen. Der erste Beitragsanstieg von 1,0 Prozent auf 1,7 Prozent erfolgte schon im Juli 1996 zur Finanzierung der dann eingeführten stationären Pflege und war bereits bei Einführung der Pflegeversicherung geplant. Bis zum Jahr 2008 blieb der allgemeine Beitragssatz konstant, allerdings wurde mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3448) ab dem 1. Januar 2005 ein Zusatzbeitragssatz für Kinderlose in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten eingeführt. Im Rahmen des PFWG wurde der Beitragssatz zum 1. Juli 2008 um 0,25 Prozentpunkte von 1,70 Prozent auf 1,95 Prozent (2,20 Prozent für Kinderlose) erhöht. Ab dem 1. Januar 2013 lag der Beitragssatz bei 2,05 Prozent (für Kinderlose bei 2,3 Prozent), und zum 1. Januar 2015 ist der Beitragssatz um weitere 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 Prozent (2,60 Prozent für Kinderlose) angehoben worden. Mit Inkrafttreten des PSG II zum 1. Januar 2017 stieg der Beitragssatz auf dann 2,55 Prozent (2,8 Prozent für Kinderlose) und zum 1. Januar 2019 auf 3,05 Prozent (3,3 Prozent für Kinderlose).

SPV-Ausgaben von
41,27 Mrd. €

Die Ausgaben sind von 16,67 Milliarden Euro im Jahr 2000 auf 41,27 Milliarden Euro im Jahr 2018 gestiegen. Bei den Ausgaben handelt es sich ganz überwiegend um Leistungsausgaben; der Anteil der Verwaltungskosten (1,14 Milliarden Euro) lag im Jahr 2018 bei lediglich 2,7 Prozent der Gesamtausgaben. Selbst wenn die Kosten des MDK (0,45 Milliarden Euro) hinzugerechnet werden, liegt der Ausgabenanteil, der nicht für Leistungen verwendet wird, immer noch bei nur 3,9 Prozent (Tabelle 2.15).

Die Ausgabensteigerungen des Jahres 2017 von rund 7,5 Milliarden Euro sind vor allem auf die Umsetzung des PSG II zurückzuführen (Rothgang & Müller, 2018, S. 27; Schwinger et al., 2018b). Auch die im Vergleich dazu moderaten Ausgabensteigerungen in den Jahren 2008 bis 2015 sind insbesondere auf sozialrechtliche Veränderungen zurückzuführen, vor allem auf die Anhebung der Leistungssätze zum 1. Juli 2008, zum 1. Januar 2010 und zum 1. Januar 2012 sowie auf die Leistungsausdehnung (2008) beziehungsweise die Schaffung neuer Leistungstatbestände (2013) für PEA. Entsprechend sind die Ausgaben

für zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI) von null im Jahr 2001 auf 1,63 Milliarden Euro im Jahr 2018 gestiegen. Ebenfalls neu entstanden sind die Ausgaben für stationäre Vergütungszuschläge (für zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 43b SGB XI, bis zum PSG II: § 87b SGB XI), die im Jahr 2018 eine Summe von 1,37 Milliarden Euro erreichten.

Der größte Teil der Leistungsausgaben entfällt auf die Leistungen bei vollstationärer Pflege, deren Anteil an den Leistungsausgaben aber (inklusive der Leistungen nach § 43b SGB XI) von 48,3 Prozent im Jahr 2001 auf 37,4 Prozent im Jahr 2018 gesunken ist. Neben dem seit dem Jahr 2007 sinkenden Anteil vollstationär versorgter Pflegebedürftiger ist hierfür die fehlende Dynamisierung der Leistungen in den Pflegestufen I und II in den Dynamisierungsrunden der Jahre 2008, 2010 und 2012 verantwortlich. Die Ausgaben für Pflegegeld betragen zuletzt 28,4 Prozent und für Pflegesachleistungen 12,5 Prozent der Leistungsausgaben. Im Jahr 2015 wurden zudem erstmals 1,10 Milliarden Euro dem Pflegevorsorgefonds zugeführt. Nach vier Jahren beläuft sich dessen Mittelbestand nun auf 5,17 Milliarden Euro (Tabelle 2.15).

Nachdem die soziale Pflegeversicherung seit dem Jahr 2008 durchgängig einen Liquiditätsüberschuss erzielt hat, ist mit der Umsetzung des PSG II im Jahr 2017 ein Defizit von 2,42 Milliarden Euro entstanden, das aufgrund der guten Konjunkturlage allerdings sogar noch etwas niedriger ausgefallen ist als vorausberechnet (Rothgang et al., 2016a, S. 50f.). Im Jahr 2018 lag das Defizit dann schon bei 3,55 Milliarden Euro (Tabelle 2.15), so dass der Beitragssatz zum 1. Januar 2019 erneut um 0,5 Beitragssatzpunkte angehoben werden musste, um ein weiteres Defizit für 2019 zu vermeiden.

Tabelle 2.15: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Einnahmen	in Milliarden Euro							
Beitragseinnahmen	8,31	11,90	15,77	15,80	16,13	16,31	16,56	16,76
sonstige Einnahmen	0,09	0,14	0,17	0,20	0,19	0,23	0,25	0,22
Einnahmen insgesamt	8,40	12,04	15,94	16,00	16,32	16,54	16,80	16,98
Ausgaben	in Milliarden Euro							
Leistungsausgaben	4,42	10,25	14,34	15,07	15,55	15,86	16,03	16,47
Geldleistung	3,04	4,44	4,32	4,29	4,24	4,18	4,11	4,18
Pfllegesachleistung	0,69	1,54	1,77	1,99	2,13	2,23	2,29	2,37
Verhinderungspflege	0,13	0,13	0,05	0,06	0,07	0,10	0,11	0,13
Tages-/Nachtpflege	0,01	0,03	0,04	0,04	0,05	0,06	0,07	0,08
ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Kurzzeitpflege	0,05	0,09	0,10	0,11	0,12	0,14	0,15	0,16
soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,31	0,93	1,18	1,15	1,13	1,07	0,98	0,96
Hilfsmittel/Wohnumfeldverbesserung	0,19	0,39	0,32	0,36	0,40	0,36	0,31	0,33
vollstationäre Pflege	0,00	2,69	6,41	6,84	7,18	7,47	7,75	8,00
vollstationäre Pflege in Behinderteneinrichtungen	0,00	0,00	0,13	0,22	0,20	0,21	0,21	0,21
stationäre Vergütungszuschläge	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pflegeberatung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
sonstige Leistungsausgaben	0,00	0,01	0,01	0,01	0,02	0,04	0,04	0,04
Kostenanteil Medizinischer Dienst	0,23	0,24	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25	0,26
Verwaltungsausgaben	0,32	0,36	0,56	0,56	0,55	0,56	0,57	0,58
sonstige Ausgaben	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,06
Ausgaben insgesamt	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87	17,36
Liquidität	in Milliarden Euro							
Überschuss der Einnahmen	3,44	1,18	0,81	0,13	-0,03	-0,13	-0,06	-0,38
Investitionsdarlehen an den Bund	-0,56							0,56
Mittelbestand am Jahresende	2,87	4,05	4,86	4,99	4,95	4,82	4,76	4,93
in Monatsausgaben laut Haushaltsplänen der Kassen	3,93	2,96	3,77	3,70	3,61	3,37	3,27	3,34

Tabelle 2.15: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Fortsetzung I)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Einnahmen	in Milliarden Euro							
Beitragseinnahmen	16,61	16,64	17,38	18,36	17,86	19,61	21,19	21,64
sonstige Einnahmen	0,25	0,23	0,12	0,13	0,16	0,16	0,12	0,14
Einnahmen insgesamt	16,86	16,87	17,49	18,49	18,02	19,77	21,31	21,78
Ausgaben	in Milliarden Euro							
Leistungsausgaben	16,64	16,77	16,98	17,14	17,45	18,20	19,33	20,43
Geldleistung	4,11	4,08	4,05	4,02	4,03	4,24	4,47	4,67
Pfllegesachleistung	2,38	2,37	2,40	2,42	2,47	2,60	2,75	2,91
Verhinderungspflege	0,16	0,17	0,19	0,21	0,24	0,29	0,34	0,40
Tages-/Nachtpflege	0,08	0,08	0,08	0,09	0,09	0,11	0,15	0,18
ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen	0,01	0,02	0,02	0,03	0,03	0,06	0,19	0,28
Kurzzeitpflege	0,16	0,20	0,21	0,23	0,24	0,27	0,31	0,34
soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,95	0,93	0,90	0,86	0,86	0,87	0,88	0,88
Hilfsmittel/ Wohnumfeldverbesserung	0,31	0,30	0,32	0,33	0,36	0,40	0,38	0,38
vollstationäre Pflege	8,20	8,35	8,52	8,67	8,83	9,05	9,29	9,56
vollstationäre Pflege in Behinderteneinrichtungen	0,23	0,23	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25	0,26
stationäre Vergütungszuschläge	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21	0,45
Pflegeberatung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,04	0,07
sonstige Leistungsausgaben	0,04	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,06	0,06
Kostenanteil Medizinischer Dienst	0,26	0,27	0,28	0,27	0,27	0,28	0,31	0,30
Verwaltungsausgaben	0,59	0,58	0,59	0,62	0,62	0,65	0,68	0,71
sonstige Ausgaben	0,06	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ausgaben insgesamt	17,56	17,69	17,86	18,03	18,34	19,14	20,33	21,45
Liquidität	in Milliarden Euro							
Überschuss der Einnahmen	-0,69	-0,82	-0,36	0,45	-0,32	0,63	0,99	0,34
Mittelbestand am Jahresende	4,24	3,42	3,05	3,50	3,18	3,81	4,80	5,13
in Monatsausgaben laut Haushaltsplänen der Kassen	2,82	2,27	2,01	2,29	2,06	2,33	2,78	2,87

Tabelle 2.15: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Fortsetzung II)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Einnahmen	in Milliarden Euro							
Beitragseinnahmen	22,13	22,92	24,86	25,83	30,61	31,96	36,04	37,65
sonstige Einnahmen	0,11	0,13	0,09	0,08	0,08	0,07	0,06	0,07
Einnahmen insgesamt	22,24	23,05	24,96	25,91	30,69	32,03	36,10	37,72
Ausgaben	in Milliarden Euro							
Leistungsausgaben	20,89	21,86	23,17	24,24	26,64	28,29	35,54	38,25
Geldleistung	4,74	5,08	5,69	5,94	6,46	6,84	9,99	10,88
Pflegesachleistung	2,98	3,11	3,37	3,56	3,70	3,83	4,50	4,78
Verhinderungspflege	0,44	0,50	0,59	0,68	0,88	1,05	1,12	1,25
Tages-/Nachtpflege	0,21	0,25	0,28	0,31	0,41	0,52	0,68	0,80
ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen	0,33	0,38	0,44	0,48	0,68	1,01	1,23	1,63
Kurzzeitpflege	0,35	0,38	0,41	0,43	0,50	0,57	0,60	0,65
soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,87	0,89	0,88	0,94	0,96	0,99	1,54	2,10
Hilfsmittel/ Wohnumfeldverbesserung	0,34	0,36	0,44	0,53	0,76	0,81	0,88	1,06
vollstationäre Pflege	9,71	9,96	10,06	10,26	10,74	10,91	13,00	12,95
vollstationäre Pflege in Behinderteneinrichtungen	0,26	0,26	0,26	0,27	0,28	0,29	0,40	0,44
stationäre Vergütungszuschläge	0,50	0,54	0,58	0,63	1,03	1,23	1,31	1,37
Pflegeberatung	0,08	0,07	0,07	0,08	0,09	0,09	0,09	0,13
sonstige Leistungsausgaben	0,06	0,08	0,11	0,12	0,14	0,16	0,20	0,22
Kostenanteil Medizinischer Dienst	0,32	0,34	0,36	0,37	0,37	0,39	0,42	0,45
Verwaltungsausgaben	0,71	0,75	0,79	0,84	0,89	1,02	1,18	1,14
Zuführung zum Pflegevorsorgefonds					1,10	1,29	1,36	1,41
sonstige Ausgaben	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
Ausgaben insgesamt	21,93	22,94	24,33	25,45	29,01	31,00	38,52	41,27
Liquidität	in Milliarden Euro							
Überschuss der Einnahmen	0,31	0,10	0,63	0,46	1,68	1,03	-2,42	-3,55
Mittelbestand am Jahresende	5,45	5,55	6,17	6,63	8,31	9,34	6,92	3,37
in Monatsausgaben laut Haushaltsplänen der Kassen	2,93	2,86	3,00	3,12	3,51	3,80	2,17	1,02
nachrichtlich: Mittelbestand Pflegevorsorgefonds					1,09	2,44	3,83	5,17

Quelle: BMG (2019a)

2.3.2 Private Pflegeversicherung

Im Jahr 2017 waren 9,3 Millionen Menschen in Deutschland privat pflichtversichert (PKV, 2018b, 31). Das entspricht bei einer Bevölkerung von 82,8 Millionen Menschen (Statistisches Bundesamt, 2019b) einem Anteil von 11,2 Prozent privat Pflegepflichtversicherten an der Bevölkerung. Wegen der unterschiedlichen Finanzierungsverfahren von sozialer Pflegeversicherung (Umlageverfahren) und privater Pflegepflichtversicherung (Kapitaldeckungsverfahren) ist ein Vergleich der beiden Versicherungszweige nur eingeschränkt möglich. Im Folgenden werden daher nur wenige zentrale Kennzahlen der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) beschrieben.

Die jährlichen Einnahmen der privaten Pflegepflichtversicherung erreichten nach einem Anstieg in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1997 mit 2,17 Milliarden Euro ihren ersten Höhepunkt, gingen anschließend bis zum Jahr 2003 zurück und lagen bis 2007 nahezu konstant bei 1,87 Milliarden Euro (Tabelle 2.16). Diese Entwicklung ist insbesondere durch Prämienreduktionen bei steigender Versichertenzahl verursacht. Ab dem Jahr 2008 kam es bei geringfügigen Schwankungen zu einem Anstieg der Beitragseinnahmen auf 2,0 bis 2,2 Milliarden Euro. Die Beitragseinnahmen bewegten sich bis 2016 in diesem Korridor. Im Zuge deutlicher Prämien erhöhungen im Jahr 2017 erhöhten sich die Beitragseinnahmen auf knapp 2,6 Milliarden Euro.

Die Ausgaben für Versicherungsleistungen bleiben im gesamten Zeitraum deutlich unter den Einnahmen; sie sind aber relativ stärker gestiegen. Ausgehend von rund 450 Millionen Euro in den Jahren 1997 und 1998 haben sie sich bis 2007 kontinuierlich erhöht. In den letzten Jahren erfolgten sprunghafte Anstiege der Leistungsausgaben insbesondere in den Jahren der Pflegereformen (2008, 2013, 2015 und schließlich 2017), so dass sich die Ausgaben zwischen 2008 und 2017 mehr als verdoppelt haben. Insgesamt 34,5 Milliarden Euro Altersrückstellungen wurden seit Beginn der Pflegeversicherung angesammelt (Tabelle 2.16).

34,5 Mrd. € Altersrück-
stellungen

Tabelle 2.16: Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung in Millionen Euro

Jahr	Beitrags- einnahmen	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in Prozent	Versicherungs- leistungen	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in Prozent	Altersrück- stellungen
1995	1.253,0		92,8		521,5
1996	1.697,0	35,4	300,8	224,1	1.356,9
1997	2.166,5	27,7	446,8	48,5	2.543,2
1998	2.149,1	-0,8	449,8	0,7	3.486,0
1999	1.974,5	-8,1	462,9	2,9	5.316,4
2000	2.008,6	1,7	471,1	1,8	6.532,6
2001	1.955,1	-2,7	486,1	3,2	8.585,8
2002	1.985,2	1,5	496,9	2,2	9.889,5
2003	1.847,9	-6,9	517,9	4,2	11.797,7
2004	1.871,4	1,3	528,5	2,0	12.956,7
2005	1.867,5	-0,2	549,8	4,0	14.623,2
2006	1.871,3	0,2	563,8	2,5	15.871,4
2007	1.882,9	0,6	578,1	2,5	17.150,5
2008	1.970,2	4,6	617,7	6,9	19.188,2
2009	2.074,2	5,3	667,7	8,1	20.401,2
2010	2.096,0	1,1	698,8	4,7	22.534,0
2011	2.105,1	0,4	720,5	3,1	24.022,8
2012	2.010,7	-4,5	779,3	8,2	25.708,3
2013	2.062,1	2,6	857,1	10,0	27.108,5
2014	2.013,6	-2,4	880,1	2,7	28.486,9
2015	2.196,1	9,1	967,8	10,0	31.038,3
2016	2.165,1	-1,4	1.049,6	8,5	32.554,7
2017	2.594,5	19,8	1.286,1	22,5	34.481,6

Quelle: PKV (2006, 2012, 2018b); eigene Berechnungen

2.3.3 Sozialhilfe

Rund acht Prozent der Pflegebedürftigen bezogen im Jahr 2017 Leistungen der „Hilfe zur Pflege“ nach §§ 61 ff. SGB XII. Dabei ist dieser Anspruch grundsätzlich nachrangig zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

Ein Ziel der Einführung der Pflegeversicherung war die Reduktion der Zahl der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ und eine damit verbundene Ausgabenreduktion der Sozialhilfeträger. Tatsächlich hat sich die Zahl der Leistungsempfänger von 373.000 im Jahr 1995 auf 222.000 im Jahr 1998 um mehr als ein Drittel reduziert. In den Folgejahren stieg die Empfängerzahl wieder an und lag im Zeitraum von 2012 bis 2016 im Bereich von 339.000 bis 347.000. Im Jahr 2017 sanken die Zahlen im Zuge der Leistungsausweitungen der Pflegeversicherung deutlich ab (Tabelle 2.17).

Die Nettoausgaben reduzierten sich in den Anfangsjahren noch deutlicher als die Zahl der Empfänger der Leistungen. Die Nettoausgaben sanken zunächst von 6,264 Milliarden Euro auf 2,284 Milliarden Euro, stiegen dann aber wieder kontinuierlich an. Erst mit dem Jahr 2017 kam es wieder zu einer merklichen Reduktion von 3,796 Milliarden Euro auf 3,391 Milliarden Euro.

Durchgängig 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 in den Jahren 1995 bis 2016 von rund 23 Prozent auf rund 27 Prozent gestiegen.

Die Summen der Nettoausgaben 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) auf etwa 1 : 3 (2017) gesunken.

Der Anteil der Sozialhilfeempfänger an allen Pflegeheimbewohnern ist – bei leichten Schwankungen – seit Ende des letzten Jahrhunderts bis heute mit rund 30 Prozent weitgehend konstant geblieben. Auf 100 Pflegebedürftige, die durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden, kamen über die Jahre hingegen nur gut 13 Personen, die „Hilfe zur Pflege“ außerhalb von Einrichtungen in Anspruch nehmen. Im Jahr 2017 hat sich dieser Anteil deutlich, auf knapp sieben Prozent reduziert (Vergleich von Tabelle 2.3 mit Tabelle 2.17).

Tabelle 2.17: Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege“ – Empfänger und Nettoausgaben

Jahr	Anzahl der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ am 31. Dezember in Tausend			Nettoausgaben im Berichtsjahr für „Hilfe zur Pflege“ in Millionen Euro		
	insgesamt ¹	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	412	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 ²	257	58	200	2.611	547	2.064
2006 ²	269	59	211	2.530	601	1.929
2007 ²	262	62	201	2.666	624	2.043
2008 ²	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	851	2.394
2013	342	97	247	3.339	859	2.479
2014	350	99	253	3.502	903	2.599
2015	349	99	252	3.569	976	2.593
2016	347	95	253	3.796	1.038	2.759
2017 ³	287	55	234	3.391	939	2.453

¹ Abweichungen durch Mehrfachzählungen

² Für die Jahre 2005 bis 2008 gab es Schätzwerte für Bremen sowie 2007 eine Untererfassung in Nordrhein-Westfalen und im Saarland.

³ Empfängerzahl ohne diejenigen, für die kein abgeschlossenes Verfahren zur Ermittlung des Pflegegrads vorliegt. Hiervon betroffen sind circa 15.000 Personen. Die Ausgaben sind davon unbeeinflusst.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2018a, 2018b, 2019a, 2019e)

2.3.4 Finanzierung im Überblick

Abschließend gibt dieses Kapitel einen Überblick über die zuvor genannten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit im Jahr 2017. Zusätzlich zu den bisher behandelten Kostenträgern werden die Ausgaben der Kriegsopferfürsorge und die privaten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Es handelt sich hierbei nur um die Ausgaben für die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit und nicht um die Gesamtausgaben für die Pflegebedürftigen. Ausgaben, die etwa in der Krankenversicherung für Pflegebedürftige anfallen, werden hier nicht berücksichtigt. Differenziert wird zwischen öffentlichen und privaten Ausgaben. Die PPV wird für den Zweck dieser Übersicht dem öffentlichen Sektor zugerechnet, da auch sie per Gesetz gegründet wurde, sie in Bezug auf die Sozialversicherung eine substitutive Funktion hat 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 mit dem zu tragenden Anteil pro Kopf an den Pflegekosten, die nicht von der Pflegeversicherung getragen werden, multipliziert.

Von den privat getragenen Pflegekosten in der stationären Pflege wurden anschließend die Nettoausgaben der Sozialhilfe für die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen abgezogen. Für die häusliche Pflege können die privaten Ausgaben nur geschätzt werden. Werden die auf Basis einer Repräsentativbefragung erhobenen, regelmäßig im Monat privat getragenen Kosten, die im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit entstehen, von durchschnittlich 269 Euro (Stand: 2016) (Schneekloth et al., 2017, S. 158 f.) mit der Zahl der Leistungsempfänger am Jahresende 2017 multipliziert, ergeben sich Ausgaben von insgesamt 8,38 Milliarden Euro. Nach Abzug der Nettoaufwendungen für die „Hilfe zur Pflege“ außerhalb von Einrichtungen von 939 Millionen Euro (Tabelle 2.17) verbleibt ein Betrag von 7,44 Milliarden Euro (Tabelle 2.18).

Tabelle 2.18: Leistungsausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2017

Ausgabenträger	in Milliarden Euro	Anteil an öffentlichen/ privaten Ausgaben in Prozent	Anteil an den Gesamtausgaben in Prozent
öffentliche Ausgaben	40,98	100,0	78,6
soziale Pflegeversicherung	35,54	86,7	68,1
private Pflegepflichtversicherung	1,28	3,1	2,5
Beamtenbeihilfe ¹⁾	0,64	1,6	1,2
Sozialhilfe	3,39	8,3	6,5
Kriegsopferfürsorge ²⁾	0,13	0,3	0,2
private Ausgaben ³⁾	11,19	100,0	21,4
Pflegeheim ⁴⁾	3,75	33,5	7,2
häusliche Pflege ⁵⁾	7,44	66,5	14,3
gesamt	52,17		100,0

¹⁾ geschätzt als 50 Prozent der PPV-Ausgaben – siehe Text

²⁾ Werte der Kriegsopferfürsorge für das Jahr 2016

³⁾ Schätzwerte, basierend auf Personenzahlen vom 31. Dezember 2017 und – bei der häuslichen Pflege – Befragungswerten aus dem Jahr 2017

⁴⁾ Pflegekosten im Pflegeheim abzüglich Pflegeversicherungsleistungen und abzüglich „Hilfe zur Pflege“ im stationären Bereich im Berichtsjahr 2017

⁵⁾ privat getragene Pflegekosten abzüglich „Hilfe zur Pflege“ im ambulanten Bereich im Berichtsjahr 2017

Quelle: Kriegsopferfürsorge: Statistisches Bundesamt (2018e, 9), soziale Pflegeversicherung: BMG (2018a), PPV: PKV (2018b, 99), Sozialhilfe: Statistisches Bundesamt (2019a), private Aufwendungen in der häuslichen Pflege: Schneekloth et al. (2017, S. 158)

Die Pflegeversicherung trägt 70,6% der Pflegekosten.

Die Ausgaben betragen insgesamt rund 52,17 Milliarden Euro. Wie in Tabelle 2.18 zu sehen ist, werden etwas mehr als ein Fünftel der Pflegekosten privat finanziert. Hiervon entfallen etwa ein Drittel (7,2 Prozent der Gesamtkosten) auf den stationären und zwei Drittel (14,3 Prozent der Gesamtkosten) auf den häuslichen Bereich. Bei den öffentlichen Ausgaben wird mit 86,7 Prozent der bei Weitem größte Teil von der SPV abgedeckt, während auf die Sozialhilfe 8,3 Prozent entfallen. Demgegenüber ist der Anteil der öffentlichen Ausgaben, der jeweils von der PPV und der Kriegsopferversorgung getragen wird, mit rund drei Prozent beziehungsweise 0,3 Prozent relativ gering. Die SPV ist damit der wichtigste Kostenträger, der das gesamte Pflegesicherungssystem prägt. Gleichzeitig deckt die SPV aber nur gut zwei Drittel der entstehenden Pflegekosten ab. Gemeinsam finanzieren beide Zweige der Pflegeversicherung, also SPV und PPV, 70,6 Prozent der hier

betrachteten Ausgaben. Damit zeigt sich der Teilversicherungscharakter der Pflegeversicherung sehr deutlich. Weitgehend unberücksichtigt durch die Pflegeversicherung bleiben die Opportunitätskosten der familialen Pflege. Zudem sind die Ausgaben für Verpflegung, Unterkunft und Investitionen im stationären Bereich nicht berücksichtigt, die im Jahr 2017 je Pflegeheimbewohner durchschnittlich 1.115 Euro betragen (Kapitel 2.2.2). Diese liegen um 244 Euro höher als die durchschnittlichen Ausgaben eines Einpersonenhaushalts für Wohnen, Energie und Wohnungsinstandhaltung (667 Euro) plus Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren (204 Euro) (Statistisches Bundesamt, 2018f, S. 26). Die Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investition sind für viele Pflegebedürftige im Pflegeheim somit zumindest in Teilen auch pflegebedingt, weil sie wegen ihrer Pflegebedürftigkeit gezwungen sind, teurer zu wohnen.

Kapitel 3

Ambulantisierung der Pflege

3 Ambulantisierung der Pflege

3.1 Einleitung

„Ambulant vor stationär!“ – das ist die Maxime, die sich durch die Gesetzgebung der Pflege- und Gesundheitsversorgung zieht. Seine Begründung findet dieser in § 3 SGB XI prominent verankerte Grundsatz einerseits in dem Ziel, die Ausgaben der Sozialversicherung zu begrenzen, und andererseits in dem in Befragungen immer wieder sichtbar werdenden Wunsch der Versicherten, im häuslichen Umfeld zu verbleiben. Aufgrund der in Kapitel 1 beschriebenen Veränderungen im Leistungsrecht (insbesondere die Anrechnungsbefreiung der Tages- oder Nachtpflege und der Kurzzeitpflege, die unterschiedlichen Erhöhungen der maximalen Leistungen bei Pflegesachleistungen und bei vollstationärer Dauerpflege und die Förderung ambulant betreuter Wohngruppen) ist die ambulante Versorgung unter Beteiligung formeller Pflegeanbieter inzwischen für die Pflegeversicherung aber in der Regel teurer als die vollstationäre Dauerpflege im Heim. Für Pflegeeinrichtungen bieten die neuen leistungsrechtlichen Regelungen einen Anreiz, durch Kombination mehrerer Leistungen hohe Leistungssummen aus der Sozialversicherung abzuschöpfen. Entsprechende Ausgabensteigerungen der Pflegeversicherung sind aber nur dann gerechtfertigt, wenn auch die Versorgungsqualität steigt.

In diesem Schwerpunktkapitel werden daher zunächst die Veränderungen der Anreizstrukturen in Bezug auf eine Ambulantisierung analysiert (Kapitel 3.2). Inwieweit diese mit den tatsächlichen Entwicklungen korrespondieren, ist Gegenstand von Kapitel 3.3. Anschließend werden die Auswirkungen der Ambulantisierung auf die Ausgaben der Pflegeversicherung (Kapitel 3.4) und auf die Versorgungsqualität diskutiert (Kapitel 3.5), um abschließend Optionen zu thematisieren, unerwünschten Effekten entgegenzutreten (Kapitel 3.6).

3.2 Entwicklung von Anreizstrukturen

Um die Entwicklung der Anreizstruktur beschreiben zu können, müssen die neuen Versorgungsformen, deren Ausbreitung mit dem Begriff der „Ambulantisierung“ verknüpft ist, zunächst definiert werden (Kapitel 3.2.1). Vor diesem Hintergrund kann dann die Entwicklung der gesetzlichen Regelungen im SGB XI, im SGB V, aber auch im Heimrecht der Länder nachgezeichnet werden (Kapitel 3.2.2). Für die Analyse der ökonomischen Konsequenzen (Kapitel 3.2.3) wird insbesondere auf die institutionellen Rahmenbedingungen abgestellt. Abschließend wird ein Fazit zur Entwicklung der Anreizstrukturen gezogen (Kapitel 3.2.4).

3.2.1 Definitionen

Wenn im Folgenden von einer „Ambulantisierung“ beziehungsweise von „Ambulantisierungstrends“ gesprochen wird, ist damit die zunehmende Bedeutung von „neuen Wohn- und Pflegeformen“ gemeint, bei denen Pflegebedürftige in betreutem Wohnen oder Pflege-WGs leben und Leistungen der Pflegeversicherung (insbesondere Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Tages- und Nachtpflege) beziehen.

Betreutes Wohnen wird dabei – in Anlehnung an die Definitionen des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe (KDA) (Kremer-Preiß et al., 2019, S. 3 f.) als auch der Gesetzgebung (siehe Kapitel 3.2.2) – definiert als Kombination der Bereitstellung von Wohnraum mit einem Betreuungsvertrag (auch Servicevertrag genannt). Inhalte dieses Betreuungsvertrags müssen nicht zwangsläufig auch Pflegeangebote sein; sie sind aber möglich. Zusätzliche Leistungen sind von den Bewohnern frei wählbar. Die Bewohner können sowohl allein als auch als Wohngemeinschaft leben.

betreutes Wohnen:
Bereitstellung von
Wohnraum mit einem
Betreuungsvertrag

Für Pflege-WGs wird im Recht der Pflegeversicherung der Begriff der „ambulant betreuten Wohngruppen“ (§ 38a SGB XI), in landesrechtlichen Regelungen für Anbieter von betreuten Wohnanlagen dagegen meist der Terminus „ambulant betreute Wohngemeinschaft“ verwendet. Eine klare Unterscheidung zwischen Wohngemeinschaften oder Wohngruppen gibt es aber nicht (Klie et al., 2017). Die Begriffe werden daher im Folgenden synonym verwendet. Pflege-WGs sind dadurch definiert, dass sich Pflegebedürftige zusammenfinden und Betreuung und Pflege gemeinschaftlich organisiert werden. Dabei ist es nicht erforderlich, dass alle Bewohner pflegebedürftig sind. Entsprechend der in den

Pflege-WG: Wohn-
gemeinschaft von
Pflegebedürftigen,
die gemeinschaftlich
Betreuung und Pflege
organisieren

Landesgesetzen vorgefundenen Terminologie kann aber zwischen zwei Kategorien der Selbstbestimmung unterschieden werden:

- selbstorganisiert, selbstbestimmt beziehungsweise selbstverantwortet, im Gegensatz zu
- trägerorganisiert, trägerverantwortet, nicht selbstorganisiert beziehungsweise nicht selbstverantwortet.

Weiter gehende Unterscheidungen von Wohnformen wurden beispielsweise von Jann (2015, S. 165) und Wolf-Ostermann et al. (2019, S. 21 ff.) vorgenommen. Dabei wird im Wesentlichen unterschieden nach dem Grad der Autonomie (privat, organisiert und institutionell) und dem Grad der Versorgung (Wohnung, soziale Einbindung, Betreuung und Pflege) (Jann, 2015, S. 165). In Kategorien gefasst ergeben sich damit vier verschiedene Wohnformtypen:

1. Ambulante, gemeinschaftliche Wohnformen ohne Betreuungsvertrag
Hierbei steht insbesondere das gemeinsame Wohnen im Fokus. Die Gruppe – auch inklusive Pflegebedürftigen – organisiert sich die Hilfe selbst oder/und unterstützt sich auch gegenseitig.
2. Ambulante Wohnformen mit Betreuungsvertrag
Diese definieren sich über den Service- und Betreuungsaspekt in WGs, aber auch in Einzelwohnungen. Für die Service- und Beratungsleistung fallen in aller Regel neben der Miete auch Betreuungspauschalen an. Pflegeleistungen können in diesem Rahmen auch mit organisiert werden, sind aber nicht zwingender Bestandteil.
3. Ambulante Pflegewohnformen
Sie haben eine Unterstützung beim Pflegebedarf integriert. Die Unterstützung bei Pflegebedarf steht hier also im Fokus. Auch die ambulante Pflegewohnform muss nicht zwingend eine Wohngruppe sein. Zwar werden mehrere Pflegebedürftige in einer baulichen Einheit versorgt, aber sie können in eigenen Zimmern oder in einer eigenen Wohnung leben.
4. Ambulante, integrierte Wohnformen
Bei diesen Wohnformen liegt der Fokus darauf, in bestehenden Wohnangeboten die Versorgungsstruktur durch die Integration verschiedener Leistungen zu verbessern. In der Regel geschieht dies mit einer Anbindung an das Quartier.

Diese vier Kategorien sind aber nicht trennscharf voneinander abgegrenzt (Wolf-Ostermann et al., 2019, S. 21 ff.). Zudem sind die Wohnformtypen 1 und 4 in aller Regel nicht erfassbar. Pflege-WGs können mit und ohne Betreuungsvertrag existieren und Wohngemeinschaften in betreutem Wohnen können sich auch als Pflege-WGs definieren, wenn sie die Pflege gemeinschaftlich organisieren. Um nicht als Pflegeheim oder Teil eines Pflegeheims zu gelten, muss für beide Wohnformen die Bedingung einer freien Wahl der pflegerischen Versorgung erfüllt sein.

Wohnformtypen nicht
immer voneinander zu
unterscheiden

Leistungsrechtlich von besonderer Bedeutung sind die Zuschläge zum gemeinsamen Wohnen von Pflegebedürftigen nach § 38a SGB XI. Ein entsprechender Leistungsanspruch besteht nur bei Wohngruppen mit drei bis zwölf Personen, von denen mindestens drei Personen pflegebedürftig sein müssen. Leistungsbezieher nach § 38a SGB XI können sich prinzipiell in allen vier von Wolf-Ostermann et al. (2019, S. 21 ff.) genannten Wohnformtypen wiederfinden.

3.2.2 Gesetzlicher Rahmen

Prämisse „ambulant vor stationär“

Die häusliche Pflege bekam schon bei Verabschiedung des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 26. Mai 1994 (PflegeVG) in § 3 SGB XI den Vorrang vor der stationären Pflege eingeräumt. Leistungen für die Pflege in vollstationären Einrichtungen sollen nur nachrangig gewährt werden, wenn häusliche oder Tages- oder Nachtpflege nicht möglich ist (§ 43 SGB XI). Zwar waren die Leistungsansprüche für Pflegebedürftige der Pflegestufe I und II (nicht aber für Pflegestufe III) für die stationäre Pflege höher, allerdings wurden die Leistungsbeträge für Pflegestufe I und II in den Jahren 2008, 2010 und 2012 nur für die ambulante, nicht aber für die stationäre Pflege angehoben. Zudem wurden unterstützende Leistungen für die häusliche Pflege ausgebaut und die Anrechnungsvorschriften verändert (siehe Kapitel 1.1.2), so dass diese Relation sich inzwischen in ihr Gegenteil verkehrt hat.

Tabelle 3.1: In den Landesgesetzen definierte Wohnformen außerhalb stationärer Einrichtungen

Bundesland	Bezeichnung der Wohnform
Baden-Württemberg (BW)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulant betreute Wohngemeinschaften für volljährige Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf – teilweise selbstverantwortet ▪ vollständig selbstverantwortete Wohngemeinschaften (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes) ▪ betreutes Wohnen für volljährige Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes)
Bayern (BY)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulant betreute Wohngemeinschaften ▪ betreutes Wohnen (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes)
Berlin (BE)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ betreute Wohngemeinschaften
Brandenburg (BB)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wohnformen mit eingeschränkter Selbstverantwortung ▪ selbstverantwortlich geführte Wohnformen (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes) ▪ betreutes Wohnen (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes)
Bremen (HB)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ trägergesteuerte Wohnformen ▪ selbstorganisierte Wohnformen ▪ Servicewohnen
Hamburg (HH)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wohngemeinschaften ▪ Servicewohnanlagen ▪ Gasteinrichtungen
Hessen (HE)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ betreute Wohnformen mit allgemeinen Betreuungsleistungen (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes)
Mecklenburg-Vorpommern (MV)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen ▪ betreutes Wohnen (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes)
Niedersachsen (NI)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulant betreute Wohngemeinschaften ▪ betreutes Wohnen
Nordrhein-Westfalen (NW)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ anbieterverantwortete Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen ▪ selbstverantwortete Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen ▪ Servicewohnen ▪ Gasteinrichtungen
Rheinland-Pfalz (RP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ betreute Wohngruppen für Menschen mit Intensivpflegebedarf oder schweren kognitiven Einschränkungen ▪ betreute Wohngruppen für pflegebedürftige Menschen ▪ Wohneinrichtungen für ältere Menschen ▪ selbstorganisierte Wohngemeinschaften (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes) ▪ Servicewohnen (unterliegt nicht Anwendungsbereich des Gesetzes)
Saarland (SL)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nicht selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaften ▪ andere gemeinschaftliche Wohnformen ▪ Servicewohnanlagen

Bundesland	Bezeichnung der Wohnform
Sachsen (SN)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes) ▪ betreutes Wohnen (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes)
Sachsen-Anhalt (ST)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nicht selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaften ▪ selbstorganisierte ambulante betreute Wohngemeinschaften ▪ betreutes Wohnen (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes)
Schleswig-Holstein (SH)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ besondere Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen ▪ selbstverantwortlich geführte ambulant betreute Wohn- und Hausgemeinschaften ▪ betreutes Wohnen
Thüringen (TH)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nicht selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaften ▪ selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaften (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes) ▪ nicht selbstorganisiertes betreutes Einzelwohnen für volljährige Pflegebedürftige ▪ selbstorganisiertes betreutes Einzelwohnen für volljährige Pflegebedürftige (nicht Anwendungsbereich des Gesetzes)

Quelle: Rothgang et al. (2018, S. 68)

Für die stationäre Versorgung sind neben den Regulierungen bezüglich der Pflege auch Regulierungen bezüglich des Wohnraums zu beachten. Eine wichtige Festlegung hierbei ist das Heimgesetz (HeimG) vom 7. August 1974 und in der Neufassung vom 5. November 2001. Mit der Föderalismusreform im Jahr 2006 wurden die Verantwortlichkeiten für den ordnungsrechtlichen Teil der Heimgesetzgebung vom Bund auf die Länder verschoben (BGBl I S. 2034). Dieser Teil befasst sich mit Fragen der Genehmigung des Betriebs von Heimen oder anderen Wohnformen für ältere, pflegebedürftige und behinderte Menschen, mit der personellen oder baulichen Ausstattung der Einrichtung oder mit Sanktionen bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Vorschriften. Für die Zeit, in der auf Länderebene noch keine Regelungen vereinbart waren, galten die alten Verordnungen des HeimG, die Heimmitwirkungsverordnung (HeimmwV) zur Bildung von Heimbeiräten als Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner, die Heimmindestbauverordnung (HeimMindBauV) mit baulichen Mindestanforderungen an Pflegeheime, die Heimsicherungsverordnung (HeimsicherungsV) mit den Beschreibungen der Pflichten des Trägers einer Einrichtung und die Heimpersonalverordnung (HeimPersV) mit Anforderungen an das Personal in Pflegeheimen fort. Inzwischen haben alle Bundesländer entsprechende landesrechtliche Regelungen getroffen, die – im Unterschied zum HeimG – teilweise auch Regelungen für betreutes Wohnen und Pflege-WGs umfassen (Tabelle 3.1).

Bezüglich der zivilrechtlichen Bestimmungen trat am 1. Oktober 2009 das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBVG) vom 29. Juli 2009 als Nachfolgeregelung für die zivilrechtlichen Bestimmungen des HeimG auf Bundesebene in Kraft. Es dient dem Zweck, ältere und pflegebedürftige Menschen bei Abschluss von Verträgen über Wohnraumüberlassung und Pflege- und Betreuungsleistungen vor Benachteiligung zu schützen. Das Gesetz ist anzuwenden, sofern zwischen einem volljährigen Verbraucher und einem Unternehmer ein Vertrag über Wohnraumüberlassung und Pflege- oder Betreuungsleistungen zur Bewältigung eines Hilfebedarfs aufgrund von Alter, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung geschlossen wird (Rothgang et al., 2018, S. 66).

Erfasste Wohnformen

Wie Tabelle 3.2 zeigt, sehen 15 der 16 Bundesländer eine Melde-/Anzeigepflicht für Pflege-WGs, aber nur sechs Länder eine entsprechende Verpflichtung für betreutes Wohnen vor. Auch bezüglich ordnungsrechtlicher Prüfungen, Personalvorgaben und räumlicher Anforderungen ist die Kontrolldichte für Pflege-WGs höher als für betreutes Wohnen, nicht zuletzt, weil betreutes Wohnen in neun Bundesländern nicht im Anwendungsbereich der Gesetze liegt (Rothgang et al., 2018, S. 68f.).

In der Hälfte der Ländergesetze werden selbstverantwortete oder trägerorganisierte WGs unterschieden. Für Pflege-WGs wird in der Regel – entsprechend den Anforderungen im SGB XI – eine Mindestbewohnerzahl von drei verlangt, wenn eine solche Bestimmung enthalten ist. Im Saarland müssen es sogar sechs sein. Die maximale Bewohnerzahl wird ebenfalls entsprechend den Regelungen im SGB XI in der Regel auf zwölf festgelegt – Ausnahme Hamburg mit maximal zehn Bewohnern. Wenn eine Anzahl an Pflege-WGs im gleichen Gebäude festgelegt wurde, dann sind es zwei Pflege-WGs oder 24 Personen. In der Regel wird eine Wahlfreiheit bei der Pflege verlangt. In drei Bundesländern (Saarland, Sachsen-Anhalt und Thüringen) ist die Wahlfreiheit nicht verlangt, wenn es sich um nicht selbstorganisierte Pflege-WGs handelt. In der Hälfte der Länder ist eine Unabhängigkeit von stationären Einrichtungen verlangt.

Tabelle 3.2: Landesrechtliche Regulierungen für Pflege-WGs und betreutes Wohnen

	Pflege-WGs															
	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
Beschränkung auf 2 WGs oder 24 Personen	✓	✓	✓							✓	✓			✓		✓
Unabhängigkeit von stationärer Einrichtung gefordert	✓	✓	✓		✓			✓				✓		✓		✓
Melde-/Anzeigepflicht	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
ordnungsrechtliche Prüfung	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓		✓	✓	✓
Personalvorgaben	✓			✓						✓	✓					
Mitwirkung der Bewohner	✓	✓				✓		✓	✓	✓				✓		✓
räumliche Anforderungen	✓								✓	✓	✓					
Büroräume für Anbieter im Wohnbereich untersagt	✓	✓	✓					✓				✓				✓
Förderprogramme, Investitionen, Darlehen	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓	✓					✓
	betreutes Wohnen															
	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
Melde-/Anzeigepflicht					✓	✓			✓	✓		✓				✓
ordnungsrechtliche Prüfung					✓						✓					✓
Personalvorgaben						✓										
Mitwirkung der Bewohner						✓		✓								
räumliche Anforderungen						✓		✓								
Förderprogramme, Investitionen, Darlehen	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓	✓			✓	✓	

Ein „✓“ steht nur dafür, dass es überhaupt Regulierungen gibt. Die dahinterliegenden Anforderungen sind in der Regel nicht so umfangreich und regelmäßig wie im Pflegeheim.

Quelle: Rothgang et al. (2018, S. 69 ff.)

eingeschränkte Melde-
pflicht für Pflege-WGs
und betreutes Wohnen

Melde- und Anzeigepflicht

Pflege-WGs mit eingeschränkter Selbstverantwortung sind in allen Bundesländern, die diese definiert haben, meldepflichtig. In Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen sind selbstorganisierte Pflege-WGs hingegen nicht anzeigepflichtig. Die Pflicht zur Meldung wird auf verschiedenen Ebenen umgesetzt. Zunächst hat zumeist ein Träger die Anzeigepflicht. Darüber hinaus werden aber auch ambulante Dienste und die Bewohner selbst zur Anzeige verpflichtet. In Hessen und Niedersachsen wird die Erfassung von Pflege-WGs ausschließlich über Pflegedienste abgebildet, die anzeigen müssen, wenn sie in einem Haushalt mehr als zwei Personen versorgen. In sechs Bundesländern besteht eine teilweise eingeschränkte Anzeigepflicht für betreutes Wohnen (Rothgang et al., 2018, S. 70f.).

kaum ordnungsrechtliche
Prüfungen

Ordnungsrechtliche Prüfung

Die ordnungsrechtliche Prüfung von Pflege-WGs wird in den Ländern unterschiedlich geregelt. So ist in manchen Bundesländern in Pflege-WGs keine anlassbezogene Prüfung im Gesetz erwähnt, während anderswo jährliche oder anlassbezogene Prüfungen vorgesehen sind (Rothgang et al., 2018, S. 71 ff.). Ordnungsrechtliche Prüfungen in betreutem Wohnen sind in den Ländern fast gar nicht reguliert.

minimale Personal-
vorgaben

Personalvorgaben

In der Regel legen die Landesgesetze keine Mindestzahl an Präsenzkraften oder Mindestanwesenheitszeiten fest. In Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz muss allerdings rund um die Uhr Personal in der Pflege-WG vorgehalten werden. In Pflege-WGs für Menschen mit Intensivpflegebedarf oder schweren kognitiven Einschränkungen in Rheinland-Pfalz muss es sich dabei sogar um eine Fachkraft handeln. Ebenso wird in Berlin die durchgängige Anwesenheit einer Hilfskraft in Pflege-WGs mit schwer- oder schwerstpflegebedürftigen Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen verlangt. Nur in Hamburg ist die Anforderung an betreutes Wohnen definiert, dass dort Betreuungspersonal regelmäßig vor Ort erreichbar sein soll (Rothgang et al., 2018, S. 73).

Mitwirkung der Bewohner

Die Einrichtung eines Bewohnergremiums oder Bewohnerbeirats ist nur in der Hälfte der Länder für Pflege-WGs vorgesehen. Für betreutes Wohnen sind nur in zwei Ländern optionale Vertretungen benannt (Rothgang et al., 2018, S. 73).

Bewohnergremium
meist nicht vorgesehen

Räumliche Anforderungen

In vier Ländern sind direkte Anforderungen hinsichtlich der Wohnfläche und der Ausstattung in Pflege-WGs durch die Landesregelungen gegeben. In sechs Bundesländern ist auch geregelt, dass keine Büroräume der Anbieter in den Pflege-WGs vorhanden sein dürfen. Ein Dienstzimmer für die Betreuungskraft ist nur in Nordrhein-Westfalen vorgesehen. Eine Regulierung der baulichen Gegebenheiten ist im Bereich des betreuten Wohnens fast gar nicht gegeben (Rothgang et al., 2018, S. 74).

meist keine räumlichen
Anforderungen

Investitionsförderprogramme

Bundesweit einheitliche Zuschüsse sind die Anschubfinanzierung zur Gründung von Pflege-WGs nach §45e SGB XI, die Förderung modellhafter Projekte im Programm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach §45f SGB XI und von Modellvorhaben nach §8 Abs. 3 SGB XI. Zudem bestehen Fördermöglichkeiten mit einem Fokus auf barrierefreien Umbau. Hierbei handelt es sich beispielsweise um wohnumfeldverbessernde Maßnahmen gemäß §40 SGB XI oder Zuschüsse und zinsgünstige Kredite im Programm „Altersgerecht Umbauen“ der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW). Auf Landesebene werden aber in den meisten Ländern noch weitere Investitionsprogramme angeboten. Hierzu zählen zinslose oder zinsgünstige Darlehen für die Errichtung von Pflege-WGs und auch im Rahmen des betreuten Wohnens. In Bayern gibt es in beiden Fällen sogar eine Anschubfinanzierung (Rothgang et al., 2018, S. 74).

Anschubförderung für
Pflege-WGs durch die
SPV

Regulierungsdichte

Insgesamt ist die Regulierung der Pflege-WGs ausgeprägter als die des betreuten Wohnens. Bundesländer wie Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz weisen in der Tendenz eine stärkere Regulierung von Pflege-WGs auf als andere Länder, beispielsweise in Bezug auf eine durchgängige Personalpräsenz. Prinzipiell gibt es auch in den Ländern, in denen die Regulierung schwächer ausfällt, keine Regelungslücke, ob eine Einrichtung als Pflegeheim oder als ambulante Wohn- und Pflegeeinrichtung zu bewer-

Regulierungsdichte in
Pflege-WGs größer als
in betreutem Wohnen

ten ist. Dennoch gehen die Länder die Definitionsproblematik unterschiedlich intensiv an. In einigen Ländern erfolgen auch in ambulanten Wohn- und Pflegeformen ordnungsrechtliche Überprüfungen regelmäßiger und es werden teilweise strikte Trennungen der ambulanten Wohn- und Pflegeformen von stationären Einrichtungen gefordert.

3.2.3 Anreizstrukturen

In welchem Umfang Pflegebedürftige in welchen Versorgungsstrukturen gepflegt werden, ergibt sich aus dem Zusammenspiel von Nachfrageentscheidungen der Pflegebedürftigen und Angebotsentscheidungen der Pflegeeinrichtungen. Formelle Pflege wird dabei nur in Anspruch genommen, wenn eine entsprechende Nachfrage auf vorhandene Angebotsstrukturen trifft. Um die (zukünftige) Bedeutung der Ambulantisierung abschätzen zu können, gilt es, die Veränderung der Anreize für Nachfrager und Anbieter zu analysieren.

1.702–2.287 € Mehraufwand für stationäre Pflege im Vergleich zur informellen Pflege

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen stehen dabei grundsätzlich vor der Wahl, in welchem Umfang die Pflege informell oder formell erbracht werden soll. Neben einer Vielzahl anderer Faktoren, wie dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit, der Stärke des vorhandenen informellen Netzes, kultur- und milieuhängiger Wertestrukturen, spielen bei dieser Entscheidung regelmäßig auch haushaltsökonomische Überlegungen eine Rolle. Familiäre Pflege führt zu dem, dass das Pflegegeld in voller Höhe bezogen werden kann. Zum anderen muss aber möglicherweise die Erwerbstätigkeit reduziert werden, was zu Einkommenseinbußen führt. So haben ein Viertel der Hauptpflegepersonen insgesamt (Rothgang & Müller, 2018, S. 116) und fast die Hälfte derjenigen, die zu Beginn der Pflege erwerbstätig waren (Schneekloth et al., 2017, S. 60), ihre Erwerbstätigkeit reduziert oder sogar aufgegeben. Dabei ist die Bereitschaft zur Reduktion der eigenen Erwerbstätigkeit umso geringer ausgeprägt, je höher das Erwerbseinkommen ist (Rothgang & Unger, 2013). Heimpflege auf der anderen Seite ermöglicht pflegenden Angehörigen zwar das Fortführen der eigenen Erwerbstätigkeit, führt aber nicht nur zum Verlust des Pflegegelds, sondern auch dazu, dass Eigenanteile in erheblicher Höhe gezahlt werden müssen. Neben dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) sind dabei auch die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung (U & V) sowie die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten (IK) zu berücksichtigen, die in Privathaushalten anfallenden Miet- und Unterhaltskosten in der Regel deutlich übersteigen. Werden die Entgelte für IK sowie U & V nur zur Hälfte (als pflegebedingt) berücksichtigt, liegt die durchschnittliche

monatliche finanzielle Belastung bei Heimpflege – im Vergleich zur informellen Pflege – bei 1.702 Euro (PG 2) bis 2.287 Euro (PG 5) (Tabelle 3.3).

Pflege-WGs und betreutes Wohnen bieten für Pflegebedürftige und deren Familien inzwischen eine finanziell attraktive Alternative, da seit Inkrafttreten der Reformgesetze (siehe Kapitel 1.1) Leistungen der Pflegeversicherung in großem Umfang kombiniert werden können, die im Pflegeheim nicht bezogen werden können. Das betrifft insbesondere Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege sowie den Wohngruppenzuschlag (Tabelle 3.4).

Tabelle 3.3: Finanzielle (Mehr-)Belastung der Pflegebedürftigen bei Heimpflege im Vergleich zur häuslichen informellen Pflege im Jahr 2017

Pflegegrad	(1)	(2)	(3)	(4)	(5) = (1) + 0,5 x ((2)+(3)) + (4)
	EEE	U & V	IK	Pflegegeld	„Belastung“
2	628	1.115	401	316	1.702
3	628	1.115	401	545	1.931
4	628	1.115	401	728	2.114
5	628	1.115	401	901	2.287

Quelle: Tabelle 2.4; § 36 SGB XI

Zudem werden die Kosten für häusliche Krankenpflege von der Krankenversicherung übernommen, während das Pendant dazu im stationären Setting, die medizinische Behandlungspflege, in der stationären Versorgung – mit Ausnahme von eng umschriebenen Härtefällen – als im Pflegesatz enthalten gilt (§ 82 SGB XI; § 37 Abs. 2 SGB V). Da die Pflegeversicherungsleistungen im Pflegeheim aber in aller Regel deutlich unterhalb des Pflegesatzes liegen, müssen diese Kosten de facto von den Pflegebedürftigen getragen werden. Damit bieten ambulantisiertere Versorgungsformen einerseits mehr Unterstützungsleistungen als ein informelles Pflegearrangement ohne Nutzung von Pflegeeinrichtungen, so dass die Erwerbstätigkeit der Angehörigen in deutlich höherem Maße aufrechterhalten werden kann. Zum anderen ist eine ambulantisiertere Versorgungsform nicht mit den gleichen finanziellen Belastungen verbunden wie ein Pflegeheimaufenthalt, da der im Heim aufzubringende einrichtungseinheitliche Eigenanteil in der ambulanten Versorgungsform nicht anfällt.

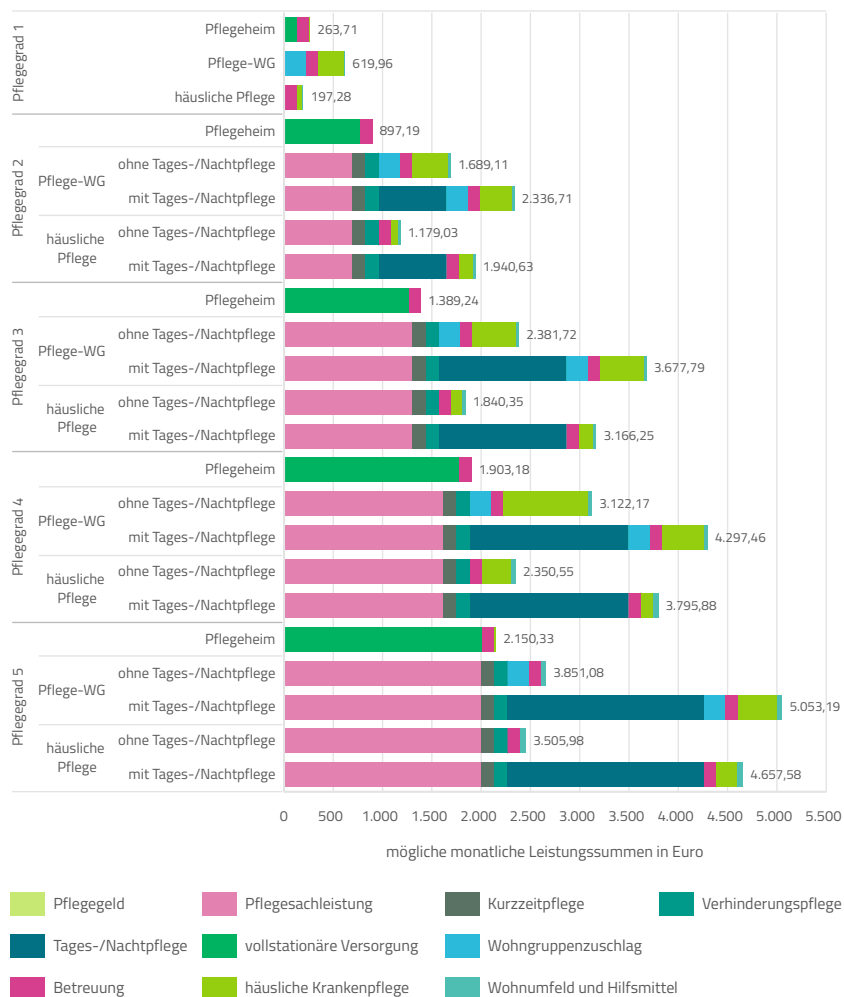
Tabelle 3.4: Genereller Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegesetting

	Genereller Anspruch ...		
	im Pflegeheim	in einer Pflege-WG	in betreutem Wohnen
Pflegegeld	nein	ja	ja
Pflegesachleistung	nein	ja	ja
Kurzzeitpflege	nein	ja	ja
Verhinderungspflege	nein	ja	ja
Tages-/Nachtpflege	nein	bedingt	ja
vollstationäre Pflege	ja	nein	nein
Wohngruppenzuschlag	nein	ja	ja
Betreuung	ja	ja	ja
häusliche Krankenpflege	nur in Ausnahmefällen	ja	ja
Wohnumfeldverbesserung und Hilfsmittel	nein	ja	ja

pflegeunabhängige Kosten ähnlich in betreutem Wohnen und im Pflegeheim

Neben den Kosten für die Pflege sind von den Pflegebedürftigen in betreutem Wohnen noch die Kosten für die Unterbringung und den Service zu tragen. Die durchschnittlichen Kaltmieten liegen im Jahr 2018 bei 9,57 Euro pro Quadratmeter und durchschnittlich 3,20 Euro pro Quadratmeter für Nebenkosten (Strom, Wasser, Heizung). Dazu kommt in der Regel noch eine Betreuungspauschale. Diese beträgt durchschnittlich 130 Euro (Kremer-Preiß et al., 2019, S. 41). Der durchschnittliche Preis für eine durchschnittliche Zweizimmerwohnung (53,5 Quadratmeter) in betreutem Wohnen beträgt demnach 816 Euro. Zusätzlich sind die Ausgaben für Verpflegung zu beachten. Je Einpersonenhaushalt werden vom Statistischen Bundesamt monatliche Ausgaben für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren in Höhe von 204 Euro ausgewiesen (Statistisches Bundesamt, 2018f, S. 26). Mit den 816 Euro für Wohn- und Betreuungskosten summieren sich somit die Gesamtkosten auf etwa 1.020 Euro in betreutem Wohnen. Die Entgelte für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten, die im Pflegeheim zu tragen sind, belaufen sich auf 1.115 Euro monatlich (Kapitel 2.2.2). Der Unterschied der Zahlbeträge für Wohnen, Service und Verpflegung ist zwischen Pflegeheimen und betreutem Wohnen somit nicht sehr groß. Für eine Entscheidung zwischen Heim und betreutem Wohnen ist dieser Bereich eher unerheblich.

Abbildung 3.1: Maximale Leistungssummen der SPV und der GKV für exemplarische ambulante und stationäre Versorgungssettings im Jahr 2018



Quelle: eigene Darstellung nach BMG (2019c), Hochrechnungen der BARMER-Daten 2018 bezüglich der häuslichen Krankenpflege nach (§ 37 SGB V) und der Leistungen für Hilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Abbildung 3.1 zeigt, welche maximalen Leistungssummen aus der Krankenversicherung bezüglich der häuslichen Krankenpflege und aus der Pflegeversicherung in verschiedenen Versorgungssettings theoretisch möglich sind. Unterschieden werden die Pflege-WGs und die häusliche Pflege jeweils einmal mit und einmal ohne Tages- oder Nachtpflege von der vollstationären Dauerpflege. Der Leistungsanspruch in betreutem Wohnen ist dabei ebenso groß wie in der häuslichen Pflege.

maximale Leistungs-
summen ambulant
mehr als doppelt so
hoch wie stationär

Erkennbar ist, dass in den Pflegegraden 2 bis 5 durch Kumulation der verschiedenen Leistungen bei häuslicher Pflege insgesamt deutlich höhere Leistungssummen möglich sind als bei vollstationärer Pflege. Obwohl in der vollstationären Versorgung eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung gegeben ist, sind die maximalen Leistungssummen für diese Versorgungsform in jedem der Pflegegrade 2 bis 5 am geringsten. Inklusive der Betreuungsleistungen und der durchschnittlichen monatlichen Krankenkassenleistungen für häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V liegt die maximale Leistungssumme im Pflegeheim bei Pflegegrad 2 bei 899 Euro. Mit Pflegegrad 3, 4 und 5 erhöhen sie sich auf 1.391 Euro, 1.905 Euro und 2.152 Euro. Die maximalen pflegebezogenen Leistungssummen erreichen dagegen bei Pflege-WGs schon bei Pflegegrad 2 insgesamt 2.337 Euro, also einen höheren Betrag, als er im Pflegeheim in Pflegegrad 5 erreicht werden kann. Über alle Pflegegrade hinweg liegt das maximal mögliche Leistungsvolumen bei betreutem Wohnen rund doppelt so hoch wie in der vollstationären Versorgung und bei Pflege-WGs noch einmal höher.

Ambulantisierung =
Win-win-Situation für
Anbieter und Nachfrager
zulasten der Beitrags-
zahler

Für Leistungsanbieter sind betreutes Wohnen und Pflege-WGs – in Kombination insbesondere mit Tages- und Nachtpflege sowie häuslicher Krankenpflege – ebenfalls sehr attraktiv, weil dadurch insgesamt höhere Erlöse realisiert werden können, gleichzeitig aber keine Vollversorgung garantiert werden muss und zudem viele ordnungsrechtliche Regelungen wegfallen. Für sie besteht daher ein ökonomischer Anreiz, eine Versorgungsstruktur zu schaffen, bei der durch die Kombination verschiedener Leistungen (Wohnen, Pflegesachleistung, Wohngruppenzuschlag, Tages- oder Nachtpflege, Umbaumaßnahmen sowie häusliche Krankenpflege) insgesamt deutlich höhere Leistungsbeträge aus der Pflegeversicherung und der Krankenversicherung entnommen werden können als durch das Angebot einer vollstationären Versorgung im Pflegeheim. Diese Umstruk-

turierung kann durch Umwidmung vorhandener Pflegeheime oder durch Neubautscheidungen geschehen, wodurch dann Angebote geschaffen werden, die zwar als ambulante Versorgungsangebote firmieren, ansonsten aber eine große Ähnlichkeit mit der Versorgung im Pflegeheim aufweisen. Werden die in dieser Versorgungsform höheren Erlöse zum Teil durch niedrigere Preise an die Pflegebedürftigen weitergegeben, entsteht für Anbieter und Nachfrager eine Win-win-Situation – allerdings zulasten der Beitragszahler.

3.2.4 Fazit zur Entwicklung der Anreizstrukturen

In der Summe zeigen sich starke Anreize, vollstationäre Angebote durch Pflege-WGs oder betreutes Wohnen zu ersetzen, bei denen die Pflege morgens und abends durch ambulante Pflegedienste erbracht wird, während die Versorgung tagsüber als Tagespflege organisiert und abgerechnet wird. Dabei gibt es auf dem Pflegemarkt inzwischen Konzepte, bei denen eine solche Kombination von einem Pflegeheim kaum unterschieden werden kann. Allerdings sind die Einnahmen höher und die ordnungsrechtlichen Auflagen (Kontrollen, Baubestimmungen, Personalanforderungen und Fachkraftquote) geringer. Entsprechende Überlegungen beeinflussen insbesondere die Investitionsentscheidung bei Neu- beziehungsweise Umbaumaßnahmen von Pflegeeinrichtungen (CAREkonkret, 2015b; Klemm & Deckers, 2017).

Ambulantisierung wird daher einerseits als ein Innovationsschub für den Pflegemarkt und als eine Chance für eine vielfältigere Versorgungslandschaft für die Pflegebedürftigen (BIVA Pflegeschutzbund, 2016) angesehen. Andererseits wird allerdings der Verdacht geäußert, dass mit Pflege-WGs oder mit dem betreuten Wohnen teilweise ähnliche physische Versorgungsstrukturen geschaffen werden wie im Pflegeheim, die dann aber anders benannt und abgerechnet werden (AOK-BV, 2015, S. 17; BIVA Pflegeschutzbund, 2016; CAREkonkret, 2015a). Kritisch zu betrachten sind ambulant betreute Wohnformen, die ambulante Leistungen, Tages- oder Nachtpflege und Leistungen der häuslichen Krankenpflege verknüpfen und in denen Leistungen, Leistungsumfang und Tagesstruktur nur scheinbar frei gewählt werden, faktisch jedoch vom beteiligten Pflegedienst vorbestimmt sind (Szepan, 2016, S. 17 ff.).

Werbung für betreutes
Wohnen in Kombination
mit ambulanten und
teilstationären Pflege-
leistungen

Insgesamt zeigen sich unter Berücksichtigung des Ordnungs- und des Leistungsrechts deutliche Anreize zur Leistungserbringung in ambulant betreuten Wohnformen anstelle der vollstationären Langzeitpflege. Dies resultiert nicht allein aus der möglichen Kombination mehrerer Leistungsarten des SGB XI, sondern auch aus der Möglichkeit, Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V abzurechnen, was in der vollstationären Pflege nur sehr eingeschränkt und unter besonderen Bedingungen möglich ist. Die ordnungsrechtliche Einstufung als Pflege-WG oder als betreutes Wohnen kann aufgrund einer deutlich niedrigeren Regulierungsdichte zu geringeren notwendigen Aufwendungen oder größerer Flexibilität in Bezug auf den Personaleinsatz führen als eine Einstufung als stationäre Einrichtung. Entsprechend werden betreutes Wohnen, Seniorenwohnen, Wohnen mit Service und dergleichen inzwischen vielfach als lukrative Geschäftsmodelle beworben (beispielsweise Car€ Invest Residencia, 2019). Einrichtungen bieten auf ihren Internetpräsenzen kombinierte Angebote in Form von betreutem Wohnen „ergänzt durch ambulante Pflege und Tagespflege“ (DRK Kreisverband Quedlinburg-Halberstadt e.V., 2019) an. Es wird damit geworben, dass Menschen sich auch im Alter „ein Leben nach eigenen Regeln“ wünschen. Und daher wird angeboten: „Sie bestimmen selbst, was Sie möchten oder nicht möchten, feste Regeln oder gar eine ‚Heimordnung‘ gibt es nicht“ (advita Pflegedienst GmbH, 2019).

3.3 Entwicklung der Fallzahlen

Angesichts der beschriebenen Anreizstrukturen ist von einer Zunahme ambulantisierter Versorgungsstrukturen auszugehen. Allerdings ist die Quantifizierung der gemeinschaftlichen Wohnformen oder des betreuten Wohnens schwierig. Selbstorganisierte Wohngemeinschaften (Wohnformtyp 1 nach Wolf-Ostermann et al. [2019]) unterliegen keiner und das betreute Wohnen in der Form des Wohnformtyps 2 in der Regel keiner Meldepflicht (Klie et al., 2017, S. 31 ff.). Dadurch ist die Gesamterfassung dieser Wohnformtypen kaum möglich. Die Studien zum betreuten Wohnen sind daher meist durch Unvollständigkeiten, regionale Bezüge und Hochrechnungsprobleme charakterisiert. Die Schätzungen zu den ambulanten Pflegewohnformen (Wohnformtyp 3) erfolgen in der Regel über die Ermittlung der Pflege-WGs. Die ambulanten integrierten Wohnformen (Wohnformtyp 4)

sind durch die Vielzahl der unterschiedlichen Akteure kaum zu erfassen (Wolf-Ostermann et al., 2019, S. 25ff.). Eine strikte definitorische und damit auch empirische Trennung dieser Wohnformtypen ist somit nicht möglich (siehe Kapitel 3.2.1).

Nachfolgend erfolgt eine Quantifizierung daher anhand weniger Zahlen der Pflegestatistik, Hochrechnungen und Auswertungen der BARMER-Routinedaten sowie weiterer vorhandener Studien. Inwieweit sich die Inanspruchnahmen ambulanter und stationärer Leistungen insgesamt entwickelt haben, kann mit der amtlichen Statistik dargestellt werden; zur Erfassung der Kombination verschiedener Leistungen ist hingegen die Auswertung der BARMER-Daten nötig. Mit diesen Daten wird daher die Entwicklung der Inanspruchnahme von Pflegegeld und Pflegesachleistungen in Kombination mit Tages- oder Nachtpflege, Kurzzeitpflege und Wohngruppenzuschlägen analysiert. Dabei geht es sowohl um den Zugang zur stationären oder ambulanten Versorgung von neu Pflegebedürftigen als auch um den Wechsel von stationären zu ambulanten und von ambulanten zu stationären Versorgungsformen. Nicht erfassbar über die amtlichen Statistiken oder die Routinedaten sind die Angebotsstrukturen neuer ambulanter Wohnformen. Der Zugang hierzu erfolgt unter anderem über im Jahr 2017 durchgeführte Befragungen zuständiger Landesbehörden und über vom Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) zur Verfügung gestellte Informationen zu den Versorgungsverträgen, wobei aber von deutlichen Lücken in der Erfassung ausgegangen werden muss (Rothgang et al., 2018, S. 15 ff.).

Kapitel 3.3.1 beschreibt zunächst die Angebotsstruktur der „neuen Wohn- und Pflegeformen“. Anschließend wird die Zahl der Pflegebedürftigen in betreutem Wohnen (Kapitel 3.3.2) und in Pflege-WGs (Kapitel 3.3.3) geschätzt. Inwieweit Plätze in „neuen Wohn- und Pflegeformen“ durch Umwidmungen stationärer Versorgungsstrukturen entstehen, wird in Kapitel 3.3.4 dargestellt. Das Kapitel 3.3.5 widmet sich der Frage, ob sich im Laufe der Zeit die Eintrittsgründe für eine Heimunterbringung ändern und ob Pflege-WGs die Aufgaben übernehmen. In Kapitel 3.3.6 wird nachgezeichnet, inwieweit vor dem Hintergrund der gegebenen Anreizstrukturen in der ambulanten Versorgung Pflegeleistungen kombiniert werden (Stichwort: Stapelleistungen). In Kapitel 3.3.7 werden schließlich die Ergebnisse zur Fallzahlentwicklung zusammengefasst.

3.3.1 Pflegeeinrichtungen und „neue Wohn- und Pflegeformen“

Zur Beschreibung der Entwicklung der Versorgungsstrukturen wird im Folgenden drei Fragen nachgegangen:

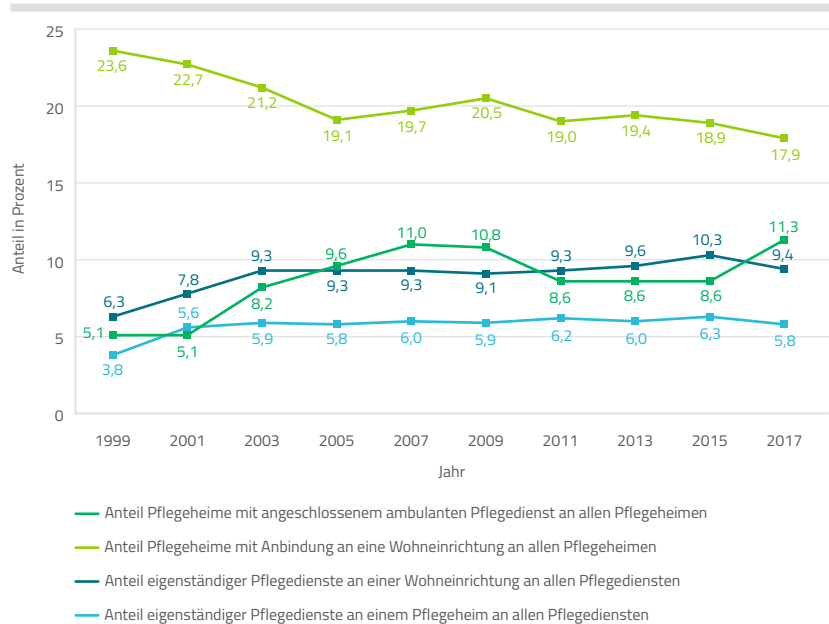
- Wie verändert sich das Verhältnis von stationären zu ambulanten Angeboten?
- Wie sehr werden ambulante und stationäre Angebote verknüpft?
- In welchem Ausmaß entwickeln sich „neue Wohn- und Pflegeformen“ wie Pflege-WGs und betreutes Wohnen, die eine gewisse Ähnlichkeit zur stationären Versorgung haben?

ambulanter Sektor
wächst schneller als
stationärer Sektor

Die amtlichen Statistiken weisen einen stärkeren Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in der ambulanten Versorgung als in der vollstationären Dauerpflege aus (siehe Kapitel 2.1). Entsprechend nimmt aktuell auch die Zahl der ambulanten Pflegedienste und deren Beschäftigten stärker zu als die Zahl der vollstationären Pflegeeinrichtungen und deren Beschäftigten. Die Zahl der ambulanten Pflegedienste hat von 2011 bis 2017 um 13,8 Prozent zugenommen und die Zahl der dort Beschäftigten um 34,3 Prozent. Die entsprechenden Steigerungsraten liegen in der vollstationären Dauerpflege bei 5,0 Prozent und 6,6 Prozent und damit deutlich niedriger (Statistisches Bundesamt, 2018c, S. 44). Größere Steigerungsraten gibt es im Bereich der stationären Pflege nur bei der Tagespflege. Die Zahl der Pflegeplätze hat sich dabei im Zeitraum von 2011 bis 2017 von 33.500 auf 66.500 verdoppelt (Kapitel 2.2.2). Diese globalen Indikatoren zeigen bereits, dass es im Verhältnis von ambulanten und stationären Versorgungsangeboten zu deutlichen Verschiebungen gekommen ist. Auch für die unmittelbare Zukunft erwartet die „pm pflegemarkt.com GmbH“ derzeit ein größeres Wachstum in der ambulanten als in der stationären Versorgung (Hertel, 2018).

Ein weiteres Indiz für Ambulantisierungstendenzen ist der steigende Anteil der Pflegeheime, an die ein Pflegedienst angeschlossen ist (Abbildung 3.2). Dieser hat sich mit einigen Schwankungen in den Jahren von 2011 bis 2017 von 8,6 Prozent auf 11,3 Prozent erhöht. Umgekehrt ging der Anteil eigenständiger Pflegedienste an einem Pflegeheim an allen Pflegediensten von 6,2 Prozent auf 5,8 Prozent zurück. Das heißt, stationäre Strukturen werden vermehrt von ambulanten Strukturen begleitet, während ambulante Strukturen weniger an stationäre Strukturen gebunden sind.

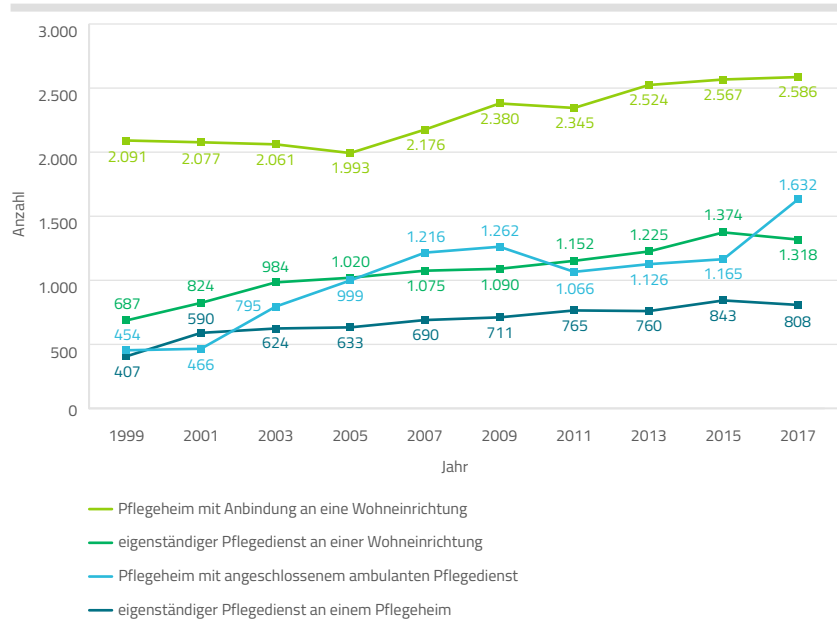
Abbildung 3.2: Ausgewählte Organisationsformen von Pflegediensten und Pflegeheimen



Quelle: Statistisches Bundesamt (2001a, 2003, 2005, 2007, 2008, 2011, 2013, 2015, 2017, 2018c)

Zur Ermittlung der Zahl der Pflege-WGs und der Einheiten des betreuten Wohnens kann zunächst auf die Pflegestatistik zurückgegriffen werden. Gemäß dieser Statistik sank der Anteil der Pflegeheime mit Anbindung an Wohneinrichtungen im Zeitraum von 2011 bis 2017 von 19,0 auf 17,9 Prozent und der Anteil der Pflegedienste mit Anbindung an eine Wohneinrichtung an allen Pflegediensten stieg nur geringfügig von 9,3 Prozent auf 9,4 Prozent. In absoluten Zahlen impliziert dies einen Anstieg von 2.345 Pflegeheimen im Jahr 2011 auf 2.586 im Jahr 2017 und von 1.152 auf 1.318 Pflegedienste jeweils mit Anbindung an eine Wohneinrichtung (Abbildung 3.3). In der Summe ist dies ein Anstieg um 11,6 Prozent von 3.497 auf 3.904 Pflegeeinrichtungen, die betreutes Wohnen oder Ähnliches anbieten.

Abbildung 3.3: Ausgewählte Organisationsformen von Pflegediensten und Pflegeheimen



Quelle: Statistisches Bundesamt (2001a, 2003, 2005, 2007, 2008, 2011, 2013, 2015, 2017, 2018c)

Wesentlich deutlicher ist die Veränderung im Status der Angebote des betreuten Wohnens: Galt in einer bundesweiten Studie aus dem Jahr 2004 mit 47,9 Prozent noch knapp die Hälfte der betreuten Wohnanlagen als solitär – also unabhängig von einer Pflegeeinrichtung –, ist dies nach einer aktuellen Befragung aus dem Jahr 2018 mit 24,6 Prozent nur noch ein Viertel (Kremer-Preiß et al., 2019, S. 14). Angewendet auf die 3.904 Pflegeeinrichtungen, die nach der Pflegestatistik auch betreutes Wohnen oder Ähnliches anbieten, könnten im Maximalfall 8.150 Einrichtungen mit betreutem Wohnen für das Jahr 2017 geschätzt werden.

In einer 2017 durchgeführten Befragung zu betreutem Wohnen bei zuständigen Landesbehörden konnten immerhin für fünf Bundesländer Zahlen gewonnen werden, wobei die ermittelten Versorgungsgrade in den Ländern aber deutlich unterschiedlich ausfallen und somit eine Hochrechnung erschweren. Für die Länder Brandenburg, Bremen, Hamburg,

Nordrhein-Westfalen und Sachsen wurden zusammen 1.460 Anlagen erfasst (Rothgang et al., 2018, S. 47). Nimmt man die Bevölkerung der fünf Bundesländer (Statistisches Bundesamt, 2019c) (27.009.098 von 82.792.351 = 32,6 Prozent) als Grundlage einer Hochrechnung, ergäben sich für Deutschland 4.478 Anlagen.

Die „pm pflegemarkt.com GmbH“ analysiert eigens erhobene Pflegemarktdaten. Neben 11.500 Pflegeheimen weisen sie auch 5.600 betreute Wohnanlagen aus. Gezählt werden dabei nur Anlagen, in denen jedem Bewohner eine eigene, abschließbare Wohnung zur Verfügung steht und Pflegeleistungen hinzugebucht werden können (Hertel, 2018). Das KDA geht sogar von 6.000 bis 7.000 Einrichtungen des betreuten Seniorenwohnens aus (Kremer-Preiß et al., 2019, S. 9).

Vor dem Hintergrund dieser Angaben ist somit von derzeit etwa 4.500 bis 8.000 Einrichtungen des betreuten Wohnens auszugehen.

4.500 bis 8.000 Einrich-
tungen des betreuten
Wohnens

Wie bisherige Studien zeigen, steigt nicht nur die Zahl der betreuten Wohnanlagen, sondern die Kombination der Wohn- und Pflegeangebote wird ebenfalls ausgebaut. Nach einer gemeinsam vom KDA und der Bank für Sozialwirtschaft Service GmbH durchgeführten Studie (KDA/BFS-Studie) bieten 49,8 Prozent der Betriebsträger von betreutem Wohnen häusliche Pflegeleistungen an, 39,2 Prozent Kurzzeitpflege, 35,5 Prozent Tagespflege und 9,0 Prozent eigene Pflege-WGs (Kremer-Preiß et al., 2019, S. 21 ff.). Dabei wurden erst in den letzten Jahren

- bei 25,9 Prozent der betreuten Wohneinrichtungen Tagespflege integriert,
- bei 19,5 Prozent eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung gesichert und
- bei 10,6 Prozent neue Wohnformen (zum Beispiel Pflege-WGs) integriert (Kremer-Preiß et al., 2019, S. 35).

Für den vorliegenden Report wurde vom vdek eine Liste der Anbieter von Tages- oder Nachtpflege zur Verfügung gestellt. Bei der Überprüfung der Webseiten einer Stichprobe von 555 Einrichtungen konnten bei 26,1 Prozent gleichzeitig ein angeschlossener Pflegedienst und das Angebot von betreutem Wohnen oder Wohngruppen gefunden werden. Insgesamt konnten bei 44,3 Prozent von ihnen Angebote von betreutem Wohnen oder

Pflege-WGs festgestellt werden, wobei Pflege-WGs in der Regel nur dann angeboten werden, wenn auch betreutes Wohnen angeboten wird. Außerdem ist insgesamt auch bei 45,8 Prozent direkt im Haus oder in unmittelbarer Nähe ein zugehöriger Pflegedienst angeschlossen.

Betreutes Wohnen hat inzwischen also eine starke Orientierung in Richtung Pflege. Dies zeigt sich auch in den Ausrichtungen der Leistungsanbieter hinsichtlich der Ausgestaltung der Wohnräume. Die Anbieter von betreuten Wohnanlagen geben in einer Befragung von 2018 überwiegend an, eine barrierefreie oder barrierearme Gestaltung der betreuten Wohnanlagen vorgenommen zu haben. So seien über 90 Prozent der Wohnungen ohne Schwellen und Stufen und über 80 Prozent mit bodengleicher Dusche ausgestattet (Kremer-Preiß et al., 2019, S. 20). In der Summe zeigt sich somit, dass die Anbieter sich auf den (kommenden möglichen) Pflegebedarf ihrer Kunden einstellen. Strukturelle Verschiebungen bei den betreuten Wohneinheiten gibt es auch bezüglich der Größe des Wohnraums. Nachdem in der Studie von 2004 noch nur jede vierte Wohnung eine Einzimmerwohnung war, ist nun jede dritte Wohnung mit nur einem Zimmer ausgestattet (Kremer-Preiß et al., 2019, S. 18).

Aktuelle Entwicklungen weisen auf eine für die Zukunft zu erwartende Ausweitung des betreuten Wohnens hin: Mehr als 30 Prozent der Anlagen sind erst in den letzten zehn Jahren entstanden (Kremer-Preiß et al., 2019, S. 11) und die Größe von betreuten Wohnanlagen nimmt zu. So weist die Umfrage von KDA und BFS im Jahr 2018 im Median eine Größe von 47 Wohneinheiten aus, nachdem im Jahr 2004 im Median eine Größe von 38 Wohneinheiten erfasst wurde (Kremer-Preiß et al., 2019, S. 17). Bundesweit befinden sich derzeit (2018) rund 340 Einrichtungen des betreuten Wohnens (mit 10.000 Pflegeplätzen) entweder in der Planung oder bereits im Bau. Im Vergleich dazu gibt es mit aktuell 270 Bauprojekten im Bereich der Pflegeheime deutlich weniger Einheiten (Hertel, 2018). Nach der „TNS Infratest“-Befragung von 2016 wollen 7,5 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen Versorgungskapazitäten im Bereich des betreuten Wohnens ausweiten (Rothgang et al., 2018, S. 39). Auch die Auslastung von derzeit 95,9 Prozent und die oftmals höhere Zahl an Interessenten im Vergleich zu den Angeboten (Kremer-Preiß et al., 2019, S. 42) sind klare Zeichen für eine Ausweitungstendenz.

Die Erfassung der Zahl der Pflege-WGs ist ebenfalls schwierig. Pflege-WGs sind dadurch definiert, dass die Bewohner zusammenwohnen und Pflegebedürftige sich ihre Pflege frei organisieren können. Nicht in allen dieser Pflege-WGs können Leistungen nach § 38a SGB XI in Anspruch genommen werden. Hierzu müssen einige Bedingungen erfüllt sein (siehe Kapitel 3.2.1). Zudem kann die Möglichkeit, Tagespflege in Anspruch zu nehmen, für Pflegebedürftige finanziell und zeitlich entlastender sein, als nur den Wohngruppenzuschlag zu nutzen (siehe Kapitel 3.2.2). Durch diese Umstände können die Kassenstatistik oder Vertragsdaten der Pflegekassen keinen vollständigen Überblick liefern. Da die Pflege-WGs nicht in allen Ländern meldepflichtig sind, gibt es auch über Landesregister keine vollständige Erfassung. Somit ist auch für die Ermittlung der Zahl der Pflege-WGs ein Rückgriff auf diesbezügliche Studien notwendig.

Nach Schätzung der AGP Sozialforschung und der Hans-Weinberger-Akademie lag die Zahl der Pflege-WGs im zweiten Halbjahr 2015 bei bundesweit circa 3.120 (Klie et al., 2017, S. 95). Für diese Studie wurden in zufällig ausgewählten Regionen alle dort existierenden WGs recherchiert und auf dieser Basis wurde die Zahl der WGs in den Ländern und für Gesamtdeutschland hochgerechnet (Schuhmacher, 2016, S. 46f.). Die BFS Service GmbH erfasste bei ihrer Befragung der Heimaufsichten 2.300 Pflege-WGs zum Ende des Jahres 2015, die sich nach den Bundesländern ähnlich verteilen wie in der Studie der AGP Sozialforschung und der Hans-Weinberger-Akademie (Klemm & Deckers, 2016, S. 28). Einerseits wird mit diesem Erhebungsverfahren die Zahl der Pflege-WGs unterschätzt; andererseits werden auch sehr viele ambulant betreute WGs für Menschen mit Behinderungen miterfasst. So waren beispielsweise von den 98 Pflege-WGs in Baden-Württemberg 53 für Menschen mit Behinderungen (Klemm & Deckers, 2017, S. 42). In einer Erhebung bei Landesbehörden und kommunalen Einrichtungen wurden im Jahr 2017 3.891 Pflege-WGs gezählt, wobei allerdings auch Einrichtungen des betreuten Wohnens mitgezählt wurden, die nicht differenziert werden konnten (Rothgang et al., 2018, S. 41). Basierend auf diesen Studien bewegt sich somit die Zahl der Pflege-WGs zwischen rund 2.300 oder 3.100 im Jahr 2015 und rund 3.900 im Jahr 2017.

In den einzelnen Bundesländern wurden unterschiedliche Wachstumsraten bezüglich der Anzahl der Pflege-WGs festgestellt. Während sich im Zeitraum von 2012 bis 2016 in Nordrhein-Westfalen Wachstumsraten von 150 Prozent ergaben, lagen diese in Baden-

rund 4.000 Pflege-WGs

Württemberg nur bei 30 Prozent (Klemm & Deckers, 2017, S. 43). Eine besonders hohe Zunahme der Zahl der Pflege-WGs zeigt sich im Jahr 2014 (Rothgang et al., 2018, S. 45). Allein in Brandenburg und Bayern wurde zusammen eine Steigerung um 120 WGs festgestellt. Dass von einer weiterhin steigenden Zahl an Pflege-WGs auszugehen ist, ergibt sich auch aus den Aussagen der Pflegeeinrichtungen. Nach der TNS-Befragung 2016 wollen 37 Prozent der Pflegedienste, die schon ambulante Wohngruppen anbieten, ihre Kapazitäten in diesem Bereich ausweiten (Schneekloth et al., 2017, S. 236). Eine Ausweitung der Platzzahlen für Pflege-WGs planen nach der Studie von Rothgang et al. (2018, S. 39) bundesweit auch 612 stationäre Einrichtungen. Ebenso wie beim betreuten Wohnen ist also auch bei den Pflege-WGs in der Zukunft mit einer Zunahme der Angebote und der Inanspruchnahme zu rechnen – wenn auch auf niedrigerem Niveau. Bei Fortschreibung des beobachteten Trends ist für das Jahr 2018 von rund 4.000 Pflege-WGs auszugehen.

Eine Anbindung der Pflege-WGs an eine stationäre Pflegeeinrichtung ist recht häufig gegeben. Nach einer 2016 durchgeführten Befragung stationärer Einrichtungen werden in drei Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen auch „ambulant betreute Wohngruppen“ angeboten (Schneekloth et al., 2017, S. 300f.). Auf Grundlage dieser TNS-Befragung 2016 werden für das Jahr 2016 auch 458 stationäre Einrichtungen geschätzt, die Pflege-WGs anbieten. Damit haben weit mehr als zehn Prozent der Pflege-WGs eine Anbindung an eine stationäre Pflegeeinrichtung.

3.3.2 Pflegebedürftige in betreutem Wohnen

Die Zahl der Pflegebedürftigen in betreutem Wohnen kann als Produkt der Zahl der Pflegebedürftigen in ambulanter Pflege und des Anteils der Pflegebedürftigen in ambulanter Pflege, die in betreutem Wohnen leben, errechnet werden. Schon im Jahr 2002 lebten nach der „MuG III“-Studie drei Prozent der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in betreutem Wohnen oder in Wohngemeinschaften (Schneekloth & Wahl, 2005, S. 70). Angewendet auf die 2,59 Millionen ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Jahr 2017 (Statistisches Bundesamt, 2018c) ergäben sich hieraus knapp 80.000 Pflegebedürftige im Jahr 2017, die in betreutem Wohnen oder ähnlichem Setting leben. Allerdings leben in Einrichtungen des betreuten Wohnens überwiegend Personen, die (noch) nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, so dass die Zahl der Wohneinheiten insgesamt deutlich höher liegt.

Die Prognos-Studie zur Bedarfsanalyse von betreutem Wohnen ermittelt für das Jahr 2014 für den Bestand an Wohneinheiten einen Wert von 163.540. Der Wohnatlas 2014 der KDA und der Wüstenrot Stiftung beziffert den Bestand an betreuten Wohneinheiten in Deutschland auf 264.000, und der Bundesverband Freier Immobilien- und Wohnungsunternehmen geht sogar von einem Bestand von 340.000 betreuten Wohneinheiten aus (Schartow et al., 2016, S. 5).

Die Zahl der Wohneinheiten kann auch als Produkt der Zahl der Wohnanlagen und der durchschnittlichen Zahl der Wohneinheiten pro Wohnanlage dargestellt werden. In einer aktuelleren KDA/BFS-Studie aus dem Jahr 2018 in 662 Wohnanlagen des betreuten Wohnens wurden durchschnittliche Größen von 94 Wohneinheiten ermittelt (Kremer-Preiß et al., 2019, S. 17). In der Erhebung von Rothgang et al. (2018, S. 47) wurden in drei Bundesländern zusammen 15.407 Personen in 235 Anlagen des betreuten Wohnens gezählt. Daraus ergeben sich im Durchschnitt rund 65 Personen pro Anlage. Die Schätzungen zur Zahl der betreuten Wohnanlagen schwanken zwischen 4.500 und 8.000 (Kapitel 3.3.1). Aus diesen Werten lässt sich eine Spannweite möglicher Gesamtzahlen von Plätzen in betreutem Wohnen ermitteln. Minimal ergäbe sich dadurch eine Zahl von 4.500 Wohnanlagen mit durchschnittlich 65 Wohneinheiten und maximal eine Zahl von 8.000 Wohnanlagen mit durchschnittlich 94 Wohneinheiten – also 292.500 bis 752.000 Bewohner in betreutem Wohnen.

Mehr als ein Drittel (37,2 Prozent) der Bewohner aus der KDA/BFS-Studie haben einen Pflegegrad (KDA, 2018). Unter Anwendung dieses Prozentsatzes auf die Spannweite der aktuelleren Zahlen der Wohneinheiten in betreutem Wohnen ergeben sich 108.810 bis 279.744 Pflegebedürftige in betreutem Wohnen. Mit einer eher konservativen Schätzung kann man demnach von rund 150.000 Pflegebedürftigen in betreutem Wohnen ausgehen.

Schartow et al. (2016, S. 5) erkennen im Vergleich zum Bestand von 163.540 bis 340.000 Plätzen in betreutem Wohnen einen Bedarf von 302.794 bis 524.559 Plätzen für das Jahr 2014. Deren Schätzungen zur Bedarfsentwicklung zeigen einen Anstieg von 497.000 im Jahr 2015 auf 593.000 im Jahr 2030. betreutes Wohnen wird aber nicht nur aus Sicht der Anbieter als Perspektive gesehen, sondern auch von der älteren Bevölkerung insgesamt.

150.000 Pflegebe-
dürftige in betreutem
Wohnen

Sollte Pflegebedürftigkeit einen Umzug notwendig machen, werden Mehrgenerationenwohnen (32 Prozent), betreutes Wohnen ohne Pflegeheimanschluss (23 Prozent) und betreutes Wohnen mit Pflegeheimanschluss (22 Prozent) eher präferiert als die Versorgung im Pflegeheim (15 Prozent) (Schartow et al., 2016, S. 1). Insgesamt ist für die Zukunft daher mit einer Erhöhung der Zahl der Pflegebedürftigen in betreutem Wohnen auf weit über die aktuellen 150.000 auszugehen.

3.3.3 Pflegebedürftige in Pflege-WGs

Eine vollständige Erfassung der pflegebedürftigen Bewohner in Pflege-WGs ist über Daten der Kassenstatistik oder Hochrechnungen der BARMER-Daten nicht möglich (siehe Kapitel 3.3.1). Zahlen aus diesen Datenquellen bilden eher eine Untergrenze der Schätzungen. Ansonsten bieten sich für die Erfassung der Fallzahlen noch verschiedene Befragungsstudien und deren Hochrechnungen an.

Die Pflegeversicherung zahlt für bis zu zwölf Personen in den Pflege-WGs entsprechende Zuschläge. Die WGs sind von den Kapazitäten aber nicht durchweg so ausgelegt, dass in diesen maximal zwölf Personen unterkommen könnten. In Bayern wurden für Ende 2015 296 Pflege-WGs mit 2.200 Plätzen erfasst. Dabei lag die Auslastung bei 86 Prozent. In Nordrhein-Westfalen werden 540 WGs mit durchschnittlich neun Plätzen gezählt (Klemm & Deckers, 2017, S. 42). Dies entspräche einer Gesamtkapazität von rund 4.860 Plätzen in Nordrhein-Westfalen.

Geht man deutschlandweit von neun Plätzen je WG aus, ergäben sich bei geschätzten 4.000 Pflege-WGs 36.000 Plätze in Pflege-WGs für das Jahr 2018. Unter Berücksichtigung einer Auslastung von 86 Prozent reduziert sich die Schätzung auf rund 31.000 Bewohner in Pflege-WGs. Eine Hochrechnung auf Basis der TNS-Befragung 2016 (Schneekloth et al., 2017) kommt auf rund 32.000 Plätze in Pflege-WGs (Rothgang et al., 2018, S. 42). Bei einer geschätzten Auslastung von 86 Prozent resultierten daraus rund 27.500 Bewohner in Pflege-WGs im Jahr 2016.

Nach der Studie zur Wirkung des PNG und des PSG I leben zwei Prozent der von den Pflegediensten betreuten Pflegebedürftigen in ambulanten Wohngruppen (Schneekloth et al., 2017, S. 185). Übertragen auf die 829.958 im Jahr 2017 durch Pflegedienste ver-

sorgten Pflegebedürftigen (Statistisches Bundesamt, 2018c, S. 18) ergäben sich mit dem Prozentsatz knapp 17.000 Pflegebedürftige, die in Pflege-WGs leben.

Für die Jahre 2013 und 2018 weisen die Hochrechnungen der BARMER-Daten rund 9.400 (für 2013) beziehungsweise 20.400 (für 2018) Pflegebedürftige aus, die Leistungen nach § 38a SGB XI in Anspruch nehmen und somit Bewohner von Pflege-WGs sind (Abbildung 2.5 in Kapitel 2.1.1). Die Anschubfinanzierung ambulant betreuter Wohngruppen nach § 45e SGB XI wurde in den Jahren 2014 bis 2016 von jeweils zwischen 30 und 40 BARMER-Versicherten in Anspruch genommen. In den Jahren 2017 und 2018 waren es jeweils nur um die zehn BARMER-Versicherte. Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung ist somit die Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung von rund 350 auf 100 Personen pro Jahr zurückgegangen, was aber weiterhin für eine Ausweitung dieser Wohn- und Pflegeform spricht, da bestehende WGs keine diesbezüglichen Ansprüche mehr haben.

Zusammenfassend ist aktuell von rund 4.000 Pflege-WGs auszugehen, in denen rund 31.000 Pflegebedürftige leben, von denen rund 20.400 Personen den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI in Anspruch nehmen. Die Tendenz ist dabei steigend.

31.000 Pflegebedürftige
in Pflege-WGs, davon
20.400 mit Wohn-
gruppenzuschlag nach
§ 38a SGB XI

3.3.4 Umwidmung oder Neugründung?

Wenn betreutes Wohnen als Alternative zum Pflegeheim gesehen werden kann und dabei höhere Leistungssummen durch die Pflegeversicherung erstattet werden könnten, liegt eine Umwidmung vorhandener stationärer Pflegeeinrichtungen in betreutes Wohnen mit pflegerischen Zusatzleistungen nahe. Eine direkte, ordnungsrechtliche Umwidmung von stationären Pflegeeinrichtungen in „ambulante Wohnanlagen“ findet aber nach der „TNS Infratest“-Befragung sehr selten statt. Nur 0,1 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen haben im Zeitraum von fünf Jahren stationäre Plätze derart umgewidmet (Rothgang et al., 2018, S. 38). Direkte Umwidmungen vollstationärer Plätze in ambulant betreute Wohnformen wurden auch in der Studie zur Ambulantisierung stationärer Einrichtungen erfasst. Den in der Studie befragten Landesbehörden waren im Zeitraum von 2012 bis 2017 nur 25 stationäre Einrichtungen bekannt, in denen entsprechende Umwidmungen vollzogen wurden (Rothgang et al., 2018, S. 48).

Als verzögerte Umwidmung gewertet werden könnte es, wenn Einrichtungen oder Teile davon geschlossen werden und später stattdessen andere Versorgungsformen aufgebaut werden. Nach der TNS-Befragung von 2016 wollten von den gut 1.000 stationären Einrichtungen, die vollstationäre Plätze abgebaut haben, 16 Prozent betreutes Wohnen, aber null Prozent Pflege-WGs ausweiten (Rothgang et al., 2018, S. 38f.).

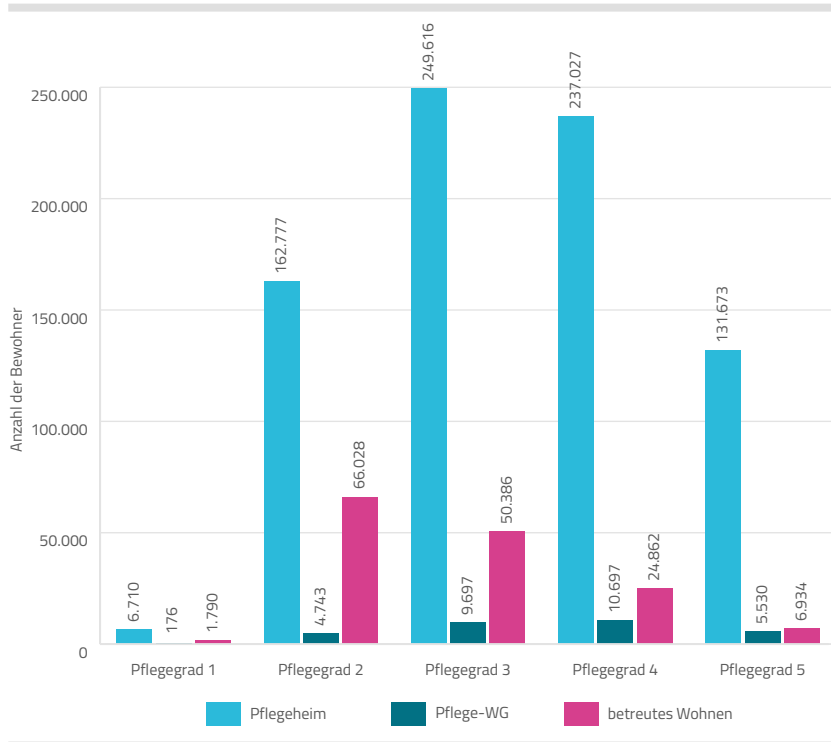
1.248 Umzüge im Jahr 2018 vom Pflegeheim in eine Pflege-WG

Ein möglicher Hinweis auf Umwidmungen von Pflegeheimen in ambulante Versorgungsstrukturen könnte auch die Zahl der Übergänge von Pflegeheimbewohnern in die ambulante Versorgung sein. Der Umzug aus einem Pflegeheim in eine Pflege-WG wird nach Auswertungen der BARMER-Daten monatlich durch 0,01 Prozent der Pflegebedürftigen im Pflegeheim durchgeführt. Das entspricht einer Jahressumme von 1.248 Umzügen im Jahr 2018 aus Pflegeheimen in Pflege-WGs. Das sind bezogen auf die mit den BARMER-Daten hochgerechneten 20.400 Beziehern von Wohngruppenzuschlag immerhin 6,1 Prozent. Für wie viele dieser Pflegebedürftigen der Auszug aus dem Pflegeheim mit einem Einzug ins betreute Wohnen verbunden ist, lässt sich nicht nachvollziehen. Die ermittelten Zahlen sind jedenfalls die theoretischen Maximalwerte. In der Regel tritt der Umzug vom Pflegeheim in die ambulante Versorgung bei geringeren Pflegestufen oder Pflegegraden auf (Rothgang et al., 2018, S. 62). Aufgrund der Fallzahlen in betreutem Wohnen und in den Pflege-WGs ist jedoch anzunehmen, dass die Entscheidung zur Inanspruchnahme dieser Versorgungsformen meistens dann geschieht, wenn die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr gewährleistet werden kann, und weniger als Umzug aus einem Pflegeheim. Auch aufseiten der Nachfrager ist daher nicht der Wechsel der entscheidende Mechanismus, sondern die Entscheidung für eine Versorgungsform, wenn rein informelle Pflege nicht (mehr) möglich oder erwünscht ist.

3.3.5 Einflussfaktoren für die Wahl des Pflegesettings

Um die relative Bedeutung der verschiedenen Versorgungssettings in der formellen Pflege zu verdeutlichen, wird in Abbildung 3.4 zunächst die absolute Zahl der Pflegeheimbewohner, der Bewohner in Pflege-WGs und in betreutem Wohnen nach Pflegegraden dargestellt (zur Erfassung der Pflegebedürftigen in betreutem Wohnen siehe Anhang „Spezielle Variablenkonstruktionen“).

Abbildung 3.4: Bewohnerzahlen im Pflegeheim, in Pflege-WGs und in betreutem Wohnen nach Pflegegrad



Quelle: Statistisches Bundesamt (2018c, S. 34) für die Pflegeheimbewohner; BARMER-Daten von 2018, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland, für die Pflege-WGs und das betreute Wohnen; im betreuten Wohnen wurde die Verteilung nach Pflegegraden auf geschätzte 150.000 Bewohner angewendet und für die Pflege-WGs auf geschätzte 31.000 Bewohner.

In den Pflegegraden 4 und 5 findet die formelle Versorgung weit überwiegend im Pflegeheim statt. Von den rund 144.000 Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 5, die im Pflegeheim, in Pflege-WGs oder in betreutem Wohnen versorgt werden, leben 91,4 Prozent im Pflegeheim. Dieser Anteil liegt mit Pflegegrad 4 noch bei 87,0 Prozent, mit Pflegegrad 3 noch bei 80,6 Prozent aber mit Pflegegrad 2 nur noch bei 69,7 Prozent. Insbesondere das betreute Wohnen bekommt in den niedrigeren Pflegegraden eine größere Bedeutung (28,3 Prozent bei Pflegegrad 2 und 16,3 Prozent bei Pflegegrad 3). Die Anteile der Bewohner in Pflege-WGs liegen zwischen 2,0 Prozent bei Pflegegrad 2 und 3,9 Prozent bei Pflegegrad 4.

ähnliche PG-Verteilung in Pflege-WGs und im Pflegeheim; geringere PG in betreutem Wohnen

Tabelle 3.5: Merkmalsverteilung der Pflegebedürftigen in verschiedenen Settings

	Anteil in Prozent					
	alle aus diesen Settings	Pflegeheim	Pflege-WG	betreutes Wohnen	Pflegesachleistung	Pflegegeld
Pflegegrad						
Pflegegrad 1	0,2	0,5	0,3	1,1	0,3	0,0
Pflegegrad 2	44,9	20,6	14,1	45,7	49,3	55,3
Pflegegrad 3	29,3	30,2	28,9	31,1	29,9	28,5
Pflegegrad 4	17,0	29,9	35,5	16,7	14,3	11,6
Pflegegrad 5	8,6	18,9	21,2	5,5	6,2	4,6
Geschlecht						
Männer	39,9	27,6	29,8	27,4	35,2	48,5
Frauen	60,1	72,4	70,2	72,7	64,8	51,5
Altersgruppe						
0–14 Jahre	4,2	0,1	0,2	0,0	0,1	8,5
15–59 Jahre	14,8	4,7	18,6	4,2	8,4	23,1
60–74 Jahre	15,4	11,9	13,4	9,3	14,4	17,7
75–85 Jahre	30,3	30,3	31,1	31,3	34,1	28,5
85+ Jahre	35,2	53,0	36,7	55,2	42,9	22,4
Erkrankung						
Atherosklerose	14,3	12,7	10,3	15,7	16,6	13,9
Fraktur	8,1	10,9	8,2	12,2	9,6	5,9
Dehydratation	4,6	8,5	5,9	6,8	4,7	2,6
Dekubitus	9,6	15,3	12,5	13,0	11,7	5,7
Demenz	36,1	61,7	63,5	37,8	34,6	23,6
Depression	36,5	41,3	35,9	40,4	39,5	32,5
Diabetes	34,7	33,6	27,4	38,1	40,0	32,7
Epilepsie	10,2	10,5	12,6	7,7	8,5	10,8
Gebrechlichkeit	19,4	24,3	16,6	31,3	22,9	15,1
Herzinfarkt	2,7	2,3	1,9	3,4	3,1	2,7
Harninkontinenz	39,6	55,0	50,0	47,1	43,2	29,9
Harnwegsinfektion	15,6	18,8	16,4	18,8	17,7	12,9
Immobilität	5,9	7,6	7,3	7,1	7,1	4,4
Krebs	23,0	18,9	13,8	21,6	26,5	23,4
Lähmungen	19,4	17,6	19,5	16,4	19,6	20,2

	Anteil in Prozent					
	alle aus diesen Settings	Pflegeheim	Pflege-WG	betreutes Wohnen	Pflegesachleistung	Pflegegeld
Mangelernährung	4,0	5,1	4,8	3,5	4,4	3,2
Multiple Sklerose	2,8	1,7	2,4	2,2	3,0	3,2
Parkinson	8,3	10,4	8,3	10,1	8,9	6,9
Schizophrenie	5,9	9,7	9,1	5,3	5,8	4,0
Schlaganfall	13,5	15,1	12,3	15,0	15,1	11,9
Stuhlinkontinenz	8,0	12,6	12,3	7,0	8,3	5,5
Sturzneigung	49,2	56,4	49,1	63,4	56,5	41,9

Anmerkung: Die Zuordnung zu den einzelnen Versorgungssettings ist hierarchisch distinkt von Pflegeheim nach Pflegegeld.
Quelle: BARMER-Daten 2017, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Die Verteilung der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad, Alter und Erkrankungen spiegelt den pflegerischen und medizinischen Bedarf wider, der in den verschiedenen Settings gegeben ist (Tabelle 3.5). Im Pflegeheim und in den Pflege-WGs finden sich größere Anteile mit höheren Pflegegraden. In betreutem Wohnen, bei den Sachleistungsempfängern und den Pflegegeldempfängern finden sich größere Anteile mit Pflegegrad 2. Diese sind bei den Pflegegeldempfängern (53,0 Prozent) höher als bei den Sachleistungsempfängern (48,0 Prozent) und den Pflegebedürftigen in betreutem Wohnen (43,6 Prozent). Das Geschlechterverhältnis bei den Pflegebedürftigen liegt bei 60 (Frauen) zu 40 (Männer). Frauenanteile von über 70 Prozent finden sich im Pflegeheim, in den Pflege-WGs und in betreutem Wohnen, und auch bei den Sachleistungsempfängern liegt der Frauenanteil bei fast zwei Dritteln. Lediglich bei den Pflegegeldempfängern ist die Verteilung fast ausgeglichen. Diese Unterschiede hängen mit der höheren Lebenserwartung und der damit verbundenen höheren Pflegewahrscheinlichkeit der Frauen bei gleichzeitig rückläufigem häuslichem Pflegepotenzial zusammen. Da Frauen im Durchschnitt länger leben als Männer, ist ein Partner, der sie im häuslichen Kontext pflegen könnte, häufig bereits verstorben, wodurch es vermehrt zur Institutionalisierung der Pflege kommt. So liegt der Anteil der über 85-Jährigen bei den Pflegegeldempfängern lediglich bei 22,4 Prozent, bei den Bewohnern der Pflegeheime oder des betreuten Wohnens aber bei über 50 Prozent. Die Pflege-WG wird häufiger von vergleichsweise jüngeren Pflegebedürftigen genutzt. Auffällige Unterschiede in häufigen oder häufig mit Pflegebedürftigkeit in Zusammenhang gebrachten Erkrankungen gibt es insbesondere bei Demenz. Pflegebedürftige mit

Demenz finden sich vor allem im Pflegeheim und in den Pflege-WGs mit jeweils über 60 Prozent. Der Anteil bei den Pflegegeldempfängern liegt lediglich bei 23,6 Prozent. Der Anteil der Krebserkrankten ist hingegen in der häuslichen Pflege größer als in den institutionellen Versorgungsformen.

geringeres Alter in
Pflege-WGs; geringere
PG und weniger Demen-
zerkrankte in betreutem
Wohnen

Der Unterschied der Bewohnerstruktur zwischen Pflege-WG und Pflegeheim liegt also im Wesentlichen in dem etwas geringeren Alter der Pflegebedürftigen in den Pflege-WGs. Die Pflegebedürftigen in betreutem Wohnen unterscheiden sich von Pflegeheimbewohnern vornehmlich durch geringere Pflegegrade und geringere Anteile von Pflegebedürftigen mit Demenz.

Die Verteilungen innerhalb der Settings spiegeln zwar den Bedarf wider, zeigen aber noch nicht, ob die einzelnen Merkmalsausprägungen auch die entscheidenden Faktoren für die Wahl des Settings waren. Diese Merkmalsausprägungen könnten Entscheidungsgründe sein, sie könnten aber auch erst im Setting entstanden sein. Dies kann nur durch eine Betrachtung im Zeitverlauf unterschieden werden. Mit den Routinedaten der BARMER ist es möglich, die Zugangswahrscheinlichkeiten ins Pflegeheim und in Pflege-WGs zu analysieren. Als erklärende Faktoren können dabei verschiedene mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängende Erkrankungen, der Pflegegrad, Alter, Geschlecht und bisherige Verweildauer in der Pflegebedürftigkeit kontrolliert werden (Tabelle 3.6). Ausgangspunkt ist die Pflegebedürftigkeit mit häuslicher Versorgung, und die zu analysierenden Ereignisse sind der Umzug ins Pflegeheim (Modell 1) oder in eine Pflege-WG (Modell 2). Die Tabelle gibt die relativen Risiken aus Cox-Regressionsmodellen zur Übergangswahrscheinlichkeit in den Jahren 2012 und 2017 wieder. Ein Wert größer als 1 impliziert ein höheres Risiko als in der Vergleichsgruppe und ein Wert kleiner als 1 bedeutet, dass das Risiko geringer ist als in der Vergleichsgruppe. Dabei ist jeweils in der ersten Spalte der Haupteffekt angezeigt und in der zweiten Spalte der Interaktionseffekt mit dem Jahr 2017. Dieser zeigt an, inwieweit sich der Haupteffekt von 2012 zu 2017 verändert hat.

In Tabelle 3.6 zeigt sich sowohl für den Übergang ins Pflegeheim als auch für den Übergang in eine Pflege-WG in der jeweils ersten Spalte für Frauen ein relatives Risiko, das größer als 1 ist. Frauen haben im Vergleich zu Männern ein um 33 Prozent erhöhtes Risiko des Heimeintritts ($RR = 1,33$) und ein um 92 Prozent erhöhtes Risiko ($RR = 1,92$)

eines Wechsels in eine Pflege-WG. Die zweite Spalte zeigt keine signifikanten Geschlechterunterschiede an. Das heißt, der Geschlechterunterschied ist im Jahr 2017 ebenso groß wie im Jahr 2012.

Da die Bewohner der Pflegeheime nur selten unter 60 Jahre alt sind, werden die Modelle nur für Pflegebedürftige ab einem Alter von 60 Jahren gerechnet. Jedes Lebensjahr über 60 Jahre steigert die Übergangswahrscheinlichkeit ins Pflegeheim um drei Prozent. Dieser Alterseffekt ist im Jahr 2017 aber geringer als im Jahr 2012. Die Übergangswahrscheinlichkeit in eine Pflege-WG verringert sich hingegen mit steigendem Alter. Dieser Effekt verändert sich zwischen 2012 und 2017 nicht.

Unter Berücksichtigung aller Faktoren zeigt sich im Vergleich von 2012 und 2017 eine abnehmende Tendenz, ins Pflegeheim zu wechseln ($RR = 0,71$). Bezüglich des Umzugs in eine Pflege-WG gibt es keine signifikanten Veränderungen.

Aufgrund der geringeren Anzahl an Übergängen in die Pflege-WGs sind die Effekte der erklärenden Faktoren für diesen Übergang seltener signifikant und die Zellen bleiben leer, da nur signifikante Effekte Eingang in die Tabelle finden. Dennoch zeigen sich nicht nur für den Übergang ins Pflegeheim, sondern auch für den Übergang in die Pflege-WG für einige Faktoren signifikante Effekte. Mit einem höheren Pflegegrad ist der Übergang in eine Pflege-WG wahrscheinlicher ($RR = 2,43$). Der Zeitpunkt im Pflegeverlauf spielt im Jahr 2012 fast keine Rolle, und als Erkrankungen, die in engem Zusammenhang mit dem Umzug in Pflege-WGs stehen, zeigen sich im Wesentlichen nur Demenz ($RR = 4,48$) und Harninkontinenz ($RR = 1,60$). Zum Jahr 2017 gibt es in aller Regel nur geringe Veränderungen der Effekte. Der Pflegegrad hat im Jahr 2017 eine geringere Bedeutung als im Jahr 2012, und die Übergänge im früheren Stadium der Pflegebedürftigkeit sind wahrscheinlicher geworden ($RR = 6,06$). Krebserkrankungen und Sturzneigung machen den Übergang im Jahr 2017 ebenfalls wahrscheinlicher als im Jahr 2012.

Der Eintritt ins Pflegeheim aus der häuslichen Versorgung wird im Gegensatz zur Entwicklung beim Übergang in die Pflege-WGs schon im Jahr 2012 häufig sehr früh entschieden ($RR = 7,48$ in den ersten drei Monaten). Mit der Pflegedauer sinkt dann die Übergangsrate. Bei Vorliegen verschiedener Erkrankungen wird der Übergang ins Pflege-

Die Wahrscheinlichkeit des Heimeintritts geht *ceteris paribus* zurück.

heim wahrscheinlicher. Dazu gehören insbesondere die Demenz (RR = 2,03), Dehydratation, Mangelernährung, Dekubitus, Frakturen und Schizophrenie. Die Effekte durch andere Erkrankungen sind nicht so relevant. Im Vergleich zum Jahr 2012 gibt es im Jahr 2017 überwiegend unerhebliche Veränderungen in den Effekten auf den Heimeintritt. Die relativen Risiken unterscheiden sich kaum vom Wert 1. Einzig der Effekt der Pflegegrade sticht etwas heraus. Das relative Risiko von 1,30 im Interaktionseffekt mit dem Jahr 2017 besagt, dass bei höherem Pflegegrad die Übergangswahrscheinlichkeit im Jahr 2017 noch größer ist als im Jahr 2012.

Tabelle 3.6: Relative Risiken (RR) des Eintritts ins Pflegeheim oder in eine Pflege-WG – Alter ab 60 Jahre, Jahre 2012 und 2017 (Cox-Modell)

	Modell 1 zum Heimeintritt		Modell 2 zum Eintritt in eine Pflege-WG	
	Haupteffekte	Interaktion 2017	Haupteffekte	Interaktion 2017
Jahr 2017	0,71	x		x
Frau	1,33		1,92	
Alter	1,03	0,99	0,98	
Pflegegrad	1,27	1,30	2,43	0,64
erste drei Monate	7,48			6,06
Monate 4–6	2,31	1,12		3,22
Monate 7–12	1,67	1,08	0,55	4,20
Monate 13–24	1,44	1,07		1,72
Atherosklerose	0,92	1,09		
Fraktur	1,48			
Dehydratation	1,74			
Dekubitus	1,51	0,92		
Demenz	2,03		4,48	
Depression	1,19	0,94		
Diabetes				
Epilepsie	1,16	0,90		
Gebrechlichkeit	1,11			
Herzinfarkt	1,19			
Harninkontinenz	1,26	1,11	1,60	
Harnwegsinfektion	1,10	0,93		
Immobilität	1,08	1,11		

	Modell 1 zum Heimeintritt		Modell 2 zum Eintritt in eine Pflege-WG	
	Haupteffekte	Interaktion 2017	Haupteffekte	Interaktion 2017
Krebs	1,16		0,50	1,71
Lähmungen				
Mangelernährung	1,51			
Multiple Sklerose	0,81			
Parkinson		0,90	0,42	
Schizophrenie	1,41	1,15		
Schlaganfall	1,15	0,91		
Stuhlinkontinenz	1,16			
Sturzneigung	1,12	1,08		1,48

Anmerkung: Ausgewiesen sind nur signifikante Werte ($p < 0,05$); nicht berücksichtigte Variablen sind mit einem „x“ gekennzeichnet; Referenzkategorien: Mann, mehr als 24 Monate pflegebedürftig, Nichtvorhandensein der jeweiligen Erkrankung
Quelle: BARMER-Daten 2012 und 2017, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

In der Summe führen die Faktoren, die einen Umzug in eine Pflege-WG wahrscheinlicher machen, auch häufiger zum Einzug in ein Pflegeheim. Eine Demenzdiagnose ist allerdings ein besonders deutlicher Indikator für einen Umzug in eine Pflege-WG.

In der Summe werden aber bei gleichen Bedingungen Umzüge in das Pflegeheim eher seltener oder sie finden vermehrt erst später im Pflegeverlauf statt. Das heißt, es werden andere ambulante Versorgungsformen gewählt, zu denen beispielsweise auch das betreute Wohnen gehören kann. Die Umzüge in Pflege-WGs finden unter sonst gleichen Bedingungen im Jahr 2017 nun deutlich häufiger schon früher statt. Demenz ist und bleibt ein treibender Faktor sowohl für den Umzug ins Pflegeheim als auch für den Umzug in eine Pflege-WG. Während es bei den Übergängen ins Pflegeheim eine Verschiebung in höhere Pflegegrade gibt, nimmt die Übergangswahrscheinlichkeit in Pflege-WGs mit geringeren Pflegegraden zu.

Bestimmungsgründe für den Umzug ins betreute Wohnen lassen sich mit den Routinedaten nicht abbilden. Die KDA/BFS-Studie beschreibt aber die Nutzer des betreuten Wohnens (Kremer-Preiß et al., 2019). Der Anteil der Alleinlebenden liegt bei den befragten Anbietern von betreutem Wohnen im Median bei 85 Prozent. Der Anteil hochaltriger Bewohner (90 Jahre und älter) in betreutem Wohnen ist mit 9,4 Prozent (Kremer-Preiß

et al., 2019, S. 30) kleiner als der Anteil hochaltriger Pflegebedürftiger im Pflegeheim, der dort bei 26,4 Prozent liegt (Statistisches Bundesamt, 2018c, S. 19). Dieser geringere Anteil der Hochaltrigen in betreutem Wohnen resultiert auch daraus, dass nach der KDA/BFS-Studie in betreutem Wohnen nur 37,2 Prozent der Bewohner als pflegebedürftig eingestuft sind (Kremer-Preiß et al., 2019, S. 30).

Versorgung von demenziell Erkrankten bleibt problematisch in betreutem Wohnen

Insgesamt zeigt sich, dass das betreute Wohnen für die große Mehrheit der Pflegebedürftigen (noch) kein Ersatz für das Pflegeheim ist, sondern überwiegend von (noch) nicht pflegebedürftigen Personen gewählt wird. Die Ergebnisse der KDA/BFS-Studie zeigen aber auch, dass es beim betreuten Wohnen eine Zunahme von Hochaltrigen, von Pflegebedürftigen und von demenziell Erkrankten bei den Neukunden gibt (Kremer-Preiß et al., 2019, S. 33). Für demenziell Erkrankte ist derzeit aber noch die Pflege-WG die Alternative zum Pflegeheim.

3.3.6 Inanspruchnahme kombinierter ambulanter Leistungen

In Kapitel 3.2.3 wurde ausgeführt, welche finanziellen Anreize gegeben sind, die Kombination von ambulanten Leistungen anstelle einer Versorgung im Pflegeheim zu nutzen. In diesem Kapitel wird nun dargestellt, wie sich die kombinierten Inanspruchnahmen detailliert verteilen und welche Trends sich dabei abzeichnen. Dazu wird auf Basis der BARMER-Daten betrachtet, inwieweit Pflegegeld und -sachleistungsempfänger parallel auch Wohngruppenzuschlag, Tages- oder Nachtpflege oder häusliche Krankenpflege in Anspruch nehmen (Tabelle 3.7 und Tabelle 3.8). Der langfristige Trend der Inanspruchnahme des betreuten Wohnens kann mit diesen Daten nicht wiedergegeben werden. Für das Jahr 2018 zeigt Abbildung 3.5 aber, in welchem Umfang Pflegebedürftige in betreutem Wohnen Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen haben, und vergleicht dies mit der Inanspruchnahme in Pflege-WGs und in der sonstigen häuslichen Pflege.

Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege von 4,3 % der Pflegegeldempfänger und von 10,1 % der Sachleistungsempfänger

Etwa 2,2 Prozent der Empfänger von Pflegesachleistungen (§§ 36, 38 SGB XI) nahmen im Jahr 2015 den Wohngruppenzuschlag (§ 38a SGB XI) in Anspruch (Tabelle 3.7). Dies entspricht in etwa den Ergebnissen von Schneekloth et al. (2017, S. 185). Im Jahr 2018 liegt dieser Anteilswert mit 2,5 Prozent dann schon etwas höher. Tages- oder Nachtpflege wird von 10,1 Prozent und häusliche Krankenpflege von 58,8 Prozent der Pflegesachleis-

tungsempfänger in Anspruch genommen. Von den Pflegegeldempfängern nehmen diese Leistungen nur 0,1 Prozent (Wohngruppenschlag), 4,3 Prozent (Tages- oder Nachtpflege) und 11,7 Prozent (häusliche Krankenpflege) in Anspruch. Eine kombinierte Leistungsanspruchnahme ist also bei den Pflegesachleistungsempfängern um ein Vielfaches höher. In beiden Fällen steigt dabei sowohl die Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege als auch der Wohngruppenschläge insgesamt und innerhalb der einzelnen Pflegegrade im Zeitverlauf. Dabei ist die Häufigkeit der Inanspruchnahme der weiteren Leistungen sowohl für die Pflegegeldempfänger als auch für die Pflegesachleistungsempfänger positiv mit dem Pflegegrad korreliert (Tabelle 3.7).

Tabelle 3.7: Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit Wohngruppenschlag, Tages-/Nachtpflege oder/und häuslicher Krankenpflege

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Pflegegeldempfänger in Tausend	921	1.033	1.107	1.187	1.268	1.403	1.524
mit Wohngruppenschlag in Prozent	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
mit Tages-/Nachtpflege in Prozent	1,5	1,9	2,2	2,9	3,8	4,1	4,3
mit häuslicher Krankenpflege in Prozent	9,2	10,2	10,8	11,1	11,3	11,6	11,7
Pflegegeld mit Pflegegrad 2 in Tausend	502	568	610	657	707	786	853
mit Wohngruppenschlag in Prozent	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
mit Tages-/Nachtpflege in Prozent	0,3	0,3	0,4	0,9	1,5	2,0	2,2
mit häuslicher Krankenpflege in Prozent	9,5	10,7	11,1	11,5	11,7	11,9	12,0
Pflegegeld mit Pflegegrad 3 in Tausend	278	301	319	339	357	399	449
mit Wohngruppenschlag in Prozent	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
mit Tages-/Nachtpflege in Prozent	2,1	2,8	3,1	3,8	4,9	5,4	5,8
mit häuslicher Krankenpflege in Prozent	9,1	10,0	10,6	11,0	11,1	11,3	11,4
Pflegegeld mit Pflegegrad 4 in Tausend	110	126	135	143	151	157	162
mit Wohngruppenschlag in Prozent	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
mit Tages-/Nachtpflege in Prozent	4,9	6,1	7,0	8,2	10,4	10,5	10,5
mit häuslicher Krankenpflege in Prozent	8,1	8,3	9,3	9,6	9,8	10,3	10,5
Pflegegeld mit Pflegegrad 5 in Tausend	31	38	44	49	53	61	60
mit Wohngruppenschlag in Prozent	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
mit Tages-/Nachtpflege in Prozent	5,1	5,6	6,2	6,8	8,8	8,0	7,6
mit häuslicher Krankenpflege in Prozent	8,3	9,7	11,0	11,4	11,5	12,2	12,3

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Pflegesachleistungsempfänger in Tausend	548	588	627	664	696	736	755
mit Wohngruppenzuschlag in Prozent	0,1	1,5	1,9	2,2	2,3	2,4	2,5
mit Tages-/Nachtpflege in Prozent	5,5	5,5	5,6	6,7	8,3	9,6	10,1
mit häuslicher Krankenpflege in Prozent	60,0	61,0	60,5	59,8	60,2	59,2	58,8
Pflegesachleistung mit Pflegegrad 2 in Tausend	242	264	289	312	330	356	367
mit Wohngruppenzuschlag in Prozent	0,0	0,2	0,3	0,5	0,5	0,6	0,7
mit Tages-/Nachtpflege in Prozent	1,7	1,4	1,4	2,2	3,3	4,6	5,3
mit häuslicher Krankenpflege in Prozent	55,7	56,3	54,9	54,1	55,3	54,9	54,0
Pflegesachleistung mit Pflegegrad 3 in Tausend	178	184	191	200	211	220	232
mit Wohngruppenzuschlag in Prozent	0,1	1,3	1,6	1,7	1,9	2,3	2,5
mit Tages-/Nachtpflege in Prozent	6,1	6,1	6,5	7,8	9,5	11,4	12,6
mit häuslicher Krankenpflege in Prozent	63,3	64,7	64,8	64,3	64,2	63,0	63,3
Pflegesachleistung mit Pflegegrad 4 in Tausend	93	100	104	106	109	110	107
mit Wohngruppenzuschlag in Prozent	0,2	3,6	4,7	5,4	5,6	5,9	6,3
mit Tages-/Nachtpflege in Prozent	11,7	12,5	13,1	15,0	17,3	18,6	18,8
mit häuslicher Krankenpflege in Prozent	62,8	64,5	65,8	65,4	64,8	63,2	63,0
Pflegesachleistung mit Pflegegrad 5 in Tausend	35	40	43	45	46	48	47
mit Wohngruppenzuschlag in Prozent	0,3	5,9	7,3	8,0	8,4	8,1	7,6
mit Tages-/Nachtpflege in Prozent	12,2	12,2	12,2	13,7	16,7	17,2	16,2
mit häuslicher Krankenpflege in Prozent	65,9	66,2	66,8	66,2	65,1	65,3	65,8

Quelle: BARMER-Daten 2012–2018, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Inanspruchnahme der
Tages- und Nachtpflege
bei inzidenten Fällen
geringer

Inzident pflegebedürftige Personen nehmen Tages- oder Nachtpflege zunächst noch in geringerem Umfang in Anspruch (Tabelle 3.8). Von den Pflegegeldempfängern nutzen im Jahr 2018 im dritten Monat der Pflegebedürftigkeit erst 1,8 Prozent Tages- oder Nachtpflege im Vergleich zu allen Pflegegeldempfängern, von denen 4,3 Prozent diese Leistung nutzen. Bei der Nutzung der häuslichen Krankenpflege gibt es kaum Unterschiede im Vergleich zur Gesamtheit der Pflegegeldempfänger. Bei den inzident Pflegebedürftigen, die Pflegesachleistungen nutzen, sind Wohngruppenzuschüsse (0,4 Prozent), Tages- oder Nachtpflege (3,9 Prozent) und häusliche Krankenpflege (47,8 Prozent) zunächst auch seltener als bei der Gesamtheit der Pflegesachleistungsbezieher. Diese Aussage hat auch Gültigkeit, wenn nach Pflegegraden differenziert wird. Eine stärkere Inanspruchnahme entwickelt sich somit erst mit der Dauer der Pflegebedürftigkeit.

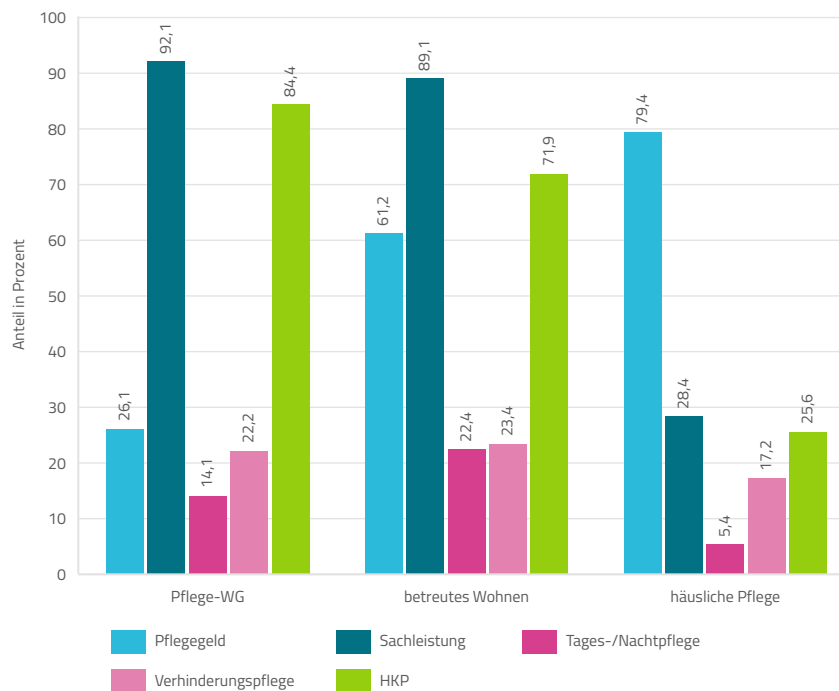
Tabelle 3.8: Neuzugänge im dritten Monat der Pflegebedürftigkeit in häuslicher Pflege mit Wohngruppenzuschlag und/oder Tages- oder Nachtpflege

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Pflegegeldempfänger in Tausend	216	279	279	307	304	386	364
mit Wohngruppenzuschlag in Prozent	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
mit Tages-/Nachtpflege in Prozent	0,9	1,0	0,9	1,6	2,2	1,8	1,8
mit häuslicher Krankenpflege in Prozent	13,8	14,2	14,7	14,4	13,8	12,6	12,4
Pflegegeld mit Pflegegrad 2 in Tausend	149	198	200	223	224	275	259
mit Wohngruppenzuschlag in Prozent	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
mit Tages-/Nachtpflege in Prozent	0,2	0,2	0,2	1,0	1,6	1,4	1,4
mit häuslicher Krankenpflege in Prozent	13,1	13,8	14,1	13,8	13,5	12,4	12,4
Pflegegeld mit Pflegegrad 3 in Tausend	55	67	65	70	66	91	88
mit Wohngruppenzuschlag in Prozent	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
mit Tages-/Nachtpflege in Prozent	2,4	2,9	2,5	3,0	3,5	2,9	2,9
mit häuslicher Krankenpflege in Prozent	15,8	15,1	15,7	15,7	14,5	12,7	11,7
Pflegegeld mit Pflegegrad 4 in Tausend	10	13	12	13	12	17	15
mit Wohngruppenzuschlag in Prozent	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
mit Tages-/Nachtpflege in Prozent	4,2	3,3	3,1	4,0	4,3	3,2	3,1
mit häuslicher Krankenpflege in Prozent	13,2	15,3	16,9	16,4	14,2	15,8	16,7
Pflegegeld mit Pflegegrad 5 in Tausend	1	1	2	2	1	3	3
mit Wohngruppenzuschlag in Prozent	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
mit Tages-/Nachtpflege in Prozent	1,1	0,0	2,8	3,1	1,9	1,2	0,4
mit häuslicher Krankenpflege in Prozent	19,3	22,7	24,6	18,3	20,4	20,6	17,8
Pflegesachleistungsempfänger	160	190	194	213	218	228	196
mit Wohngruppenzuschlag in Prozent	0,0	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4
mit Tages-/Nachtpflege in Prozent	2,0	2,1	1,7	2,8	3,7	3,7	3,9
mit häuslicher Krankenpflege in Prozent	55,6	56,6	55,2	54,0	52,1	48,9	47,8
Pflegesachleistung mit Pflegegrad 2 in Tausend	97	116	122	138	143	147	126
mit Wohngruppenzuschlag in Prozent	0,0	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2	0,3
mit Tages-/Nachtpflege in Prozent	0,8	0,9	0,7	1,8	2,6	3,1	3,0
mit häuslicher Krankenpflege in Prozent	53,4	54,1	51,9	50,9	50,2	48,6	46,6
Pflegesachleistung mit Pflegegrad 3 in Tausend	47	54	53	55	56	56	48
mit Wohngruppenzuschlag in Prozent	0,1	0,4	0,5	0,5	0,6	0,4	0,5
mit Tages-/Nachtpflege in Prozent	3,7	3,8	3,4	4,4	5,8	4,9	5,9
mit häuslicher Krankenpflege in Prozent	59,6	61,4	61,0	59,9	56,8	50,1	50,9

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Pflegesachleistung mit Pflegegrad 4 in Tausend	14	16	16	16	15	16	14
mit Wohngruppenzuschlag in Prozent	0,0	0,8	1,6	1,3	1,4	1,2	1,1
mit Tages-/Nachtpflege in Prozent	3,5	5,1	3,9	5,5	6,3	5,1	6,0
mit häuslicher Krankenpflege in Prozent	55,7	57,8	58,6	58,8	52,1	50,2	47,1
Pflegesachleistung mit Pflegegrad 5 in Tausend	2	4	4	4	4	5	6
mit Wohngruppenzuschlag in Prozent	0,0	1,3	1,6	0,7	1,0	1,1	1,0
mit Tages-/Nachtpflege in Prozent	4,3	2,9	2,9	4,4	4,1	2,3	2,1
mit häuslicher Krankenpflege in Prozent	62,3	61,8	65,1	65,4	54,1	52,5	52,8

Quelle: BARMER-Daten 2012–2018, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Abbildung 3.5: Anteile der Inanspruchnahmen durch Pflegebedürftige in verschiedenen Settings im Jahr 2018



Quelle: BARMER-Daten 2018, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Die Darstellung der langfristigen Entwicklung der kombinierten Inanspruchnahmen in betreutem Wohnen ist mit den Routinedaten nicht möglich. Abbildung 3.5 zeigt daher nur die Inanspruchnahmen im Vergleich zu den Inanspruchnahmen in Pflege-WGs und in sonstiger häuslicher Pflege für das Jahr 2018.

Die Inanspruchnahmen in betreutem Wohnen ähneln eher den Inanspruchnahmen in den Pflege-WGs als den Inanspruchnahmen in der sonstigen häuslichen Pflege. Die Anteile mit häuslicher Krankenpflege, mit Pflegesachleistungen und Tages- oder Nachtpflege sind jeweils höher. Sachleistungen werden in beiden Gruppen von rund 90 Prozent der Pflegebedürftigen genutzt. Die Tages- oder Nachtpflege wird in der Summe von 14,1 Prozent der Bewohner der Pflege-WGs und von 22,4 Prozent der Bewohner von betreutem Wohnen genutzt.

hohe Inanspruchnahme
von Sachleistungen,
Tages- und Nachtpflege
und häuslicher Kranken-
pflege in Pflege-WGs
und betreutem Wohnen

3.3.7 Fazit zur Fallzahlentwicklung

Basierend auf den Beobachtungen der letzten Jahre ist für die Zukunft mit einer Expansion ambulantisierter Versorgungsformen zu rechnen, wobei der Ausbau des betreuten Wohnens den der Pflege-WGs übertreffen dürfte. Die Versorgungsanteile im Pflegeheim sind dabei rückläufig bei insgesamt immer noch absolut steigenden Bewohnerzahlen. Eine Umstellung auf die neuen Versorgungsstrukturen geschieht weniger durch Umwidmung von Pflegeheimplätzen als insbesondere durch Neubau.

Dennoch gibt es auch Hinweise auf die Umwandlung von stationären Versorgungsformen in ambulante Versorgungsformen. Dazu gehören die zunehmende Zahl von Pflegeeinrichtungen mit einer Anbindung an eine Wohneinrichtung und die steigende Zahl der Einzimmerwohnungen in betreutem Wohnen (Pflegeheim zu betreutes Wohnen).

Sowohl die ambulanten als auch die stationären Pflegeeinrichtungen sind an einer Ausweitung der Tages- oder Nachtpflege, des betreuten Wohnens und der Pflege-WGs interessiert. Während die stationären Einrichtungen dabei mehr in Richtung betreutes Wohnen tendieren, zeigen die ambulanten Einrichtungen verstärkt Interesse an den Pflege-WGs (Rothgang et al., 2018).

ambulante Stapelleis-
tungen sehr attraktiv

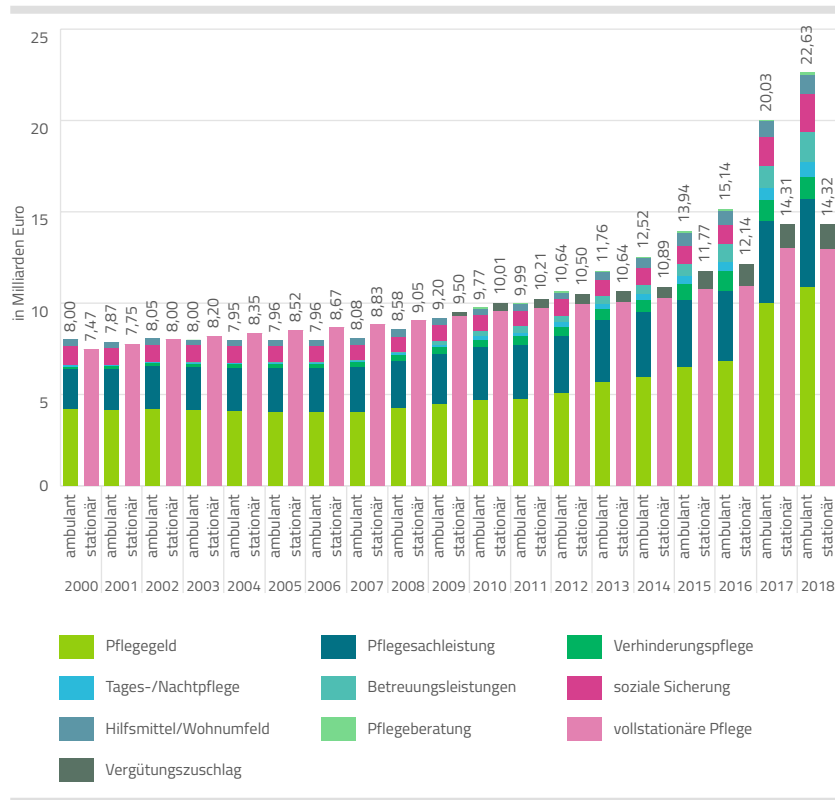
Neubauten und Neuzulassungen erfolgen häufig in Form der Kombination von betreutem Wohnen mit Tagespflege und Pflegedienst (Kremer-Preiß et al., 2019, S. 45). Die Zahl der Einrichtungen, die (teil)stationäre Pflege, Pflegedienst und betreutes Wohnen unter einem Dach anbieten, steigt, und entsprechende Zusammenstellungen werden auch auf den Internetseiten der Anbieter beworben: „In allen Wohnparks befinden sich Pflegeheim, Wohnen mit Service (betreutes Wohnen) und Sozialstation unter einem Dach – oder sehr nah beieinander“ (St. Elisabeth-Stiftung, 2016) oder „buchen Sie einfach von Anfang an das Gesamtpaket Pflege (Wohnen + 24 Stunden-Pflegedienst + Tagespflege)“ (Seniorenzentrum Alte Landbrücke, 2018). Diese „Stapelleistung“ wird damit als funktionales Äquivalent zur Heimversorgung beworben – allerdings mit doppelt so hohen Leistungsansprüchen gegenüber der SPV und GKV und geringeren ordnungsrechtlichen Auflagen. Tatsächlich ist bei diesen Angeboten nach Aussage von Britta Klemm, BFS Service GmbH, von außen häufig nicht zu erkennen, ob es sich bei einem Gebäude um ein stationäres Pflegeheim, betreutes Wohnen, Tagespflege oder eine Pflege-WG handelt (Bauer, 2018, S. 273). Entsprechend wird beklagt, dass hierbei eine Versorgung im Pflegeheim lediglich als ambulantes Versorgungssetting getarnt ist, um höhere Leistungsentnahmen aus der Sozialversicherung zu ermöglichen (AOK-BV, 2015, S. 17; BIVA Pflegeschutzbund, 2016; CAREkonkret, 2015a).

3.4 Entwicklung der Leistungsausgaben

In Kapitel 3.2 wurden die Anreize aufgezeigt, die eine fortschreitende Ambulantisierung erwarten lassen. Die Analysen des Kapitels 3.3 haben dann gezeigt, in welchem Umfang tatsächlich entsprechende Entwicklungen in den Daten nachweisbar sind. Daran schließt sich die Frage nach den Ausgabeneffekten dieser Entwicklungen für die Pflegeversicherung (Leistungsausgaben) und für die Krankenversicherung (häusliche Krankenpflege) an. Dieser Frage wird in diesem Kapitel mithilfe der Kassenstatistik und der BARMER-Daten nachgegangen. Dabei wird die Kassenstatistik genutzt, um die Ausgabenentwicklungen verschiedener Versorgungsbereiche der sozialen Pflegeversicherung (SPV) nachzuzeichnen. Mithilfe der Routinedaten werden anschließend die spezifischen durchschnittlichen Leistungsausgaben der Pflegeversicherung zusammen mit den Leistungsausgaben der Krankenversicherung für häusliche Krankenpflege für Pflegebedürftige in betreutem Wohnen und in Pflege-WGs ermittelt.

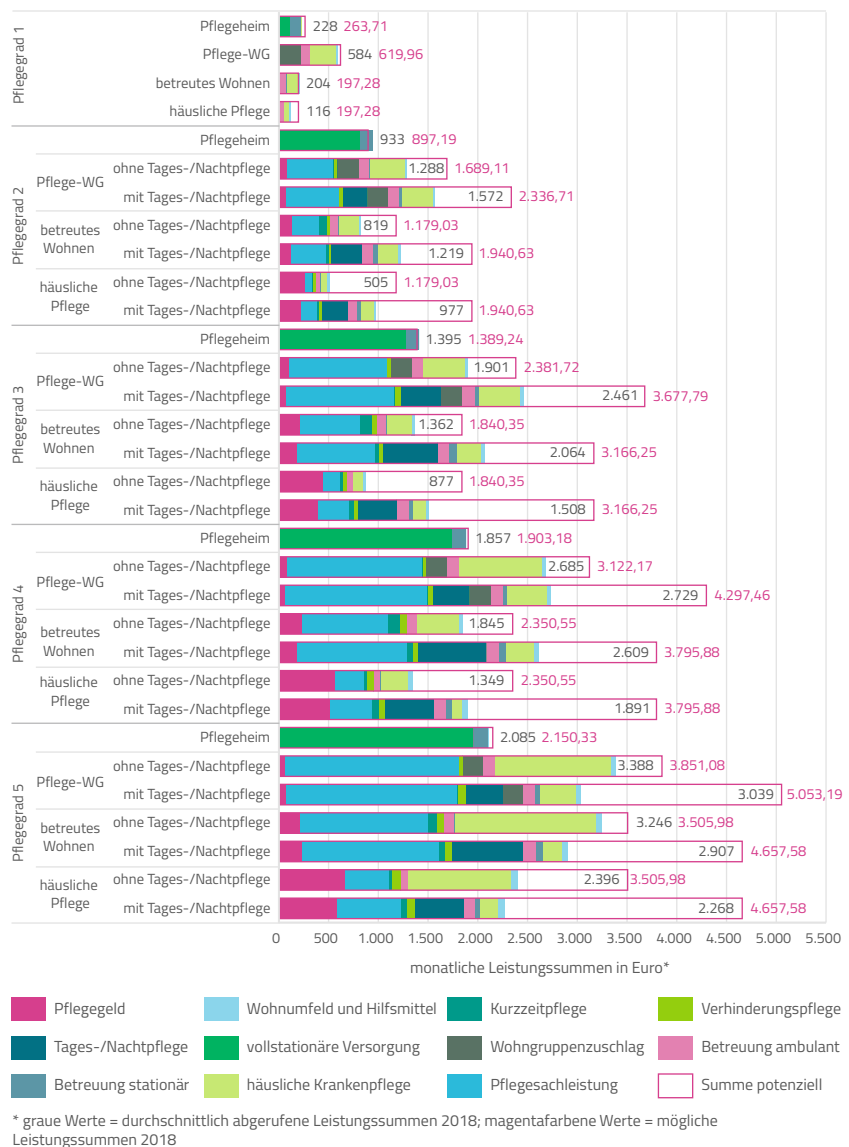
Wie Abbildung 3.6 zeigt, haben sich die Leistungsausgaben der SPV für die ambulante Versorgung von 8,00 Milliarden Euro im Jahr 2000 auf 22,63 Milliarden Euro im Jahr 2018 fast verdreifacht, während sich die Ausgaben für die stationäre Versorgung von 7,47 Milliarden Euro auf 14,32 Milliarden Euro nicht einmal verdoppelt haben. Wesentliche Steigerungen der Leistungssummen entstanden mit den ersten Anpassungen der maximalen individuellen Leistungssummen ab dem Jahr 2008 und dann vermehrt mit den Ausweitungen und Anpassungen ab dem Jahr 2013. Die größte Steigerung im Jahr 2017 ist dann auf die Reformen des PSG II zurückzuführen.

Abbildung 3.6: Leistungsausgaben der SPV für ambulante und stationäre Pflege



Anmerkung: ohne Kurzzeitpflege und sonstige Leistungsausgaben
Quelle: BMG (2019a) entsprechend Tabelle 2.15 in Kapitel 2.3.1

Abbildung 3.7: Durchschnittliche Leistungen der Sozialversicherung für Pflegebedürftige in verschiedenen Versorgungssettings im Jahr 2018



Anmerkung: Überschreitung der Maximalgrenzen durch zeitliche Zuordnungsunschärfen möglich
 Quelle: BARMER-Daten 2018, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Die neuen Regelungen ermöglichen es inzwischen, für ambulante Versorgung mehr als doppelt so hohe Leistungssummen aus Kranken- und Pflegeversicherung zu beziehen wie für vollstationäre Versorgung (siehe Kapitel 3.2.3). Zu fragen ist nun, in welchem Umfang diese Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Durch Multiplikation der individuellen Mehrentnahmen mit den betroffenen Fallzahlen kann dann abgeschätzt werden, welche Ausgabeneffekte die Ambulantisierung für die Pflege- und Krankenversicherung nach sich zieht. Hierzu werden im Folgenden auf Basis der BARMER-Daten die individuellen Leistungssummen in den neuen Wohnformen ermittelt und mit denen in der vollstationären Versorgung verglichen. Dabei zeigt sich, dass die maximalen Leistungssummen, wie sie in Kapitel 3.2.3 dargestellt wurden, häufig nicht abgerufen werden. Während die monatlich abgerufenen Leistungssummen in der stationären Versorgung sich kaum von den gesetzlich vorgegebenen Maximalgrenzen unterscheiden, liegen die abgerufenen Leistungssummen in der ambulanten Versorgung deutlich unter den Maximalwerten (Abbildung 3.7).

Dennoch sind in den Pflege-WGs die abgerufenen Leistungssummen bei jedem Pflegegrad mit oder ohne Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege deutlich höher als die in Anspruch genommenen Leistungssummen in der vollstationären Pflege. Ohne Nutzung der Tages- oder Nachtpflege ergibt sich bei Pflegegrad 2 eine durchschnittliche Leistungssumme von 1.288 Euro. Bei den Pflegegraden 3, 4 und 5 belaufen sich die Beträge auf 1.901 Euro, 2.685 Euro und 3.388 Euro. In den Fällen, in denen zusätzlich die Tages- oder Nachtpflege genutzt wird, ergeben sich in den Pflegegraden 2 bis 5 durchschnittliche Leistungssummen von 1.572 Euro, 2.461 Euro, 2.729 Euro beziehungsweise 3.039 Euro. Im gewogenen Mittel mit der Pflegegradverteilung der BARMER-Versicherten als Gewicht ergeben sich ohne Nutzung von Tages- oder Nachtpflege durchschnittliche monatliche Mehrausgaben der Sozialversicherung von 726 Euro pro pflegebedürftiger Person in den Pflege-WGs. Wird auch Tages- oder Nachtpflege genutzt, liegen die Mehrausgaben bei 921 Euro pro Person. Ausgehend von 20.400 Bewohnern von Pflege-WGs, die den Wohngruppenzuschuss nutzen und von denen 14,1 Prozent die Tages- oder Nachtpflege nutzen, ergeben sich im Vergleich zur Versorgung im Pflegeheim Mehrausgaben von 184 Millionen Euro im Jahr 2018. Da die weiteren Bewohner bis zur geschätzten Gesamtzahl von 31.000 keinen Wohngruppenzuschuss in Anspruch nehmen, sind diese eher in der Gruppe der Pflegebedürftigen in betreutem Wohnen zu finden.

Tages- und Nachtpflege
macht betreutes Wohnen besonders teuer.

Die monatlichen Leistungssummen in betreutem Wohnen sind in allen Pflegegraden höher als bei den übrigen häuslich gepflegten Pflegebedürftigen. Ohne die Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege liegen sie in den Pflegegraden 1 bis 4 unterhalb der Leistungssummen in vollstationärer Pflege, bei Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege aber in allen Pflegegraden deutlich über den Leistungssummen in vollstationärer Pflege. Ohne Nutzung der Tages- oder Nachtpflege ergeben sich bei den Pflegegraden 2 bis 5 durchschnittliche Leistungssummen von 819 Euro, 1.362 Euro, 1.845 Euro beziehungsweise 3.246 Euro. In den Fällen, in denen zusätzlich die Tages- oder Nachtpflege genutzt wird, ergeben sich in den Pflegegraden 2 bis 5 durchschnittliche Leistungssummen von 1.219 Euro, 2.064 Euro, 2.609 Euro und 2.907 Euro.

Wird für die Pflegegradverteilung die der BARMER-Versicherten in betreutem Wohnen zugrunde gelegt, sind die durchschnittlichen monatlichen Leistungsausgaben (GKV-Leistungen für häusliche Krankenpflege plus SPV-Leistungen) ohne Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege um 13 Euro niedriger, mit Inanspruchnahme aber um 581 Euro höher als bei stationärer Versorgung. Von den BARMER-Versicherten in betreutem Wohnen hatten 22,4 Prozent auch Tages- oder Nachtpflege in Anspruch genommen. Legt man diesen Anteil zugrunde, ergeben sich im Jahr 2018 bei geschätzten 150.000 Pflegebedürftigen in betreutem Wohnen Mehrausgaben von 215 Millionen Euro gegenüber der vollstationären Versorgung. Dieser Wert wird in Zukunft durch die demografisch bedingte Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen und die Verschiebungen in den Nachfrageentscheidungen zunehmen. Wie in Kapitel 3.3.5 gezeigt, ist der Anteil der Pflegebedürftigen in betreutem Wohnen in den niedrigen Pflegegraden größer als in den höheren (Abbildung 3.4). Wird zur Abschätzung der Ausgabenpotenziale unterstellt, dass die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 (162.777, Stand 31. Dezember 2017, Statistisches Bundesamt, 2018c, S. 34) in Zukunft in das betreute Wohnen wechseln und dort die Tages- und Nachtpflege in Anspruch nehmen, entstünden für die Pflege- und Krankenversicherung monatliche Mehrkosten je Pflegebedürftigen in Höhe von 287 Euro. In der Summe wären dies bei 162.777 Pflegebedürftigen im Jahr 561 Millionen Euro.

Die bisherigen Ergebnisse machen deutlich, dass die Ambulantisierungsprozesse erhebliche Mehrausgaben der (Kranken- und) Pflegeversicherung nach sich ziehen. Allein für die geschätzten 20.400 Bewohner von Pflege-WGs ergeben sich im Vergleich zur Versor-

gung im Pflegeheim schon Mehrausgaben von 184 Millionen Euro im Jahr 2018. Hinzu kommen Mehrausgaben für Pflegebedürftige in betreutem Wohnen von rund 215 Millionen Euro. Dies sind in der Summe Mehrausgaben von 400 Millionen Euro gegenüber einer Versorgung im Pflegeheim, die in Zukunft noch steigen werden. Allein die Zahl der Pflege-WGs mit Inanspruchnahme von Wohngruppenzuschuss hat nach Auswertungen der BARMER-Daten in den Jahren 2015 bis 2018 von 15.400 auf 20.400 zugenommen. Die Steigerungsrate belief sich dabei im letzten Jahr auf 6,7 Prozent. Wird unterstellt, dass die Zahl der Pflegebedürftigen, die in Pflege-WGs oder in betreutem Wohnen leben, um lediglich fünf Prozent pro Jahr steigt, liegen die Mehrausgaben für die Kranken- und Pflegeversicherung 2030 schon bei 718 Millionen Euro, ohne dass dabei schon mögliche weitere Leistungsausweitungen mit eingeflossen wären.

Mehrausgaben im Vergleich zum Pflegeheim: 184 Mio. € in Pflege-WGs und 215 Mio. € in betreutem Wohnen

3.5 Qualitätsunterschiede

Die höheren Leistungsausgaben für ambulantisiertere Versorgungsformen sind dann gerechtfertigt, wenn sie mit entsprechenden Qualitätsverbesserungen einhergehen. Dies zu untersuchen, ist Aufgabe dieses Kapitels. Dazu werden zunächst mögliche Qualitätsindikatoren benannt (Kapitel 3.5.1). Zur Erfassung der Versorgungsqualität in betreutem Wohnen und in Pflege-WGs im Vergleich zur Qualität im Pflegeheim werden einerseits die Ergebnisse vorliegender Studien zusammengefasst (Kapitel 3.5.2) und andererseits mithilfe der Routinedaten einige Versorgungsleistungen und Outcomes analysiert (Kapitel 3.5.3). Abschließend werden die über beide Zugänge ermittelten Qualitätsunterschiede bewertet (Kapitel 3.5.4).

3.5.1 Mögliche Qualitätsfolgen

Um bewerten zu können, wie sich die Versorgungsqualität in Pflege-WGs und in betreutem Wohnen von der im Pflegeheim unterscheidet, müssen Indikatoren gefunden werden, die in beiden Settings gleichermaßen erfassbar sind. Im Hinblick auf die zukünftige Gesetzgebung sind aktuell drei Forschungsaufträge zur Entwicklung von Instrumenten und Verfahren zur Qualitätsprüfung, zur Qualitätsdarstellung und zur Qualitätssicherung abgeschlossen worden. Diese betreffen die Versorgung im Pflegeheim, die ambulante Versorgung und die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen.

Qualitätsindikatoren in
der ambulanten Pflege

Im Abschlussbericht zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen und die Qualitätsdarstellung in der ambulanten Pflege sind insbesondere Indikatoren zur Prozessqualität und deren Einfluss auf die Ergebnisqualität genannt. Darunter fallen

- die „Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren“,
- die „Unterstützung im Bereich der Mobilität“,
- die „Unterstützung bei der Körperpflege“,
- Maßnahmen in der häuslichen Krankenpflege,
- die „Zusammenarbeit mit den Angehörigen“ und
- „Hygiene“ (Büscher et al., 2018, S. 77).

Qualitätsindikatoren in
der stationären Pflege

Ebenfalls auf die Ergebnisqualität zielt der Abschlussbericht zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen und die Qualitätsdarstellung in der stationären Pflege. Explizit werden folgende Indikatoren berücksichtigt:

- erhaltene Mobilität,
- erhaltene Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen,
- erhaltene Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Lebensalltags,
- Dekubitusentstehung,
- schwerwiegende Sturzfolgen,
- unbeabsichtigter Gewichtsverlust,
- Durchführung eines Integrationsgesprächs,
- Anwendung von Gurten,
- Anwendung von Bettseitenteilen,
- Aktualität der Schmerzeinschätzung (Wingefeld et al., 2018, S. 28).

Qualitätsindikatoren in
neuen Wohnformen

Im Abschlussbericht zur Entwicklung eines Konzepts für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen wurden fünf zentrale Qualitätsmerkmale unterschieden (Wolf-Ostermann et al., 2019), die als Anforderungen an die neuen Wohnformen zu stellen sind:

- Versorgungskontinuität: Kontinuität einer fachlich qualifizierten Versorgung auch bei wachsendem Hilfe- und Pflegebedarf,

- Nutzerorientierung: Berücksichtigung individueller Lebensgewohnheiten, Lebensgestaltung und Bedürfnisse der Bewohnerschaft,
- Selbstbestimmung/Selbstverantwortung: Gestaltung des Tagesablaufs und Wahl der pflegerischen Versorgung,
- Koordination: das Zusammenbringen verschiedener Akteure zur Unterstützung im alltäglichen Leben und in der Pflege,
- Transparenz: die Möglichkeit für Pflegebedürftige oder Angehörige, den Überblick über die Gemengelage der verschiedenen Bestandteile des betreuten Wohnens und der Pflege zu behalten (Wolf-Ostermann et al., 2019, V).

Bei der Bewertung der neuen Wohnformen werden also vor allem Selbstständigkeit und Lebensqualität der Bewohner als zentrale Qualitätsfaktoren genannt.

Die grundsätzlichen Zielsetzungen der Qualitätskontrolle sind im ambulanten und im stationären Setting recht ähnlich. Jedoch sind die Pflegeeinrichtungen in diesen Versorgungssettings in unterschiedlichem Ausmaß zur Leistungserbringung und zur Qualitätssicherung verpflichtet. Zudem unterscheiden sich auch die Qualitätsprüfungen in beiden Bereichen. Umfassende Qualitätsprüfungen im gesamten Bereich der pflegerischen Versorgung sind insbesondere in Pflegeheimen vorgesehen. Diese sind zudem zur regelmäßigen Berichterstattung über die ärztliche, fachärztliche, zahnärztliche und Arzneimittelversorgung verpflichtet (§ 114 SGB XI). Für die ambulante Versorgung und damit auch in betreutem Wohnen würden die Qualitätsdefizite nach den oben genannten Instrumenten und Verfahren den Pflegediensten nur insoweit zur Last gelegt werden, wie sie dafür im Rahmen von Verträgen verantwortlich sind (Büscher et al., 2018, S. 80 ff.). Auch für die Organisation der ärztlichen Versorgung tragen Pflegedienste keine Verantwortung, was im ambulanten Setting unter sonst gleichen Bedingungen letztlich zu einer weniger ausgeprägten medizinischen und pflegerischen Versorgung führen kann.

In betreuten Wohnanlagen ist gemäß Definition eine permanente Präsenz einer Pflegekraft nicht vorgesehen, weil dies auch zu einem Problem der Abgrenzung gegenüber einem Pflegeheim werden könnte. Entsprechend sind bei auch ansonsten nicht permanent anwesenden Betreuungskräften in einigen Konstellationen Probleme mit der Ver-

sorgungssicherheit und damit auch hinsichtlich der aufgeführten Qualitätsindikatoren möglich.

3.5.2 Ergebnisse einer Literaturstudie

Im Rahmen des Projekts zur Entwicklung eines Konzepts für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen wurde eine Literaturrecherche bezüglich der Effekte von ambulanten Wohnformen auf die Outcomes durchgeführt. Insgesamt wurden in dem Studienvergleich 27 Querschnittstudien, 33 Längsschnittstudien, fünf systematische Übersichtsarbeiten und drei qualitative Forschungsarbeiten berücksichtigt. Davon waren insgesamt 46 vergleichende Studien, in denen in der Regel das Pflegeheim als Vergleich genutzt wurde. Als qualitativ hochwertiger für die Gesamtbewertung in diesem Schwerpunktkapitel sind der Längsschnittvergleich mit der Versorgung im Pflegeheim, aber auch die Übersichtsarbeiten zu bewerten. Im Vergleich von Versorgungssettings im Wohnformtyp 2 (so wie betreutes Wohnen, vergleiche Kapitel 3.2.1) mit Pflegeheimen zeigen sich in drei Längsschnittstudien positive, in einer Längsschnittstudie negative, in vier Längsschnittstudien sowie in zwei Übersichtsarbeiten heterogene oder keine Effekte. Im Vergleich von Versorgungssettings des Wohnformtyps 3 (so wie Pflege-WGs) mit Pflegeheimen zeigen sich in fünf Längsschnittstudien und einer Übersichtsarbeit positive, insgesamt keine negativen, in elf Längsschnittstudien sowie in zwei Übersichtsarbeiten heterogene oder keine Effekte (Wolf-Ostermann et al., 2019, S. 437 ff.). In der Summe wird also eher ein neutraler oder positiver Effekt und weniger ein negativer Effekt im Vergleich zum Pflegeheim festgestellt.

Im Vergleich zur Versorgung in der eigenen Häuslichkeit werden zudem in einer amerikanischen Längsschnittstudie positive Effekte hinsichtlich der Lebensqualität und ein geringeres Fortschreiten funktionaler Defizite wahrgenommen (Wolf-Ostermann et al., 2019, S. 427).

Die meisten dieser Ergebnisse stammen allerdings aus internationalen Studien und sind nur eingeschränkt auf Deutschland übertragbar. Deutsche Studien zum Vergleich von ambulanten Wohnformen mit anderen Settings sind selten und entsprechen bei Rückgriff auf das Bewertungsschema von Brodaty et al. (2003) in der Regel nur einer geringen oder bestenfalls einer mittleren Qualität (Gräske et al., 2013).

Eine eingeschlossene Querschnittstudie zur Situation in Deutschland vergleicht die Versorgung in betreutem Wohnen inklusive Pflegedienst mit der im Pflegeheim. Ausgewertet wurden Informationen zu 3.610 pflegebedürftigen Personen in 31 Pflegeheimen und 21 Einrichtungen des betreuten Wohnens. Festgestellt wurde einerseits eine geringere Häufigkeit von Dekubitus und andererseits eine größere Häufigkeit bei Sturz und Mangelernährung in betreutem Wohnen (Klingelhöfer-Noe et al., 2015). Aufgrund der Unterschiede in der Untersuchungspopulation und wegen fehlender Risikoadjustierung in den Auswertungen konnte aber keine abschließende Beurteilung der Qualität anhand der untersuchten Qualitätsindikatoren erfolgen. Im Vergleich mit der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit finden sich in einer Querschnittstudie ebenfalls schlechtere Ernährungszustände bei Bewohnern von Pflege-WGs. Eine Kovarianzanalyse zeigt aber, dass dies auf Unterschiede in den Vergleichspopulationen und die stärkeren kognitiven Einschränkungen bei Pflegebedürftigen in Pflege-WGs zurückzuführen war, so dass sich keine Unterschiede zwischen den Settings belegen lassen (Strupeit et al., 2014). Meyer et al. (2014) stellen hingegen in einer weiteren Querschnittstudie eine geringere Häufigkeit der Mangelernährung und des Gewichtsverlusts bei Pflegebedürftigen in Pflege-WGs im Vergleich zur Situation im Pflegeheim fest. In einer Längsschnittstudie an 56 Personen im Pflegeheim und in Pflege-WGs wurden die Entwicklungen bezüglich des Barthel-Index, hinsichtlich der Demenzsymptome und der Lebensqualität verglichen. Während die Unterschiede beim Barthel-Index und den Demenzsymptomen auch im Zeitverlauf nicht statistisch signifikant sind, stieg in den Pflege-WGs die Lebenszufriedenheit (Wolf-Ostermann et al., 2012).

In der Summe zeigen sich positive Effekte auf Bewohnerebene eher in umfassenden Konstrukten wie Lebensqualität (Wolf-Ostermann et al., 2019, S. 36). Mögliche Vorteile von Pflege-WGs werden nach Experteninterviews hinsichtlich der hohen Ähnlichkeit zum häuslichen Umfeld, der besseren Einbindung sozialer Netzwerke, der Einbindung in das Quartier und der individuelleren Wahl von Leistungen und Leistungserbringern gesehen. Diese möglichen Vorteile seien in der Realität jedoch noch nicht umfassend umgesetzt (Rothgang et al., 2018, S. 90 ff.).

Hinsichtlich der pflegerelevanten Outcomes in betreutem Wohnen oder in den Pflege-WGs werden kaum signifikante Effekte gefunden (Wolf-Ostermann et al., 2019, S. 425 ff.),

keine eindeutigen pflege-relevanten Qualitätsvorteile

positive Effekte hinsichtlich der Lebensqualität

Bei gesundheitlichen Verschlechterungen folgt häufig der Umzug ins Pflegeheim.

was aber auch durch die geringe Zahl prospektiver Studien, die oftmals geringen Fallzahlen in den Studien und die ausgewählten Kriterien der Vergleiche begründet ist. Betreiber von betreuten Wohnanlagen sehen vielmehr vor dem Hintergrund diskontinuierlicher Präsenz von Pflegekräften Leistungsgrenzen vor allem bei Hinlauffendenzen (Weglauffendenzen), Tag-Nacht-Rhythmus-Störungen und Gefährdungen anderer (75,2 Prozent), Rund-um-die-Uhr-Versorgungsbedarf (58,4 Prozent) und bei Einschränkungen bei demenziellen Erkrankungen (52,2 Prozent) (Kremer-Preiß et al., 2019, S. 26). Bei im Median 47 Bewohnern sind im Jahr 2017 im Durchschnitt 8,4 Bewohner wieder ausgezogen – mehr als zwei Drittel davon wegen gesundheitlicher Verschlechterungen.

3.5.3 Qualitätsvergleich mit Routinedaten

Aus dem Innovationsfonds wird das Projekt „Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten“ gefördert. Erste Indikatoren für den Vergleich von Pflegeheimen aus dem Projekt zur Messung der Versorgungsqualität sind das Auftreten von Dekubitus, das Auftreten von Harnwegsinfektionen, Antipsychotikaverordnungen bei Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, der Grad der ärztlichen Versorgung und die Zahl der ambulantsensitiven Hospitalisierung (Schwinger et al., 2018a). Angelehnt an diese Indikatoren wird in den folgenden Unterkapiteln anhand der BARMER-Daten ein Vergleich der Versorgungsqualität in Pflegeheimen mit der Versorgungsqualität in Pflege-WGs und in betreutem Wohnen vorgenommen. Dazu werden die Verteilungen in den Pflegesettings zunächst ohne weitere Kontrolle intervenierender Faktoren betrachtet. Anschließend werden unter Kontrolle von Alter, Geschlecht, Jahr und Pflegegrad sowie gegebenenfalls verschiedener Diagnosenstellungen logistische Regressionsmodelle gerechnet, um risikoadjustiert die unterschiedlichen Wahrscheinlichkeiten des Auftretens der Qualitätsindikatoren zu ermitteln. Die Modelle geben die Odds-Ratios aus den logistischen Regressionsmodellen wieder. Ein Wert größer als 1 bedeutet eine größere Chance als in der Vergleichsgruppe und ein Wert kleiner als 1 bedeutet eine geringere Chance als in der Vergleichsgruppe. Die Odds-Ratios zeigen das Chancenverhältnis auf. Liegt beispielsweise die Chance in der untersuchten Gruppe bei 60 zu 40 und in der Vergleichsgruppe bei 50 zu 50, dann ergibt sich daraus ein Odds-Ratio von 1,5 für die Untersuchungsgruppe.

Dekubitus

Eine wichtige Aufgabe der Pflege ist die Vermeidung von Dekubitus (siehe auch Kapitel 3.5.1). Eine höhere Anzahl dieser Fälle kann auf eine geringere Pflegequalität hindeuten. Das Risiko eines Dekubitus variiert aber mit bestimmten Erkrankungen und dem Pflegegrad. Diese Einflussfaktoren gilt es in der Bewertung zu kontrollieren.

Da es Zweifel an der Validität von ambulanten Diagnosestellungen gibt, wird für die Definition eines Dekubitusfalls die Kombination aus gesicherter ambulanter Diagnose mit einer Verordnung von Verbandmaterial erachtet. Die gleichzeitige Verordnung von Hilfsmitteln gegen Dekubitus ist in Pflegeheimen kein geeigneter Indikator, da Pflegeheime in der Regel auf diesen Fall vorbereitet sind und es keiner entsprechenden Verordnung bedarf (Schwinger et al., 2018a, S. 104 f.).

Tabelle 3.9: Anteile mit jeweiligen Qualitätsindikatoren nach Versorgungssetting

	Dekubitus Neudiagnose	Harnwegsinfektion Neudiagnose	Antipsychotika bei Demenz	Hausarzt- kontakt	Nervenarzt- kontakt	ambulant-sensitive Krankenhausfälle
	in Prozent					
	je Quartal	je Quartal	je Monat	je Monat	je Monat	je Monat
zu Hause	0,9	3,3	11,6	72,0	9,7	3,0
betreutes Wohnen	1,8	3,7	15,9	80,1	9,0	3,6
Pflege-WG	1,8	4,5	25,4	79,9	22,8	2,2
Pflegeheim	1,6	4,2	25,8	86,6	22,6	2,4

Anmerkung: Selektion ab 60 Jahre, ohne Pflegegrad 1 und nur das Jahr 2017

Quelle: BARMER-Daten 2017, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Ohne weitere Differenzierung der Pflegebedürftigen zeigt sich in betreutem Wohnen und in den Pflege-WGs eine höhere Dekubitusrate als im Pflegeheim (Tabelle 3.9). Während der Dekubitus bei 1,6 Prozent der Pflegeheimbewohner je Quartal neu auftritt, liegt die Rate der Neuauftitte bei 1,8 Prozent in betreutem Wohnen und in den Pflege-WGs. In der sonstigen häuslichen Versorgung ist die Rate mit 0,9 Prozent noch deutlich niedriger. Diese Unterschiede können aber aus unterschiedlichen Verteilungen von Risikofaktoren resultieren.

Tabelle 3.10: Modellierung der Wahrscheinlichkeiten der Qualitätsindikatoren – Odds-Ratios aus logistischen Regressionen

	Dekubitus Neudiagnose	Harnwegsinfek- tion Neudiagnose	Antipsychotika bei Demenz	Hausarzt- kontakt	Nervenarzt- kontakt	ambulant-sen- sitive Kranken- hausfälle
	je Quartal	je Quartal	je Monat	je Monat	je Monat	je Monat
zu Hause	1,07	0,92	0,47	0,43	0,46	1,17
betreutes Wohnen	1,66		0,67	0,62	0,42	1,51
Pflege-WG			0,92	0,63	0,88	
Frau	0,86	1,27	0,88	0,99	0,95	0,76
Alter 60-74	0,89	0,89	1,14	0,89	1,34	0,97
Alter 85+	1,21	0,91	0,80	1,03	0,68	0,89
Pflegegrad 3	2,35	1,14	1,90	1,03	1,11	1,06
Pflegegrad 4	4,23	1,44	2,92	1,07	1,17	1,09
Pflegegrad 5	6,98	1,46	2,73	1,10	1,13	0,91
Atherosklerose	1,34	x	x	1,15	0,96	x
Fraktur	1,49	x	x	1,12	0,97	x
Dehydratation	1,56	x	x	1,21	0,96	x
Dekubitus	x	x	x	1,29	0,86	x
Demenz	x	x	x	0,96	2,05	x
Depression	x	x	1,10	1,20	1,67	x
Diabetes	1,25	x	x	1,45	0,87	x
Epilepsie	x	x	0,78	1,05	1,71	x
Gebrechlichkeit	1,10	x	x	1,20	0,94	x
Herzinfarkt	1,19	x	x	1,22	0,96	x
Harninkontinenz	1,23	x	x	1,12	0,98	x
Harnwegsinfektion	1,37	x	x	1,21		x
Immobilität	1,43	x	x	1,10	0,92	x
Krebs	1,14	x	x	1,17	0,94	x
Lähmungen	1,19	x	x	1,07	1,42	x
Mangelernährung	1,47	x	x	1,04	0,88	x
Multiple Sklerose	x	x	0,40	0,87	2,57	x
Parkinson	1,12	x	0,90	1,02	3,37	x
Schizophrenie	x	x	3,00	0,95	1,93	x

	Dekubitus Neudiagnose	Harnwegsinfektion Neudiagnose	Antipsychotika bei Demenz	Hausarztkontakt	Nervenarztkontakt	ambulant-sensitive Krankenhaufälle
	je Quartal	je Quartal	je Monat	je Monat	je Monat	je Monat
Schlaganfall	0,93	x	0,74	1,10	1,10	x
Stuhlinkontinenz		x	x			x
Sturzneigung	1,12	x	x	1,20	1,22	x

Anmerkung: Selektion ab 60 Jahre, ohne Pflegegrad 1 und nur das Jahr 2017. Ausgewiesen sind nur signifikante Werte ($p < 0,05$); nicht berücksichtigte Variablen sind mit einem „x“ gekennzeichnet.

Quelle: logistische Regression mit den BARMER-Daten 2017

In Anlehnung an die Empfehlungen aus dem Projekt zur Qualitätsmessung werden zur Risikoadjustierung im Analysemodell folgende Diagnosestellungen kontrolliert: Diabetes, Inkontinenz (Stuhl- und Harninkontinenz), Mobilitätseinschränkung (hüftgelenksnaher Bruch, Gebrechlichkeit, Immobilität, Lähmungen, Sturzneigung), Durchblutungsstörungen, Dehydratation, Mangelernährung, terminale Erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs), Harnwegsinfektionen und Parkinson (Schwinger et al., 2018a). Die zugrunde liegenden ICD-Kodierungen sind im Anhang beschrieben. Eine entsprechende Diagnose wurde für diesen Indikator dann erfasst, wenn sie im jeweiligen Quartal oder in einem der zurückliegenden drei Quartale vergeben wurde.

Die Unterschiede, die sich zunächst im nicht risikoadjustierten Vergleich zeigen, beruhen zum großen Teil auf der unterschiedlichen Bewohnerstruktur. Damit bestätigt sich, dass ein einfacher unkontrollierter Vergleich von Pflegeheimen mit ambulanten Wohnformen zu systematisch verfälschten Ergebnissen führen kann. Bei Kontrolle der genannten weiteren Variablen unterscheidet sich die Wahrscheinlichkeit einer Dekubitusdiagnose in Pflege-WGs nicht von der in Pflegeheimen, und die Pflegebedürftigen in sonstiger häuslicher Pflege haben sogar eine leicht erhöhte Dekubitusrate (Tabelle 3.10). In betreutem Wohnen zeigt sich bei Risikoadjustierung dagegen eine deutlich erhöhte Dekubitusrate.

in betreutem Wohnen
ceteris paribus erhöhte
Dekubitusrate

Harnwegsinfektion

Trotz aller Versuche, das Auftreten von Infektionen zu vermeiden, ist die Harnwegsinfektion im Pflegeheim ein Ereignis, das häufig durch eine Katheterisierung hervorgerufen wird (Schwinger et al., 2018a, S. 100). Eine geringere Zahl an Infektionen kann als Indikator für eine bessere Pflegequalität angesehen werden.

keine Unterschiede bei
Harnwegsinfektionen

Schwinger et al. (2018a, 106 f., S. 120) erachten eine Kombination aus gesicherter ambulanter Diagnose und einer Antibiotikaverordnung (verschiedene Untergruppen der ATC-Klasse J01) als sinnvolle Definition, ohne weitere Diagnosen als Kontrollvariablen zu erwähnen. Diesem Ansatz folgend finden sich im Pflegeheim und in den Pflege-WGs (ohne Kontrollen) häufiger Harnwegsinfektionen als in betreutem Wohnen oder in der sonstigen häuslichen Pflege (Tabelle 3.9). Diese Unterschiede lösen sich aber unter Kontrolle von Geschlecht, Alter und Pflegegrad fast ganz auf. Ebenso wie beim Dekubitus finden sich keine Unterschiede in der Häufigkeit der Diagnosestellung zwischen Pflege-WGs und Pflegeheimen. In betreutem Wohnen ist die Wahrscheinlichkeit einer Harnwegsinfektion unter gleichen Bedingungen ebenfalls gleich häufig (Tabelle 3.10).

Antipsychotika

Der Einsatz von Antipsychotika ist indiziert bei verschiedenen psychischen Störungen und neurologischen Erkrankungen. Nach der S3-Leitlinie Demenzen sollen die Verordnungen möglichst gering gehalten werden. Als Indikator für eine gute Pflege kann daher eine geringere Zahl an Antipsychotikaverordnungen gesehen werden.

Zur Beurteilung werden Pflegebedürftige mit Demenzdiagnose im jeweils aktuellen Quartal oder einem der drei zurückliegenden Quartale im Pflegeheim mit entsprechenden Pflegebedürftigen in Pflege-WGs und Pflegebedürftigen in betreutem Wohnen verglichen. Ohne Risikoadjustierung zeigen sich in Pflegeheimen und in Pflege-WGs höhere Verordnungsrate (Tabelle 3.9).

in Pflege-WGs und
betreutem Wohnen
seltener Antipsycho-
tikaverordnungen
bei Demenz

Zur Risikoadjustierung werden verschiedene psychische Störungen und neurologische Erkrankungen als Kontrollvariablen ins Analysemodell integriert. Die Bewohner der Pflege-WGs haben unter Kontrolle der genannten Störungen und Erkrankungen eine etwas geringere Wahrscheinlichkeit (OR: 0,92), Antipsychotika verordnet zu bekommen. Deutlich geringer ist die Wahrscheinlichkeit bei Bewohnern des betreuten Wohnens (OR: 0,67). Je höher der Pflegegrad ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer Antipsychotikaverordnung. Indiziert und entsprechend häufiger ist die Verordnung zudem bei Vorliegen einer Diagnose im Bereich der Schizophrenie oder sonstiger schizotyper Störungen (OR: 3,00) (Tabelle 3.10).

Ärztliche Versorgung

Der Versorgungsgrad der Pflegeheimbewohner durch Hausärzte ist weniger in der Kritik als der durch Fachärzte. Dennoch kann auch der Anteil der Bewohner mit einem Hausarztkontakt als Indikator einer guten Versorgung gesehen werden, da Hausärzte in der Regel als Vermittler der weiteren Versorgung agieren. 86,6 Prozent der Pflegeheimbewohner haben im Durchschnittsmonat (mindestens) einen Hausarztkontakt. Nur etwas geringer ist dieser Anteilswert in betreutem Wohnen und in Pflege-WGs. Am geringsten ist er in der sonstigen häuslichen Versorgung (Tabelle 3.9).

Pflegebedürftigkeit resultiert sehr häufig aus psychischen Störungen oder neurologischen Erkrankungen. Entsprechend häufig sollte daher eine Versorgung durch Neurologen, Nervenärzte oder Psychiater sein. In Pflege-WGs und in Pflegeheimen sind viele Bewohner demenziell erkrankt (Kapitel 3.3.5). Entsprechend haben in diesen Pflege-settings mehr Pflegebedürftige einen Kontakt zum Nervenarzt (Tabelle 3.9).

Sollte unter Kontrolle wesentlicher zugrunde liegender Erkrankungen dieser Unterschied weiterhin bestehen bleiben, kann dies als Indikator für eine bessere Versorgung gesehen werden. In den Modellen in Tabelle 3.10 werden hierzu die Diagnosen berücksichtigt. Da insbesondere bei der fachärztlichen Versorgung auch immer eine entsprechende Diagnose vergeben wird und so Morbidität und Versorgung als identisch erscheinen, werden dazu nicht die Diagnosen aus dem aktuellen Quartal der abgefragten ärztlichen Versorgung, sondern aus den zurückliegenden vier Quartalen verwendet.

Sowohl bei der hausärztlichen Versorgung (OR: 0,63) als auch bei der Versorgung durch Neurologen, Nervenärzte oder Psychiater (OR: 0,88) zeigen sich geringere Kontakthäufigkeiten in Pflege-WGs (Tabelle 3.10). In betreutem Wohnen ist die Kontakthäufigkeit zu beiden Arztgruppen deutlich geringer als bei Pflegeheimbewohnern (OR: 0,62 und 0,42).

in Pflege-WGs und
betreutem Wohnen
weniger Arztkontakte

Ambulant-sensitive Hospitalisierung

Aufenthalte im Krankenhaus sind für Pflegebedürftige immer mit großem Stress verbunden und kostenintensiv für die Leistungsträger. Aus diesen Gründen gilt es, Krankenhausaufenthalte möglichst zu vermeiden, indem Pflegebedürftige in ihrem Lebensumfeld ambulant optimal versorgt werden. Hinsichtlich einer Reihe an Entlassungsdiagnosen im

Krankenhaus wird die Annahme formuliert, dass die Krankenhausfälle oftmals vermieden werden könnten, wenn eine angemessene ambulante Versorgung stattgefunden hätte (Sundmacher et al., 2015). Die Krankenhausfälle mit einer solchen Entlassungsdiagnose werden ambulant-sensitive Krankenhausfälle genannt. Eine geringere Zahl an entsprechenden Krankenhausfällen wäre demnach ein Indikator für eine gute pflegerische oder medizinische Versorgung.

in betreutem Wohnen
ceteris paribus mehr
ambulant-sensitive
Hospitalisierungen

Bei Pflegebedürftigen in betreutem Wohnen und in sonstiger häuslicher Pflege kommen solche Krankenhausfälle häufiger vor als bei Pflegeheimbewohnern (Tabelle 3.9). Diese größere Häufigkeit zeigt sich auch unter Kontrolle von Geschlecht, Alter und Pflegegrad insbesondere für Pflegebedürftige in betreutem Wohnen (OR: 1,51). Bewohner von Pflege-WGs unterscheiden sich unter Kontrolle dieser Faktoren nicht von Pflegeheimbewohnern. Bei Frauen kommt es insgesamt weniger zu solchen Krankenhausfällen und für Alter und Pflegegrad zeigt sich kein linearer Trend (Tabelle 3.10).

3.5.4 Bewertung der Qualitätsentwicklung

Die Beurteilung der betreuenden, pflegerischen und medizinischen Versorgungsqualität ist ein schwieriges Unterfangen. Die Strukturqualität und die Prozessqualität sind dabei einfacher zu erfassen als die Ergebnisqualität. Diese ist in vielfacher Weise auch von nicht beeinflussbaren oder nicht ohne Weiteres erfassbaren Ausgangszuständen abhängig. Die Bewertung der Ergebnisqualität ist daher immer davon abhängig, inwieweit es möglich ist, eine notwendige Risikoadjustierung vorzunehmen (Görres et al., 2017; Schwinger et al., 2018a). In der Gesamtbetrachtung der Studienübersicht und der Routinedatenanalysen haben sich die pflegerelevanten Outcomes in den ambulanten Versorgungssettings nicht als besser herausgestellt. Ohne ein besseres Outcome erscheinen höhere Kosten aber wenig legitimiert.

Auch wenn ein großer Teil der Betreiber von betreuten Wohnanlagen diese als Alternative zur Heimversorgung ansieht (Kremer-Preiß et al., 2019, S. 25), ziehen doch sehr viele Bewohner wieder aus, sobald sich die Gesundheit verschlechtert. Die Versorgungssicherheit ist nicht in dem erwünschten Umfang gegeben, und insbesondere mit der Versorgung demenziell erkrankter Personen gibt es Probleme. Pflege-WGs sind in dieser Hinsicht

anscheinend besser aufgestellt. In rund 80 Prozent aller bundesweit geschätzten Pflege-WGs leben hauptsächlich Menschen mit Demenz (Klie et al., 2017).

Zusammenfassend sind auch der pflegerische und medizinische Versorgungsbedarf mit ausschlaggebend für die Wahl einer ambulant betreuten Wohnanlage oder eines Pflegeheims. Kritisch kann es dann aber werden, wenn in der ambulanten Betreuung Notwendigkeiten zur intensiveren pflegerischen oder medizinischen Versorgung übersehen werden, weil in diesem Setting der Versorgungsauftrag und die damit verbundene Qualitätskontrolle eingeschränkter ist.

Pflegerische Versorgungsdefizite müssen kritisch gesehen werden.

3.6 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Insgesamt zeigen sich unter Berücksichtigung des Ordnungs- und des Leistungsrechts deutliche Anreize zur Leistungserbringung in ambulant betreuten Wohnformen (Pflege-WGs und betreutes Wohnen in Kombination mit Pflegesachleistungen und teilstationären Leistungen) anstelle der vollstationären Langzeitpflege. Diese resultieren zum einen aus der Möglichkeit, mehrere Leistungsarten des SGB XI zu kumulieren und zudem zusätzlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V abzurechnen, was in der vollstationären Pflege nur sehr eingeschränkt und unter besonderen Bedingungen möglich ist. Zum anderen weisen ambulant betreute Wohnformen eine deutlich niedrigere Regulierungsdichte auf als stationäre Einrichtungen, was Anbietern eine größere Flexibilität beispielsweise in Bezug auf den Personaleinsatz verschafft.

viele Anreize für ambulant betreute Wohnformen

Für die Kranken- und Pflegeversicherung resultieren aus der Nutzung ambulantisierter Wohn- und Pflegeformen erhebliche Mehrausgaben, insbesondere durch die Kumulation von Pflegesachleistungen, teilstationärer Pflege und häuslicher Krankenpflege. Die höheren Ausgaben der Sozialversicherung gehen mit geringeren Selbsthalten der Pflegebedürftigen (und gegebenenfalls geringeren Aufwendungen der Sozialhilfeträger) im Vergleich zur stationären Versorgung einher. Vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots der Pflegeversicherung sind diese beachtlichen Mehrkosten nur gerechtfertigt, insoweit für die Pflegebedürftigen eine erhebliche Steigerung der Lebensqualität erfolgt. Bieten die neuen Versorgungsmodelle keine positiven Effekte für die Pflegebe-

Mehrausgaben für die Sozialversicherung und Wirtschaftlichkeitsgebot

dürftigen, sollte ein Ausbau dieser Versorgungsmodelle angesichts der damit verbundenen Mehrausgaben der Sozialversicherung gebremst werden.

**pflegerischer Qualitäts-
vorteil nicht nach-
gewiesen**

Der potenzielle Mehrwert ambulant betreuter Wohnformen wird in der verfügbaren Literatur und von Experten vor allem in der hohen Ähnlichkeit zum häuslichen Umfeld, der besseren Einbindung sozialer Netzwerke, der Einbindung in das Quartier und der individuelleren Wahl von Leistungen und Leistungserbringern gesehen. Sowohl Literatur als auch Experten sehen diese Vorteile in der Realität jedoch noch nicht umfassend umgesetzt (Rothgang et al., 2018, S. 90 ff.). Insgesamt liegen nur wenige aussagekräftige Studien vor, die einen Mehrwert von ambulant betreuten Wohnformen in Deutschland gegenüber anderen Pflegesettings mit ausreichender methodischer Qualität nachweisen könnten. Dies erschwert konkrete Aussagen zum Mehrwert ambulant betreuter Wohnformen gegenüber alternativen Pflegesettings.

**Aufgabe der Politik:
Qualitätssicherung
und Überwachung
der Wirtschaftlichkeit**

Insgesamt birgt die zu beobachtende Ambulantisierung zwar Potenziale zur Qualitätssteigerung. Die vorgelegten Analysen weisen aber auf die Gefahr hin, dass sich stattdessen Versorgungsangebote etablieren, die zu höheren Ausgaben der Pflege- und der Krankenversicherung und damit zu einer Belastung der Beitragszahler führen, ohne entsprechende Qualitätsgewinne zu realisieren. Die Akteure der Pflegepolitik sollten die Entwicklung daher genauestens beobachten, die Qualität der ambulanten Versorgungsformen im Vergleich zur Heimversorgung evaluieren und gegebenenfalls gesetzgeberische Maßnahmen ergreifen, die Geschäftsmodelle verhindern, die lediglich zur Gewinnsteigerung der Anbieter führen, ohne erkennbare Vorteile für die Pflegebedürftigen mit sich zu bringen.

Anhang

Anhang

Amtliche und halbamtliche Daten zur Pflegebedürftigkeit

Pflegestatistik

berücksichtigter

Personenkreis

Die Pflegestatistik nach § 109 SGB XI beruht auf zwei Erhebungen der Statistischen Ämter der Länder und des Bundes: einer Erhebung 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 Pflegestatistik dient vor allem dazu, die Situation in den Pflegeheimen und den ambulanten Diensten zu beschreiben (Statistisches Bundesamt, 2017). Die Pflegestatistik stellt ab 1999 Informationen zur Verfügung und wird alle zwei Jahre erstellt. Sie berichtet vollständig über die Leistungserbringer, die Versicherten der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV), schließt ab dem Jahr 2013 auch Personen mit der Pflegestufe 0 mit ein und berücksichtigt außerdem noch Personen in stationärer Pflege, bei denen die Pflegestufe noch nicht festgestellt wurde. Es fehlen allerdings Informationen über die Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.

Die Pflegestatistik weist die Gesamtzahl der Beschäftigten unabhängig vom Arbeitszeitmodell aus. Teilzeitkräfte, geringfügig Beschäftigte und Auszubildende stehen aber in unterschiedlichem zeitlichen Ausmaß für den Dienst zur Verfügung. Um dem Rechnung zu tragen, werden in diesem Report Vollzeitäquivalente (VZÄ) gebildet, es erfolgt also eine Umrechnung auf die volle tarifliche Arbeitszeit. Überstunden und Bereitschaftsdienste werden nicht in die Berechnung einbezogen.

Vollzeitäquivalente

Die Berechnung der VZÄ wird entsprechend den Vorgaben des Statistischen Bundesamts (Statistisches Bundesamt, 2018c, S. 7) durchgeführt: vollzeitbeschäftigt (Faktor 1), teil-

zeitbeschäftigt über 50 Prozent (Faktor 0,75), teilzeitbeschäftigt zu 50 Prozent und weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt (Faktor 0,45), geringfügig beschäftigt (Faktor 0,25), Auszubildende, (Um-)Schüler (Faktor 0,5), Helfer im freiwilligen sozialen Jahr (Faktor 1), Zivildienstleistende und Helfer im Bundesfreiwilligendienst (Faktor 1) und Praktikant außerhalb einer Ausbildung (Faktor 0,5).

Kassenstatistik der sozialen Pflegeversicherung (SPV)

Bei den Daten der SPV stehen vor allem Fragen der Ausgabenentwicklung und der Finanzierung im Vordergrund. Der Berichtszeitraum umfasst die gesamte Zeit seit Einführung der Pflegeversicherung. Im Gegensatz zur Pflegestatistik enthalten die Daten keine Informationen über Leistungen der privaten Pflegeversicherung. Daher kann mit der Kassenstatistik kein vollständiger Überblick über die Pflegebedürftigkeit in Deutschland gewonnen werden. Allerdings sind in diesen Daten – anders als in der Pflegestatistik – auch Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen berücksichtigt. Informationen über die Leistungsanbieter sind nicht enthalten. Es wird lediglich die Leistungsanspruchnahme der Versicherten beschrieben.

Für die Fallzahlendarstellung in diesem Report wird aus der Kassenstatistik die Leistungsempfängerstatistik PG 2 verwendet. In dieser werden zu den Stichtagen 30. Juni und 31. Dezember eines jeden Jahres alle Leistungsempfänger von SGB-XI-Leistungen erfasst. Diese liefern Informationen zu ambulanten und stationären Leistungen sowie zu Pflegestufen oder Pflegegraden.

Leistungsempfänger-
statistik PG 2

Da Daten der SPV nicht umfassend und auch nicht so differenzierbar sind, werden sie in der Routineberichterstattung im Kapitel 2 vornehmlich zur Beschreibung der Finanzierung durch die SPV verwendet. Grundlage dazu ist die Finanzstatistik der Pflegekassen PV 45. In der Finanzstatistik der Pflegekassen werden jährliche Ausgaben und Einnahmen der Pflegekassen erhoben und durch das BMG veröffentlicht.

Finanzstatistik der
Pflegekassen PV 45

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)

Informationen zu den Pflegebedürftigen, die in der PPV versichert sind, werden an das BMG gemeldet und ebenfalls vom Ministerium veröffentlicht. Die Statistiken der PKV werden auch in jährlichen Berichten des PKV-Verbands veröffentlicht. Die Statistik der PKV ist jedoch nur wenig differenziert und bietet vor allem Informationen zur Finanzentwicklung der PPV.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

Begutachtungen

Der MDS führt intern Statistiken über die Zahl und die Art der Begutachtungen. Unterschieden wird dabei zwischen Erstbegutachtungen, Widerspruchsbegutachtungen und Änderungs- oder Wiederholungsbegutachtungen. Weitere Unterscheidungsmerkmale sind die Begutachtungsergebnisse in Form von Pflegestufen und Einstufung der eingeschränkten Alltagskompetenz beziehungsweise der Pflegegrade sowie Alter, Geschlecht, Empfehlungen zu rehabilitativen Maßnahmen und pflegebegründenden Diagnosen. Die Standardberichterstattung ist deutlich eingeschränkt worden, aber erforderliche Daten können direkt beim MDS angefragt werden.

BARMER-Daten

Eine weitere zentrale Datenquelle für diesen Report sind die Routinedaten der BARMER. Prozessproduzierte Routinedaten von Krankenkassen haben generell ein großes Potenzial für die Versorgungsforschung (Swart et al., 2014), insbesondere, weil sie sektorübergreifend Informationen zum Leistungsgeschehen sehr großer Populationen enthalten. Für die Auswertungen berücksichtigt sind Daten von mehr als acht Millionen Versicherten der BARMER. Das sind mehr als jeder Zehnte der Bundesbevölkerung beziehungsweise rund jeder Achte der GKV-Versicherten. Zum 1. Januar 2017 fusionierte die BARMER GEK mit der Deutschen BKK und wurde zur BARMER. Daten der vormals bei der Deutschen BKK Versicherten konnten im vorliegenden BARMER Pflegereport noch nicht berücksichtigt werden.

Der größte Vorzug der Routinedaten der Kassendaten gegenüber den Daten der Kassenstatistik des BMG oder der Pflegestatistik liegt sicherlich in ihrer Struktur als Individualdaten. Während mit den amtlichen Statistiken nur Querschnitt- und Zeitreihenbetrachtungen möglich sind, eignen sich die Routinedaten auch für Analysen im Zeitverlauf einzelner Personen(gruppen).

Für diesen Report werden dem SOCIUM von der BARMER pseudonymisierte Daten zugänglich gemacht. Diese Daten werden regelmäßig aus der Versichertenkartei und dem Abrechnungssystem der BARMER gezogen und als verschiedene Teildatensätze gespeichert. Alle Angaben, die direkt auf eine einzelne Person schließen lassen könnten, werden zuvor gelöscht (Name, Adresse, Sozialversicherungsnummer). Die einzelnen Teildatensätze zu den verschiedenen medizinischen und pflegerischen Leistungen lassen sich aber über eine Personenkennziffer (Pseudonym) verknüpfen.

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

Teildatensätze

- Stammdaten: Sie liefern grundlegende demografische Informationen zu Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnregion und Versichertenzeiten.
- Pflegedaten: Sie enthalten alle Informationen über die Leistungen der SPV nach SGB XI. Angegeben sind die Leistungsarten und Pflegestufen beziehungsweise Pflegegrade 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 sowie taggenaue Abrechnungsdaten.

Berücksichtigung von
Pfleigestufe 0; Umko-
dierung in Pflegegrade

Zuordnung von Pflegeleistungen und Pflegegraden

Die Schweregrade der Pflegebedürftigkeit werden in allen Auswertungen als Pflegegrade dargestellt. Bis zum 31. Dezember 2016 galten die Pflegestufen und die Einordnung als Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz als Gradmesser. Ab dem 1. Januar 2017 wird die Schwere in Pflegegraden erfasst. Zum Vergleich der Zeit bis zum 31. Dezember 2016 mit der Zeit ab dem 1. Januar 2017 werden auch die PEA, die vor dem 1. Januar 2017 keine Pflegestufe hatten (Pfleigestufe 0), als Pflegebedürftige berücksichtigt, und ihnen wird der Pflegegrad 2 zugewiesen. Die Pflegestufen in Kombination mit den Bewertungen der Alltagskompetenz werden nach dem Überleitungsschlüssel aus § 140 SGB XI in Pflegegrade umkodiert.

Zuordnung zum
Leistungsbezug

In den Auswertungen erfolgt eine Zuordnung zum Leistungsbezug und zum Pflegegrad dann, wenn innerhalb eines Monats eine entsprechende Leistung bezogen wurde oder eine Pflegestufe (inklusive Pflegestufe 0) oder ein Pflegegrad vorlag. Die Zuordnung erfolgt hierarchisch für die Pflegestufen beziehungsweise Pflegegrade und auch für die Pflegeleistungen. Liegen im Monat zwei verschiedene Pflegestufen oder Pflegegrade vor, wird die höhere verwendet. Die Leistungen werden in folgender Weise hierarchisch überschrieben: vollstationäre Dauerpflege, Pflege in Behinderteneinrichtungen, Pflegesachleistungen vor Pflegegeld. Wenn keine dieser Leistungen vorliegt, wird noch unterschieden zwischen Personen mit Ersatzleistungen (Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, Tages- oder Nachtpflege) und Personen ohne Leistungen. Das Vorliegen einer Pflegestufe (mindestens Pflegestufe 0) ist aber Voraussetzung für die Berücksichtigung. Kurze Lücken in der Erfassung der Pflegestufen und Pflegegrade von bis zu einem Monat sind durch die vorherigen Pflegestufen oder Pflegegrade aufgefüllt worden.

nur mit gültigen Werten

Selektionen

Für die Auswertungen sind die zugrunde liegenden Daten verwendet worden, wenn gültige Werte bezüglich Geburtsjahr und Geschlecht vorlagen und als Wohnort eine Region in Deutschland angegeben ist.

Hinsichtlich der Inzidenzbestimmung und der Verläufe inzidenter Fälle wurden weitere Selektionen vorgenommen: Alle Versicherten außer den 0- bis 1-Jährigen mussten für jeden Beobachtungsmonat eine Vorversichertenzeit von mindestens einem Jahr aufweisen. Als inzidenter Fall ist eine Pflegeepisode in den Auswertungen dann bewertet, wenn in den zurückliegenden zwölf Monaten vor Beginn der Pflegebedürftigkeit keine Episode einer vorangegangenen Pflegebedürftigkeit und kein Anspruch wegen eingeschränkter Alltagskompetenz vorgelegen hat.

Hochrechnung und Gewichtung

Da die Verteilung der BARMER-Versicherten nach Geburtsjahr, Geschlecht und Bundesland nicht der Verteilung der Gesamtbevölkerung entspricht, werden die Berechnungen auf Basis der BARMER-Daten an die Bevölkerungsverteilung angepasst. Die Ergebnisse in Kapitel 2 beruhen allesamt auf Hochrechnungen bezüglich der Verteilung nach Geburtsjahr, Geschlecht und Bundesland (Statistisches Bundesamt, 2019b). Hochrechnungen mit Daten der Jahre bis 2017 sind auf die Bevölkerungszahlen der entsprechenden Jahre vorgenommen worden. Da die Bevölkerungszahlen vom Statistischen Bundesamt für das Jahr 2018 noch nicht vorliegen und die Bevölkerungsprognosen aus dem Jahr 2013 für 2017 sich deutlich von den tatsächlichen Verteilungen unterscheiden, werden statt der Bevölkerungsprognosen für das Jahr 2018 die bestehenden Verteilungen aus dem Jahr 2017 auch für das Jahr 2018 übernommen. Dies geschieht auch vor dem Hintergrund, dass die Unterschiede zwischen den Jahren 2016 und 2017 nicht sehr groß ausgefallen sind und die Migrationszahlen im Jahr 2017 wieder deutlich zurückgegangen sind.

Hochrechnung nach
Alter, Geschlecht und
Bundesland

Diagnosestellungen

Spezielle Variablenkonstruktionen

Zur Definition der Erkrankungen wurden für das Schwerpunktkapitel in der Regel ambulante Diagnosestellungen verwendet. Diese mussten das Kennzeichen „gesicherte Diagnose“ haben:

Diagnosebezeichnung	ICD-10-Kodes
Atherosklerose	I70
hüftgelenksnahe Fraktur	S32, S72
Dehydrierung	E86
Dekubitus	L89
Demenz	F00–F03, F051, G30, G310, G3182
Depressionen und andere affektive Störungen	F3
Diabetes	E10–E14
Epilepsie	G40, G41
Gebrechlichkeit	R54
Herzinfarkt	I21, I22
Harninkontinenz	R32, N393, N394
Harnwegsinfektion	N10, N300, N309, N390
Immobilität	M623, M625, M968
Krebs	C
Lähmungen	G80–G83
Mangelernährung	E4, R64
Multiple Sklerose	G35
Parkinson	G20
Schizophrenie und sonstige schizotype Störungen	F2
Schlaganfall	I61, I63, I64
Stuhlinkontinenz	R15
Stoffwechselstörungen	E7–E9
Sturzneigung	H81, H82, I672, I673, I674, I6788, I679, R26, R296, R42

Zur Erfassung der ambulant-sensitiven Hospitalisierung wurden die Entlassungsdiagnosen aus dem Krankenhaus verwendet, wie sie bei Schwinger et al. (2018a, S. 109) definiert sind.

Zur Erfassung der Bewohner des betreuten Wohnens: betreutes Wohnen ist kein dokumentationspflichtiges Merkmal und findet sich somit nicht in den Routinedaten. Um einen Teil der Bewohner von betreutem Wohnen zu identifizieren, wurde für ambulant versorgte Pflegebedürftige erfasst, ob die Adresse sich mit der Adresse eines Leistungsanbieters in der Pflege gleicht. Dabei wurde es als ausreichend erachtet, dass es sich um die gleiche Straße handelt, da Trägeranschrift und Bewohneranschrift sich häufig nur in der Hausnummer unterscheiden. Für insgesamt 6.287 pflegebedürftige Versicherte konnte für das Jahr 2018 ein entsprechender Zeitraum außerhalb der vollstationären Versorgung festgestellt werden.

betreutes Wohnen

Bewohner einer Pflege-WG wurden als solche erfasst, wenn sie im Monat der Betrachtung Leistungen nach § 38a SGB XI bezogen haben. Wenn sie im gleichen Monat als Pflegeheimbewohner oder als Bewohner von Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen Leistungen bezogen haben, wurden sie als Bewohner dieser Einrichtungen gewertet.

Pflege-WGs

Limitierungen der BARMER-Daten

Ein häufig genannter Einwand in Bezug auf die Eignung der Routinedaten für Analysen bezieht sich auf die Repräsentativität der Daten für Deutschland. So unterscheidet sich die Alters- und Geschlechterstruktur der Versicherten teilweise von der Struktur der Bevölkerung Deutschlands (Rothgang et al., 2011, S. 116 ff.). Zur Lösung dieses Problems werden bei aggregierten Analysen die Ergebnisse nach Alter, Geschlecht und Bundesland auf die Bevölkerung Deutschlands hochgerechnet. Dennoch können auch darüber hinaus Unterschiede zur Bevölkerung in Deutschland bestehen, die in erster Linie durch eine unterschiedliche Morbiditätsstruktur in den unterschiedlichen Krankenkassen begründet liegt (Hoffmann & Koller, 2017).

Die Hochrechnungen zur Zahl der Pflegebedürftigen unterscheiden sich von den Angaben in der Pflegestatistik. Während in der Pflegestatistik 2017 1.764.904 Pflegebedürftige ausgewiesen werden, die allein durch Angehörige versorgt werden, beläuft sich die Hochrechnung der BARMER-Daten auf 1.548.225 Pflegebedürftige. Die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten erfolgt nach der Pflegestatistik 2017 durch 829.958 und nach der Hochrechnung durch 736.167 Pflegebedürftige. In der vollstationären Versor-

Hochrechnungen mit
geringeren Fallzahlen

gung befinden sich nach der Pflegestatistik 2017 818.289 und nach der Hochrechnung 717.038 Pflegebedürftige. Die Unterschätzung der Anzahl liegt somit bei 11,3 bis 12,4 Prozent je nach Versorgungsart. Ein Teil der Unterschätzung ist jedoch ein Artefakt und resultiert daraus, dass die Hochrechnungen im Jahresdurchschnitt erfolgen, während die Daten der Pflegestatistik vom Dezember des Erhebungsjahres stammen.

Ergebnistabellen

Tabelle A 1a: Zu Abbildung 2.1 Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend

Alters- gruppe	Männer					Frauen				
	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
0-4	0	5	5	2	0	0	3	3	2	0
5-9	0	9	12	6	1	0	5	6	3	1
10-14	0	11	13	6	2	0	6	6	3	2
15-19	0	9	9	5	2	0	5	5	3	1
20-24	0	6	6	3	2	0	4	4	2	1
25-29	0	5	5	3	2	0	4	4	2	1
30-34	0	5	4	3	2	0	4	4	2	1
35-39	0	5	4	3	1	0	5	4	2	1
40-44	0	6	4	3	1	0	6	4	2	1
45-49	0	10	7	3	2	0	11	7	3	1
50-54	1	17	11	5	3	1	18	11	5	2
55-59	1	24	16	7	3	1	25	15	6	3
60-64	1	31	21	9	4	1	33	19	8	4
65-69	1	42	28	13	5	2	47	26	10	5
70-74	1	48	34	17	6	2	64	36	15	7
75-79	2	87	63	33	12	5	147	81	38	17
80-84	3	101	73	39	13	8	225	122	61	27
85-89	2	84	59	33	10	7	228	133	76	31
90-94	1	39	28	17	5	3	137	94	64	27
95+	0	8	7	4	1	1	36	31	27	13

Tabelle A 1b: Zu Abbildung 2.1 Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil an allen Pflegebedürftigen innerhalb der Altersgruppe in Prozent

Alters- gruppe	Männer					Frauen				
	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
0-4	0,2	38,3	40,7	17,8	2,9	0,3	39,2	38,1	19,1	3,3
5-9	0,1	32,5	42,6	20,1	4,7	0,2	33,9	37,8	21,5	6,7
10-14	0,1	35,8	39,3	18,5	6,2	0,1	34,1	37,1	19,6	9,0
15-19	0,1	36,2	35,8	19,3	8,6	0,1	34,8	35,5	19,2	10,4
20-24	0,1	33,4	34,3	21,2	11,1	0,2	32,8	34,0	20,8	12,2
25-29	0,2	32,0	32,8	21,7	13,3	0,3	32,7	33,2	21,2	12,7
30-34	0,6	35,0	31,3	21,7	11,4	0,6	35,5	31,4	21,0	11,5
35-39	0,7	38,5	30,5	20,4	9,8	1,0	40,6	30,7	18,7	9,0
40-44	0,9	42,1	30,5	17,9	8,6	1,1	44,6	30,1	16,7	7,4
45-49	1,3	44,9	30,2	15,7	7,8	1,3	47,3	29,9	14,8	6,6
50-54	1,6	46,1	30,4	14,7	7,1	1,4	49,1	30,0	13,1	6,3
55-59	1,7	47,4	30,7	13,7	6,2	1,5	50,4	30,0	12,3	5,6
60-64	1,7	47,2	30,8	14,3	5,8	1,6	51,5	29,3	11,9	5,5
65-69	1,6	46,7	31,2	14,7	5,6	1,8	52,3	29,2	11,5	5,1
70-74	1,3	45,2	31,8	15,6	5,8	1,9	51,1	28,9	12,3	5,7
75-79	1,2	44,3	31,9	16,5	5,9	1,9	51,1	27,9	13,1	5,8
80-84	1,2	44,2	31,8	16,8	5,8	1,8	50,7	27,6	13,7	6,0
85-89	1,2	44,5	31,5	17,3	5,2	1,4	47,9	28,0	15,9	6,6
90-94	1,1	43,9	31,0	18,4	5,2	1,1	42,2	28,8	19,5	8,2
95+	1,0	38,9	32,2	21,3	6,4	0,7	33,2	29,0	25,1	11,9

Tabelle A 1c: Zu Abbildung 2.1 Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung innerhalb der Altersgruppe in Prozent

Alters- gruppe	Männer					Frauen				
	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
0-4	0,0	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,0
5-9	0,0	0,5	0,7	0,3	0,1	0,0	0,3	0,3	0,2	0,1
10-14	0,0	0,6	0,7	0,3	0,1	0,0	0,3	0,3	0,2	0,1
15-19	0,0	0,4	0,4	0,2	0,1	0,0	0,3	0,3	0,1	0,1
20-24	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1
25-29	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1
30-34	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1
35-39	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0
40-44	0,0	0,3	0,2	0,1	0,1	0,0	0,3	0,2	0,1	0,0
45-49	0,0	0,3	0,2	0,1	0,1	0,0	0,4	0,2	0,1	0,1
50-54	0,0	0,5	0,3	0,2	0,1	0,0	0,5	0,3	0,1	0,1
55-59	0,0	0,8	0,5	0,2	0,1	0,0	0,8	0,5	0,2	0,1
60-64	0,0	1,2	0,8	0,4	0,1	0,0	1,2	0,7	0,3	0,1
65-69	0,1	1,9	1,2	0,6	0,2	0,1	1,9	1,1	0,4	0,2
70-74	0,1	2,9	2,0	1,0	0,4	0,1	3,3	1,9	0,8	0,4
75-79	0,1	4,6	3,3	1,7	0,6	0,2	6,3	3,4	1,6	0,7
80-84	0,2	8,5	6,1	3,2	1,1	0,5	13,2	7,2	3,6	1,6
85-89	0,4	15,9	11,2	6,2	1,9	0,7	23,6	13,8	7,8	3,3
90-94	0,6	24,3	17,1	10,2	2,9	0,8	30,2	20,7	14,0	5,9
95+	0,7	28,2	23,4	15,5	4,6	0,6	28,8	25,2	21,8	10,4

Tabelle A 2a: Zu Abbildung 2.2 Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2017. Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend

Altersgruppe	Männer					Frauen				
	Pflege-geld	Pflege-sach-leistung	Pflege-heim	Kurz-zeit-pflege	Tages-/Nacht-pflege mit PG 1	Pflege-geld	Pflege-sach-leistung	Pflege-heim	Kurz-zeit-pflege	Tages-/Nacht-pflege mit PG 1
0-4	11	1	0	0	0	8	1	0	0	0
5-9	27	1	0	0	0	15	1	0	0	0
10-14	31	1	0	0	0	16	1	0	0	0
15-19	23	1	0	0	0	14	1	0	0	0
20-24	15	1	0	0	0	11	1	0	0	0
25-29	13	1	0	0	0	10	1	0	0	0
30-34	12	2	1	0	0	10	1	0	0	0
35-39	11	2	1	0	0	10	2	1	0	0
40-44	11	2	1	0	0	11	2	1	0	0
45-49	15	4	3	0	0	16	4	2	0	0
50-54	23	7	6	0	0	25	8	4	0	0
55-59	30	11	10	0	0	32	11	7	0	0
60-64	38	14	14	0	0	39	15	9	0	0
65-69	53	18	18	1	0	53	22	15	0	0
70-74	63	22	21	1	0	68	32	24	1	0
75-79	112	45	38	2	0	144	79	63	2	0
80-84	122	60	45	2	0	203	126	110	4	0
85-89	90	54	42	2	0	194	132	146	5	0
90-94	38	26	25	1	0	110	86	126	3	0
95+	7	6	7	0	0	28	26	52	1	0

Tabelle A 2b: Zu Abbildung 2.2 Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2017. Anteil an allen Pflegebedürftigen innerhalb der Altersgruppe in Prozent

Altersgruppe	Männer					Frauen				
	Pflege-geld	Pflege-sach-leistung	Pflege-heim	Kurz-zeit-pflege	Tages-/Nacht-pflege mit PG 1	Pflege-geld	Pflege-sach-leistung	Pflege-heim	Kurz-zeit-pflege	Tages-/Nacht-pflege mit PG 1
0-4	94,4	5,3	0,3	0,0	0,0	92,9	6,8	0,3	0,0	0,0
5-9	95,8	4,1	0,1	0,0	0,0	94,3	5,6	0,1	0,1	0,0
10-14	95,8	4,1	0,1	0,1	0,0	94,9	4,9	0,2	0,1	0,0
15-19	95,7	4,0	0,3	0,1	0,0	94,8	4,9	0,3	0,1	0,0
20-24	92,6	6,2	1,1	0,1	0,0	91,7	7,1	1,1	0,1	0,0
25-29	88,3	9,2	2,5	0,0	0,0	88,1	9,7	2,1	0,1	0,0
30-34	84,7	11,1	4,2	0,0	0,0	84,1	12,4	3,3	0,1	0,0
35-39	80,9	12,8	6,3	0,1	0,0	80,6	14,4	4,8	0,2	0,0
40-44	77,3	14,2	8,4	0,1	0,0	77,1	16,6	6,1	0,1	0,0
45-49	69,9	17,8	12,1	0,2	0,0	71,9	19,7	8,3	0,1	0,0
50-54	63,4	19,9	16,4	0,3	0,0	67,3	21,6	10,8	0,3	0,0
55-59	59,3	20,7	19,6	0,4	0,0	64,2	22,5	13,0	0,3	0,0
60-64	57,5	20,7	21,2	0,5	0,0	61,4	23,6	14,6	0,4	0,0
65-69	58,9	20,0	20,5	0,6	0,0	59,1	24,1	16,3	0,5	0,0
70-74	59,2	20,6	19,6	0,7	0,0	54,5	25,8	19,0	0,7	0,0
75-79	56,9	22,9	19,3	0,8	0,0	50,0	27,3	21,8	0,8	0,1
80-84	53,2	26,1	19,8	0,9	0,0	45,9	28,4	24,8	0,9	0,1
85-89	47,9	28,6	22,5	1,0	0,0	40,7	27,7	30,6	1,0	0,1
90-94	41,8	29,4	27,6	1,1	0,0	33,9	26,4	38,7	1,0	0,0
95+	35,1	29,6	34,3	1,1	0,0	26,3	24,2	48,6	0,9	0,0

Tabelle A 2c: Zu Abbildung 2.2 Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2017. Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung innerhalb der Altersgruppe in Prozent

Altersgruppe	Männer					Frauen				
	Pflege-geld	Pflege-sach-leistung	Pflege-heim	Kurz-zeit-pflege	Tages-/Nacht-pflege mit PG 1	Pflege-geld	Pflege-sach-leistung	Pflege-heim	Kurz-zeit-pflege	Tages-/Nacht-pflege mit PG 1
0-4	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
5-9	1,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0
10-14	1,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0
15-19	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0
20-24	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
25-29	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
30-34	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0
35-39	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0
40-44	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0
45-49	0,5	0,1	0,1	0,0	0,0	0,5	0,1	0,1	0,0	0,0
50-54	0,6	0,2	0,2	0,0	0,0	0,7	0,2	0,1	0,0	0,0
55-59	1,0	0,3	0,3	0,0	0,0	1,0	0,4	0,2	0,0	0,0
60-64	1,5	0,5	0,5	0,0	0,0	1,4	0,6	0,3	0,0	0,0
65-69	2,3	0,8	0,8	0,0	0,0	2,2	0,9	0,6	0,0	0,0
70-74	3,7	1,3	1,2	0,0	0,0	3,5	1,7	1,2	0,0	0,0
75-79	6,0	2,4	2,0	0,1	0,0	6,1	3,3	2,7	0,1	0,0
80-84	10,3	5,0	3,8	0,2	0,0	12,0	7,4	6,5	0,2	0,0
85-89	17,1	10,2	8,0	0,4	0,0	20,0	13,7	15,0	0,5	0,0
90-94	23,1	16,3	15,3	0,6	0,0	24,3	18,9	27,8	0,7	0,0
95+	25,5	21,5	24,9	0,8	0,0	22,9	21,0	42,3	0,8	0,0

Tabelle A 3: Zu Abbildung 2.3 Pflegebedürftige nach Versorgungsart und Pflegegrad in den Jahren 2011 bis 2018

Jahr	Pflege-grad	ohne Haupt- oder Ersatzleistung	Pflegegeld	Pflege-sachleistung	Behinderten-einrichtung	Pflegeheim	Ersatzleistung
2011	2	42,5	502,8	246,1	44,7	147,8	2,8
	3	23,8	262,1	175,8	29,8	198,7	5,7
	4	7,3	98,4	85,8	19,6	187,3	4,4
	5	1,2	23,1	24,0	1,8	100,2	1,2
2012	2	53,2	502,0	242,2	43,4	143,0	2,3
	3	1,7	277,9	177,7	30,5	184,6	5,4
	4	0,1	110,1	93,3	20,4	189,8	4,0
2013	5	0,0	31,3	34,6	2,7	127,4	1,1
	2	5,8	568,0	264,1	41,9	144,0	1,3
	3	0,5	300,9	183,9	31,1	186,1	3,5
	4	0,2	126,2	99,7	21,5	194,3	2,9
2014	5	0,1	38,1	40,3	3,7	131,8	0,9
	2	4,0	609,9	288,8	41,1	139,2	1,0
	3	0,6	318,8	191,3	32,1	189,2	2,8
	4	0,3	134,7	103,6	22,2	197,9	2,3
	5	0,2	43,8	43,3	4,5	138,8	0,7
2015	2	3,5	656,7	312,4	40,9	140,5	1,7
	3	0,5	338,6	200,1	33,7	197,6	2,4
	4	0,3	142,7	105,9	23,4	199,4	2,1
	5	0,1	49,0	45,4	6,1	140,3	0,6
2016	2	4,5	707,4	330,2	43,2	154,8	0,3
	3	0,4	356,5	210,6	35,3	205,2	0,1
	4	0,0	151,5	109,2	25,0	203,8	0,1
	5	0,0	52,8	46,4	7,3	141,5	0,0
	1	145,5	0,0	1,8	0,2	3,4	0,0
2017	2	2,2	786,5	356,3	71,2	148,0	0,2
	3	0,4	398,8	220,3	40,0	216,3	0,1
	4	0,1	156,8	109,5	26,6	214,2	0,0
	5	0,0	60,6	48,2	11,2	135,2	0,0
	1	303,2	0,1	2,2	0,3	5,3	0,0
2018	2	3,1	852,8	367,0	72,0	138,8	0,2
	3	0,5	449,1	232,2	41,6	230,8	0,1
	4	0,1	161,9	106,8	27,6	214,8	0,0
	5	0,0	60,2	46,5	12,4	126,7	0,0

Verzeichnisse

Verzeichnisse

Abkürzungsverzeichnis

AOK-BV	AOK-Bundesverband
ATC	anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation
BB	Brandenburg
BE	Berlin
BFS	Bank für Sozialwirtschaft Service GmbH
BGBI	Bundesgesetzblatt
BIVA	Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e. V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BW	Baden-Württemberg
BY	Bayern
EA	erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz
EEE	einrichtungseinheitlicher Eigenanteil
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
HB	Bremen
HE	Hessen
HeimG	Heimgesetz vom 7. August 1974 und in der Neufassung vom 5. November 2001
HeimMindBauV	Heimmindestbauverordnung
HeimmwV	Heimmitwirkungsverordnung
HeimPersV	Heimpersonalverordnung
HeimsicherungsV	Heimsicherungsverordnung
HH	Hamburg
ICD	internationale Klassifikation der Erkrankungen
IK	Investitionskosten

KDA	Kuratorium Deutsche Altenhilfe
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MuG	Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung; von TNS Infratest durchgeführte Studien zur Lage der Pflegebedürftigen, Pflegepersonen und Pflegeeinrichtungen
MV	Mecklenburg-Vorpommern
NI	Niedersachsen
NW	Nordrhein-Westfalen
OR	Odds-Ratio
PEA	Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
PfIEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14. Dezember 2001
PflegeVG	Pflege-Versicherungsgesetz vom 26. Mai 1994
Pflege-WG	ambulant betreute Wohngruppen/Wohngemeinschaften
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008
PG	Pflegegrad
PKV	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz vom 23. Oktober 2012
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018
PPV	private Pflegepflichtversicherung
PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz vom 9. September 2001
PSG I	erstes Pflegestärkungsgesetz vom 17. Dezember 2014
PSG II	zweites Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015
PSG III	drittes Pflegestärkungsgesetz vom 23. Dezember 2016
PTVA	Pflege-Transparenzvereinbarungen ambulant vom 29. Januar 2009
PTVS	Pflege-Transparenzvereinbarungen stationär vom 17. Dezember 2008

RP	Rheinland-Pfalz
RR	relatives Risiko
SGB	Sozialgesetzbuch
SH	Schleswig-Holstein
SL	Saarland
SN	Sachsen
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SPV	soziale Pflegeversicherung
ST	Sachsen-Anhalt
TH	Thüringen
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 6. Mai 2019
U & V	Unterkunft und Verpflegung
vdek	Verband der Ersatzkassen
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WBG	Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz vom 29. Juli 2009

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1:	Absolute und relative Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2017	48
Abbildung 2.2:	Absolute und relative Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2017	50
Abbildung 2.3:	Pflegebedürftige nach Versorgungsart und Pflegegrad in den Jahren 2011 bis 2018	52
Abbildung 2.4:	Ergänzende und ersetzende Pflegeleistungen je Monat	53
Abbildung 2.5:	Leistungen hinsichtlich der Wohnsituation	54
Abbildung 2.6:	Ergebnisse von Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch den MDK	58
Abbildung 2.7:	Pflegeeintritte und Inzidenz nach Alter und Geschlecht im Jahr 2018	61
Abbildung 2.8:	Pflegeeintritte nach Pflegegrad in den Jahren 2011 bis 2018	62
Abbildung 2.9:	Pflegeeintritte nach Versorgungsart im dritten Monat der Pflegebedürftigkeit in den Jahren 2011 bis 2018	63
Abbildung 2.10:	Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen in den Monaten seit Pflegebeginn (Survivalfunktion) der Inzidenzjahre seit 2011	69
Abbildung 2.11:	Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen in den Monaten seit Pflegebeginn (Survivalfunktion) der Inzidenzjahre 2012 und 2017 nach Pflegegraden bei Pflegeeintritt	70
Abbildung 2.12:	Survivalfunktion im Pflegeheim bei Heimeintritt in den Jahren seit 2011	72
Abbildung 2.13:	Survivalfunktion im Pflegeheim bei Heimeintritt in den Jahren 2012 und 2017 nach Pflegegraden bei Heimeintritt	73
Abbildung 2.14:	Anzahl monatlicher Beitragszahlungen zur Rentenversicherung für Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht der Pflegebedürftigen – 2012 und 2018	89
Abbildung 3.1:	Maximale Leistungssummen der SPV und der GKV für exemplarische ambulante und stationäre Versorgungssettings im Jahr 2018	119
Abbildung 3.2:	Ausgewählte Organisationsformen von Pflegediensten und Pflegeheimen	125

Abbildung 3.3:	Ausgewählte Organisationsformen von Pflegediensten und Pflegeheimen	126
Abbildung 3.4:	Bewohnerzahlen im Pflegeheim, in Pflege-WGs und in betreutem Wohnen nach Pflegegrad.....	135
Abbildung 3.5:	Anteile der Inanspruchnahmen durch Pflegebedürftige in verschiedenen Settings im Jahr 2018	146
Abbildung 3.6:	Leistungsausgaben der SPV für ambulante und stationäre Pflege	149
Abbildung 3.7:	Durchschnittliche Leistungen der Sozialversicherung für Pflegebedürftige in verschiedenen Versorgungssettings im Jahr 2018	150

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige – Teil I	26
Tabelle 1.2:	Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige – Teil II	29
Tabelle 2.1:	Entwicklung der Zahl der Leistungsbezieher der Pflegeversicherung nach Datenquelle	44
Tabelle 2.2:	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufe oder Pflegegrad	46
Tabelle 2.3:	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart und Jahr	49
Tabelle 2.4:	Zahl der Begutachtungen des MDK und der Knappschaft nach Gutachtenart in Tausend	56
Tabelle 2.5:	Begutachtungen durch MEDICPROOF in den Jahren 2015 bis 2018	59
Tabelle 2.6:	Monatliche Übergänge in die verschiedenen Pflegegrade in den Jahren 2012 bis 2018 in Prozent	65
Tabelle 2.7:	Monatliche Übergänge in die verschiedenen Versorgungsarten in den Jahren 2012 bis 2018 in Prozent	66
Tabelle 2.8:	Personal im Pflegedienst nach Beschäftigungsverhältnis und nach Tätigkeitsbereich	76
Tabelle 2.9:	Personal im Pflegedienst nach Qualifikation	78
Tabelle 2.10:	Anzahl der Pflegeheime nach Pflegeangebot in Tausend	79
Tabelle 2.11:	Anzahl der verfügbaren Heimplätze in Tausend	80
Tabelle 2.12:	Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich ..	82
Tabelle 2.13:	Personal im Pflegeheim nach Qualifikation	84
Tabelle 2.14:	Entwicklung der monatlichen Pflegekosten, Versicherungsleistungen und Eigenanteile in der stationären Pflege	86
Tabelle 2.15:	Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung	94
Tabelle 2.15:	Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Fortsetzung I)	95
Tabelle 2.15:	Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Fortsetzung II) ...	96
Tabelle 2.16:	Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung in Millionen Euro	98
Tabelle 2.17:	Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege“ – Empfänger und Nettoausgaben	100
Tabelle 2.18:	Leistungsausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2017	102

Tabelle 3.1:	In den Landesgesetzen definierte Wohnformen außerhalb stationärer Einrichtungen	110
Tabelle 3.2:	Landesrechtliche Regulierungen für Pflege-WGs und betreutes Wohnen	113
Tabelle 3.3:	Finanzielle (Mehr-)Belastung der Pflegebedürftigen bei Heimpflege im Vergleich zur häuslichen informellen Pflege im Jahr 2017	117
Tabelle 3.4:	Genereller Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegesetting	118
Tabelle 3.5:	Merkmalsverteilung der Pflegebedürftigen in verschiedenen Settings	136
Tabelle 3.6:	Relative Risiken (RR) des Eintritts ins Pflegeheim oder in eine Pflege-WG – Alter ab 60 Jahre, Jahre 2012 und 2017 (Cox-Modell)	140
Tabelle 3.7:	Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit Wohngruppenzuschlag, Tages-/Nachtpflege oder/und häuslicher Krankenpflege	143
Tabelle 3.8:	Neuzugänge im dritten Monat der Pflegebedürftigkeit in häuslicher Pflege mit Wohngruppenzuschlag und/oder Tages- oder Nachtpflege	145
Tabelle 3.9:	Anteile mit jeweiligen Qualitätsindikatoren nach Versorgungssetting	159
Tabelle 3.10:	Modellierung der Wahrscheinlichkeiten der Qualitätsindikatoren – Odds-Ratios aus logistischen Regressionen	160
Tabelle A 1a:	Zu Abbildung 2.1 Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend	178
Tabelle A 1b:	Zu Abbildung 2.1 Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil an allen Pflegebedürftigen innerhalb der Altersgruppe in Prozent	179
Tabelle A 1c:	Zu Abbildung 2.1 Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung innerhalb der Altersgruppe in Prozent	180
Tabelle A 2a:	Zu Abbildung 2.2 Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2017. Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend	181

Tabelle A 2b:	Zu Abbildung 2.2 Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2017. Anteil an allen Pflegebedürftigen innerhalb der Altersgruppe in Prozent.....	182
Tabelle A 2c:	Zu Abbildung 2.2 Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2017. Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung innerhalb der Altersgruppe in Prozent	183
Tabelle A 3:	Zu Abbildung 2.3 Pflegebedürftige nach Versorgungsart und Pflegegrad in den Jahren 2011 bis 2018.....	184

Literaturverzeichnis

- advita Pflegedienst GmbH (2019). Das advita Haus Im Schlosspark. Senioren-Wohnen und Tagespflege in Neschwitz. Verfügbar unter: <https://www.advita.de/standorte/neschwitz/advita-haus-im-schlosspark> [16.08.2019]
- AOK-BV – AOK-Bundesverband (2015). Stellungnahme des AOK-Bundesverbands zur Anhörung des Gesundheitsausschusses des Bundestages am 30.09.2015 zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) Bundestagsdrucksache 18/5926. Berlin.
- Augurzky, B., Borchert, L., Deppisch, R., Krolop, S., Mennicken, R., Preuss, M., Rothgang, H., Stocker-Müller, M. & Wasem, J. (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.
- BA – Bundesagentur für Arbeit (2019). Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Nürnberg. Verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf> [17.09.2019]
- Bauer, S. (2018). Ambulant betreute Wohnformen in Nordrhein-Westfalen. vhw-Seminar zu Angebotssituation, Entwicklungschancen und Umsetzungsproblemen. Verfügbar unter: https://www.vhw.de/fileadmin/user_upload/08_publicationen/verbandszeitschrift/FWS/2018/5_2018/FWS_5_18_Bauer.pdf [20.02.2019]
- BIVA Pflegeschutzbund (2016). Ambulantisierung der Pflege. Verfügbar unter: <https://www.biva.de/ambulantisierung-der-pflege/> [02.07.2019]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2009). Leistungsansprüche der Versicherten an die Pflegeversicherung im Überblick. Stand Februar 2009. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_statistiken/pflege/Leistungsansprueche-3-09-2008.pdf [04.12.2018]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2012). Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2013 an die Pflegeversicherung im Überblick. Berlin. Verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Leistungen_der_Pflegeversicherung_im_Ueberblick.pdf [02.04.2013]

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2015). Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2015 an die Pflegeversicherung im Überblick. Verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Pflegeversicherung_im_Ueberblick_2015.pdf [09.10.2015]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2017). Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2017 an die Pflegeversicherung im Überblick. Stand 17.02.2017. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungen/Leistungsbetraege_2017.pdf [03.11.2017]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2018a). Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_2017.pdf [03.05.2018]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2018b). Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2018 an die Pflegeversicherung im Überblick. Stand 26.01.2018. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungen/Leistungsbetraege_2018.pdf [03.05.2018]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2019a). Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_2018.pdf [11.09.2019]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2019b). Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungstext der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf [17.09.2019]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2019c). Pflegeleistungen zum Nachschlagen. Stand März 2019. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/190329_Pflegeleistungen_2019.pdf [09.05.2019]

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2019d). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand Mai 2019. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen-u-Fakten-zur-Pflegeversicherung_2019.pdf [17.05.2019]
- Brodaty, H., Grenn, A. & Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. In: Journal of the American Geriatrics Society, 51 (5), 657–664.
- Büscher, A., Wingenfeld, K., Wibbeke, D., Loetz, F., Rode, M., Gruber, E. M. & Stomberg, D. (2018). Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht. Osnabrück.
- Car€ Invest Residencia (2019). Premium Wohnen: Wachstumschancen in einer feinen Marktlücke. Programm. Hannover. Verfügbar unter: https://www.ci-residencia.de/wp-content/uploads/2019/07/Programm_Residencia_PDF-1.pdf [23.07.2019]
- CAREkonkret (2015a, 16.10.2015). AOK: Missbrauch nimmt zu. CAREkonkret, 18 (42).
- CAREkonkret (2015b, 20.11.2015). Die Unerträglichkeit der Theorie für die Praxis. CAREkonkret, 18 (47).
- DRK Kreisverband Quedlinburg-Halberstadt e. V. (2019). Betreutes Wohnen – sicher im Alltag. Verfügbar unter: <https://www.drk-harzkreis.de/index.php/altenpflege/betreutes-wohnen> [14.08.2019]
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2019). Zeitreihen. Aktiv Versicherte am 31.12. – Versichertenstatus am Jahresende. Verfügbar unter: https://statistik-rente.de/SASWebReportStudio/openRVUrl.do?rsRID=SBIP%3A%2F%2FMETASERVER%2F20_SY0520%2F10_BI_Extern%2F10_Global%2F40_Lange_Zeitreehen%2F20_Berichte%2FLZR_SK8397%2FAktiv+Versicherte+-+Vers-Status+am+Jahresende+%28ab+2004%29.srx%28Report%29 [05.06.2019]
- GBE-Bund – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2019). Pflegeheime (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Pflegeangebot. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de [19.02.2019]
- Görres, S., Rothgang, H., Fünfstück, M., Schmidt, S., Seibert, K., Siltmann, S., Meyer, J., Bendig, J., Brannath, W. & Hasseler, M. (2017). Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP). Abschlussbericht. Bremen. Verfügbar unter:

- https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/indikatoren/20170320_Erganzt_Abschlussbericht_MoPIP_Universitaet_Bremen.pdf [25.07.2019]
- Gräske, J., Worch, A., Meyer, S. & Wolf-Ostermann, K. (2013). Ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen in Deutschland. Eine Literaturübersicht zu Strukturen, Versorgungsauscomes und Qualitätsmanagement. In Bundesgesundheitsblatt, 56, 1410–1417.
- Hertel, Y. (2018). Landkreisanalyse: Ambulant vor stationär. Verfügbar unter: <https://www.pflegemarkt.com/2018/11/27/analyse-daten-ambulantisierung-landkreis-bundesland-2018/> [30.01.2019]
- Hoffmann, F. & Koller, D. (2017). Verschiedene Regionen, verschiedene Versichertenpopulationen? Soziodemografische und gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Krankenkassen. In Das Gesundheitswesen, 79 (1), 1–9.
- Jann, A. (2015). Age-Wohnmatrix. Bedürfnisse statt Begriffe ins Zentrum stellen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 48 (2), 164–168.
- KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe (2018). Intransparenter Markt Betreutes Seniorenwohnen: Studie bringt Licht ins Dunkel. Verfügbar unter: <https://kda.de/intransparenter-markt-betreutes-seniorenwohnen-studie-bringt-licht-ins-dunkel/> [30.01.2019]
- Klemm, B. & Deckers, B. (2016). Unterschiedlich verbreitet. In Häusliche Pflege (12), 26–29.
- Klemm, B. & Deckers, B. (2017). Auf Erfolgskurs. In Häusliche Pflege (01), 42–45.
- Klie, T., Heislitz, C., Schuhmacher, B., Keilhauer, A., Rischard, P. & Bruke, C. (2017). Ambulant betreute Wohngruppen. Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen. Abschlussbericht. Berlin.
- Klingelhöfer-Noe, J., Dassen, T. & Lahmann, N. (2015). Vollstationäre Pflegeeinrichtungen vs. „betreutes Wohnen mit ambulanter Versorgung“. Ergebnisqualität bezogen auf Dekubitus, Sturz und Mangelernährung. In Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 48 (3), 263–269.
- Kremer-Preiß, U., Mehnert, T. & Klemm, B. (2019). Betreutes Wohnen. Entwicklungsstand und Anforderungen an eine zukunftsgerechte Weiterentwicklung. Heidelberg.
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2018). Begutachtungen 2017. Daten auf Anfrage.

- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2019). Begutachtungen 2018. Daten auf Anfrage.
- MEDICPROOF (2016). Zahlen, Daten, Fakten 2015. Köln. Verfügbar unter: https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/ZDF/ZDF-2015.pdf [27.02.2019]
- MEDICPROOF (2017). Zahlen, Daten, Fakten 2016. Köln. Verfügbar unter: https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/ZDF/ZDF-2016.pdf [27.02.2019]
- MEDICPROOF (2018). Zahlen, Daten, Fakten 2017. Köln. Verfügbar unter: https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/ZDF/ZDF-2017.pdf [27.02.2019]
- MEDICPROOF (2019). Zahlen, Daten, Fakten 2018. Köln. Verfügbar unter: https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/ZDF/ZDF_2018_final.pdf [04.06.2019]
- Meißner, S. (2014). Investitionskosten von Pflegeheimen zeigen deutliche Unterschiede in den Bundesländern. Verfügbar unter: <https://web.archive.org/web/20140507034845/http://www.pflegemarkt.com/media/datenmarkt/uploads/fachartikel/investitionskosten-von-pflegeheimen-in-den-bundeslaendern.pdf> [20.02.2019]
- Meyer, S., Fleischer-Schlechtiger, N., Gräske, J. & Worch, A. (2014). Vergleich der Ernährungssituation von Bewohnern ambulant betreuter Wohngemeinschaften und einer stationären Pflegeeinrichtung: Eine Sekundärdatenanalyse. In *Pflegezeitschrift*, 67 (4), 224–229.
- PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung (2006). Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2005/2006. Köln, Berlin.
- PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung (2007). Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2006/2007. Köln, Berlin.
- PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung (2012). Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012. Köln.
- PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung (2018a). PKV Zahlenportal. Versichertenbestand. Pflegeversicherung. Leistungsempfänger. Verfügbar unter: <https://www.pkv-zahlenportal.de/werte/2007/2017/12/pers-ppv-lempf/basket/result> [25.02.2019]
- PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung (2018b). Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2017. Köln.
- Rothgang, H. (2015a). Pflege aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht: Die Pflegeversicherung als Erfolgsmodell mit Schönheitsfehlern. In P. Masuch, W. Spellbrink, U. Becker & S. Leibfried (Hrsg.), *Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats*.

- Bundessozialgericht und Sozialstaatsforschung. Richterliche Wissensgewinnung und Wissenschaft (S. 139–170). Berlin.
- Rothgang, H. (2015b). „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ – fundamentale Fehlentscheidung oder zukunftssträchtiges Modell? In *Sozialer Fortschritt*, 64 (1), 8–14.
- Rothgang, H. (2017). Qualität in der Langzeitpflege. In F. Welti, M. Fuchs, C. Fuchsloch, G. Naegele & P. Udsching (Hrsg.), *Gesundheit, Alter, Pflege, Rehabilitation – Recht und Praxis im interdisziplinären Dialog. Festschrift für Gerhard Igl* (S. 630–645). Baden-Baden.
- Rothgang, H. (2018a). Ein Jahr nach der großen Pflegereform – vorläufige Bilanz. In *Soziale Sicherheit* (5), 186–193.
- Rothgang, H. (2018b). Weiterentwicklung der Pflege im Koalitionsvertrag: Absichtserklärungen und Ankündigungen. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik* (3), 37–42.
- Rothgang, H. (2019). Stellungnahme zum Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen „Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden“. BT-Drucksache 19/8561 und zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“. BT-Drucksache 19/7480 anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 8. Mai 2019. Ausschussdrucksache 19(14)0074(13). Bremen. Verfügbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/640226/ec4b1c32d692aa0e52362cd3556b6874/19_14_0074-13-_SOCIUM_Pflegeversicherung-data.pdf. [17.05.2019]
- Rothgang, H. & Domhoff, D. (2019). Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Working Paper Forschungsförderung Nummer 150. Düsseldorf.
- Rothgang, H., Fünfstück, M. & Kalwitzki, T. (2019a). Personalbemessung in der Langzeitpflege. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* (S. 147–157). Berlin, Heidelberg.
- Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S. & Unger, R. (2011). *BARMER GEK Pflege-report 2011. Schwerpunktthema: Zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz*. St. Augustin.

- Rothgang, H. & Kalwitzki, T. (2015). Pflegestärkungsgesetz II – eine erstaunlich großzügige Reform. In *Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen*, 69 (5), 46–54.
- Rothgang, H. & Kalwitzki, T. (2018). Skizze einer neuen Finanzierung der Pflegeversicherung. In *Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen* (6), 6–12.
- Rothgang, H. & Kalwitzki, T. (2019). Sockel-Spitze-Tausch sichert Lebensstandard von Pflegebedürftigen. In *Neue Caritas* (1), 2–4.
- Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2016a). BARMER GEK Pflege-report 2016. Siegburg.
- Rothgang, H., Kalwitzki, T., Unger, R. & Amsbeck, H. (2016b). Pflege in Deutschland im Jahr 2030 – regionale Verteilung und Herausforderungen. Gütersloh.
- Rothgang, H. & Müller, R. (2018). BARMER Pflegereport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 12. Berlin.
- Rothgang, H., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2017). BARMER Pflegereport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5. Siegburg.
- Rothgang, H., Schmid, A., Maaß, L., Preuß, B. & Wagner, C. (2019b). Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 4: Statistische Untersuchung, Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.
- Rothgang, H. & Unger, R. (2013). Auswirkungen einer informellen Pflege Tätigkeit auf das Alterssicherungsniveau von Frauen. In *FNA-Journal* (4), 1–40.
- Rothgang, H., Wolf-Ostermann, K., Schmid, A., Domhoff, D., Müller, R. & Schmidt, A. (2018). Ambulantisierung stationärer Einrichtungen und innovative ambulante Wohnformen. Endbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn. Bremen.
- Schartow, U., Mandelkow, A., Hackmann, T., Hoch, M. & Hitschfeld, M. (2016). Betreutes Wohnen in Deutschland auf regionaler Ebene. Bedarfsanalyse. Verfügbar unter: https://www.prognos.com/uploads/tx_atwpubdb/20160121_Prognos_Bedarfsanalyse_Betreutes_Wohnen_Broschuere_2016.pdf [20.02.2019]
- Schmidt, M. & Schneekloth, U. (2011). Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.

- Schneekloth, U., Geiss, S., Pupeter, M., Rothgang, H., Kalwitzki, T. & Müller, R. (2017). Abschlussbericht. Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. München.
- Schneekloth, U. & von Törne, I. (2007). Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In U. Schneekloth & H. W. Wahl (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.
- Schneekloth, U. & Wahl, H. W. (Hrsg.). (2005). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. München.
- Schuhmacher, B. (2016). Sachstand zu der bundesweiten Studie „Bestehende Konzepte und Handlungsbedarfe hinsichtlich der weiteren Stärkung ambulant betreuter Wohngruppen“. In Bundesweites Journal für Wohn-Pflege-Gemeinschaften, 5, 46–47.
- Schwinger, A., Behrendt, S., Tsiasioti, C., Stieglitz, K., Breikreuz, T., Grobe, T. & Klauber, J. (2018a). Qualitätsmessung mit Routinedaten in deutschen Pflegeheimen: Eine erste Standortbestimmung. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), Pflegereport 2018. Qualität in der Pflege (S. 97–125). Berlin, Heidelberg.
- Schwinger, A., Rothgang, H. & Kalwitzki, T. (2018b). „Die Pflegeversicherung boomt“: Mehrausgaben der Pflegeversicherung – Retrospektive und Projektion. In: G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik, 21 (6), 13–22.
- Seniorenzentrum Alte Landbrücke (2018). Seniorenzentrum Alte Landbrücke. Verfügbar unter: <https://www.seniorenzentrum-wetzlar.de/> [16.08.2019]
- St. Elisabeth-Stiftung (2016). Selbstständig Leben – sicher und geborgen. Verfügbar unter: <https://www.st-elisabeth-stiftung.de/wohnen-und-pflege/wohnangebote-fuer-senioren/> [16.08.2019]
- Statistisches Bundesamt (2001a). Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2001b). Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Standardtabellen auf Bundesebene.

- Statistisches Bundesamt (2003). Pflegestatistik 2001 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2005). Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2007). Pflegestatistik 2005 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2008). Pflegestatistik 2007 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011). Pflegestatistik 2009 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013). Pflegestatistik 2011 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2015). Pflegestatistik 2013 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2017). Pflegestatistik 2015 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2018a). Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe in Deutschland im Laufe des Berichtsjahres nach Art des Trägers, Hilfearten, Bruttoausgaben, Einnahmearten und Nettoausgaben sowie Ort der Leistungserbringung. Datentabellen von 2009 bis 2016 auf Anfrage. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2018b). Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe nach Art des Trägers, außerhalb von und in Einrichtungen sowie Hilfearten. Datentabellen von 1995 bis 2008 auf Anfrage. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2018c). Pflegestatistik 2017 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2018d). Pflegestatistik 2017 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Standardtabellen auf Bundesebene.
- Statistisches Bundesamt (2018e). Statistik der Kriegsopferfürsorge. Ausgaben und Einnahmen. Empfänger/-innen 2016. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2018f). Wirtschaftsrechnungen. Laufende Wirtschaftsrechnungen. Einkommen, Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte – Fachserie 15 Reihe 1 – 2017. Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt (2019a). Ausgaben der Sozialhilfe – Hilfe zur Pflege. Bruttoausgaben und Nettoausgaben 2017 insgesamt der Hilfe zur Pflege. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/EinnahmenAusgaben/Tabellen/Ausgaben_HilfePflege.html [27.02.2019]
- Statistisches Bundesamt (2019b). Bevölkerung zum Stichtag 31.12. Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität (Grundlage Zensus 2011) 2011–2017. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=1&HANDLER=XS_ROTATE_ADVANCED&DATACUBE=_XWD_30&D.000=ACROSS&D.001=PAGE&D.002=DOWN&D.003=ACROSS&D.004=PAGE [26.02.2019]
- Statistisches Bundesamt (2019c). Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Bevölkerung, Bundesländer, Stichtag. Verfügbar unter: https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;sid=69E24FD9F42189D95FAC24029B650694.GO_1_4?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=2&levelid=1558007032533&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&selectionname=12411-0010&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf [16.05.2019]
- Statistisches Bundesamt (2019d). Gestorbene: Deutschland, Jahre, Geschlecht, Altersjahre. Verfügbar unter: https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;sid=C61A910F537A42955AE25A4DB8A8AFA9.GO_2_2?operation=abrufabelleAbrufen&selectionname=12613-0003&levelindex=1&levelid=1564305198686&index=3 [15.07.2019]
- Statistisches Bundesamt (2019e). Leistungen nach Kapitel 5 bis 9 SGB XII. Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege insgesamt im Zeitvergleich am 31.12. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Tabellen/liste-hilfe-pflege.html> [06.06.2019]
- Strupeit, S., Meyer, S., Buss, A., Gräske, J., Worch, A. & Wolf-Ostermann, K. (2014). Influence of living situations on vulnerable elderly: Focus on nutritional status. In *Journal of nutrition, health and aging*, 18 (9), 787–791.
- Sünderkamp, S., Weiß, C. & Rothgang, H. (2014). Analyse der ambulanten und stationären Pflegenoten hinsichtlich der Nützlichkeit für den Verbraucher. In *Pflege*, 27 (5), 325–336.

- Sundmacher, L., Schüttig, W. & Faisst, C. (2015). Ein konsentierter deutscher Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/18. Berlin. Verfügbar unter: https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/69/VA-69-ASK-Diagnosekatalog-final.pdf [17.07.2019]
- Swart, E., Ihle, P., Gothe, H. & Matusiewicz, D. (Hrsg.). (2014). Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven (2. Aufl.). Bern.
- Szegan, N.-M. (2016). Flexibilisierung des Leistungsrechts der Pflegeversicherung durch das PSG I/II. Präsentation. Kongress Pflege 2016, Berlin. Verfügbar unter: http://www.gesundheitskongresse.de/berlin/2016/dokumente/Praesentationen_JUR/Szegan-Nadine-Michele---Flexibilisierung-Leistungsrecht.pdf
- Wingenfeld, K., Stegbauer, C., Willms, G., Voigt, C. & Woitzik, R. (2018). Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege. Abschlussbericht: Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung. Bielefeld.
- Wolf-Ostermann, K., Kremer-Preiß, U., Hackman, T., Seibert, K., Stiefler, S., Mehnert, T., Bahr, M., Sulzer, L., Huschik, G. & Moh, S. (2019). Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI. Abschlussbericht. Bremen/Köln/Freiburg.
- Wolf-Ostermann, K., Worch, A., Fischer, T., Wulff, I. & Gräske, J. (2012). Health outcomes and quality of life of residents of shared-housing arrangements compared to residents of special care units – results of the Berlin DeWeGE-study. In *Journal of Clinical Nursing*, 21 (21–22), 3047–3060.

Autorenverzeichnis

Rolf Müller, Dr., wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung des SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik – an der Universität Bremen.

Heinz Rothgang, Prof. Dr., Leiter der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung des SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik – an der Universität Bremen.

