



BARMER GEK

BARMER GEK PFLEGEREPORT 2015

H. Rothgang, T. Kalwitzki, R. Müller, R. Runte, R. Unger

Schriftenreihe zur
Gesundheitsanalyse
Band 36

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 36

Heinz Rothgang

Thomas Kalwitzki

Rolf Müller

Rebecca Runte

Rainer Unger

BARMER GEK Pflegereport 2015

Schwerpunktthema:

Pflegen zu Hause

November 2015

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

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

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 36

BARMER GEK Pflegereport 2015

Herausgeber: BARMER GEK
Postfach 110704
10837 Berlin

Fachliche Betreuung BARMER GEK
Medizin und Versorgungsforschung (0350)
Gottlieb-Daimler-Straße 19
73529 Schwäbisch Gmünd
versorgungsforschung@barmer-gek.de

Autoren: Heinz Rothgang, Thomas Kalwitzki, Rolf Müller,
Rebecca Runte, Rainer Unger
Universität Bremen
SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung
Mary-Somerville-Str. 5, 28359 Bremen
<http://www.zes.uni-bremen.de>

Verlag: Asgard-Verlagsservice GmbH
Schützenstraße 4, 53721 Siegburg

ISBN: 978-3-946-19901-4

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

Inhalt

ABKÜRZUNGEN	8
VORWORT	10
1 ZUSAMMENFASSUNG	12
1.1 PFLEGEPOLITIK.....	12
1.1.1 <i>Pflegestärkungsgesetz II – eine sehr großzügige Reform.....</i>	12
1.1.2 <i>Konstanter Eigenanteil in der stationären Pflege ist eine echte Innovation</i>	12
1.1.3 <i>Auch nach der Reform ist noch viel zu tun</i>	13
1.2 ANALYSE DER AMTLICHEN STATISTIK	14
1.2.1 <i>Anzahl der Pflegebedürftigen steigt stärker als bisher angenommen, die Pflege wird „männlicher“ und der Anteil hochaltriger Pflegebedürftiger steigt.....</i>	14
1.2.2 <i>Hohe Inanspruchnahme der Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz.....</i>	14
1.2.3 <i>Kapazitätsausbau in der Pflege hat die pflegerische Versorgung deutlich verbessert – der erreichte Stand ist aber gefährdet</i>	15
1.2.4 <i>Konstante Pflegeprävalenzen trotz Morbiditykompression auch in der Pflege.....</i>	16
1.3 ANALYSE DER ROUTINEDATEN	16
1.3.1 <i>Die Lebenszeitprävalenz steigt weiter</i>	16
1.3.2 <i>Die durchschnittliche Pflegedauer liegt bei 6,7 Jahren für alle bzw. bei 4,4 Jahren, wenn Pflege im Alter von mindestens 60 beginnt</i>	17
1.3.3 <i>Kurzzeitpflege.....</i>	17
1.4 PFLEGEN ZU HAUSE	18
1.4.1 <i>Großer Bedarf an altersgerechtem Wohnraum</i>	18

1.4.2	<i>Umbau zur Dusche und ein Treppenlift sind die am häufigsten nachgefragten wohnumfeldverbessernden Maßnahmen</i>	19
1.4.3	<i>Leistungen zur Wohnumfeldverbesserung sind nicht allen Versicherten bekannt – Informationen der Kassen werden nur begrenzt genutzt</i>	19
1.4.4	<i>Frauen stärker an der Pflege beteiligt als Männer; Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz benötigen intensivere Betreuung; Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bei Männern ausbaufähig</i>	20
1.4.5	<i>Prävention und Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige kommt gut bei den Nutzern an</i>	21

2 EINLEITUNG..... 22

3 DIE WEITERENTWICKLUNG DER PFLEGEVERSICHERUNG 2014/15: DAS ZWEITE PFLEGESTÄRKUNGSGESETZ 24

3.1	DER NEUE PFLEGEBEDÜRFTIGKEITSBEGRIFF	27
3.2	NEUER PFLEGEBEDÜRFTIGKEITSBEGRIFF = NEUE PFLEGE?	28
3.3	DAS NEUE BEGUTACHTUNGSASSESSMENT (NBA).....	30
3.3.1	<i>Erweiterung der einbezogenen Lebensbereiche</i>	31
3.3.2	<i>Veränderung der Stufenzahl</i>	31
3.3.3	<i>Wegfall der Minutenwerte als Bewertungskriterium</i>	32
3.3.4	<i>Bewertungssystematik</i>	33
3.3.5	<i>Das NBA – ein überraschend großzügiger Schritt in die richtige Richtung</i>	36
3.4	ÜBERLEITUNGSREGELN: VON PFLEGESTUFEN ZU PFLEGEGRADEN.....	38
3.5	EFFEKTE AUF DIE VERTEILUNG DER PFLEGEGRADEN	39
3.6	LEISTUNGSANSPRÜCHE UND LEISTUNGSBETRÄGE IN AMBULANTER PFLEGE.....	41
3.6.1	<i>Leistungsansprüche auf Pflegesachleistungen</i>	42
3.6.2	<i>Leistungsansprüche auf Pflegegeld</i>	45

3.7	LEISTUNGSANSPRÜCHE UND LEISTUNGSBETRÄGE IN STATIONÄRER PFLEGE.....	48
3.7.1	<i>Pflegesätze.....</i>	48
3.7.2	<i>Einheitliche Eigenanteile</i>	52
3.8	FAZIT	55
4	PFLEGE IM SPIEGEL AMTLICHER STATISTIKEN UND ANDERER DATENQUELLEN	59
4.1	DATENQUELLEN	59
4.2	DIE ENTWICKLUNG DER ZAHL DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN	63
4.2.1	<i>Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufe.....</i>	64
4.2.2	<i>Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten</i>	67
4.2.3	<i>Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen im Vergleich der Datenquellen</i>	74
4.2.4	<i>Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit.....</i>	76
4.2.5	<i>Modellrechnungen zur Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2060.....</i>	85
4.2.6	<i>Begutachtungen des medizinischen Dienstes.....</i>	90
4.2.7	<i>Fazit zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen</i>	95
4.3	DIE VERSORGUNGSFORMEN DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN	98
4.3.1	<i>Die ambulanten Pflegedienste.....</i>	98
4.3.2	<i>Die stationären Pflegeeinrichtungen.....</i>	103
4.3.3	<i>Fazit zu den Versorgungsformen der Pflegebedürftigen</i>	112
4.4	FINANZIERUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT.....	115
4.4.1	<i>Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung....</i>	116
4.4.2	<i>Die Finanzierung der Pflegebedürftigkeit durch die Private Pflegeversicherung.....</i>	120
4.4.3	<i>Die Finanzierung der Pflegebedürftigkeit durch die Sozialhilfe</i>	122

4.4.4 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit im Überblick	125
---	-----

5 PFLEGEVERLÄUFE IM SPIEGEL DER ROUTINEDATEN 128

5.1 ROUTINEDATEN ALS BASIS FÜR DIE ANALYSE DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	128
5.1.1 Beschreibung der BARMER GEK-Routinedaten	129
5.1.2 Zur Definition von Pflegebedürftigkeit	130
5.1.3 Variablenkonstruktion, Selektionen, Gewichtung	132
5.2 PFLEGEINZIDENZEN	133
5.3 LEBENSZEITPRÄVALENZEN	136
5.3.1 Entwicklung der Lebenszeitprävalenz	136
5.3.2 Dauer der Pflegedürftigkeit	139
5.3.3 Pflegestufenverteilung	145
5.3.4 Leistungsarten	146
5.4 DIE FUNKTION DER KURZZEITPFLEGE	150

6 PFLEGEN ZU HAUSE 155

6.1 BARRIEREFREIES WOHNEN IN DEUTSCHLAND	155
6.1.1 Altengerechte Wohnsituation – Ergebnisse auf Basis des SOEP	157
6.1.2 Leistungen der Pflegeversicherung für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	161
6.1.3 Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen – Befragungsergebnisse	167
6.1.4 Fazit zum barrierefreien Wohnen in Deutschland	186
6.2 PFLEGENDE ANGEHÖRIGE	189
6.2.1 Forschungsüberblick zur informellen Pflege	189
6.2.2 Pflegepersonen im Spiegel unterschiedlicher Datenquellen	196
6.2.3 Prävention und Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige	209

6.2.4	<i>Fazit zum Thema "Pflegerische Angehörige"</i>	212
7	ANHANG	215
7.1	ZUR MESSUNG DER STERBLICHKEIT	215
7.2	GRUNDLAGEN DER ÜBERLEBENSZEITMESSUNG VON INZIDENT PFLEGEBEDÜRFTIGEN	215
8	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	224
9	TABELLENVERZEICHNIS	229
10	LITERATUR	232

Abkürzungen

BGBI	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMVBS	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
EA	Eingeschränkte Alltagskompetenz
EVIS	Evaluation des NBA - Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GEK	Gmünder ErsatzKasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
idF	in der Fassung
iVm	in Verbindung mit
KDA	Kuratorium Deutsche Altenhilfe
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
MoPIP	Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege
NBA	Neues Begutachtungsassessment
n.F.	neue Fassung
PEA	Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
PfIEG	Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz) vom 14. Dezember 2001 (BGBl. 2001 I, S. 3728)
PfWG	Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. Mai 2008 (BGBl. 2008 I, S. 874)
PG	Pflegegrad
PNG	Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz) vom 23. Oktober 2012 (BGBl. 2012 I, S. 2246)
PoEA	Personen ohne eingeschränkter Alltagskompetenz
PPV	Private Pflegeversicherung
PS	Pflegestufe
PSG	Pflegestärkungsgesetz
RKI	Robert Koch-Institut
SD	engl.: Standard Deviation = Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch (V = fünftes Buch; XI = elftes Buch)

SIS	Strukturierten Informationssammlung
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SPV	Soziale Pflegeversicherung
WINEG	Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse

Vorwort

Wir legen Ihnen heute den BARMER GEK Pflegereport 2015 vor. Dies geschieht zu einem Zeitpunkt, zu dem sich die Soziale Pflegeversicherung großen Herausforderungen gegenüberstellt und zugleich die Politik grundlegende Weichenstellungen vorgenommen hat. Umso wichtiger ist es aus unserer Sicht, einen detaillierten Überblick über die wichtigsten Entwicklungen in der Pflege zu schaffen.

Es bleibt dabei, die Pflegeversicherung ist eine Erfolgsgeschichte. Seit ihrer Einführung vor nunmehr 20 Jahren ist das Risiko der Pflegebedürftigkeit unserer Gesellschaft viel bewusster geworden. Vor allem aber hat sich die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen deutlich verbessert. Im ambulanten und im stationären Sektor ist eine Pflegeinfrastruktur entstanden, welche die Pflege zu einem bedeutenden Teil der Gesundheitswirtschaft macht.

Trotz aller Erfolge ist und bleibt die Soziale Pflegeversicherung ein Politikfeld mit stetigem Reformbedarf. Vieles ist schon über die Schwächen des Pflegenotensystems, über den Mangel an Fachkräften in der Altenpflege, über die Unzulänglichkeiten des bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gesagt worden, um nur einige aktuelle Beispiele zu nennen. Mit dem Pflegestärkungsgesetz II setzt die Bundesregierung dem entschlossene und weitreichende Reformen entgegen.

Mit diesem Gesetz wird das Kernelement der jetzigen Pflegereform eingeführt, der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff. Damit beseitigt die Bundesregierung eine der Schwächen der sozialen Pflegeversicherung. Denn der bisherige Begriff von Pflegebedürftigkeit orientierte sich sehr stark an den somatischen Ursachen von Hilfebedarf. Es ist ein gutes Signal, dass nunmehr auch die demenzkranken Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen deutlich besser gestellt werden und zudem beim Übergang in das neue System niemand schlechter gestellt werden wird.

Zu den wichtigsten Erkenntnissen des Reports gehört, dass wir mit einer höheren Anzahl von Pflegebedürftigen rechnen müssen als bislang angenommen. Bis 2060 werden nun geschätzt 4,52 Millionen Pflegebedürftige zu versorgen sein – 221.000 mehr als bislang prognostiziert. Zugleich wird der Zuwachs an Pflegebedürftigen vor allem Männer ausmachen. Und schließlich müssen wir mit einer drastischen Alterung der Pflegebedürftigen rechnen. Heute sind beispielsweise

rund 30 Prozent aller pflegebedürftigen Männer 85 Jahre und älter. 2060 werden es knapp 60 Prozent sein. Nicht zu vergessen ist, dass Pflege damit auch länger andauern wird und zum Teil über viele Jahre währt.

Das alles hat natürlich auch Auswirkungen auf die pflegenden Angehörigen. Sie leisten seit dem Start der Pflegeversicherung den Hauptteil der pflegerischen Betreuung, daran wird sich in den nächsten Jahrzehnten sehr wahrscheinlich nichts ändern. Umso wichtiger ist es, dass den Pflegenden dabei geholfen wird, mit den Belastungen der Pflege richtig umzugehen. Die BARMER GEK bietet schon heute eine Reihe unterstützender Angebote und wird dies in den kommenden Jahren weiter ausbauen.

Dem Autorenteam des BARMER GEK Pflegereports 2015 um Prof. Dr. Heinz Rothgang danke ich für eine fundierte Analyse der grundlegenden Trends der Pflege in Deutschland. Sie legen erneut eine Arbeit vor, die sowohl der Fachwelt wie auch der interessierten Öffentlichkeit wichtige Entwicklungen aufzeigt. Den Leserinnen und Lesern unseres Reports wünsche ich eine anregende wie nutzbringende Lektüre.

Berlin, im November 2015

Dr. med. Christoph Straub

Vorstandsvorsitzender

der BARMER GEK

1 Zusammenfassung

1.1 Pflegepolitik

1.1.1 Pflegestärkungsgesetz II – eine sehr großzügige Reform

Mit dem Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) zum 1.1.2017 wird eine dreistufige Pflege(versicherungs)reform abgeschlossen, die als Reformeinheit betrachtet werden sollte. Während schon mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz und dem Ersten Pflegestärkungsgesetz höhere Leistungen für mehr Pflegebedürftige übergangsweise eingeführt wurden, enthält das PSG II die zentrale Neuerung, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, dessen Einführung schon seit Jahren gefordert wird. Die Umsetzung erweist sich dabei in mehrfacher Hinsicht als unerwartet großzügig: Erstens wurde die Bewertungssystematik des Neuen Begutachtungsassessments gegenüber den Empfehlungen des Expertenbeirats mehrfach so verändert, dass mehr Personen als pflegebedürftig gelten und dabei gleichzeitig mehr Personen in höhere Pflegegrade gelangen. Zweitens wurde auch für die Überleitung der bereits anerkannten Pflegebedürftigen von Pflegestufen in Pflegegrade von den drei Vorschlägen des Expertenbeirates wiederum der großzügigste gewählt. Schließlich wurden die Leistungshöhen für die neuen Pflegegrade so festgelegt, dass die im PNG ausdrücklich als Übergangsleistungen charakterisierten Leistungen nunmehr dauerhaft gewährt werden und das nicht nur für die Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, sondern für alle Pflegebedürftigen. Im Ergebnis werden im ambulanten Bereich zum Umstellungszeitpunkt mehr als 95 % der dann Leistung Beziehenden besser gestellt und niemand schlechter. Auch bei langfristiger Betrachtung gibt es nur wenige Personen, die sich dann im neuen System schlechter stellen werden als im alten.

1.1.2 Konstanter Eigenanteil in der stationären Pflege ist eine echte Innovation

Auch im stationären Bereich sorgen Bestandsschutzregeln dafür, dass kein Heimbewohner durch die Umstellung auf die neuen Pflegegrade schlechter gestellt wird. Für Neufälle stellt sich dies hingegen anders dar: Bewohner, die an-

sonsten in Pflegestufe I eingestuft worden wären, müssen in Zukunft höhere Eigenanteile zahlen, Bewohner, die in Pflegestufe III eingestuft worden wären, niedrigere, während sich für die Bewohner, die in Pflegestufe II eingestuft worden wären, wenig ändert. Ursache hierfür ist, dass in Zukunft für alle Heimbewohner der Pflegegrade 2-5 ein einheitlicher Eigenanteil eingeführt wird. Gegenüber dem Status quo wird damit ein Umverteilungssystem zwischen den Heimbewohnern eingeführt. Der konstante Eigenanteil löst den im alten Recht bestehenden Konflikt zwischen Einrichtungen, die von einer Höherstufung profitieren, und Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, die bei Höherstufung höhere Eigenanteile zahlen mussten. Er schafft zudem mehr Planungssicherheit für die Bewohner und deren Angehörige bei Einzug in ein Pflegeheim. Bislang mussten sie immer befürchten, dass der Eigenanteil deutlich steigen würde, falls sich der Zustand des Bewohners verschlechtert und eine höhere Pflegestufe zuerkannt würde. Diese Gefahr besteht nach der Umsetzung des PSG II nicht mehr. Auch sozialpolitisch ist der konstante Eigenanteil zu begrüßen, da damit der alte Zustand, nach dem ausgerechnet die Personen mit dem höchsten Pflegebedarf den höchsten Eigenanteil tragen mussten, abgelöst wird. Schließlich führt der einheitliche Eigenanteil auch zu mehr Markttransparenz, da anhand eines Parameters, des einheitlichen Eigenanteils, nunmehr geprüft werden kann, welche Zuzahlungen für Pflegekosten auf einen potentiellen Heimbewohner zukommen.

1.1.3 Auch nach der Reform ist noch viel zu tun

Bereits jetzt zeichnet sich die Notwendigkeit eines PSG III ab, u. a. um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auch im Sozialhilferecht zu verankern und das angekündigte Personalbemessungsverfahren einzuführen. Daneben gibt es eine Reihe von „Baustellen“, die im PSG II gar nicht thematisiert werden. Dazu gehören die weitere Förderung von Rehabilitation bei Pflege, die Qualitätssicherung, die mittel- und langfristige Sicherung eines ausreichenden Angebots an Pflegekräften und die nachhaltige Finanzierung. Auch nach der Reform bleibt also noch viel zu tun.

1.2 Analyse der amtlichen Statistik

1.2.1 Anzahl der Pflegebedürftigen steigt stärker als bisher angenommen, die Pflege wird „männlicher“ und der Anteil hochaltriger Pflegebedürftiger steigt

Nach erstmals auf Basis des Zensus von 2011 und der – neuen – 13. koordinierten Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamtes durchgeführten Vorausberechnungen steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2060 (2055) auf 4,52 Mio. (4,64 Mio.) und damit um zusätzliche 221 Tsd. (164 Tsd.) Pflegebedürftige gegenüber früheren Projektionen. Die Pflege wird dabei insgesamt „männlicher“, da bis zum Jahr 2060 von zusätzlichen 176 Tsd. pflegebedürftigen Männern, aber „nur“ von zusätzlichen 45 Tsd. pflegebedürftigen Frauen auszugehen ist. Insgesamt ist auch von einer drastischen Alterung der Pflegebedürftigen auszugehen, die etwa ab dem Jahr 2040 einsetzt. Waren im Jahr 2015 rund 30 % aller pflegebedürftigen Männer 85 Jahre und älter, so erhöht sich deren Anteil bis zum Jahr 2060 auf knapp 60 %. Auch bei den Frauen zeigt sich eine deutliche Zunahme der Hochaltrigkeit. Während der Anteil der Frauen im Alter 85 und darüber im Jahr 2015 bereits bei etwa 50 % lag, erhöht sich dieser Anteil bis zum Jahr 2060 noch weiter auf dann knapp 70 %. Damit verbunden wird zunehmend die Pflege hoch betagter Menschen und adäquater Versorgungsstrukturen im Vordergrund stehen.

1.2.2 Hohe Inanspruchnahme der Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) haben Ansprüche auf zusätzliche Betreuungsleistungen in der stationären (§ 87b SGB XI) und seit 2013 erweiterte Ansprüche in der häuslichen Pflege (§§ 45b, 123 SGB XI), die auf großen Zuspruch stoßen. So haben im Jahr 2013 von den 2,626 Mio. Pflegebedürftigen 919 Tsd. (35 %) eine eingeschränkte Alltagskompetenz und sind in Pflegestufe I, II oder III. Weitere 109 Tsd. weisen keine Pflegestufe nach der Definition des SGB XI auf, sind also in der sog. Pflegestufe „0“. Die zusätzlichen Betreuungsleistungen kommen damit ganz überwiegend, nämlich zu etwa knapp 90 %, den Menschen zugute, die bereits pflegebedürftig sind. Der Großteil der

PEA befindet sich mit 564 Tsd. in häuslicher Pflege, während mit 461 Tsd. ein kleinerer Anteil auf die stationäre Pflege entfällt. Nicht pflegebedürftige PEA beziehen am häufigsten Pflegegeld, werden also durch informelle Pflegepersonen und damit vermutlich durch ein intaktes Netzwerk aus Angehörigen, Nachbarn und Freunden gepflegt. Die PEA-Leistungen werden am häufigsten in den oberen Altersjahren nachgefragt. Dennoch zeigt sich auch in den unteren Altersjahren bis 40 eine deutliche Nachfrage nach den PEA-Leistungen. PEA mit höherer Pflegestufe sind meist im Heim, die in niedrigerer aber auch noch häufig zuhause. Gerade für diese Gruppe zeigen sich damit Unterstützungsbedarfe.

1.2.3 Kapazitätsausbau in der Pflege hat die pflegerische Versorgung deutlich verbessert – der erreichte Stand ist aber gefährdet

Die Kapazitäten in der ambulanten und stationären Versorgung sind zwischen 1999 und 2013 deutlich schneller angestiegen als die Zahl der Pflegebedürftigen, was insgesamt zu einer merklichen Verbesserung der Versorgungslage geführt hat. Der Kapazitätsausbau in der ambulanten Pflege basiert dabei weniger auf der Zunahme der Zahl der Pflegedienste um 18 % als vielmehr auf einem Zuwachs beim Personal um 74 %, bzw. umgerechnet in Vollzeitäquivalente um 69,9 %. Diese Entwicklung ist vor allem auf einen Anstieg der teilzeit- und geringfügig Beschäftigten zurückzuführen. Die Anzahl der stationären Pflegeeinrichtungen ist im Zeitraum von 1999 bis 2013 dagegen um 47,1 % angestiegen, die Zahl der dort Beschäftigten um 55 % und die Bettenzahl um 39,9 %. Die Personalentwicklung in der stationären Pflege bleibt damit hinter der in der ambulanten Pflege zurück, während die Anzahl der Einrichtungen in der stationären Pflege stärker steigt als in der ambulanten Pflege. Ist es durch diesen Kapazitätsausbau, der im stationären und vor allem im ambulanten Bereich deutlich über der Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen von 30 % gelegen hat, in der Vergangenheit gelungen, Wartelisten für Pflegeheimplätze weitgehend abzubauen und ambulante Versorgung auch am Wochenende und des Nachts sicherzustellen, wird es in Zukunft vor allem darum gehen, diesen Standard aufrecht zu erhalten. Angesichts einer Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen um etwa 80 % bis zum Jahr 2050 erfordert dies, dass sich die Zahl der in der Lang-

zeitpflege Beschäftigten in ähnlicher Weise erhöht, was angesichts eines gleichzeitig rückläufigen Erwerbspersonenpotentials erhebliche Anstrengungen erfordert.

1.2.4 Konstante Pflegeprävalenzen trotz Morbiditätskompression auch in der Pflege

Die altersspezifischen Prävalenzen sind seit Einführung der Pflegestatistik im Jahr 1999 relativ konstant, die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen von rund 2,0 Mio. im Jahr 1999 auf 2,6 Mio. im Jahr 2013 ist daher praktisch ausschließlich auf die demographische Alterung zurückzuführen. Die konstanten Prävalenzen verdecken aber zwei darunter liegende gegenläufige Bewegungen: Durch leistungsrechtliche Erweiterungen in entsprechenden Reformgesetzen steigen die Zahlen der Begutachtungen und dann auch der Pflegebedürftigen – insbesondere in Pflegestufe I. Gleichzeitig verschiebt sich die Pflegestufenstruktur nach unten – was mit einer relativen Kompression der Morbidität vereinbar ist. Mittel- und langfristig besteht daher die Hoffnung, dass die altersspezifische Pflegequote sinkt, wenn die Erleichterungen des Zugangs zu Pflegeversicherungsleistungen durch weitere leistungsrechtliche Verbesserungen nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ausbleiben.

1.3 Analyse der Routinedaten

1.3.1 Die Lebenszeitprävalenz steigt weiter

Langfristige Trends zeigen nicht nur eine steigende Zahl Pflegebedürftiger, sondern bei relativ konstanten altersspezifischen Prävalenzen auch einen steigenden Anteil Verstorbener, die jemals in ihrem Leben pflegebedürftig waren (Lebenszeitprävalenz). Lagen diese Raten hochgerechnet auf die Sterbepopulation in Deutschland 2010 noch bei 52,8 % (Männer) bzw. 72,5 % (Frauen), sind sie innerhalb von nur vier Jahren bis 2014 auf 56,7 % (Männer) bzw. 74,2 % (Frauen) um insgesamt 3,9 Prozentpunkte (Männer) bzw. 1,7 Prozentpunkte (Frauen) gestiegen. Mehr denn je ist Pflegebedürftigkeit damit ein allgemeines Lebensrisiko, das uns alle angeht.

1.3.2 Die durchschnittliche Pflegedauer liegt bei 6,7 Jahren für alle bzw. bei 4,4 Jahren, wenn Pflege im Alter von mindestens 60 beginnt

Relevant für Kostenträger, Leistungserbringer, Pflegebedürftige und pflegende Angehörige ist aber nicht nur, *ob* jemand pflegebedürftig wird, sondern auch *in welchem Umfang*. Von den im Jahr 2013 verstorbenen Männern waren gut 22 % über zwei Jahre pflegebedürftig. Bei den Frauen liegt dieser Anteilswert mit knapp 41 % fast doppelt so hoch.

Zusätzlich zur Erfassung der Pflegedauern bei den Verstorbenen des Jahres 2013 wurden auch prospektive Schätzungen der Pflegedauern für die Pflegeinzidenzen des Jahres 2013 mittels Sterbetafelmethode durchgeführt. Mit beiden Methoden zeigt sich, dass rund 19 % der pflegebedürftigen Männer und 12 % der pflegebedürftigen Frauen innerhalb der ersten drei Monate nach Pflegebeginn versterben. Je nach Berechnungsmethode ergibt sich für 40 bis 51 % der pflegebedürftigen Männer und für 55 bis 65 % der pflegebedürftigen Frauen eine Pflegedauer von mindestens 2 Jahren. Rund jeder zweite Pflegeverlauf dauert somit länger als zwei Jahre. Im Durchschnitt dauert die Pflegebedürftigkeit, wenn sie nach dem 60. Lebensjahr eintritt, bei Frauen sogar 4,9 Jahre und bei Männern 3,6 Jahre. Die durchschnittlichen Pflegebedürftigkeitsdauern sind noch deutlich höher, wenn Pflegebedürftigkeit in jüngeren Jahren eintritt. Unter Berücksichtigung aller Altersklassen ergeben sich für Männer Pflegedauern von knapp 7 Jahren und für Frauen von 6,4 Jahren.

1.3.3 Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege zielt laut SGB XI darauf ab, auf zwei wesentliche Ereignisse zu reagieren: Die Übergangsphase nach einem Krankenhausaufenthalt und auf sonstige Krisensituationen, in denen die häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Nach den Auswertungen der Routinedaten erfolgen 59 % der Kurzzeitpflegeepisoden im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt und 41 % ohne vorangegangenen Krankenhausaufenthalt.

Bei Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt werden 42 % der Pflegebedürftigen vollstationär gepflegt, 20 % versterben innerhalb eines Monats und

32 % werden in häusliche Pflege übergeleitet. 6 % überleben und nehmen keine Pflegeleistungen in Anspruch.

Geht der Kurzzeitpflege kein Krankenhausaufenthalt voraus, werden anschließend 73 % weiterhin häuslich gepflegt oder nehmen sogar gar keine Pflegeleistungen in Anspruch, – letzteres insbesondere dann, wenn sie zuvor auch keine Pflegeleistungen in Anspruch genommen haben. Bei dieser Teilgruppe überbrückt Kurzzeitpflege eher eine häusliche Krisensituation. Wurde zuvor keine Pflegeleistung in Anspruch genommen, wird sie zu 72 % auch hinterher nicht in Anspruch genommen. Fanden zuvor Pflegeleistungen statt, beträgt der anschließende Anteil ohne Inanspruchnahme lediglich 0,3 %.

1.4 Pflegen zu Hause

1.4.1 Großer Bedarf an altersgerechtem Wohnraum

Rund 20 % *aller* Wohneinheiten in Deutschland werden von den im SOEP Befragten als altengerecht beurteilt. Dieser Wert ist aber insofern irreführend als Wohnraum für jüngere Personen nicht altengerecht sein muss. Deutlich höher ist die Quote daher bei den Wohneinheiten, in denen mindestens ein älterer Mensch über 65 Jahren (30 %) oder mindestens eine pflegebedürftige Person (49 %) lebt, bzw. diese seit mindestens einem Jahr (52,9 %) oder mindestens zwei Jahren (58 %) pflegebedürftig ist. Auch von den Haushalten, in denen mindestens eine pflegebedürftige Person lebt, ist also die Hälfte nicht altengerecht. Insbesondere vor dem Hintergrund der in Zukunft zunehmenden Zahl Pflegebedürftiger zeigt sich hier erheblicher Bedarf. Dies gilt umso mehr, da die Pflegebedürftigen, in denen die nicht altengerechte Wohnung einen Heimeintritt befördert hat, hiermit nicht erfasst sind. Zudem scheint die Inanspruchnahme von Pflegediensten kompensatorisch für nicht altengerechten Wohnungen zu wirken, da der Anteil der altengerechten Wohnungen unter den Sachleistungsempfängern niedriger ist als unter den Geldleistungsempfängern. Dies könnte darauf hindeuten, dass eine unzureichende Wohnungsausstattung zur Einschaltung formeller Pflege führen könnte.

1.4.2 Umbau zur Dusche und ein Treppenlift sind die am häufigsten nachgefragten wohnumfeldverbessernden Maßnahmen

Um die Pflege in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen oder erheblich zu erleichtern, gewährt die Pflegeversicherung (nach § 40 SGB XI) einen Zuschuss von bis zu 4.000 € (seit dem 1.1.2015, vorher 2.557 €). In den Jahren 2012, 2013 und 2014 nahmen diese Leistungen durchschnittlich rund 65 Tsd. Pflegebedürftige pro Jahr in Anspruch. Bei Vorliegen der Pflegestufe II wird die Leistung häufiger als bei Vorliegen der Pflegestufe III oder I genutzt. In Pflegestufe I ist der Bedarf an verrichtungsbezogener Pflege – im Vergleich zu Pflegestufe II – möglicherweise noch nicht so hoch, dass eine Wohnumfeldverbesserung in Betracht gezogen werden muss, während die Mobilität in Pflegestufe III insoweit eingeschränkt sein kann, als dass wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nur in geringerem Umfang zur Verbesserung der Wohnsituation beitragen. Evtl. haben Pflegebedürftige in Stufe III diese Leistungen auch schon zu einem früheren Zeitpunkt – als sie noch eine niedrigere Pflegestufe hatten – erhalten. Hinsichtlich des Pflegearrangements wurde festgestellt, dass wohnumfeldverbessernde Leistungen tendenziell häufiger genutzt werden, wenn ausschließlich informell gepflegt wird. In einigen Fällen kann also davon ausgegangen werden, dass entweder ein Pflegedienst hinzugezogen wird oder wohnumfeldverbessernde Maßnahmen durchgeführt werden.

Die sechs am häufigsten genutzten Leistungen waren in der Reihenfolge: Dusche, Treppenlift, Handlauf, WC, Haltegriff, Rampe. Höhere Zuzahlungen sind dabei insbesondere beim Treppenlift zu beobachten.

1.4.3 Leistungen zur Wohnumfeldverbesserung sind nicht allen Versicherten bekannt – Informationen der Kassen werden nur begrenzt genutzt

Informationen der Kassen über die Möglichkeit wohnumfeldverbessernder Maßnahmen kommen nicht bei allen Pflegebedürftigen an: Nur etwa die Hälfte der 1.127 befragten Versicherten, die eine entsprechende Maßnahme durchgeführt haben, hat den Rat, einen Antrag auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen zu

stellen, von offizieller Seite (Pflegekasse, MDK, Pflegestützpunkt oder Pflegedienst) erhalten. Ein Drittel derjenigen, die diese Leistungen noch nicht genutzt haben, gab zudem an, nicht zu wissen, dass die Pflegeversicherung Zuschüsse für Umbaumaßnahmen bezahlt, und 9,4 % dieser 723 Befragten haben Wohnraumanpassungen privat finanziert – obwohl sie durch ihre Beitragszahlung Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung erworben haben. Hier bestehen noch unübersehbare Informationslücken.

1.4.4 Frauen stärker an der Pflege beteiligt als Männer; Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz benötigen intensivere Betreuung; Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bei Männern ausbaufähig

Frauen sind stärker in die Pflege eingebunden als Männer, sowohl im Hinblick auf den Anteil pflegender Frauen an den Pflegepersonen, als auch in Bezug auf den geleisteten Pflegeumfang. Ein erheblicher Anteil aller pflegenden Männer und Frauen hat einen geringen Pflegeumfang von 1-2 Stunden pro Tag (etwa 75 % der Männer und etwa 65 % der Frauen). Im Vergleich dazu haben pflegende Angehörige von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) einen höheren Pflegeaufwand und weisen auch deutlich längere tägliche Pflegezeiten auf, da PEA real und „gefühlte“ einer stärkeren Betreuung sowie Beaufsichtigung bedürfen als die Pflegebedürftigen, die ausschließlich einen verrichtungsbezogenen Pflegebedarf aufweisen.

Erwerbstätige Männer pflegen bislang nicht in gleichem Ausmaß wie erwerbstätige Frauen, sondern pflegen verstärkt in der Nacherwerbsphase. Bei einer Voll-erwerbstätigkeit pflegen mit 90 % fast alle Männer mit einem geringen Pflegeumfang von 1 bis 2 Stunden täglich (Frauen 70 %), wobei längere Pflegezeiten ab 3 Stunden häufiger bei einer Teilzeiterwerbstätigkeit und einer geringfügigen Beschäftigung oder keiner Erwerbstätigkeit ausgeübt werden. Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf scheint damit bei den Männern bislang weniger gegeben als bei den Frauen. Ließen sich Pflege und Beruf auch für die Männer leichter vereinbaren, könnte damit auch zur Entlastung der pflegenden Frauen beigetragen werden.

1.4.5 Prävention und Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige kommt gut bei den Nutzern an

Pflegende Angehörige beschreiben ihren Gesundheitszustand – im Vergleich zur Gesamtbevölkerung – häufiger als „nicht gut“ und sind auch objektiv betrachtet kränker. Dieser Befund bildet die Grundlage dafür, dass pflegende Angehörige eine potentielle Zielgruppe für Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote darstellen. Exemplarisch werden zwei unterschiedliche Projekte aus diesem Bereich beleuchtet.

Das Projekt PAUSE (Pflegende Angehörige unterstützen, stärken, entlasten) kommt bei den Nutzern gut an: Durch die Kompaktseminare hat der Großteil der Teilnehmenden für sich selbst neue Konzepte im Umgang mit der Pflege entwickeln können. Große Teile der pflegenden Angehörigen konnten motiviert werden, zukünftig vermehrt die vorgestellten Entlastungsangebote zu nutzen.

Eine andere Herangehensweise, pflegende Angehörige zu stärken, wird mittels des Internetportals www.pflegen-und-leben.de gewählt. Bei diesem Projekt handelt es sich um eine psychologisch gestützte Online-Beratung für gesetzlich versicherte pflegende Angehörige. Bei der Mehrheit der Befragten hatte die Beratung positive Auswirkungen auf den Pflegealltag. Sowohl die Lebensqualität als auch die Zufriedenheit mit der Lebenssituation haben sich durchschnittlich leicht verbessert. Fast alle Befragten gaben an, sich sehr verstanden gefühlt zu haben und würden das Projekt weiterempfehlen.

2 Einleitung

Alljährlich analysiert der Pflegereport aktuelle Entwicklungen und langfristige Trends bei der Versorgung von Pflegebedürftigen und der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, um durch die Bereitstellung dieser Informationen die Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung des Pflegesystems zu bilden. Die Berichterstattung beruht dabei auf öffentlich zugänglichen Daten, insbesondere der amtlichen Statistik, und auf der Analyse der Routinedaten der BARMER GEK. Zu speziellen Themen – wie für das Schwerpunktthema dieses Reports – wurden in Kooperation der Universität Bremen mit der BARMER GEK Versichertenbefragungen durchgeführt.

Der BARMER GEK Pflegereport 2015 ist der achte Pflegereport dieser Reihe. Er umfasst vier Hauptteile:

- Kapitel 3 bewertet die jüngste Pflegepolitik, namentlich den Entwurf des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes.
- Eine Aufbereitung und Auswertung allgemein zugänglicher Daten, insbesondere der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes und der Statistik der Sozialen Pflegeversicherung, erfolgt in Kapitel 4.
- Kapitel 5 widmet sich der Auswertung der Routinedaten der BARMER GEK, um insbesondere die Dynamiken von Pflegeverläufen zu verdeutlichen.
- Kapitel 6 enthält das Schwerpunktthema „Pflegen zu Hause“, in dem es vornehmlich um wohnumfeldverbessernde Maßnahmen und die Situation der pflegenden Angehörigen geht.

Im Mittelpunkt des Kapitels 3 steht das Zweite Pflegestärkungsgesetz, das zum 1.1.2017 in Kraft treten soll. Gemeinsam mit dem 2013 in Kraft getretenen Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz und dem 2015 in Kraft getretenen Ersten Pflegestärkungsgesetz bildet es die größte Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung. Zentraler Gegenstand des Gesetzes ist die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der einen Geburtsfehler der Pflegeversicherung korrigiert. Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist dabei im ambulanten Bereich in Hinblick auf die Einstufung der Pflegebedürftigen, die Leistungshinterlegung für die neuen Pflegegrade und die Überleitungsregelun-

gen außergewöhnlich großzügig. Auch wenn die Reform insgesamt gelungen ist, verbleiben auch für die Zukunft noch weitere Reformbedarfe.

In Kapitel 4 werden die Daten der Pflegestatistik hinsichtlich der Zahl der Pflegebedürftigen, der Versorgungsstrukturen und der Finanzierung analysiert. Dabei wird anhand einer neuen Bevölkerungsvorausberechnung, basierend auf dem Zensus 2011, die zukünftige Zahl an Pflegebedürftigen neu eingeschätzt.

Themen in Kapitel 5 sind die Pflegeinzidenzen – also die Wahrscheinlichkeit, in einem bestimmten Alter pflegebedürftig zu werden –, die Funktion der Kurzzeitpflege sowie die Lebenszeitprävalenz der Pflegebedürftigkeit und deren Dauer, die höchste Pflegestufe und die Heimquote.

Das Schwerpunktthema in diesem Report ist die häusliche Pflege (Kapitel 6). Mittels einer Versichertenbefragung wird die Versorgung hinsichtlich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen bewertet. Einen zweiten Aspekt des Schwerpunktes bildet die Situation der pflegenden Angehörigen.

Die Autoren möchten sich bei Frau Vicki May und Frau Friederike Höfel für die Durchsicht des Manuskripts und für wichtige Hinweise bedanken. Die BARMER GEK ist beteiligt an Unterstützungsprogrammen für pflegende Angehörige. Für die Unterstützung bei der Auswertung der daraus resultierenden Daten danken wir Imke Wolf von der Catania gGmbH und Christian Hetzel vom Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH. Für wertvolle Hinweise und Kommentare bedanken sich die Autoren zudem bei Christian Bock, Juliane Diekmann, Athanasios Drougias, Stefan Dudey, Ursula Marschall, Ruth Rumke, Stephan Scheer, Janine Schwarz, Albrecht Walther und Axel Wunsch von der BARMER GEK.

3 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2014/15: Das Zweite Pflegestärkungsgesetz

Schon im Koalitionsvertrag von 2013 war erkennbar, dass die Weiterentwicklung der Pflege(ver)sicherung einer der zentralen Punkte der Gesundheitspolitik dieser Legislaturperiode werden würde. Tatsächlich spielte die Pflegepolitik im letzten Jahr eine große Rolle. Ein beherrschendes Thema war dabei die Debatte um die Pflegenoten (vgl. Sünderkamp et al. 2014) und die Forderung nach deren Überarbeitung (Diakonie RWL 2010; Hasseler & Wolf-Ostermann 2010; Panhorst & Möller 2013), Aussetzung oder Abschaffung (Bonato 2010; Klie & Stoffer 2011). Alternativ wurde die Einführung eines Systems von Qualitätsindikatoren gefordert, das 2011 in einem Modellvorhaben entwickelt wurde (Wingenfeld et al. 2011b). Tatsächlich wurde eine modellhafte Implementierung der Pflegequalitätsindikatoren von den Vertragspartnern der gemeinsamen Selbstverwaltung in der Pflegeversicherung auf den Weg gebracht.¹ Ein zweites wichtiges Thema war die Entbürokratisierung der Pflege durch Einführung einer Strukturierten Informationssammlung (SIS). Der Abschlussbericht zum Praxistest wurde ebenfalls 2014 vorgelegt (Beikirch et al. 2014). Die Ausschreibung einer Evaluationsstudie steht unmittelbar bevor.

Im Zentrum der Pflegepolitik des letzten Jahres stand jedoch die Einführung des *neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs*. Nachdem im Frühjahr 2014 die Ergebnisse zweier Erprobungsstudien vorgelegt wurden (Kimmel et al. 2015; Rothgang et al. 2015), die die Praktikabilität des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) als Kern des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bestätigt und zudem wichtige Hinweise für die leistungsrechtliche Ausgestaltung der neuen Pflegegrade geliefert haben, wurde im Sommer zunächst der Referenten- und dann der Kabinettsentwurf des *Zweiten Pflegestärkungsgesetzes* (PSG II) vorgelegt, das den vorläufige Abschluss der aus Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) sowie Erstem und Zweitem Pflegestärkungsgesetz bestehenden großen Pflegereform markiert. Mit dem PSG II soll der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nach einem mehr als zehn-

¹ Eine Beschreibung des Projektes *Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP)* findet sich unter dem Link [www.zes.uni-bremen.de/abteilungen/gesundheitssoekonomie- gesundheitspolitik-und-versorgungsforschung/projekte/?proj=451&page=1](http://www.zes.uni-bremen.de/abteilungen/gesundheitssoekonomie-gesundheitspolitik-und-versorgungsforschung/projekte/?proj=451&page=1)

jährigen Diskussions- und Vorbereitungsprozess eingeführt werden. Damit wird abschließend ein wesentlicher Geburtsfehler der Pflegeversicherung korrigiert², der schon seit ihrer Einführung im Jahr 1995 für anhaltende Kritik gesorgt hat: der (zu) enge Pflegebedürftigkeitsbegriff (vgl. Rothgang 2015a). Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde bei der Erarbeitung des SGB XI aus finanzpolitischen Gründen so eng gefasst, dass die besonderen Belange insbesondere von Menschen mit Demenz nicht angemessen berücksichtigt wurden und es zu einer unverhältnismäßig starken Konzentration auf körperliche Einschränkungen kam. So früh und klar dieses Problem auch benannt wurde, benötigte die abschließende Korrektur einen langen Vorlauf mit vielen Einzelschritten. Dies gilt umso mehr als der inhaltlichen Kritik durch den Gesetzgeber auf zwei parallelen Pfaden begegnet wurde.

Um die zu geringe Berücksichtigung von Belangen dementiell erkrankter Menschen – zumindest teilweise – auszugleichen, wurde einerseits ein kurzfristiger, das bestehende Recht ergänzender Ansatz gewählt. Bereits im 2002 in Kraft getretenen Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG; BGBl. I 2001, S. 3728) wurde dazu die zusätzliche Kategorie der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) eingeführt. Sie ermöglichte erstmals, Pflegebedürftigen aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen zusätzliche Bedarfe zuzuordnen, auch wenn diese (noch) keinen Eingang in den Prozess der Pflegeeinstufung fanden. Korrespondierend zum PEA-Kriterium wurden im PflEG und im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG; BGBl. I 2008, S. 874) eigene Leistungsansprüche geschaffen bzw. ausgedehnt (zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI im ambulanten und die Einführung zusätzlicher Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI im stationären Bereich). In dem 2013 in Kraft getretenen Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG; BGBl. I, 2012, S. 2246) wurden dann erstmals Pflegegeld- und Sachleistungsansprüche für PEA mit einem Pflegebedarf unterhalb der Stufe I (sogenannte *Pflegestufe 0*) geschaffen und erhöhte Pflegegeld- und Pflegesachleistungsansprüche für Pflegebedürftige der Stufen I und II mit eingeschränkter Alltagskompetenz übergangsweise eingeführt. Im Ergebnis resultierte hieraus eine Parallelstruktur zweier getrennter Begutachtungs- und Leistungsbereiche und ein dementsprechend unübersichtliches Geflecht von

² Vgl. Rothgang (2015b) für weitere Geburtsfehler.

unabhängigen Leistungsansprüchen. Entzerrend wirkte hier schon das 2015 in Kraft getretene Erste Pflegegestärkungsgesetz (PSG I; BGBl. I, 2014, S. 2222) das – auch in Vorbereitung auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – die Leistungen der §§ 45b, 87b SGB XI, die bisher nur für PEA gewährt wurden, auf alle Pflegebedürftigen ausdehnte.

Parallel zu diesen Leistungsausweitungen wurde bereits Mitte der 2000er Jahre ein Prozess der Systemveränderung gestartet, der die grundlegende Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorbereiten und seine Einführung begleiten sollte. Hierzu wurden seit dem Jahr 2006 zwei Expertenbeiräte vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzt, die insgesamt drei Berichte vorgelegt haben (BMG 2009a, 2009b, 2013). Mit dieser fachlichen Expertise wurden bis 2013 ein neues umfassendes Einstufungsinstrument, das NBA, und der zugehörige neue Pflegebedürftigkeitsbegriff erarbeitet. Deren Einführung wurde bereits durch die Regelungen des PNG und des PSG I gezielt vorbereitet und soll durch das PSG II nun abgeschlossen werden.

Das letztgenannte Gesetz, dessen Regelungen und Folgewirkungen hier hauptsächlich dargestellt werden, bildet somit den abschließenden und inhaltlich wichtigsten Teil einer dreischrittigen Pflege(versicherungs)reform, die den zu engen Pflegebedürftigkeitsbegriff angemessen erweitert und die es damit auch ermöglicht, das Leistungsrecht durch das Entfallen der impliziten und expliziten Übergangsregelungen zu vereinfachen. Inhaltlich zentral ist hierbei, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff insbesondere die Bedarfe bei kognitiven Einschränkungen einschließt und somit körperliche und kognitive Einschränkungen ab 2017 einen gemeinsamen Leistungsanspruch begründen können. Die Regelungen des PSG II sollen hierdurch auch zu einem neuen Verständnis von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit und letztlich der Pflege selber führen.

Um diesem Paradigmenwechsel Rechnung zu tragen, ist es erforderlich, das ganze System der Pflegeversicherung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff umzustellen. Dies impliziert in erster Linie eine veränderte Begutachtung und Einstufung der Pflegebedürftigen, aber auch entsprechend angepasste Leistungszuordnungen für die Pflegebedürftigen und die Einführung damit korrespondierender Vergütungsstrukturen im Bereich stationärer Pflege.

3.1 Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Das Merkmal der Pflegebedürftigkeit ist keine medizinische Diagnose, sondern eine komplexe Konstruktion mit einerseits fachwissenschaftlicher und andererseits sozialrechtlicher Bedeutung. So zeigt sich im internationalen Vergleich, dass je nach kulturellem Kontext und sozialrechtlicher Ausgestaltung der Pflegeabsicherung unterschiedliche individuelle Dispositionen zu Pflegebedürftigkeit führen und damit gegebenenfalls einen Leistungsanspruch begründen (Colombo et al. 2011; OECD 2005).

Fachwissenschaftlich wird hierbei durch den Begriff der Pflegebedürftigkeit festgelegt, welche Einschränkungen für wie relevant angesehen werden, um die Notwendigkeit von Hilfen durch Dritte zu begründen. Dies stellt somit weitgehend eine qualitative Zuordnung dar, durch die *normativ* festgelegt wird, welcher Zustand wann als Pflegebedürftigkeit angesehen wird. Besonders deutlich wird dies im unterschiedlichen Einbezug von Einschränkungen, die nicht rein somatisch sind. Sozialrechtlich regelt die Definition und Zuordnung des Merkmals der Pflegebedürftigkeit, ob – und wenn ja, welche – personenbezogene Leistungsansprüche im Sozialsystem bestehen. In dieser Perspektive dient das Kriterium der Pflegebedürftigkeit somit der verteilungsgerechten Zuweisung begrenzter Ressourcen in Form von Geld- und Sachleistungen.

Seit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 zielt die Legaldefinition der Pflegebedürftigkeit in §§ 14, 15 SGB XI ab auf dauerhaften Hilfebedarf aufgrund körperlicher, geistiger oder seelischer Krankheiten oder Behinderungen bei gewöhnlichen und wiederkehrenden Alltagsverrichtungen. Im Vordergrund stehen also Defizite in der Bewältigung des Alltags. Operational wird gemessen, bei welchen dieser Alltagsverrichtungen wie oft Unterstützungsbedarf besteht und daraus ein gewichteter Summenwert errechnet. Als Gewichte fungieren dabei die Zeitaufwände in Minuten, die eine nicht in der Pflege ausgebildete Pflegeperson im Durchschnitt für die entsprechende Unterstützung benötigt. Die Schwere der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich demnach durch den Hilfebedarf in Minuten, den ein Pflegebedürftiger pro Tag hat. Da diese Operationalisierung jedoch auf den Hilfebedarf bei Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlicher Versorgung fokussiert, sind Personen mit vorrangig körperlichen

Beeinträchtigungen eher und in höherem Maße pflegebedürftig als Personen mit vorrangig kognitiven Einschränkungen.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff verändert diese Zuordnungen nun deutlich. Ausgehend von fachwissenschaftlichen Erkenntnissen wird der Fokus in zweierlei Hinsicht grundlegend verändert. Erstens werden die betrachteten Lebensbereiche erweitert, so dass Unterstützungsbedarfe in Bezug auf Partizipation und soziale Teilhabe nun ebenso pflegebedürftigkeitsrelevant werden wie kognitive Einschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten sowie der Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen. Dies sorgt für eine Gleichbehandlung somatischer und kognitiver Aspekte, die nun operational auf *einer* Skala zu *einem* Gesamtergebnis führen. Zweitens wird der Pflegebedarf nicht mehr in Bezug auf zeitliche Unterstützungsbedarfe bei Alltagsverrichtungen gemessen, sondern es wird festgestellt, wie selbständig der Pflegebedürftige ist. Die Schwere der Pflegebedürftigkeit wird nun also danach bestimmt, in welchen Lebensbereichen der Pflegebedürftige selbständig handeln kann oder wie sehr er hierin beeinträchtigt ist. Dies wiederum führt dazu, dass eine grundlegende Orientierung der Leistungsplanung an den individuell vorhandenen Ressourcen erfolgen kann.

3.2 Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff = neue Pflege?

Die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs kann auf pflegewissenschaftlicher Ebene als Paradigmenwechsel angesehen werden, da er wesentlich umfassender als bisher kognitive und somatische Einschränkungen als gleichberechtigte Dimensionen der Pflegebedürftigkeit betrachtet. Welche Auswirkungen dieser Paradigmenwechsel jedoch auf den Pflegealltag haben wird, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht bewertet werden. Klar scheint jedoch, dass ein erweiterter Pflegebedürftigkeitsbegriff allein *nicht* automatisch zu Veränderungen des Leistungsgeschehens in der ambulanten und stationären Versorgung Pflegebedürftiger führt.

In der Diskussion um die angemessene Weiterentwicklung des pflegerischen Leistungsgeschehens wird – gerade im Zusammenhang mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff – häufig die Abkehr von der sogenannten Minutenpflege gefordert, ohne dass immer klar ist, was damit gemeint ist. Der – unzweifelhaft vorhandene – starke Zeitdruck, der auf die Pflegekräfte wirkt, wird hier meist in

Zusammenhang mit der Operationalisierung des alten Pflegebedürftigkeitsbegriffs über Laien-Pflegeminuten gesehen. Dies ist jedoch nicht zutreffend, da die Arbeitsplanung der Pflegekräfte und die Messung des Pflegebedarfs voneinander unabhängig sind. Diese Art von empfundener Akkordpflege wird also durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und seine Operationalisierung gar nicht berührt, da sich dies nur auf die Bestimmung des *Leistungsanspruchs* der Versicherten gegen ihre Pflegekasse bezieht. Eine – in diesem Fall rein leistungsrechtliche – Änderung führt an sich aber noch nicht zu einer leistungserbringungsrechtlichen Veränderung. Die Minutenpflege im oben angesprochenen Sinne einer Akkordpflege muss somit an anderen Stellen verändert werden, nämlich in den Vereinbarungen zum Vergütungsrecht, die sich allerdings ihrerseits auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff beziehen werden.

Vor diesem Hintergrund ist also die Erwartung, der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff führe *automatisch* zu einem neuen Pflegeverständnis, kritisch zu sehen. Unabhängig vom Verfahren zur Ermittlung der Leistungsansprüche, hat die derzeitige pflegerische Versorgung auch heute schon den rechtlichen Vorgaben zufolge „dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ (§ 69 SGB XI) zu entsprechen. An diesem anerkannten Erkenntnisstand wird sich durch Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zunächst nichts ändern. Da zudem mit den zusätzlichen Betreuungsleistungen in häuslicher Pflege (nach § 45b SGB XI für PEA) und den zusätzlichen Betreuungskräften in stationärer Pflege (nach § 87b SGB XI für PEA) die bisher hauptsächlich kritisierten Versorgungsdefizite für kognitiv beeinträchtigte Pflegebedürftige bereits durch das PNG und seine Vorgängergesetze erfolgreich verringert wurden, ist nicht mit einer Änderung der Versorgungssituation zu rechnen, solange diese nicht zusätzlich in den Verträgen zwischen Leistungserbringern und Pflegekassen festgeschrieben wird. Soll das erweiterte Pflegeverständnis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch praktisch in den Pflegealltag einziehen, muss dies von den Vertragspartnern zuerst im Leistungserbringungsrecht entsprechend geregelt werden – etwa in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI. Hierzu sind allerdings bisher keine vorbereitenden Arbeiten bekannt.

3.3 Das Neue Begutachtungsassessment (NBA)

Um den pflegewissenschaftlich erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff auch praktisch mit dem sozialrechtlichen Leistungsgeschehen zu verknüpfen, ist es erforderlich, ein Instrument einzusetzen, mit dem personenbezogen geprüft werden kann, inwieweit Pflegebedürftigkeit vorliegt, um entsprechende Leistungsansprüche zuordnen zu können. Dies erfolgt ab 2017 über das NBA.

Ein Assessment wird im Normalfall dazu genutzt, ein vorhandenes theoretisches Konzept, in diesem Fall den Pflegebedürftigkeitsbegriff, operational umzusetzen und damit messbar zu machen. Bemerkenswert ist, dass dieses Verhältnis von theoretischem Konstrukt und Messinstrument im Entwicklungsprozess des NBA umgekehrt wurde. Im Rahmen des ersten Beiratsprozesses wurde 2008 *zuerst* ein pflegefachlich fundiertes Assessmentinstrument, eben das NBA, erarbeitet (Wingenfeld et al. 2011a). Dieses wurde erstmals 2008 in einer Studie (Windeler et al. 2011) und – nach einigen Änderungen im Beiratsprozess – 2014 ein zweites Mal erprobt (Kimmel et al. 2015). Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wird im PSG II jetzt *konsekutiv* als das definiert, was dieses Instrument misst – und nicht umgekehrt. Hierdurch sind die Möglichkeiten, die eine solch umfassende Reform bietet, unter Umständen nicht ganz ausgeschöpft worden, wäre doch eine freiere, nicht auch an methodischen Zwängen orientierte Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs realisierbar gewesen. Die Ableitung aus rein pflegewissenschaftlich begründeten Erkenntnissen wäre wünschenswert gewesen. Für den praktischen Einsatz sowohl des Pflegebedürftigkeitsbegriffs als auch des entsprechenden Erhebungsinstrumentes hat dies jedoch kaum Konsequenzen. Hierzu ist lediglich die angemessene Passung zwischen Konstrukt und Instrument maßgeblich. Diese ist aber auch dann gewährleistet, wenn – wie hier – der Entstehungsweg in umgekehrter Richtung verläuft.

Die Unterschiede, die das Neue Begutachtungsassessment von der bisher verwendeten Begutachtungsmethodik unterscheiden, zeigen sich in vier zentralen Merkmalen. Das NBA betrachtet (1) deutlich mehr Lebensbereiche als relevant für eine Pflegebedürftigkeit, leitet daraus (2) eine Einstufung in 5 Pflegegraden ab und benutzt dazu (3) nicht mehr Minutenwerte, sondern (4) eine komplexe Bewertungssystematik, in deren einzelnen Items die jeweilige Selbständigkeit des Pflegebedürftigen bewertet wird.

3.3.1 Erweiterung der einbezogenen Lebensbereiche

Ziel des NBA ist es, Pflegebedürftigkeit umfassend zu erheben und dabei sowohl körperliche, als auch psychisch/kognitive Beeinträchtigungen der selbständigen Lebensführung zu erfassen. Dies schließt auch den Bereich der Partizipation und der sozialen Teilhabe ein. Hierzu wird im modular aufgebauten NBA das Maß der Selbständigkeit des Antragstellers in insgesamt acht Modulen erhoben, von denen jedoch nur die ersten sechs zur Festlegung der Pflegebedürftigkeit genutzt werden. Die Module betrachten die Bereiche (1) Mobilität, (2) kognitive und kommunikative Fähigkeiten, (3) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, (4) Selbstversorgung, (5) Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Belastungen und Anforderungen, (6) Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte, (7) außerhäusliche Aktivitäten und (8) Haushaltsführung. Das bisherige Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bezieht sich dagegen lediglich auf die Inhalte, die nunmehr in den Modulen 1 und 4 abgedeckt werden. Durch das NBA erfolgt also eine wesentliche Erweiterung der alten Systematik und eine notwendige Modernisierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Diese inhaltliche Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist eindeutig ein Fortschritt gegenüber dem bisherigen Erhebungsinstrument und womöglich der wichtigste Beitrag des NBA zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.

Dass die Ergebnisse der Module 7 und 8 dabei nicht in die Berechnung der Pflegegrade eingehen, ist eine Konsequenz der ersten Anwendung in der sogenannten „Hauptphase 1“ des (ersten) Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Der Hintergrund hierfür ist, dass in diesen Modulen nicht auf die Pflegebedürftigkeit selbst fokussiert wird, sondern vielmehr auf eine Hilfebedürftigkeit, die ihrerseits nur als Vorstufe zu Pflegebedürftigkeit betrachtet wird (BMG 2009b: 75). Trotz dieser Sonderstellung wurden die Module 7 und 8 im NBA beibehalten, da aus ihnen Empfehlungen zur Optimierung der häuslichen Versorgungssituation und für die individuelle Pflege- und Hilfeplanung abgeleitet werden können.

3.3.2 Veränderung der Stufenzahl

Seit 1995 wird Pflegebedürftigkeit in drei Pflegestufen abgebildet und seit dem PfIEG von 2002 zusätzlich durch das parallele Merkmal der eingeschränkten

Alltagskompetenz ergänzt. Letztere war zwar bisher für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit unerheblich, generierte wohl aber eigene Leistungsansprüche gegen die Pflegeversicherung – und dies seit 2008 auch, ohne dass Pflegebedürftigkeit vorliegen musste. Das NBA erfasst nun alle somatischen und kognitiven Dimensionen in *einem* Instrument und klassiert die erweitert definierte Pflegebedürftigkeit dann in fünf Pflegegraden.

Häufig wird davon gesprochen, dass hierdurch aus drei Pflegestufen fünf Pflegegrade werden. Dies ist – nur die Klassifikation der Pflegebedürftigkeit betrachtend – zwar richtig, lässt jedoch in Bezug auf die individuellen Leistungsansprüche die bisherige Parallelität von zwei Klassifikationen außer Acht. Tatsächlich ergeben sich bislang durch Kombination der Pflegestufen und des PEA-Merkmals (mit der Unterscheidung von Grundbetrag und erhöhtem Betrag der Leistungen nach § 45b SGB XI) insgesamt bis zu 14 verschiedene Anspruchsberechtigtenklassen. Das NBA führt somit zu einer Vereinfachung gegenüber der bestehenden Systematik indem es diese Anspruchsberechtigtenklassen auf fünf reduziert und sie direkt mit den Pflegegraden korrespondieren. Das ist möglich, weil die Pflegegrade – anders als die Pflegestufen – auch die kognitiven Beeinträchtigungen angemessen abbilden und so das Zusatzkriterium PEA entfallen kann. Diese *kodifikatorische Vereinheitlichung* ist daher gut geeignet, die bisher unübersichtlichen Leistungsansprüche auf wenige, leicht verständliche Beträge zu reduzieren.

3.3.3 Wegfall der Minutenwerte als Bewertungskriterium

Wurden die einzelnen Items im alten Instrument mittels der durchschnittlichen Dauer, die eine Laienpflegekraft für die einzelnen Verrichtungen benötigt, gewichtet, ist diese Zeitorientierung im neuen Instrument weggefallen. Damit werden in Zukunft die häufigen – auch rechtlichen – Streitigkeiten vermieden, in denen Angehörige darüber klagten, ihre Unterstützungsleistungen dauerten länger als in der Begutachtung angesetzt, dies fände aber keine Berücksichtigung. Auch wenn es sich bei diesen Klagen um ein Missverständnis handelt, da die Minutenwerte nicht konkrete Aufwände abbilden, sondern lediglich eine Gewichtungsmatrix für die einzelnen Items darstellen, war die Abweichung von individuellen Aufwänden und Normminuten immer wieder Anlass für Beschwer-

den und Klagen. Diese werden nun entfallen. Die jedoch auch im NBA erforderliche Gewichtung der Einzelitems erfolgt nunmehr implizit direkt innerhalb der Bewertungssystematik im engeren Sinne.

3.3.4 Bewertungssystematik

Das NBA besteht (für Erwachsene) aus 65 zu erhebenden Items. Aus den einzelnen festgestellten Itemwerten wird in fünf Umrechnungsschritten ein Pflegegrad bestimmt. Hierzu werden die entsprechenden Ergebnisse in den Modulen 1 bis 6 mittels einer – unnötig – komplexen Bewertungssystematik in Scorewerte umgerechnet, auf deren Basis eine Einstufung in die neuen fünf Pflegegrade erfolgt:

a. *Modulbezogene Punktsommen:*

Im ersten Schritt werden die Items fast durchgängig auf einer 4-stufigen Skala gemessen, die die Ausprägungen „selbständig“ (0 Punkte), „überwiegend selbständig“ (1 Punkt), „überwiegend unselbständig“ (2 Punkte) und „unselbständig“ (3 Punkte) enthält. Von dieser Systematik wird in Modul 4 abgewichen, um einzelnen Items ein höheres Gewicht zu geben, sowie in den Modulen 3 und 5, da hier die Häufigkeit des Auftretens der Merkmale gemessen wird. Für jedes Modul wird dann einzeln eine Punktsomme gebildet. In Modul 5 wird dazu vorab eine erste Klassierung vorgenommen, da mehrere Items zusammengefasst werden und andere Items teilweise nicht in die Berechnung eingehen, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind.

b. *Modulbezogene Grade der Beeinträchtigung:*

Die Punktsommen der einzelnen Module werden im zweiten Schritt klassiert. Dadurch wird jedem Modul einer von vier Graden der Beeinträchtigung (vgl. Tabelle 3.1) zugeordnet.

c. *Modulbezogene Scorewerte:*

Im dritten Schritt werden aus den Graden der Beeinträchtigung Scorewerte pro Modul berechnet, indem die Grade der Beeinträchtigung mit dem Gewicht des Moduls multipliziert und dieser Wert durch 4 geteilt wird (vgl. Tabelle 3.1).

Tabelle 3.1 Punktsummen, Grade der Beeinträchtigung und Scorewerte in den Modulen

		Grade der Beeinträchtigung				Gewicht des Moduls in %
		0 (keiner)	1 (gering)	2 (erheblich)	3 (schwer)	4 (schwerster)
Modul 1: Mobilität	Punktsumme	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15
	Scorewert	1	2,5	5	7,5	10
Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Punktsumme	0 - 1	2 - 5	6 - 10	11 - 16	17 - 33
	Scorewert	0	3,75	7,5	11,25	15
Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Punktsumme	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 65
	Scorewert	0	3,75	7,5	11,25	15
Modul 4: Selbstversorgung	Punktsumme	0 - 2	3 - 7	8 - 18	19 - 36	37 - 60
	Scorewert	0	10	20	30	40
Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	Punktsumme	0	1	2 - 3	4 - 5	6 - 15
	Scorewert	0	5	10	15	20
Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	Punktsumme	0	1 - 3	4 - 6	7 - 11	12 - 18
	Scorewert	0	3,75	7,5	11,25	15

Quelle: Eigene Darstellung, basierend auf BMG (2015a)

Anmerkung: Scorewert = Grad der Beeinträchtigung multipliziert mit dem Modulgewicht (in %) dividiert durch 4.

¹⁾ Da durch die Maximierung nur entweder Modul 2 oder Modul 3 einbezogen wird, kommt es in der Summe der Gewichte zu über 100%.

Tabelle 3.2 Pflegegrade und Scorewerte

Pflegegrad	Kein PG	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Gesamtscore PSG II	0 bis unter 12,5	12,5 bis unter 27	27 bis unter 47,5	47,5 bis unter 70	70 bis unter 90	90 bis 100
Nachrichtlich: Gesamtscore Beiratsbericht	0 - 14	15 - 29	30 - 49	50 - 69	70 - 89	90 - 100

Quellen: BMG (2013, 2015a)

d. *Gesamtscorewert der Begutachtung:*

Im vierten Schritt werden die Scorewerte der Module addiert, wobei nur der jeweils höhere Scorewert aus Modul 2 oder Modul 3 in die Addition eingeht. Das Ergebnis ist ein Gesamtscorewert im Bereich von 0 bis 100.

e. *Pflegegrad der Begutachtung:*

Im fünften und letzten Schritt wird nun die eigentliche Ermittlung der Pflegegrade durchgeführt. Ist der Gesamtscorewert kleiner als 12,5, so wird kein Pflegegrad zugeordnet. Bei höheren Werten erfolgt eine Einordnung gemäß Tabelle 3.2.

Diese dargestellte Bewertungssystematik kann nicht als vollkommen gelungen bezeichnet werden. Insbesondere die mehrfachen Klassierungen, erstens bei der Punktsammenbildung in Modul 5, zweitens bei der Bildung von Graden der Beeinträchtigung in allen Modulen, bei der die deutlich differenzierteren Punktergebnisse in den Modulen verloren gehen, und drittens bei der Bildung von Pflegegraden führen jeweils zu Informationsverlusten. Zwar ist ein einmaliger Informationsverlust insofern unvermeidlich als *am Ende* eine Klassenbildung in Pflegegrade zur Zuordnung von Leistungsansprüchen notwendig ist. Insbesondere die zusätzliche Klassierung in Grade der Beeinträchtigung ist allerdings unnötig und kann zu Verzerrungen führen. Gleiches gilt für die eigentümliche Maximierungsregel in den Modulen 2 und 3, die dazu führt, dass die Einschränkungen der Selbständigkeit in einem der beiden Module regelmäßig nicht berücksichtigt werden.

Bei einer *Gesamtbewertung des NBA* positiv hervorzuheben ist die umfangreiche, weit über das bisherige Instrument hinausgehende Datenerhebung. Sie scheint geeignet, die Ansprüche des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erfüllen, eine über die körperlichen Versorgungsbedarfe hinausgehende, umfassende Erfassung der Situation des Pflegebedürftigen zu ermöglichen. Diese hohe Passung zwischen Konstrukt und Messinstrument ist dabei ebenso grundlegend wichtig für einen validen Einsatz, wie – aufgrund der Entwicklungsabfolge – wenig verwunderlich. Dabei ist das NBA eindeutig ein Fortschritt gegenüber dem bisherigen Erhebungsinstrument. Wurden die einzelnen Items im alten Instrument mittels der durchschnittlichen Dauer, die eine Laienpflegekraft für die einzelnen Verrichtungen benötigt, gewichtet, ist diese Zeitorientierung im neuen Instrument weggefallen. Damit werden in Zukunft viele Streitigkeiten vermieden, die letztlich in der alten Operationalisierung der Pflegebedürftigkeit begründet waren. Die Gewichtung der Einzelitems erfolgt nun direkt im Rahmen der beschriebenen komplexen und unübersichtlichen Bewertungssystematik, in der mehrfache Klassierungsschritte unnötige Informationsverluste bedingen. Hierdurch wird das NBA in seiner Differenzierungsfähigkeit eingeschränkt. Wenn also auch Schwächen in der Bewertungssystematik erkennbar sind, kann insgesamt dennoch kein Zweifel daran bestehen, dass das NBA der alten Pflegebegutachtung deutlich überlegen ist und die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – wie im PSG II vorgesehen – einen großen Fortschritt darstellt.

3.3.5 Das NBA – ein überraschend großzügiger Schritt in die richtige Richtung

Bemerkenswert ist die – teilweise überraschende – konkrete Umsetzung der Gesamtsystematik durch den Gesetzgeber. Letztlich wurde auf zwei Ebenen von der erprobten und im Beiratsbericht 2013 veröffentlichten Systematik des NBA abgewichen. Zum einen sind die unteren Grenzwerte für die *Grade der Beeinträchtigung* in den Modulen 1, 4 und 6 (teilweise mehrfach) gegenüber den im Beiratsbericht 2013 (BMG 2013: 22) veröffentlichten Parametern nach unten abgesenkt worden (vgl. Tabelle 3.3 und Tabelle 3.4, Veränderungen rot markiert). Infolge dessen werden im Vergleich zur Systematik des Beiratsberichts bei gleichen Werten in den Einzelitems höhere Gesamtscorewerte erreicht.

Tabelle 3.3 Schwellenwerte der Grade der Beeinträchtigung in der ursprünglichen Bewertungssystematik des Expertenbeirats

	Gewicht	Grad der Beeinträchtigung									
		0		1		2		3		4	
		von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis
Modul 1	10 %	0	1	2	3	4	6	7	9	10	15
Modul 2	15 % ¹⁾	0	1	2	5	6	10	11	16	17	33
Modul 3	15 % ¹⁾	0	0	1	2	3	4	5	6	7	45
Modul 4	40 %	0	3	4	9	10	24	25	39	40	57
Modul 5	20 %	0	0	1	1	2	3	4	5	6	12
Modul 6	15 %	0	1	2	3	4	6	7	11	12	18

Quelle: BMG (2013)

¹⁾ Da durch die Maximierung nur entweder Modul 2 oder Modul 3 einbezogen wird, kommt es in der Summe der Gewichte zu über 100%.

Tabelle 3.4 Schwellenwerte der Grade der Beeinträchtigung im PSG II

	Gewicht	Grad der Beeinträchtigung									
		0		1		2		3		4	
		von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis
Modul 1	10 %	0	1	2	3	4	5	6	9	10	15
Modul 2	15 % ¹⁾	0	1	2	5	6	10	11	16	17	33
Modul 3	15 % ¹⁾	0	0	1	2	3	4	5	6	7	45
Modul 4	40 %	0	2	3	7	8	18	19	36	37	57
Modul 5	20 %	0	0	1	1	2	3	4	5	6	12
Modul 6	15 %	0	0	1	3	4	6	7	11	12	18

Quelle: BMG (2015a)

¹⁾ Da durch die Maximierung nur entweder Modul 2 oder Modul 3 einbezogen wird, kommt es in der Summe der Gewichte zu über 100%.

Zum anderen wurden die Schwellenwerte für die *Pflegegrade 1, 2 und 3* gegenüber dem Beiratsbericht (BMG 2013: 23) abgesenkt, so dass ein geringerer Gesamtscorewert – und somit ein geringerer Grad an Einschränkung – ausreichend ist, um einen der unteren drei Pflegegrade zu erreichen (Tabelle 3.2).

Durch diese doppelte Nachjustierung ist also zu erwarten, dass sowohl eine größere Anzahl von Antragstellern überhaupt in den Leistungsbezug kommt, als auch dass die Pflegegradverteilung im Vergleich zur alten Bewertungssystematik und damit auch im Vergleich zu den Ergebnissen der beiden Erprobungsstudien (Kimmel et al. 2015; Rothgang et al. 2015), die jeweils mit der Bewertungssystematik des Beiratsberichtes operiert haben, „nach oben“ verschoben ist.³ Das PSG II verändert somit die Parameter des NBA so, dass dieses deutlich großzügiger Antragsteller in (höhere) Pflegegrade einordnet, als die bisher erarbeiteten und erprobten Vorschläge des Expertenbeirats.

3.4 Überleitungsregeln: Von Pflegestufen zu Pflegegraden

Nach Inkrafttreten der entsprechenden Regelungen des PSG II können ab dem Jahr 2017 alle Antragsteller auf Pflegeversicherungsleistungen mit dem Neuen Begutachtungsassessment begutachtet werden. Was aber geschieht mit den schon begutachteten und anerkannten Pflegebedürftigen, deren laufende Leistungsansprüche nach den Regeln der alten Begutachtungssystematik bestehen?

Unzweifelhaft ist eine komplette Neubegutachtung von mehr als zweieinhalb Millionen Leistungsempfänger zum Umstellungszeitpunkt zwar fachlich wünschenswert, jedoch nicht realisierbar. Aus diesem Grund sieht das PSG II eine *formale Überleitung* der Pflegebedürftigen vor. Sie erfolgt gemäß § 140 SGB XI idF des PSG II für alle Personen, die aufgrund einer festgestellten Pflegebedürftigkeit und/oder einer eingeschränkten Alltagskompetenz am 31.12.2016 im Rahmen des SGB XI leistungsberechtigt sind, zum 01.01.2017 ohne eine erneute Begutachtung durch den MDK. Maßgeblich für die auf diesem Weg formell zugeordneten Pflegegrade sind die bereits in einer Begutachtung festgestellten Pflegestufen und eine etwaige eingeschränkte Alltagskompetenz.

Für die Ausgestaltung dieser Überleitung hatte der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs drei Optionen ausgearbeitet (BMG 2013: 83 ff.). Auch hier hat sich der Gesetzgeber, wie bei den Parametern der Bewertungssystematik, für die großzügigste dieser Optionen entschieden. Demnach werden die Pflegebedürftigen ohne eingeschränkte Alltagskom-

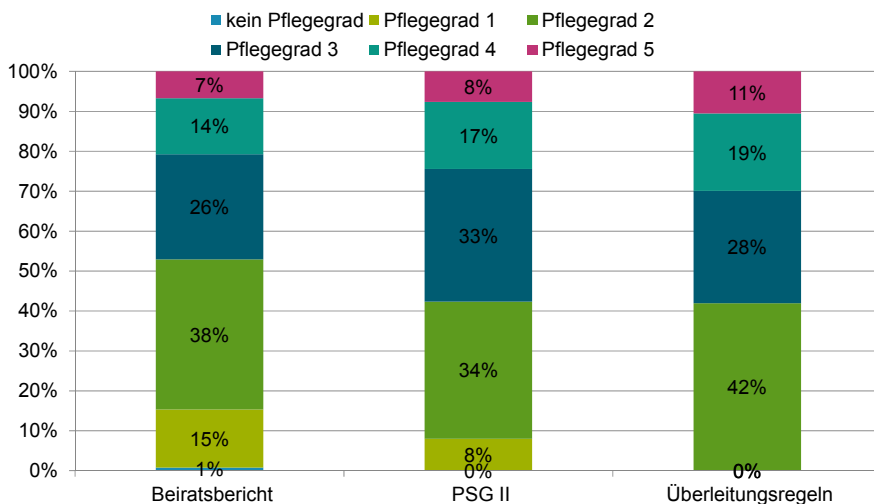
³ Einen Eindruck über das Ausmaß dieser Verschiebung gibt Abbildung 3.1 in Abschnitt 3.5.

petenz mittels eines „einfachen Stufensprungs“ übergeleitet. Dies bedeutet, dass aus der Pflegestufe I der Pflegegrad 2 folgt, aus Pflegestufe II der Pflegegrad 3 usw. Bei Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erfolgt ein „doppelter Stufensprung“: aus der Pflegestufe 0 (mit EA) folgt der Pflegegrad 2, aus Pflegestufe I (mit EA) der Pflegegrad 3 usw. (vgl. hierzu auch Tabelle 3.5 und Tabelle 3.6). Die Überleitung spiegelt damit die grundsätzliche Logik des NBA wider, nach der Personen mit gleichen körperlichen Einschränkungen dann einen höheren Pflegebedarf haben, wenn sie zusätzlich eine kognitive Einschränkung, etwa eine eingeschränkte Alltagskompetenz, aufweisen. Zusätzlich werden die verknüpften Leistungsansprüche im Sinne eines Bestandschutzes langfristig gesichert. Frühestens im Jahr 2019 werden die im Rahmen der Überleitung formell zugewiesenen Pflegegrade durch reguläre Wiederholungsbegutachtungen überprüft (§ 142 Abs. 1 SGB XI idF des PSG II), wobei auch dies nicht zu einem verringerten Pflegegrad führen kann, ausgenommen die Pflegebedürftigkeit entfällt komplett (§ 140 Abs. 3 SGB XI idF des PSG II).

3.5 Effekte auf die Verteilung der Pflegegrade

Die Zuordnung von Pflegebedürftigen zu den einzelnen Pflegegraden erfolgt – wie dargestellt – auf Basis von zwei gesetzgeberischen Festlegungen. Bereits anerkannte Pflegebedürftige werden zum 1.1.2017 formal übergeleitet, Neu- und später auch Folgeantragsteller werden ab 2017 mit dem NBA und seiner Systematik begutachtet. Hierdurch entstehen zwei verschiedene Verteilungen der Pflegegradbesetzung. Eine *kurzfristige Überleitungsverteilung* zum 1.1.2017 lässt sich auf Basis der bestehenden Pflegebedürftigen relativ genau bestimmen. Eine *langfristig entstehende Verteilung*, die aus Neubegutachtungen resultieren wird, kann nur über empirische Studien abgeschätzt werden. Zwei entsprechende Studien (Kimmel et al. 2015; Rothgang et al. 2015) sind hierzu durchgeführt worden, deren Ergebnisse in beiden Fällen auf der NBA-Bewertungssystematik des Beiratsberichtes (BMG 2013) beruhen. Die durch den Gesetzgeber geänderten Parameter dieser Systematik beeinflussen jedoch die zu erwartende Pflegegradverteilung.

Abbildung 3.1 zeigt, welche Effekte die Veränderungen der Bewertungssystematik im Gesetzgebungsverfahren gegenüber dem Beiratsbericht 2013 und die



Quellen: Eigene Berechnungen basierend auf BMG (2013, 2015a); Kimmel et al. (2015)

Abbildung 3.1 Pflegegradverteilung in der Stichprobe der Erprobungsstudie nach Bewertungssystematik gemäß Beiratsbericht, PSG II und Überleitungsregeln

großzügige Überleitungsregelung ergeben. Einbezogen wurde hierzu die Stichprobe von 1.570 Antragstellern, die in die Erprobungsstudie (Kimmel et al. 2015) eingeschlossen war.

Werden gemäß der Ursprungssystematik 16 % der nach dem alten System Leistungsberechtigten in Pflegegrad 1 (oder kein Pflegegrad) eingestuft, sind dies nach der Bewertungssystematik des PSG II nur noch halb so viele. Umgekehrt erhöht sich der Anteil derer, die in Pflegegrad 3 und höher kommen, von 47 % in der Originalsystematik auf 58 % in der im Entwurf des PSG II veröffentlichten Bewertungssystematik. Bei Anwendung der Überleitungsregeln ist der Pflegegrad 1 gar nicht mehr vertreten. Zudem steigt der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 4 und 5 auf 30 % gegenüber 25 % in der PSG II-Bewertungssystematik und 21 % in der Originalsystematik des Expertenbeirats. Die Abbildung zeigt damit, dass die im Gesetzgebungsverfahren vorgenommenen Modifikationen der Bewertungssystematik durchaus merkliche Auswirkungen auf die Pfe-

gegradverteilung haben und – aus Gründen des Bestandsschutzes unvermeidlich – die Überleitungsregeln zu einer temporär noch einmal „höheren“ Pflegegradverteilung führen. Das PSG II kann somit in Bezug auf die entstehende Pflegegradverteilung sowohl in kurzfristiger als auch in langfristiger Perspektive als großzügig bezeichnet werden.

3.6 Leistungsansprüche und Leistungsbeträge in ambulanter Pflege

Für die so bestimmten neuen Pflegegrade sieht der Gesetzentwurf Leistungshöhen vor, die sich in der ambulanten Pflege an den bisher gewährten Leistungen orientieren, diese aber – wiederum sehr großzügig – auf die neuen Pflegegrade übertragen. Die Ansprüche auf Pflegesachleistungen gliedern sich bisher nicht nur in die drei Pflegestufen, sondern de facto in bis zu 14 Anspruchsstufen.⁴ Diese kombinieren die Schwere einer Pflegebedürftigkeit in den Stufen „keine Pflegestufe“, PS I, PS II, PS III und „Härtefall“ mit dem etwaigen Vorliegen einer eingeschränkten Alltagskompetenz, wobei nur Personen ohne Pflegestufe und ohne eingeschränkte Alltagskompetenz keinerlei Leistungsanspruch haben. Jede andere dieser Kombinationen korrespondiert mit unterschiedlich hohen Leistungsbeträgen, wobei die eingeschränkte Alltagskompetenz ab Pflegestufe III nicht mehr zu einem erhöhten Pflegegeld- oder -sachleistungsanspruch führt, wohl aber zu Ansprüchen nach § 45b SGB XI.

Diese 14 Abstufungen werden infolge des NBA nun wieder auf fünf Pflegegrade reduziert, da das Zusatzkriterium der eingeschränkten Alltagskompetenz entfallen kann. Dabei erstreckt sich der „echte“ Leistungsbezug nur auf die Pflegegrade 2 bis 5. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten im ambulanten Leistungsbezug lediglich einen sogenannten Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € (§ 28a Abs. 2 iVm § 45b Abs. 1 SGB XI idF des PSG II), im stationären Bereich einen Aufwendungszuschuss in gleicher Höhe (§ 43 Abs. 3 SGB XI idF des PSG II). Ausgehend von der Annahme, dass diese Personen nach der alten

⁴ Da es bei Pflegegeldempfängern keine „Härtefälle“ gibt, sind hier nur 11 Abstufungen zu unterscheiden. Die Abstufung in 14 bzw. 11 Leistungsklassen ergibt sich dabei durch den differenzierten Einbezug von Grund- und erhöhtem Leistungsbetrag bei Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsleistungen (§ 45b Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

Tabelle 3.5 Leistungshöhen für Pflegesachleistungen (in €/Monat)⁵

Personenzahl 2014	Einstufung alt	Leistungs- betrag alt (§ 36 + § 123)	Leistungs- betrag neu (§ 36)	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungs- beträge
21.202	PS 0 + EA	231	689	PG 2	458
140.972	PS I	468	689	PG 2	221
52.442	PS I + EA	689	1.298	PG 3	609
57.861	PS II	1.144	1.298	PG 3	154
49.500	PS II + EA	1.298	1.612	PG 4	314
14.224 ⁶	PS III	1.612	1.612	PG 4	0
21.336	PS III + EA	1.612	1.995	PG 5	383
2.144	Härtefall	1.995	1.995	PG 5	0
	Härtefall + EA	1.995	1.995	PG 5	0

Quellen: SGB XI idF nach PSG I, BMG (2015a, 2015b)

Einstufung gar keinen Leistungsanspruch hätten, stellt auch dieser limitierte Betrag eine Besserstellung der betroffenen Pflegebedürftigen dar.

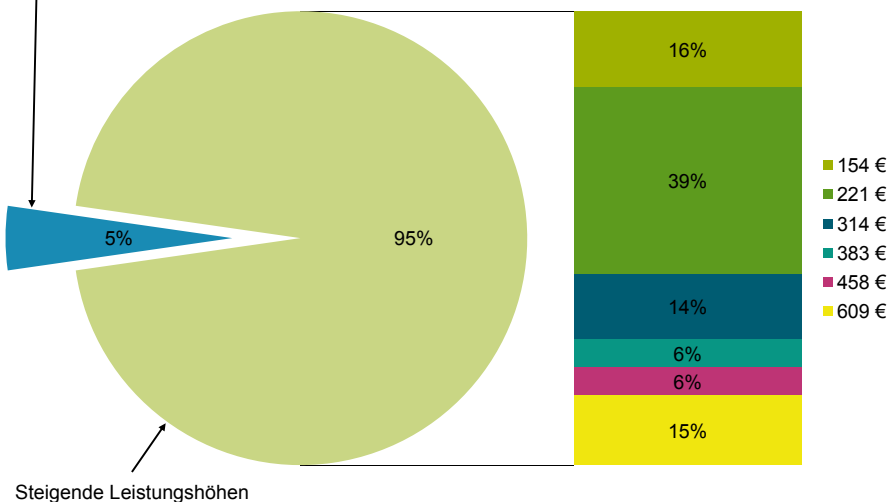
3.6.1 Leistungsansprüche auf Pflegesachleistungen

Tabelle 3.5 zeigt die alten (gemäß SGB XI idF des PSG I) und zukünftigen Leistungshöhen für *Pflegesachleistungen* im Vergleich, wobei den alten Pflegestufen mit/ohne PEA der neue Pflegegrad gegenübergestellt wird, der sich entsprechend der Überleitungsvorschrift ergibt. Deutliche Leistungsverbesserungen ergeben sich dabei aufgrund des doppelten Stufensprungs für PEA. Aber auch für Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz in Pflegestufe I und II kommt es zu Leistungsverbesserungen, da der Leistungsbetrag, der nach § 123 SGB XI

⁵ Empfänger von Kombinationsleistungen wurden zu je 50 % auf Pflegegeld- und Pflegesachleistungsempfänger umgerechnet.

⁶ Da die erhöhten Pflegesachleistungen gemäß § 123 SGB XI nicht für PEA in Pflegestufe III gewährt werden, enthält die amtliche Statistik keine Informationen über die PEA-Quote in dieser Pflegestufe. Basierend auf Begutachtungsergebnissen (Brucker et al. 2013) wurde der PEA-Anteil hier mit 60% angesetzt und die Pflegebedürftigen in Pflegestufe III im Verhältnis 60 zu 40 auf PEA und PoEA aufgeteilt. Die gleiche Vorgehensweise wurde auch bei den Pflegegeldbeziehern angewandt.

Gleichbleibende Leistungshöhen



Quellen: SGB XI idF nach PSG I, BMG (2015a, 2015b)

Abbildung 3.2 Leistungsanhebungen für Pflegesachleistungsempfänger⁷

bisher nur für PEA gewährt wurde, nun in die Leistungen nach § 36 SGB XI integriert wird. Lediglich für die bisher in Pflegestufe III eingestuftten Pflegebedürftigen und Härtefälle kommt es nicht zu Leistungsverbesserungen, da die Leistungen nach § 123 SGB XI nur für die Stufen 0 bis II vorgesehen sind.

Insgesamt kommt es somit für 95 % der derzeitigen Leistungsempfänger zu einer Erhöhung des Leistungsbetrags (Tabelle 3.5 und Abbildung 3.2) und lediglich für Härtefälle und Pflegebedürftige der Pflegestufe III ohne eingeschränkte Alltagskompetenz bleiben die Leistungen gleich. Das Ausmaß der Veränderungen und wiederum der Anteil der davon jeweils betroffenen Leistungsempfänger kann Abbildung 3.2 entnommen werden. Für vier von fünf Sachleistungsempfängern (79 %) erhöhen sich die monatlichen Leistungen um mindestens 221 € und für jeden Vierten (27 %) sogar um 383 € oder mehr. Werden diese individu-

⁷ Durch Rundung der prozentualen Angaben ergeben sich in Abbildung 3.2 und Abbildung 3.4 geringfügige Differenzen zwischen Einzelwerten und den angegebenen Summen.

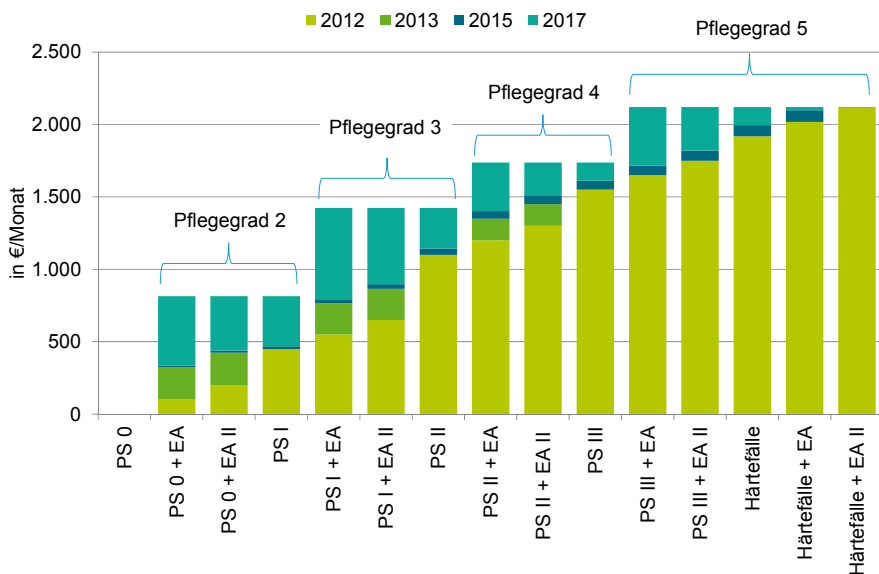


Abbildung 3.3 Leistungshöhen für Pflegesachleistungsempfänger (inklusive zusätzlicher Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI)⁸

ellen Leistungssteigerungen mit den Fallzahlen des Jahres 2014 (Tabelle 3.5) multipliziert, ergeben sich rechnerische Mehrausgaben in Höhe von 1,265 Mrd. €.

Nun wurde eingangs bereits darauf hingewiesen, dass PNG, PSG I und PSG II als drei Schritte einer Reform angesehen werden sollten. Entsprechend wird in Abbildung 3.3 angegeben, wie sich für Pflegesachleistungsempfänger die ursprünglichen Leistungshöhen des Jahres 2012 durch PNG (2013), PSG I (2015) und PSG II (2017) verändert haben. Dabei werden nicht nur die Pflegesachleistungen berücksichtigt, sondern auch die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI, differenziert nach Grund- und erhöhtem Betrag.

⁸ Zur besseren Übersicht wurden in Abbildung 3.3 und Abbildung 3.5 die Bezeichnungen der Anspruchsklassen verkürzt. *PS 0* bezeichnet dabei eine Pflegebedürftigkeit unterhalb der Pflegestufe I. Der Anspruch auf Leistungen nach § 45b SGB XI wurde durch die Bezeichnungen *EA* (für den Grundbetrag) und *EA II* (für den erhöhten Betrag) einbezogen.

Gut erkennbar ist dabei zum einen, dass die Leistungsverbesserungen in Pflegestufe 0 und in Pflegestufe I für PEA am stärksten ausgeprägt sind und zum anderen, wie die 14 verschiedenen Ausgangskonstellationen in der Gesamtreform auf lediglich 4 verschiedene Leistungshöhen für die Pflegegrade 2 bis 5 verdichtet wurden. Dabei überwiegt die Leistungsverbesserung durch das PSG II in der Regel die Veränderungen durch PNG und PSG I. Lediglich bei den Härtefällen führt das PSG II zu keiner Leistungsverbesserung, und bei den Härtefällen mit erhöhtem Bedarf an zusätzlichen Betreuungsleistungen wird die Leistungsverbesserung durch das PSG I (in Höhe von monatlich 85 €) durch das PSG II fast vollständig (in Höhe von monatlich 83 €) wieder zurückgenommen.

3.6.2 Leistungsansprüche auf Pflegegeld

Ein entsprechendes Ergebnis zeigt sich auch für das *Pflegegeld* (Tabelle 3.6). Es ergeben sich deutliche Leistungsverbesserungen für PEA und Verbesserungen in Höhe der bisherigen Leistungserhöhungen für PEA nach § 123 SGB XI für die Pflegebedürftigen in Stufe I und II ohne eingeschränkte Alltagskompetenz.

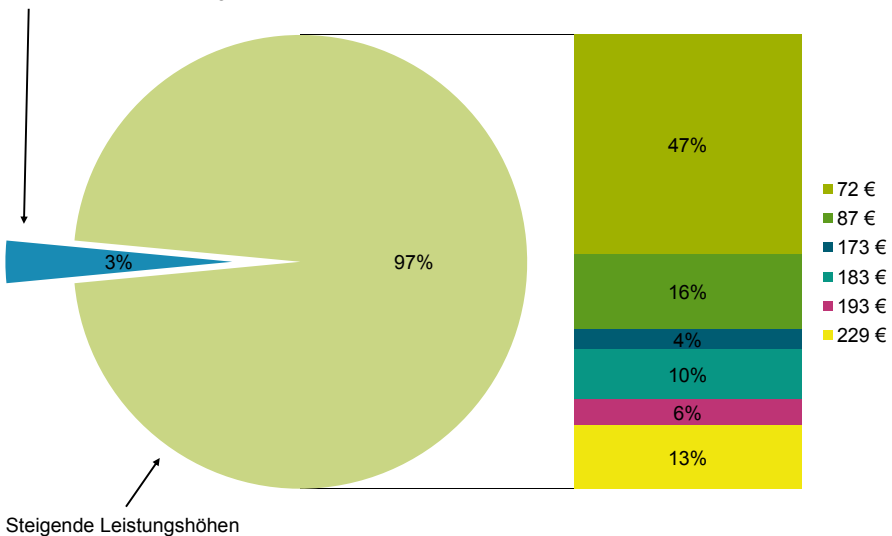
Wie Abbildung 3.4 zeigt, erhöhen sich die monatlichen Leistungen für die Hälfte der derzeitigen Pflegegeldempfänger (50 %) um mindestens 87 €, für ein Fünftel (19 %) sogar um mindestens 193 €. Die Differenzbeträge sind damit deutlich kleiner als bei den Pflegesachleistungsempfängern, aber auch beim Pflegegeld profitieren fast alle derzeitigen Leistungsempfänger (97 %), während die Leistungshöhen nur für etwa 3 % der bisherigen Leistungsempfänger unverändert bleiben. Werden diese individuellen Leistungssteigerungen mit den Fallzahlen des Jahres 2014 (Tabelle 3.6) multipliziert, ergeben sich rechnerische Mehrausgaben in Höhe von 2,047 Mrd. €.

Tabelle 3.6 Leistungshöhen für Pflegegeld (in €/Monat)

Personenzahl 2014	Einstufung alt	Leistungs- betrag alt (§ 37 + § 123)	Leistungs- betrag neu (§ 37)	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungs- beträge
84.223	PS 0 + EA	123	316	PG 2	193
685.944	PS I	244	316	PG 2	72
197.037	PS I + EA	316	545	PG 3	229
233.327	PS II	458	545	PG 3	87
153.596	PS II + EA	545	728	PG 4	183
43.825	PS III	728	728	PG 4	0
65.738	PS III + EA	728	901	PG 5	173

Quellen: SGB XI idF nach PSG I, BMG (2015a, 2015b)

Gleichbleibende Leistungshöhen



Quellen: SGB XI idF nach PSG I, BMG (2015a, 2015b)

Abbildung 3.4 Leistungsanhebungen für Pflegegeldempfänger

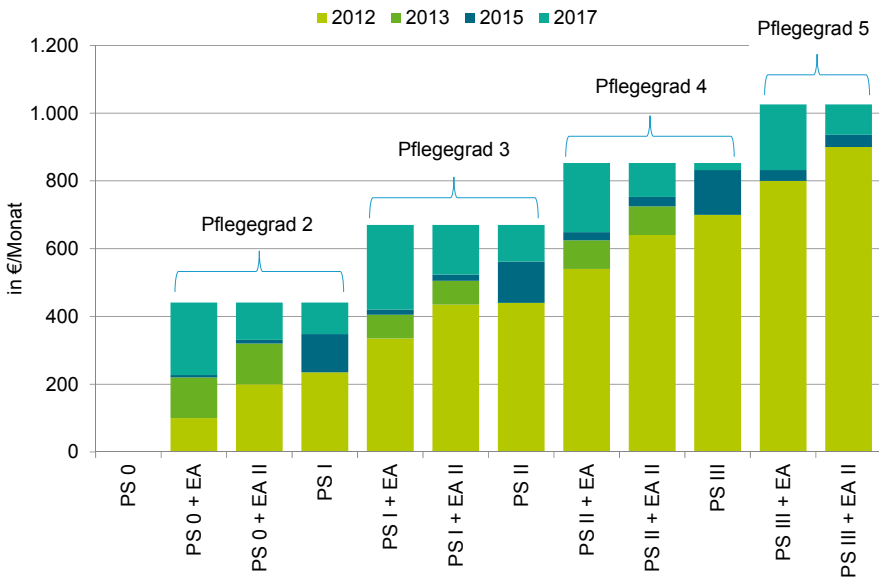


Abbildung 3.5 Leistungshöhen für Pflegegeldbezieher (inklusive zusätzlicher Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI)

Wird auch hier auf den Gesamteffekt von PNG, PSG I und PSG II abgestellt, ergibt sich das in Abbildung 3.5 enthaltene Bild: Sichtbar ist wiederum, wie die kumulierten Effekte der Anhebungen die zuvor differenzierteren Leistungshöhen auf vier Plateaus für die Pflegegrade 2 bis 5 anheben. Anders als bei den Pflegegeschleistungen, sind beim Pflegegeld aber für 5 der 11 unterschiedenen Ausgangskonstellationen die Leistungsverbesserungen durch PNG und PSG I höher als durch PSG II. Auch verteilen sich die Leistungsverbesserungen gleichmäßiger auf die Pflegestufen. Gut erkennbar ist zudem, wie das PNG die Leistungen für PEA anhebt, während das PSG I dann die Leistungen für Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz verbessert.

Insgesamt kann auch die leistungsrechtliche Umsetzung als bemerkenswert großzügig angesehen werden, da sie de facto dazu führt, dass die im PNG ausdrücklich nur als Übergangsregelungen eingeführten Erhöhungsbeträge des § 123 SGB XI nun ohne Beschränkung allen Leistungsbezieher gewährt werden.

Dies gilt dabei sowohl für die kurzfristige Struktur der bestehenden Pflegebedürftigen, die per Überleitung neuen Pflegegraden zugeordnet werden, als auch für die zukünftigen Pflegebedürftigen, die durch die ihrerseits großzügigen Regelungen des NBA eingestuft werden.

3.7 Leistungsansprüche und Leistungsbeträge in stationärer Pflege

Auch im stationären Bereich erfolgen Anpassungen der Leistungsbeträge an die neue Struktur der fünf pflegegradbezogenen Anspruchsklassen. Werden diese individuellen Leistungssteigerungen mit den Fallzahlen des Jahres 2014 (Tabelle 3.7) multipliziert, ergeben sich rechnerische Mehrausgaben in Höhe von 1,448 Mrd. €. Anders als im ambulanten Bereich kommt es dabei zwar teilweise zu einer Verringerung des personenbezogenen Leistungsanspruches, nämlich für formell übergeleitete Pflegebedürftige, die bisher ohne eingeschränkte Alltagskompetenz zu Leistungen gemäß Pflegestufe I und II berechtigt sind. Diese neuen Leistungsbeträge sind jedoch nur bedingt mit den alten Beträgen vergleichbar und können nicht per se als reduzierter Leistungsanspruch interpretiert werden. Relevant hierfür ist, dass sich auch die Pflegesätze ändern und zudem eine weitere Bestandsschutzregelung vorgesehen ist, die sich auf die Eigenanteile bezieht. Vor einer abschließenden Bewertung ist es daher notwendig, zunächst auf diese beiden Regelungen näher einzugehen.

3.7.1 Pflegesätze

Im bisher dargestellten ambulanten Bereich erfolgt die Leistungsabrechnung nach erbrachten Tätigkeiten und somit unabhängig von der Pflegestufe. Sie ist daher durch das PSG II nicht beeinflusst. Demgegenüber knüpfen die pauschalen stationären und teilstationären Pflegesätze direkt an den Pflegestufen an und müssen bei Umstellung auf Pflegegrade neu festgelegt werden. Hierzu sieht das PSG II eine Fortführung der bisherigen Praxis vor, nach der weiterhin einrichtungsspezifische Pflegesätze mit den Kostenträgern korrespondierend mit den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI ausgehandelt werden (§ 92c SGB XI idF des PSG II). Wie diese Rahmenverträge selber an das neue System angepasst werden, ist dabei noch unklar bzw. im PSG II nicht geregelt. Vorgeschrie-

Tabelle 3.7 Leistungshöhen bei stationärer Pflege (in €/Monat)⁹

Personenzahl 2014	Einstufung alt	Leistungs- betrag alt	Leistungs- betrag neu	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungs- beträge
136.175	PS I	1.064	770	PG 2	-294
116.001	PS I + EA	1.064	1.262	PG 3	198
77.156	PS II	1.330	1.262	PG 3	-68
198.400	PS II + EA	1.330	1.775	PG 4	445
7.164	PS III	1.612	1.775	PG 4	163
136.117	PS III + EA	1.612	2.005	PG 5	393
358	Härtefall	1.995	2.005	PG 5	10
6.802	Härtefall+EA	1.995	2.005	PG 5	10

Quellen: SGB XI idF nach PSG I, BMG (2015a)

ben ist bisher lediglich eine Prüfung und Anpassung der personalbezogenen Regelungen unter Einbezug bestehender Erfahrungen und Untersuchungen (BMG 2015a: 156). Unabhängig von Inhalt und Zeitpunkt der Neuformulierungen ist für die erforderlichen einrichtungsindividuellen Neuverhandlungen der Pflegesätze der Zeitraum Januar bis September 2016 vorgesehen. Um die notwendigen Bearbeitung von rund 13.000 Einrichtungen möglich zu machen, kann dabei ein vereinfachtes Verfahren eingerichtet werden, das sich an der formalen Überleitung des § 92e SGB XI (idF des PSG II) zu orientieren hat. Diese Regelungen greifen auch zwingend für alle Einrichtungen, die am 1.10.2016 noch keine Pflegesatzverhandlungen abgeschlossen haben.

Durch die Formeln des § 92e SGB XI werden pflegegradspezifische Pflegesätze der Grade 2 bis 5 für vollstationäre (Absatz 2) und teilstationäre (Absatz 3) Einrichtungen festgelegt. Ausgangspunkt ist in beiden Fällen der Gesamtbetrag

⁹ Da das Vorliegen einer EA im stationären Bereich keine höheren Leistungsansprüche begründet, enthält die amtliche Statistik keine Informationen über die PEA-Quote in diesem Sektor. Basierend auf den Ergebnissen der EVIS-Studie (Rothgang et al. 2015) wurde der PEA-Anteil der Bewohner stationärer Einrichtungen deshalb hier mit 46% / 72% / 95% für die Pflegestufen I / II / III angesetzt. Da für Bewohner, die als Härtefälle anerkannt sind, keine differenzierten Quoten vorliegen, kommt bei diesen ebenfalls eine PEA-Quote von 95% zum Einsatz.

aller Pflegeentgelte, die der jeweiligen Einrichtung am 30.9.2016 zustehen. Dieser Betrag wird – möglicherweise zuzüglich eines Kostensteigerungszuschlags (§ 92c SGB XI) – so umverteilt, dass der zuvor ermittelte Gesamtbetrag der Entgelte für pflegebedingte Leistungen auch mittels der neuen Pflegesätze in Kombination mit der formal übergeleiteten Bewohnerschaft zum Stichtag erreicht wird. Gemäß der Regelungen des § 84 Abs. 2 SGB XI, wonach Pflegesätze leistungsgerecht festzusetzen sind, orientieren sich die Überleitungsregelungen an den empirischen Aufwandswerten, die im Rahmen der EViS-Studie (Rothgang et al. 2015) erzielt wurden (BMG 2015a: 107). Diese Werte sind jedoch keine absoluten Größen, sondern bilden vielmehr die *Aufwandsverhältnisse* der Pflegegrade zueinander ab. Basis der Berechnungen ist der Pflegesatz in Pflegegrad 2, dem der Verhältniswert 1,00 zugeordnet wird. Alle weiteren Pflegesätze ergeben sich als Vielfache davon mit dem Pflegesatz für Pflegegrad 3/4/5 als dem 1,36/1,74/1,91-fachen des Pflegesatzes für Pflegegrad 2. Zusätzlich dazu wird der Pflegesatz für Pflegegrad 1 in § 92e Abs. 4 SGB XI auf das 0,78-fache des Referenzwertes für Pflegegrad 2 festgesetzt. Die entstehenden Pflegesätze sind also aufwands- und damit auch leistungsgerecht.

Sehr einfach erfolgt die Berechnung der Pflegesätze im teilstationären Bereich direkt unter Nutzung der genannten Verhältniswerte. Aufwendiger ist die mathematische Umsetzung im vollstationären Bereich, da hier das Kriterium der *einheitlichen Eigenanteile* neu eingeführt wurde. Ermittelt wird der einrichtungsindividuelle einheitliche Eigenanteil, indem der Teil des ermittelten Gesamtbetrags, der unter der gegebenen Bewohnerverteilung nicht durch die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung gedeckt wird, gleichmäßig auf die Anzahl der Bewohner verteilt wird. Aus der Summierung des einheitlichen Eigenanteils mit den pflegegradbezogenen Leistungshöhen nach § 43 SGB XI ergeben sich schließlich die monatlichen Pflegesätze je Pflegegrad. Deren Verhältnisse zueinander entsprechen durchschnittlich, bei einem Eigenanteil von etwa 580 €, den in EViS ermittelten Aufwandsrelationen. Durch einrichtungsindividuell höhere und niedrigere Eigenanteile werden sich diese Verhältnisse geringfügig verändern.

Voraussetzung für die Anwendung der beschriebenen Überleitungs- und Berechnungsformeln ist allerdings, dass das Merkmal der eingeschränkten Alltagskompetenz auch weiterhin bei allen Neufällen im stationären Bereich erhoben

wird – obwohl die Leistungen nach § 87b SGB XI seit Inkrafttreten des PSG I für alle Heimbewohner zur Verfügung stehen und das Merkmal daher aktuell keinen zusätzlichen Leistungsanspruch begründet. Für die Überleitung der bisherigen Pflegestufen in die neuen Pflegegrade – und somit auch die korrespondierende Überleitung der Pflegesätze – ist es aber von zentraler Bedeutung.

Als strukturell problematisch für die Einrichtungen erweist sich in Bezug auf die Überleitung der Pflegesätze die zu erwartende Differenz zwischen kurz- und langfristigem Pflegegrad-Mix. Da sich der Referenz-Pflegesatz für Pflegegrad 2 gemäß dieser Überleitungsvorschrift als Quotient aus gegebener Summe der Pflegesätze im Status quo ante und der bedarfsgewichteten Bewohnerzahl ergibt, folgt, dass eine „höhere“ Pflegegradstruktur bei Umstellung zu niedrigeren Pflegesätzen führt. Nun führt die großzügige ausgestaltete Überleitungsregel für die Pflegebedürftigen dazu, dass die Pflegegradverteilung höher ist, als sie bei Neubegutachtung wäre. Werden übergeleitete Bewohner im Zeitverlauf durch hinsichtlich ihres Gesundheitszustands und Pflegebedarfs identische, aber durch das NBA niedriger eingestufte Neubewohner ausgetauscht, sinken – ceteris paribus – die Erlöse der Heime. Dieser Effekt ist unmittelbarer Ausfluss der in Abbildung 3.1 dargestellten Unterschiede zwischen der Stufenverteilung bei Neubegutachtung und Überleitung.

Um die Größenordnung dieses Effekts abzuschätzen, wurde die Umstellung der Heimbewohner auf die neuen Pflegegrade anhand der Überleitungsvorschrift und anhand der Übergangswahrscheinlichkeiten der beiden Erprobungsstudien durchgeführt und auf dieser Basis die Gesamterlöse einer repräsentativen Einrichtung errechnet. Im Ergebnis zeigte sich eine Differenz von 2,5 % mit den Daten der Praktikabilitätsstudie (Kimmel et al. 2015) bzw. 6 % mit den Daten der EViS-Studie (Rothgang et al. 2015). In diesem Umfang würden die Erlöse aus Pflegesätzen für ein Durchschnittsheim im Zeitverlauf sinken, wenn der Umstellungszeitpunkt mit der Situation verglichen wird, in der alle Heimbewohner Neufälle sind, und wenn von weiteren Veränderungen, die sich im Zeitverlauf ergeben, abgesehen wird. Allerdings enthält § 92c SGB XI die Möglichkeit eines Kostensteigerungszuschlags bei der Umstellung auf die neuen Pflegegrade. Die Nutzung dieser Option sollte in Betracht gezogen werden.

3.7.2 Einheitliche Eigenanteile

Der grundsätzliche Teilleistungscharakter der Pflegeversicherung mit festgelegten absoluten Leistungshöhen oder -grenzen wird durch das PSG II nicht verändert. Dies führt dazu, dass die Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen auch weiterhin einen gewissen Teil des Gesamtheimentgelts als Eigenanteil zu zahlen haben. Dieser ist aus privaten Mitteln zu erbringen oder wird subsidiär durch die Träger der Sozialhilfe übernommen. Wie auch bisher trägt der Pflegebedürftige die über alle Pflegestufen einheitlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten, soweit sie nicht öffentlich gefördert sind. Zusätzlich ist ein Teil der Pflegekosten zu übernehmen, dessen Höhe bislang an die Pflegestufe gekoppelt war. Da die Pflegesätze bisher stärker zwischen den Stufen gespreizt sind als die Pflegeversicherungsleistungen, führt eine höhere Pflegestufe derzeit regelmäßig zu einem höheren Eigenanteil an den stationären Pflegekosten. Hieraus ergab sich bislang eine Anreizsituation, in der die Interessen der Einrichtung nach einer möglichst hohen Pflegestufe den Wünschen der Bewohner nach einem niedrigen Zuzahlungsbetrag und damit einer niedrigen Pflegestufe gegenüber standen.

Hierauf hat der Gesetzgeber bei der Ausarbeitung des PSG II reagiert und in § 84 Abs. 2 SGB XI eine wirkliche Innovation eingeführt: den zwar zwischen den Einrichtungen verschiedenen, für die Bewohner der Pflegegrade 2 bis 5 einer Einrichtung aber *identischen Eigenanteil*. Dieser einheitliche Eigenanteil bietet im Vergleich zum bisherigen System mehrere Vorteile:

- a. Er beendet die sozialpolitisch unbefriedigende Situation, dass die eigene finanzielle Belastung ausgerechnet für die Pflegebedürftigen am höchsten ist, die den höchsten Pflegebedarf aufweisen.
- b. Er beendet den Konflikt zwischen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen auf der einen Seite, für die eine – fachlich womöglich angezeigte – Höherstufung bislang zu steigenden Eigenanteilen geführt hat, so dass sie dieser ablehnend gegenüberstehen, und der Einrichtung auf der anderen Seite, welcher wegen der damit verbundenen höheren Einnahmen an einer Höherstufung gelegen ist.
- c. Er schafft für Heimbewohner Planungssicherheit, da die finanzielle Belastung einer Heimpflege nunmehr vorhersagbar wird und nicht mehr davon abhängt,

ob sich die Pflegestufe verändert. Bislang bestand für Heimbewohner niedriger Pflegestufe dagegen immer die Gefahr, dass bei einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit auch die Eigenanteile so weit steigen, dass sie womöglich nicht mehr aus eigenen Mitteln finanziert werden können.

- d. Der heimindividuelle Eigenanteil erleichtert zudem die Vergleichbarkeit von Einrichtungen in Bezug auf die Pflegekosten und erhöht so die Markttransparenz.

Die Festlegung des Eigenanteils wird in der Praxis innerhalb der Pflegesatzverhandlungen erfolgen. Dabei ist noch offen, ob dieser weiterhin konsekutiv aus den verhandelten Pflegesätzen abgeleitet wird oder aber umgekehrt die Pflegesätze aus der Summe aus verhandeltem Eigenanteil und Pflegeversicherungsleistungen entstehen. Der Wortlaut der Regelungen des § 92e SGB XI entspricht eher dem zweiten Ansatz, so dass Pflegesatzverhandlungen zukünftig richtiger als Eigenanteilsverhandlungen zu bezeichnen wären.

Unter Zugrundelegung der bundesdurchschnittlichen Pflegesätze für Dezember 2013 (Statistisches Bundesamt 2015d) und der aktuellen Leistungsbeträge für vollstationäre Pflege ergeben sich die in Tabelle 3.8 angegebenen aktuellen Eigenanteile. Sie sind dem einheitlichen Eigenanteil von 580 € gegenübergestellt, der sich für eine Durchschnittseinrichtung (mit einem bundesdurchschnittlichen Pflegestufen-Mix und bundesdurchschnittlichen Pflegesätzen) ergibt. Im Vergleich mit den durchschnittlichen Eigenanteilen von 391 € (Pflegestufe I), 596 € (Pflegestufe II) und 815 € (Pflegestufe III), die sich gemäß der letzten Erhebung des Statistischen Bundesamtes im Dezember 2013 ergeben haben, erhöhen sich die Eigenanteile demnach für die Pflegebedürftigen der Stufe I um knapp 200 €, während sie in Pflegestufe II im Wesentlichen unverändert bleiben und in Pflegestufe III um ca. 250 € sinken.

Um der als wesentliche Grundlage des PSG II formulierten Maxime Rechnung zu tragen, keinen Pflegebedürftigen durch die Reform schlechter zu stellen, ist daher eine weitere explizite *Bestandsschutzregelung* notwendig, die im PSG II-Entwurf auch vorgesehen ist. Während in den anderen Leistungsbereichen die Festlegung von Gewinn oder Verlust durch einen absoluten Vergleich der Leistungshöhen vor und nach der Reform erfolgen kann, ist dies im stationären Bereich nicht möglich. Sinkende oder steigende absolute Leistungshöhen des § 43

Tabelle 3.8 Leistungshöhen und Eigenanteil bei stationärer Pflege
(in €/Monat)

Einstufung alt	Leistungs- betrag alt	Durch- schnittlicher Eigenanteil alt	Leistungs- betrag neu	Durch- schnittlicher Eigenanteil neu	Einstufung Überleitung
PS I	1.064	391	770	580	PG 2
PS I + EA	1.064	391	1.262	580	PG 3
PS II	1.330	596	1.262	580	PG 3
PS II + EA	1.330	596	1.775	580	PG 4
PS III	1.612	815	1.775	580	PG 4
PS III + EA	1.612	815	2.005	580	PG 5

Quellen: Statistisches Bundesamt (2015d), SGB XI idF nach PSG I, BMG (2015a) (eigene Berechnung)

SGB XI sind nicht verwendbar, da diese mit einer ebenfalls veränderten Pflege-satzstruktur korrespondieren. Deshalb muss auf die Differenz von Leistungshöhen und Pflegesätzen zurückgegriffen werden, die ihrerseits dem aufzubringenden Eigenanteil entspricht. *Gewinner* der Reform sind somit Bewohner, die aufgrund sinkender Eigenanteile mehr Geld zur freien Verfügung haben. Dies sind die Pflegebedürftigen in Pflegestufe III. Ohne weiteren Bestandsschutz würden dagegen Bewohner stationärer Einrichtungen, die aus der Pflegestufe I übergeleitet werden, durch das PSG II finanziell höher belastet. Um dies zu vermeiden, formuliert § 141 Abs. 3 SGB XI idF des PSG II einen expliziten Besitzstandsschutz für Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen. Danach wird für Bewohner der Pflegegrade 2 bis 5, die einen höheren Eigenanteil als bisher zu zahlen haben, der entsprechende Differenzbetrag durch die Pflegekassen getragen, so dass auch in diesen Fällen keine Benachteiligungen durch die Reformregelungen entstehen können.

Für Neufälle stellt sich das dagegen anders dar: Wer nach Inkrafttreten der einschlägigen PSG II-Regelungen in vollstationäre Pflege kommt und nach altem System in Pflegestufe I eingestuft worden wäre, muss nach der Reform mit einem höheren Eigenanteil rechnen als bei Beibehaltung des alten Rechts. Da

derzeit etwa vier von zehn Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege in Pflegestufe I eingestuft sind, ist die hiervon betroffene Gruppe nicht klein.

Etabliert wird durch den einheitlichen Eigenanteil ein Ausgleichsverfahren zwischen den Bewohnern einer Einrichtung, das für Neufälle dazu führt, dass es im Vergleich zum Status quo ante Gewinner und Verlierer gibt. Allerdings ist die alte Regelung als Bezugspunkt nur wenig geeignet, weil die mit den Pflegestufen steigenden Eigenanteile normativ nicht gerechtfertigt sind. Vielmehr erscheint die neue Verteilung der Eigenanteile aus den oben genannten Gründen deutlich sinnvoller.

3.8 Fazit

Im Vergleich der Rechtslage vor Inkrafttreten des PNG und der Rechtslage nach Inkrafttreten des PSG II ergeben sich erhebliche Leistungsverbesserungen für die Pflegebedürftigen und ein deutlich breiterer Zugang zu Pflegeversicherungsleistungen. Durch die Einführung von Pflegegrad 1, dessen Zugangsvoraussetzungen unterhalb der bisherigen Schwellen für Pflegeversicherungsleistungen liegen, dürften mehrere Hunderttausend Versicherte erstmals in den Genuss von – allerdings eingeschränkten – Pflegeversicherungsleistungen kommen. Für die auch bisher schon als pflegebedürftig geltenden Versicherten ergeben sich erhebliche Leistungsausweitungen. Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz profitieren dabei vor allem durch die höhere Einstufung im NBA und die großzügige Überleitungsregelung. Damit wird einer der Geburtsfehler der Pflegeversicherung, der zu enge Pflegebedürftigkeitsbegriff, abschließend korrigiert.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist seit vielen Jahren gefordert und erwartet worden. Mit dem PSG II wird nun dieser langjährigen Forderung entsprochen. Die Art der Umsetzung weist im Detail letztlich aber doch einige Überraschungen auf. Dass die zu Recht kritisierte (Bartholomeyczik & Höhmann 2013) (über)komplexe Bewertungssystematik mit ihrer mehrfachen Klassierung und daraus resultierenden Informationsverlusten übernommen werden würde, war zu erwarten. Überraschend ist aber, dass bei allen die Leistungsansprüche betreffenden Stellschrauben letztlich die großzügigste Variante gewählt wurde. Das bezieht sich auf die Bewertungssystematik des NBA, die in den letzten Zügen des Gesetzgebungsverfahrens deutlich zugunsten der An-

tragsteller verändert wurde, sowie auf die Überleitungsregelung und die Leistungsbemessung im ambulanten Bereich.

Durch diese konkrete Ausgestaltung bringt auch das PSG II als dritte Stufe der Pflegereform noch einmal erhebliche Leistungsverbesserungen mit sich – und entsprechende Mehrausgaben. Es stellt sich daher die Frage nach einer nachhaltigen Finanzierung, deren Weiterentwicklung – gerade im Vergleich zur Leistungsgestaltung – nur minimal vorangetrieben wurde.

Zur Deckung der laufenden Ausgaben wird an der Finanzierung der Pflegeversicherung fast ausschließlich durch Beiträge auf Löhne und Gehälter sowie Lohnersatzleistungen festgehalten. Da die Finanzierung der Pflegeversicherung dabei in den drei Reformschritten nicht – im Sinne einer Bürgerversicherung (vgl. z. B. Dräther et al. 2009; Rothgang 2014b) – auf eine breitere Grundlage gestellt wurde, müssen alle laufenden Mehrausgaben durch Erhöhungen des Beitragsatzes zur Pflegeversicherung finanziert werden. Dieser wird im Zeitraum von 2012 bis 2017 um insgesamt 0,6 Prozentpunkte auf 2,55 % für Versicherte mit Kindern und auf 2,8 % für Kinderlose angehoben. Da hiervon 0,1 Prozentpunkt direkt in den Pflegevorsorgefonds abgeführt wird, stehen zur Finanzierung der drei Reformschritte die Mehreinnahmen aus 0,5 Prozentpunkten zur Verfügung. Inwieweit die Mehrausgaben durch die Mehreinnahmen gedeckt werden können, wird die Zukunft zeigen.

Zwar wurde im Rahmen des PSG I der – auch in anderer Hinsicht vielfach kritisierte (vgl. z. B. Jacobs & Rothgang 2014; Rothgang 2014a) – Pflegevorsorgefonds eingeführt, welcher jedoch nicht der laufenden Finanzierung, sondern nur zur Dämpfung der Beitragsanstiege ab dem Jahre 2035 dient. Er stellt somit eine zum Mittelbestand der Pflegeversicherung parallele Kapitalrücklage dar, welche später – allerdings mit quantitativ vernachlässigbarem Effekt (Bowles 2015; Jacobs & Rothgang 2014; Rothgang 2014a) – zur geringeren Beitragssatzsteigerung eingesetzt werden soll. Da die infolge des PSG II entstehenden Kosten der Überleitung und des stationären Bestandsschutzes in Höhe von 4,4 Mrd. € für die Jahre 2017 bis 2020 aus Rücklagen finanziert werden sollen (BMG 2015a: 77), ergibt sich eine kuriose Situation: Für den genannten Zeitraum werden die Gesamtrücklagen bestehend aus dem Mittelbestand der Pflegeversicherung und dem Pflegevorsorgefonds trotz dessen gebundener Mittelzuführung in

Höhe von etwa 5,3 Mrd. € kaum steigen können. Die allgemein großzügige Ausgestaltung der Regelungen des PSG II kann somit indirekt auch als vierjährige Aussetzung der im PSG I forcierten Bildung von Kapitalrückstellungen interpretiert werden. Dabei ist zusätzlich bemerkenswert, dass die Kosten der Überleitungsregelungen und des Bestandsschutzes im Gesetzentwurf nur für die genannten vier Jahre ausgewiesen wurden (BMG 2015a: 77), ein Teil der vom Bestandsschutz betroffenen Pflegebedürftigen aber deutlich länger leben dürfte. Hierdurch werden auch über das Jahr 2020 hinaus weitere Bestandschutzkosten entstehen, welche die geplante Kapitalbildung verlangsamen.

Die großzügige Überleitung sorgt gemeinsam mit den entsprechenden Leistungshöhenfestsetzungen und den Bestandsschutzregelungen dafür, dass Pflegebedürftige, die bereits zum 31.12.2016 als pflegebedürftig anerkannt sind, durch die Reform nicht schlechter gestellt werden.¹⁰ Bei den Neufällen stellt sich dies dann anders dar. Insbesondere im stationären Bereich ist damit zu rechnen, dass sich mehr als ein Drittel der ab 1.1.2017 hinzukommenden Neufälle besser gestanden hätten, wenn es die Reform nicht gegeben hätte. Grund hierfür ist die mit der Reform intendierte und realisierte Umverteilung der Eigenanteile von Pflegestufe III zu Pflegestufe I bzw. den entsprechenden Pflegegraden. Diese ist sozialpolitisch allerdings sehr plausibel – warum soll höhere Pflegebedürftigkeit zu höheren Eigenanteilen führen? –, baut das Konfliktpotential innerhalb von Pflegeheimen zwischen Einrichtung auf der einen sowie Pflegebedürftigem und Angehörigen auf der anderen Seite ab, schafft mehr Planungssicherheit für Heimbewohner und erhöht die Markttransparenz.

Bemerkenswert ist, dass die Mehrausgaben des PSG II – entsprechend dem Grundsatz ambulant vor stationär – überwiegend in den ambulanten Sektor fließen. Von den vorstehend ausgewiesenen rechnerischen Mehrausgaben flie-

¹⁰ Es gibt nur eine Gruppe, für die dies nicht gilt. Hierbei handelt es sich um die Härtefälle in der ambulanten Pflege, die den erhöhten Betrag der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI in Anspruch nehmen. Da der neue Entlastungsbetrag mit 125 € niedriger ist als der erhöhte Betrag für die zusätzlichen Betreuungsleistungen (208 €), verringert sich deren Leistungsanspruch um monatlich 83 €. Allerdings hat er sich erst mit dem PSG I um 85 € erhöht, so dass die beiden Pflegestärkungsgesetze zusammen auch für diese zahlenmäßig sehr kleine Gruppe von weniger als 2 Tsd. Pflegebedürftigen keine Leistungskürzungen mit sich bringen.

ßen 3,2 Mrd. € in den ambulanten und mit 1,4 Mrd. € weniger als halb so viel in den stationären Teil. Dabei erhöhen die Mehrausgaben im ambulanten Bereich die kaufkräftige Nachfrage, während die Mehrausgaben im stationären Bereich aufgrund der budgetneutralen Überleitung der Pflegesätze lediglich die Ausgabenstruktur zwischen Pflegebedürftigen/Sozialhilfeträger und Pflegekassen verändern. Zu erwarten ist – auch ausweislich der Gesetzesbegründung (BMG 2015a: 76f.) – zudem, dass die Mehrausgaben im stationären Bereich mit Abschmelzen der Überleitungskosten weitgehend entfallen, während sie im ambulanten Bereich zu größeren Teilen auch langfristig erhalten bleiben.

Abschließend bleibt darauf hinzuweisen, dass auch diese große Pflegereform nicht das letzte Wort bleiben wird. Weiterer Reformbedarf besteht im Kontext des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, aber auch darüber hinaus (vgl. Rothgang 2015a). So muss das im PSG II angekündigte Personalbemessungsverfahren erst noch entwickelt werden und generell müssen die Vertragspartner in ihren Verträgen dafür Sorge tragen, dass das im neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sichtbar gewordene breitere Pflegeverständnis auch Einzug in die Pflegepraxis hält. Darüber hinaus sind aber auch die Baustellen zu beachten, die mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff selbst nichts oder nur am Rande zu tun haben. Zu nennen sind hier insbesondere die Fragen nach zukunftsfester Finanzierung der Pflegeversicherung und nach einer Bekämpfung des drohenden Pflegenotstands, aber auch Dauerbrenner wie die Pflegequalität und die unzureichende Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit. Trotz einer insgesamt gelungenen, großen Reform gibt es also auch weiterhin noch viel zu tun.

4 Pflege im Spiegel amtlicher Statistiken und anderer Datenquellen

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

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

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

4.1 Datenquellen

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

fern Informationen darüber, welche Leistungen durch die Soziale Pflegeversicherung für die häusliche und stationäre Pflege erbracht werden. Sie werden dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) von den Kassen zur Verfügung gestellt und von diesem aufbereitet und veröffentlicht. Die *Pflegestatistik* nach § 109 SGB XI beruht hingegen auf zwei Erhebungen: Eine bei den Leistungsanbietern (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) über erbrachte Leistungen und die personelle Ausstattung der Einrichtungen sowie einer Erhebung bei den Kostenträgern (den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen) über die Leistungsgewährung und die Leistungsempfänger. Die Pflegestatistik wird von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder seit 1999 alle zwei Jahre erhoben.

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

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

Nachfolgend wird die Statistik der Sozialen Pflegeversicherung daher nur zur Darstellung der Entwicklung der Pflegeversicherung über den gesamten Zeitraum ab 1995 herangezogen, also bei der Betrachtung längerer Zeitreihen. Da diese Daten aber nicht umfassend und auch nicht so differenzierbar sind, werden die weiteren differenzierteren Analysen der Leistungsbezieher und der Leistungsanbieter mit den Daten der Pflegestatistik durchgeführt.

Des Weiteren unterscheiden sich die Statistik der Pflegekassen und der Pflegestatistik auch durch unterschiedliche Abgrenzungen und Definitionen. Beispielsweise sind im Berichtsjahr 2009 79 Tsd. behinderte Menschen, die Leistungen nach § 43a SGB XI in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen erhalten, in der Statistik der Pflegekassen enthalten, nicht jedoch in der Pflegestatistik. In der Pflegestatistik 2013 sind hingegen 14,5 Tsd. Pflegebedürftige noch ohne Pflegestufe erfasst, die vollstationär in Pflegeheimen versorgt werden. Diese sind wiederum in der Statistik der Pflegekassen nicht enthalten. Manche Definitionen der verschiedenen Leistungsarten divergieren ebenfalls. So ist die Verhinderungspflege in den Daten der Pflegestatistik in den Pflegesachleistungen bzw. in den Kombinationsleistungen enthalten, die Tages- und Nachtpflege (bis 2007) sowie die Kurzzeitpflege dagegen in den stationären Leistungen. In den Berichten des BMG zur Statistik der Pflegekassen werden dagegen nur die vollstationäre Dauerpflege und die vollstationäre Pflege in Behindertenheimen als stationäre Pflege zusammengefasst, während die Kurzzeitpflege und die Tages- und Nachtpflege mit zur ambulanten Versorgung gezählt werden (BMG 2014d). Dies hat zur Folge, dass sich für die in den beiden Statistiken betrachteten jeweiligen Leistungsarten auch unterschiedliche relative Häufigkeiten ergeben können.

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

zu einer deutlichen Überschätzung des erfassten Personenkreises. Bei rund 2,5 Mio. Pflegebedürftigen im Jahr 2011 zeigt sich ein Unterschied von rund 110 Tsd. Pflegebedürftigen (BMG 2014a, 2014c).

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

Weitere Datengrundlagen, die insbesondere zur Bestimmung der Zahl der Pflegepersonen (Abschnitt 4.3) genutzt werden, sind die Daten der Rentenversicherung und des Sozio-ökonomischen Panel (SOEP). In den *Versichertenkonten der Rentenversicherung* sind alle Daten, die für einen (späteren) Rentenbezug relevant sind, gespeichert. Zu diesen Daten gehören insbesondere Informationen darüber, für welche Zeiträume in welcher Höhe Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet wurden. Hier erfasst sind auch die Zeiten, in denen von der Pflegeversicherung für eine Pflegeperson Rentenversicherungsbeiträge entrichtet wurden. Das *Sozio-ökonomische Panel* ist eine seit 1984 laufende jährliche Wiederholungsbefragung von Deutschen, Ausländern und Zuwanderern in den alten und neuen Bundesländern. Die Stichprobe umfasste im Erhebungsjahr 2013 knapp 14 Tsd. Haushalte mit nahezu 25 Tsd. Personen. Themenschwerpunkte sind unter anderem Haushaltszusammensetzung, Erwerbs- und Familienbiografie, Einkommensverläufe, Gesundheit und Lebenszufriedenheit. Im Rahmen der Erfragung der heutigen Lebenssituation wurde dabei auch die Frage nach Pflegetätigkeiten gestellt. Darüber hinaus werden die *Daten der Sozialhilfe und der Kriegsopferversorge* (Abschnitt 4.4) für die Analyse der Finanzierung der Kosten der Pflegebedürftigkeit herangezogen.

Tabelle 4.1 Entwicklung der Zahl Pflegebedürftigen nach Pflegestufe und Jahr insgesamt

	Insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	noch nicht zugeordnet
1999	2.016.091	926.476	784.824	285.264	19.527
2001	2.039.780	980.621	772.397	276.420	10.342
2003	2.076.935	1.029.078	764.077	276.126	7.654
2005	2.128.550	1.068.943	768.093	280.693	10.821
2007	2.246.829	1.156.779	787.465	291.752	10.833
2009 ¹⁾	2.338.252	1.247.564	787.018	293.096	10.574
2011 ¹⁾	2.501.441	1.370.017	818.190	304.736	8.498
2013 ²⁾	2.626.206	1.465.372	836.650	310.746	13.438

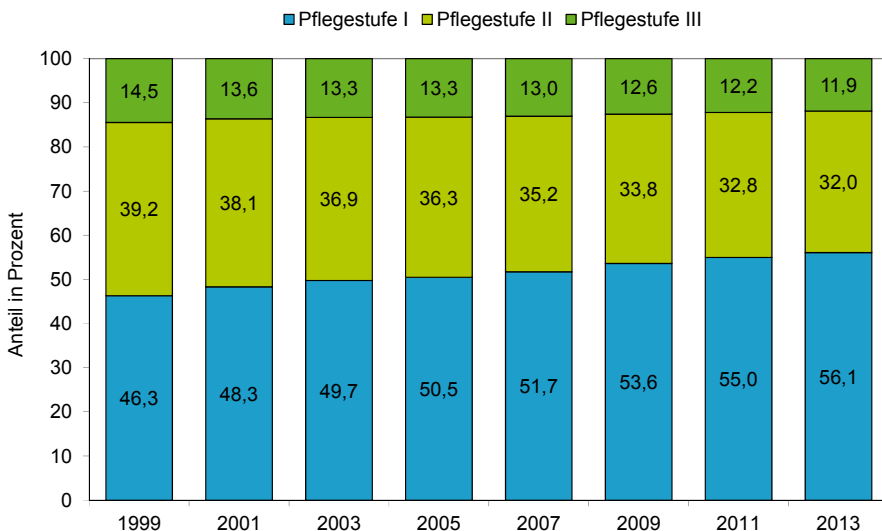
¹⁾ Für 2011 wird der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt durch eine Überzeichnung der „reinen“ Pflegegeldempfänger um etwa 4 Prozentpunkte zu hoch ausgewiesen. Die Vergleichbarkeit der Zahlen aus dem Jahr 2009 mit den Vorjahren ist ebenso eingeschränkt, da die teilstationären Fälle unterschiedlich berücksichtigt werden. Bis zur Erhebung 2007 wurden sie bei den stationären Fällen mitgezählt. Da die Bezieher von teilstationären Leistungen aber überwiegend auch ambulante Pflegeleistungen erhalten, kam es bis 2007 zu vielen Doppelzählungen. Die Messweise im Jahr 2009 unterschätzt hingegen eher die Zahl der Leistungsbezieher, weil es auch eine Reihe von Leistungsbeziehern gibt, die nur teilstationäre Leistungen beziehen. Diese werden in der Gesamtzählung des Jahres 2009 nicht erfasst.

²⁾ Nicht enthalten sind 109 Tsd. Menschen im Jahr 2013 (und in den Jahren davor), die eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen (PEA), aber keine Pflegestufe („Pflegestufe 0“; siehe auch Abschnitt 4.2.2).

Quelle: Statistisches Bundesamt (2015d)

4.2 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Die folgenden Abschnitte geben einen grundlegenden Überblick über die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland. Die dargestellten Entwicklungen gliedern sich dabei in die Entwicklungen nach Pflegestufen (Abschnitt 4.2.1) und nach Leistungsarten (Abschnitt 4.2.2). Des Weiteren werden die Zahlen der Pflegebedürftigen im Vergleich der verschiedenen Datenquellen dargestellt (Abschnitt 4.2.3) sowie die Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit berichtet (Abschnitt 4.2.4). Basierend auf diesen Prävalenzen werden anschließend Modellrechnungen zur Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2060 prä-



Anmerkung: Da die Leistungsempfänger der Pflegestufe „0“ erst ab dem Jahr 2013 in der Pflegestatistik ausgewiesen sind, wurden für den Vergleich aller Erhebungsjahre nur die Pflegebedürftigen der Pflegestufen I-III herangezogen.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2015d)

Abbildung 4.1 Verteilung der Pflegestufen nach Jahr insgesamt

sentiert (Abschnitt 4.2.5). Das Kapitel zu den Pflegebedürftigen schließt mit den Statistiken des Medizinischen Dienstes zu den Pflegebegutachtungen (Abschnitt 4.2.6) und einem Fazit zu der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen (Abschnitt 4.2.7).

4.2.1 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufe

Die Entwicklung vor 1999 ist auf Grundlage der Daten der Sozialen Pflegeversicherung darstellbar (siehe Abschnitt 4.2.3 und Rothgang et al. (2014: 53ff.)). Mit den Daten der Pflegestatistik kann die Zahl der Pflegebedürftigen erst ab 1999 nachgezeichnet werden. Danach ist die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt (in Sozialer und Privater Pflegeversicherung) von 2,02 Mio. im Jahr 1999 um 30 % auf 2,63 Mio. im Jahr 2013 angestiegen (Tabelle 4.1).

Tabelle 4.2

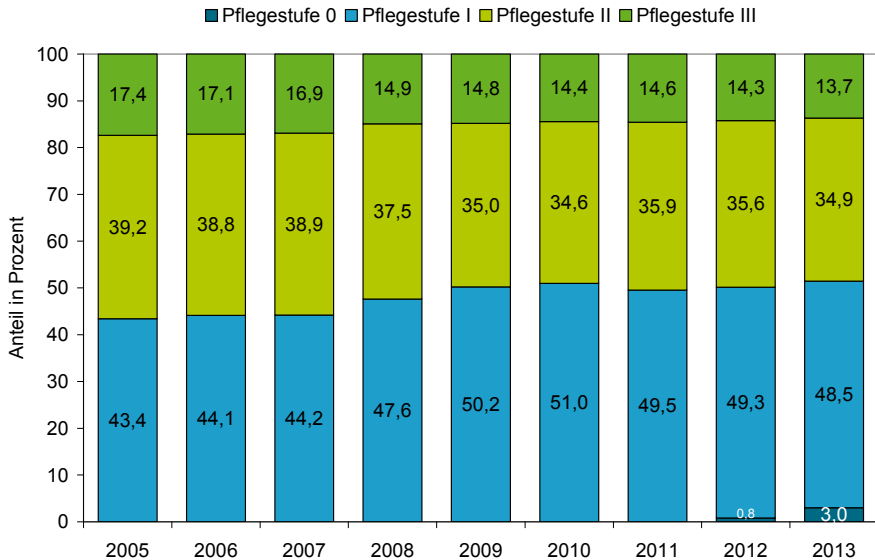
Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger nach Pflegestufe und Jahr in der Privaten Pflegeversicherung

	Insgesamt	Pflegestufe „0“	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
1997	88.377				
1998	96.968				
1999	102.947				
2000	106.709				
2001	110.980				
2002	114.452				
2003	116.845				
2004	122.583				
2005	128.343		55.694	50.329	22.320
2006	134.722		59.420	52.252	23.050
2007	140.230		62.009	54.521	23.700
2008	131.062		67.659	53.226	21.175
2009	138.181		69.353	48.360	20.468
2010	142.696		72.732	49.377	20.587
2011	145.099		71.892	52.095	21.112
2012	151.141	1.213	74.585	53.797	21.546
2013 ¹⁾	161.686	4.851	78.348	56.372	22.115

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

Quelle: PKV (2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2011a, 2011b, 2012, 2013)

Die Entwicklung der Verteilungen der Pflegestufen im Zeitraum von 1999 bis 2013 (Abbildung 4.1) zeigt, dass sich die Anteile der Pflegestufen deutlich in Richtung Pflegestufe I verschoben haben: Während 1999 46,3 % der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I waren, erhöhte sich dieser Anteilswert auf 56,1 % im Jahr 2013. Dementsprechend war der Anteil der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III zwischen 1999 und 2013 deutlich rückläufig: Der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe II ist von 39,2 % im Jahr 1999 kontinuierlich auf 32 % im Jahr 2013 gesunken, während der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe III von 14,5 % im Jahr 1999 auf zuletzt 11,9 % im Jahr 2013 zurückging.



Anmerkung: Die Leistungsempfänger der Pflegestufe „0“ wurden in den Jahren 2008 (Einführung der Pflegestufe „0“) bis einschließlich 2011 mit in der Pflegestufe I ausgewiesen. Die Anteile der Leistungsempfänger beziehen sich daher aus Gründen der Konsistenz durchgängig auf die Pflegebedürftigen der Stufen I-III und auf die Leistungsbezieher der sog. Pflegestufe „0“.

Quelle: PKV (2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2011a, 2011b, 2012, 2013)

Abbildung 4.2 Verteilung der Pflegestufen nach Jahr in der Privaten Pflegeversicherung

Damit setzt sich ein Trend fort, der auch schon auf Basis der Daten der Sozialen Pflegeversicherung in den Jahren 1995 bis 1999 erkennbar war. Auch die Entwicklung vor 1999 war durch eine Zunahme des Anteils der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I und einer Abnahme der Anteile der Pflegebedürftigen in Pflegestufe II und III gekennzeichnet (vgl. Rothgang et al. 2014: 53ff.).

In der Pflegestatistik ist auch die Teilgruppe der privat Pflegepflichtversicherten enthalten (ohne Pflegezusatzversicherung). Für diese ergibt sich ein Anstieg der Zahl der Leistungsbezieher von 88 Tsd. im Jahr 1997 auf knapp 162 Tsd. im Jahr 2013 (Tabelle 4.2). Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von absolut 4.500 bzw. im Durchschnitt (geometrisches Mittel) 3,9 % pro

Jahr. Lediglich einmal, im Jahr 2008, ist die Zahl der Pflegebedürftigen in der PPV im Vergleich zum Vorjahr gesunken, und zwar um knapp 9 Tsd. (=7 % des Vorjahreswertes). Der überdurchschnittlich hohe Anstieg um zuletzt 10 Tsd. Pflegebedürftige (7 % des Vorjahreswertes) auf 161 Tsd. Pflegebedürftige im Jahr 2013 ist nicht zuletzt auf die hohe Zahl von Leistungsempfängern der Pflegestufe „0“ zurückzuführen, also der Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI, die Leistungen nach §§ 45b und 123 SGB XI beziehen. Damit liegt die Wachstumsrate der Zahl der Leistungsempfänger in der PPV annähernd doppelt so hoch wie in der Sozialen Pflegeversicherung, deren Fallzahlen sich von 1997 bis 2013 um 2,1 % pro Jahr erhöht haben (Rothgang 2015b; Rothgang et al. 2014: 60). Aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur der Versichertenkollektive (vgl. Rothgang 2015a) ist auch für die Zukunft davon auszugehen, dass die Fallzahlwachstumsrate der PPV die der SPV deutlich übersteigt.

Auch die Entwicklung der Verteilung der Pflegestufen (Abbildung 4.2) folgt im Wesentlichen der in der Pflegestatistik: Während Pflegestufe I anteilig häufiger wird, nehmen die Besetzungen der Pflegestufen II und III anteilig jeweils ab. Allerdings sind die Anteilswerte für die Pflegestufe I dabei in der privaten Pflegeversicherung durchweg niedriger und für die Pflegestufe III durchweg höher als in der Pflegestatistik. Für einen Vergleich mit allen Leistungsbeziehern in der Pflegeversicherung muss jedoch auch berücksichtigt werden, dass die Leistungsbezieher in der Privaten Pflegeversicherung eine andere Alters- und Einkommensstruktur aufweisen (Rothgang 2015a; 2015b: 152ff.) und damit verbunden eine andere Inanspruchnahmestruktur.

4.2.2 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten

Von besonderer Bedeutung sind – nicht zuletzt aus Kostengründen – neben den Pflegestufen die Leistungsarten. Hierbei sind insbesondere die Hauptleistungsarten Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kombinationsleistungen sowie Leistungen bei stationärer Pflege zu unterscheiden. Im Folgenden wird, wie zuvor bei den Pflegestufen, auf die Entwicklung in der Pflegestatistik (die alle Pflegebe-

Tabelle 4.3 Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistung und Jahr insgesamt

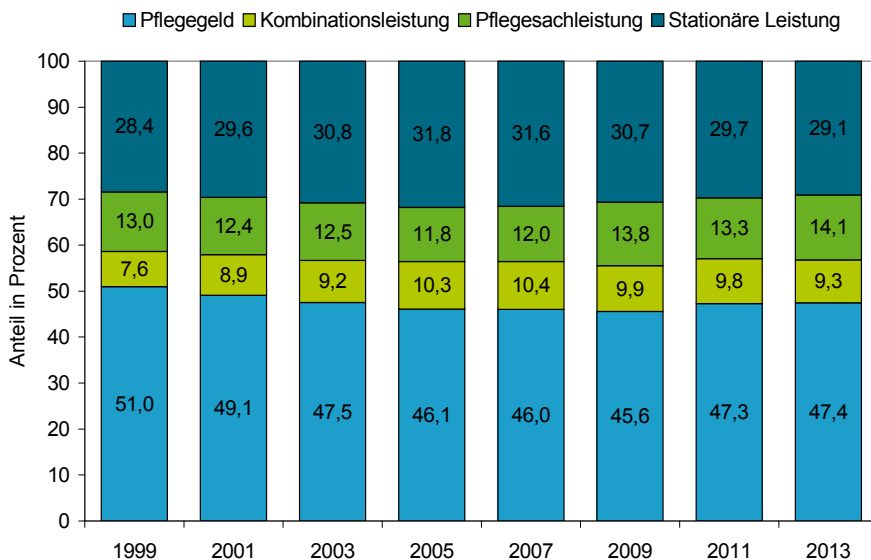
	Insgesamt	Pflegegeld	Pflegesachleistung	Kombinationsleistung	Stationäre Leistung
1999	2.016.091	1.027.591	261.461	153.828	573.211
2001	2.039.780	1.000.736	253.852	180.827	604.365
2003	2.076.935	986.520	259.598	190.528	640.289
2005	2.128.550	980.425	251.346	220.197	676.582
2007	2.246.829	1.033.286	270.092	234.140	709.311
2009	2.338.252	1.065.564	323.227	231.971	717.490
2011	2.501.441	1.182.057	331.616	244.648	743.120
2013	2.626.206	1.245.929	371.441	244.405	764.431

Anmerkung: Die Leistungsempfänger der Pflegestufe „0“, einschließlich derer, die seit 2013 Anspruch auf Pflegegeld-, Pflegesach- und Kombileistungen nach § 123 SGB XI haben, wurden nicht berücksichtigt.

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

dürftigen umfasst) sowie auf die Teilgruppe der Pflegebedürftigen in der Privaten Pflegeversicherung eingegangen.

Von den 2,63 Mio. Pflegebedürftigen im Jahr 2013 werden 1,86 Mio. (71 %) und damit der weitaus größte Anteil zu Hause gepflegt (Tabelle 4.3 und Abbildung 4.3). Von diesen Pflegebedürftigen erhalten 1,25 Mio. (47,4 % aller Pflegebedürftigen) Pflegegeld, werden also in der Regel ohne Beteiligung zugelassener Pflegedienste durch Angehörige gepflegt. Der wichtigste Grund für die hohe Verbreitung dieser Leistungsart ist, dass die meisten Pflegebedürftigen in der gewohnten Umgebung von vertrauten Personen betreut werden möchten und eine Entscheidung für professionelle Pflegekräfte erst dann getroffen wird, wenn die Betreuung durch Angehörige oder andere Personen im häuslichen Umfeld nicht mehr im erforderlichen Maße möglich ist (Runde et al. 2003). Darüber hinaus werden 615 Tsd. Pflegebedürftige in Privathaushalten durch ambulante Pflegedienste (mit)betreut, wobei 371 Tsd. Pflegebedürftige (14,1 %) ausschließlich Pflegesachleistungen zur Finanzierung ambulanter Pflegedienste und 244 Tsd. (9,3 %) Kombinationsleistungen beziehen, also sowohl Pflegedienste als auch Pflegegeld in Anspruch nehmen.



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

Abbildung 4.3 Verteilung der Leistungsarten

Bezogen auf alle Pflegebedürftige hat die Verbreitung¹¹ des Pflegegeldes von 51 % im Jahr 1999 auf 45,6 % im Jahr 2009 abgenommen, wobei der jährliche Rückgang des Anteilswertes nur anfänglich stärker ausgeprägt war. Anschließend stieg der Anteil der Pflegegeldempfänger aber wieder auf 47,4 % im Jahr 2013 an. Der Anteil der Nutzer von Kombinationsleistungen hat dagegen von 7,6 % im Jahr 1999 auf 10,4 % im Jahr 2007 zugenommen und ist seitdem leicht rückläufig auf zuletzt 9,3 % im Jahr 2013. Der Anteil der Nutzer von Pflegesachleistungen lag im ersten Berichtsjahr bei 13 %, fiel dann auf 11,8 % im Jahr 2005 ab und erreichte im letzten Berichtsjahr über 14 %. Werden die Anteilswerte für Sachleistungs- und Kombinationsleistungsempfänger (also die Pflegebedürftigen, bei denen ambulanten Pflegedienste an der Pflege beteiligt sind) addiert, so zeigt sich ein kontinuierlich steigender Anteilswert von 20,6 % im Jahr 1999 auf 23,7 % im Jahr 2009. Anschließend stagnierte der Anteil und blieb zuletzt bei

¹¹ Zur eingeschränkten Interpretierbarkeit der Verteilungen siehe Hinweis 1 zu Tabelle 4.1.

23,4 % im Jahr 2013. Insgesamt erfolgte in den Jahren 1999 bis 2013 also ein Anstieg um 14 % des Ausgangswertes.¹² Der Anteil der Bezieher stationärer Leistungen liegt höher als der der Sachleistungs- und Kombinationsleistungsempfänger. Er steigt von 1999 bis 2005, ist aber seit 2007 rückläufig, aber auch 2013 immer noch höher als 1999.

Insgesamt sind damit die Entwicklungen in der jüngeren Vergangenheit überwiegend durch Stagnationsprozesse gekennzeichnet. Zunächst fand eine Verschiebung in Richtung formeller Pflege statt. Diese hat sich zunächst vor allem in einem steigenden Anteil stationärer und ambulanter Pflege niedergeschlagen. Seit Mitte der 2000er Jahre gehen aber die Anteilswerte der stationären Pflege zurück. Der Anteil mit formeller ambulanter Pflege stagniert zuletzt, dabei steigt aber der Anteil der Sachleistungsempfänger im Vergleich zu den Kombi-Leistungsempfängern. Insgesamt scheint aber der Trend hin zu immer mehr formeller Pflege gebrochen zu sein.

In dem zum 1.1.2002 in Kraft getretenen Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) vom 14.12.2001 (BGBl. I, S. 2738) wurden für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) erstmals Ansprüche auf zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI gewährt, die seit dem 1.4.2002 in Anspruch genommen werden können. In dem zum 1.7.2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PflWG) vom 28.5.2008 (BGBl. I, S. 874) wurde nicht nur die Leistungshöhe für die Leistungen nach § 45b SGB XI angehoben und wurden entsprechende Leistungen für den stationären Sektor eingeführt (§ 87b SGB XI)¹³. Vielmehr wurde erstmals ein Leistungsanspruch auch für die Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz geschaffen, bei denen die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 SGB XI nicht vorliegen.

¹² In den Daten der Sozialen Pflegeversicherung steigt der Anteil der Pflegebedürftigen, die durch ambulante Pflegedienste (mit)versorgt werden im gleichen Zeitraum von 19,0 % auf 22,9 % und fällt mit 20,5 % etwas größer aus (vgl. Rothgang et al. 2014: 58ff.).

¹³ Für diese Personen können die Pflegeheime besondere Betreuungskräfte einstellen, die zusätzlich finanziert werden.

Tabelle 4.4

Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) gemäß § 45a SGB XI nach Pflegestufe und Pflegearrangement im Jahr 2013

Pflegestufe	Insgesamt	Pflegegeld ohne Pflegesachleistung (§ 45b und § 123) ¹⁾	Pflegesachleistung und Kombileistung (§ 45b und § 123) ¹⁾	Stationäre Leistung (§ 87b)
Pflegestufe "0"	108.740	65.638	31.519	11.583
Pflegestufe I	345.380	148.593	75.464	121.323
Pflegestufe II	370.766	105.995	67.102	197.669
Pflegestufe III	201.158	41.164	28.662	131.332
insgesamt	1.026.044	361.390	202.747	461.907

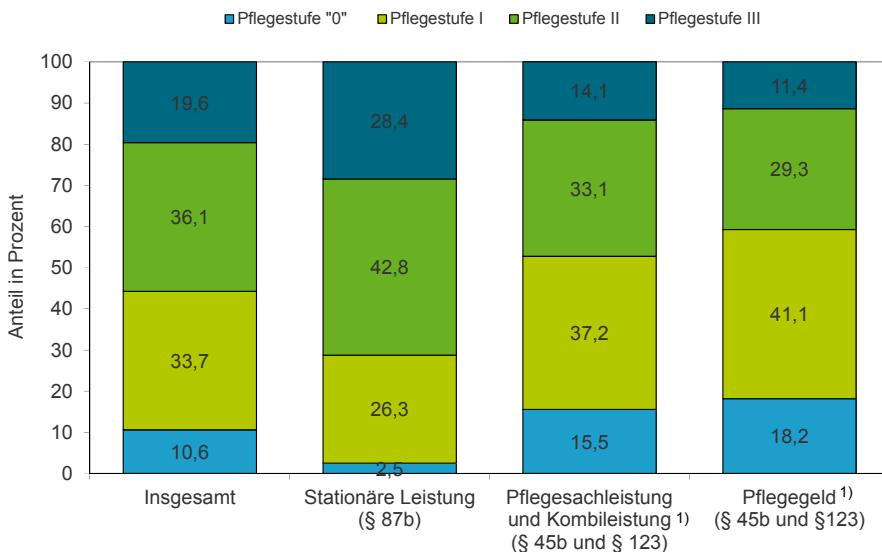
Anmerkung: 1.234 Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, denen, in überwiegend vollstationärer Pflege, noch keine Pflegestufe zugeordnet wurde, werden nicht berücksichtigt.

¹⁾ In den Pflegestufen 0, I und II handelt es sich vermutlich überwiegend um Leistungsbezieher nach § 123 SGB XI. In der Pflegestatistik wird zwischen Leistungsbeziehern nach § 45b und § 123 SGB XI in den Pflegestufen 0, I und II nicht explizit unterschieden. In Pflegestufe III sind dagegen ausschließlich Leistungsbezieher nach § 45b, da in dieser Pflegestufe keine Leistungen nach § 123 SGB XI gewährt werden.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2015d)

In Tabelle 4.4 ist die Zahl *aller* Personen, die bei der Begutachtung als PEA im Sinne des § 45a SGB XI begutachtet wurden *und* nach § 45b, § 123 sowie nach § 87b SGB XI Leistungen beziehen, differenziert nach der Pflegestufe, wiedergegeben. Insgesamt haben von den 2,626 Mio. Pflegebedürftigen 919 Tsd. (35 %) eine eingeschränkte Alltagskompetenz und sind in Pflegestufe I, II oder III.¹⁴ Weitere 109 Tsd. weisen keine Pflegestufe nach der Definition des Pflegeversicherungsgesetzes auf, sind also in der sog. Pflegestufe „0“. Erweitert man den Kreis der 2,626 Mio. Pflegebedürftigen nach SGB XI um den Kreis der 109 Tsd. Leistungsbezieher der „Pflegestufe 0“, die als nicht pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI gelten, so erhöht sich der Kreis *aller* Leistungsbezieher von Leistungen nach SGB XI, einschließlich derer nach § 45b, § 123 und

¹⁴ Der Anteil von Personen mit PEA-Status in den Daten der AOK fällt demgegenüber mit 45,5 % etwas höher aus (Jacobs et al. 2015: 211).



¹⁾ siehe Anmerkung 1 in Tabelle 4.4.

Quelle: Tabelle 4.4 nach Statistisches Bundesamt (2015d)

Abbildung 4.4 Verteilung der Pflegestufen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) gemäß § 45a SGB XI nach Pflegearrangement im Jahr 2013

87b SGB XI um 4,14 % auf 2,735 Mio. Die zusätzlichen Betreuungsleistungen kommen dabei ganz überwiegend, nämlich zu etwa knapp 90 %, den Menschen zugute, die bereits pflegebedürftig sind bzw. denen bei der Pflegebegutachtung auch eine Pflegebedürftigkeit attestiert wurde. Der Großteil der PEA befindet sich in häuslicher Pflege (564 Tsd.), während ein kleinerer Anteil auf die stationäre Pflege entfällt (461 Tsd.). Im Vergleich zu allen Leistungsempfängern ist die stationäre Pflege bei den PEA aber überproportional vertreten.

Tabelle 4.5

Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistung und Jahr in der Privaten Pflegeversicherung

	Insgesamt	Ambulante Pflege		Stationäre Pflege	
		Anzahl	%	Anzahl	%
1997	88.377				
1998	96.968				
1999	102.947				
2000	106.709				
2001	110.980				
2002	114.452				
2003	116.845				
2004	122.583				
2005	128.343	89.231	69,5	39.112	30,5
2006	134.722	93.438	69,4	41.284	30,6
2007	140.230	98.351	70,1	41.879	29,9
2008	131.062	100.215	70,5	41.845	29,5
2009	138.181	96.548	69,9	41.633	30,1
2010	142.696	99.409	69,7	43.287	30,3
2011	145.099	101.237	69,8	43.862	30,2
2012	151.141	105.758	70,0	45.383	30,0
2013	161.686	89.231	69,5	39.112	30,5

Quelle: PKV (2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2011a, 2011b, 2012, 2013)

In Abbildung 4.4 sind die Anteile der PEA in der jeweiligen Pflegestufe wiedergegeben, wie sie in den einzelnen Pflegearrangements auftreten. In der stationären Pflege sind sehr wenige Personen (2,5 %) mit eingeschränkter Alltagskompetenz *nicht* pflegebedürftig im Sinne des SGB XI, haben also keine Pflegestufe. Deutlich höher ist der Anteil unter Beteiligung ambulanter Pflegedienste, also bei den Pflegesach- und Kombileistungen (15,5 %), am höchsten aber, wenn ausschließlich Pflegegeld gezahlt wird, also die Pflege ohne Beteiligung von ambulanten Pflegediensten geleistet wird (18,2 %). Auch unterscheiden sich die Anteile der PEA mit einer Pflegestufe deutlich nach dem Pflegearrangement. Während bei den stationären Leistungen besonders viele Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz auf die höheren Pflegestufen II und III entfallen, dominiert in der häuslichen Pflege die niedrigere Pflegestufe I. Leistungen für

Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz werden damit überwiegend von ebenfalls pflegebedürftigen Menschen mit einer Pflegestufe genutzt. Nicht pflegebedürftige PEA beziehen am häufigsten Pflegegeld, werden also durch informelle Pflegepersonen und damit vermutlich durch ein intaktes Netzwerk aus Angehörigen, Nachbarn und Freunden gepflegt.

Die veröffentlichten Daten der *Privaten Pflegepflichtversicherung* erlauben nur eine relativ grobe Differenzierung in ambulante und stationäre Pflege (Tabelle 4.5). Dabei zeigt sich im Zeitverlauf, dass ab dem Jahr 2005 der Anteil der ambulanten Pflege bei etwa konstant 70 % und der Anteil der stationären Pflege bei etwa konstant 30 % liegt, also in ähnlicher Größenordnung wie bei allen Pflegebedürftigen. Die Abweichung beträgt über den gesamten Zeitraum maximal einen Prozentpunkt.

4.2.3 Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen im Vergleich der Datenquellen

Die Entwicklungen der Zahl der Pflegebedürftigen anhand der drei Datenquellen sind in Tabelle 4.6 gegenübergestellt. Die Zahlen der Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) zuzüglich der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) entsprechen weitgehend den in der Pflegestatistik ausgewiesenen Zahlen, da diese beide Versichertenarten mit einbezieht. Dennoch gibt es immer auch Abweichungen in Höhe von knapp 35 Tsd. (2009) bis knapp 90 Tsd. (2001), die z. T. auf unterschiedlichen Erfassungen von behinderten Menschen oder Menschen ohne Pflegestufe in Pflegeheimen beruhen (siehe Abschnitt 4.1), oder auf der unterschiedlichen Berücksichtigung von Leistungsbeziehern der Pflegestufe „0“, die beispielsweise in der PPV enthalten sind. Darüber hinaus wird vermutet, dass insbesondere verbesserte Datenlieferungen der Pflegekassen für die Pflegestatistik zu Abweichungen geführt haben, beispielsweise in Höhe von 40.000 Pflegebedürftigen im Jahr 2009 (Statistisches Bundesamt 2011b). Aktuelle Werte für das Jahr 2014 liegen bislang nur für die SPV vor. Danach ist die Zahl der Pflegebedürftigen in der SPV auf 2.568.590 angestiegen und damit um weitere 3,6 % gegenüber dem Vorjahr.

Tabelle 4.6 Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Datenquelle

Jahr	(1) Pflegestatistik	(2) Soziale Pflegever- sicherung (SPV)	(3) Private Pflegepflicht- versicherung ¹⁾ (PPV)	(4) Differenz von Pflegestatistik zur Versicherungsstatistik = (1) – (2) – (3)
1995		1.061.418		
1996		1.546.746		
1997		1.659.948	88.377	
1998		1.738.118	96.968	
1999	2.016.091	1.826.362	102.947	86.782
2000		1.822.169	106.709	
2001	2.039.780	1.839.602	110.980	89.198
2002		1.888.969	114.452	
2003	2.076.935	1.895.417	116.845	64.673
2004		1.925.703	122.583	
2005	2.128.550	1.951.953	128.343	48.254
2006		1.968.505	134.722	
2007	2.246.829	2.029.285	140.230	77.314
2008		2.113.485	131.062	
2009	2.338.252	2.235.221	138.181	-35.150
2010		2.287.799	142.696	
2011	2.501.441	2.317.374	145.099	38.968
2012		2.396.654	151.141	
2013	2.626.206	2.479.590	161.686	-15.070
2014		2.568.936		

¹⁾ Die Werte der privaten Pflegepflichtversicherung enthalten zudem die Leistungsbezieher der Pflegestufe „0“. Diese belaufen sich im Jahr 2012 auf 1.213 und im Jahr 2013 auf 4.851 Personen.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2015d); BMG (2014b); PKV (2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2011a, 2011b, 2012, 2013)

Zusätzlich beruhen alle drei Datenquellen auf Querschnittserhebungen, die per se bei unterschiedlichen Stichtagen und z. T. relativ kurzen Verweildauern in Pflegebedürftigkeit zu unterschiedlichen Ergebnissen führen können (Müller et al. 2010). Insgesamt machen diese Unterschiede damit auch deutlich, dass die

Datenquellen mit unterschiedlichen Zielsetzungen und Berichtswegen konzipiert wurden und nur unter Berücksichtigung der jeweiligen spezifischen Besonderheiten der Daten verglichen werden dürfen (vgl. Statistisches Bundesamt 2011b).

4.2.4 Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit

Während die Entwicklungen der absoluten Häufigkeiten der Pflegebedürftigen (Abschnitte 4.2.1 bis 4.2.3) letztlich „nur“ über die quantitative Verbreitung der Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB XI informieren, lassen sie keine Aussagen darüber zu, ob sich die altersspezifische Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf geändert hat. Zur Beantwortung dieser Frage muss die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen unabhängig von der altersstrukturellen Entwicklung betrachtet werden, mit anderen Worten: es muss die Entwicklung der so genannten Prävalenzen nachgezeichnet werden. Für eine gegebene Population kann die Zahl der Pflegebedürftigen zur Zahl der Mitglieder der Gesamtpopulation ins Verhältnis gesetzt werden. Dieser Quotient gibt die „Prävalenz“ des interessierenden Zustands, hier also der Pflegebedürftigkeit, an und kann selbst wieder nach Teilpopulationen (in diesem Fall insbesondere nach Alter und Geschlecht) differenziert werden (vgl. Kreienbrock & Schach 2005: 10). Prospektiv gewendet kann diese Prävalenz als Pflegewahrscheinlichkeit oder Pflegefallwahrscheinlichkeit interpretiert werden, also als Wahrscheinlichkeit dafür, dass ein Mitglied der entsprechenden Population pflegebedürftig ist.

Prävalenzen und ihre Entwicklung sind von entscheidender Bedeutung für Vorausberechnungen zur zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen und zur zukünftigen Finanzentwicklung der Pflegeversicherung. Die Frage nach den Veränderungen dieser Prävalenzen im Zeitverlauf wird in der Literatur insbesondere im Hinblick auf die bekannt gewordene Kontroverse um die „Kompression der Morbidität“ diskutiert (Comas-Herrera et al. 2006; Unger 2003, 2006, 2015). Dabei geht es um die Frage, ob mit der steigenden Lebenserwartung auch eine Verlängerung der krankheitsfreien Lebensphase einher geht, bzw. ob durch die verlängerte Lebenserwartung lediglich die Lebensphase in gesundheitlicher Beeinträchtigung bzw. Krankheit weiter ausgedehnt wird. Diese Frage wird in der Literatur überwiegend zugunsten der erstgenannten Alternative beantwortet: Die gewonnenen Jahre sind im Allgemeinen auch gesunde Jahre. Weitere Untersu-

chungen haben dabei gezeigt, dass dieser Zugewinn an gesunden Lebensjahren von der Definition von Gesundheit bzw. Krankheit abhängig ist: So ist im Hinblick auf schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigungen ein deutlicher Zugewinn der so genannten „gesunden Lebenserwartung“ für jüngere Geburtskohorten zu verzeichnen. Bei moderaten und leichten Beeinträchtigungen fällt dieser Zugewinn geringer aus (Cambois & Robine 1996; Robine et al. 2003; Unger 2006). Insgesamt beobachten diese Studien also überwiegend einen Rückgang der alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenz, der je nach verwendetem Gesundheitsindikator unterschiedlich stark ausfällt.

Studien, die sich der zeitlichen Veränderung der Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit widmen, liegen für Deutschland mittlerweile recht zahlreich vor (zum Überblick Unger 2015). So haben beispielsweise Unger et al. (2011) festgestellt, dass sich zwischen den Perioden 1999-2003 und 2004-2008 sowohl die Lebenserwartung frei von Pflegebedürftigkeit, als auch die Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit gleichermaßen ausgedehnt haben. Es kam also sowohl absolut als auch relativ betrachtet nicht zu einer Kompression der Pflegebedürftigkeit auf einen kürzeren Abschnitt vor dem Tod, was insgesamt, d. h. über alle Pflegestufen hinweg betrachtet, mit einer (nahezu) gleichbleibenden, bzw. leicht rückläufigen Prävalenz von Pflegebedürftigkeit verbunden ist. Diese Befunde wurden durch eine Reihe weiterer Studien bestätigt.

Kann nun anhand der Daten der Pflegestatistik für den Zeitraum von 1999 bis 2013 ebenfalls von gleichbleibenden Pflegeprävalenzen gesprochen werden? Für eine realistische Betrachtung ist es dabei notwendig, die alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen im Zeitverlauf zu untersuchen. Im Folgenden werden daher die Prävalenzen im Zeitraum von 1999 bis 2013 untersucht. Ergänzt wird diese Betrachtung um die Analyse der Prävalenz der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenzen (PEA) für das Jahr 2013. Die Analysen werden anhand der Pflegestatistik durchgeführt, weil dadurch die Prävalenzen in der Gesamtbevölkerung (SPV-Versicherte + PPV-Versicherte) bestimmt werden und damit auch für Prognosen für die Gesamtbevölkerung verwendet werden können (Abschnitt 4.2.5).

Die Veränderung der Pflegeprävalenzen im Zeitverlauf ist allerdings für einige Alterskategorien schwierig zu ermitteln, da die ihr zugrundeliegenden Bevölke-

rungsbestände, die für die Nenner der Pflegeprävalenzen benötigt werden, auf Bevölkerungsfortschreibungen auf Grundlage *verschiedener* Zensen beruhen. So beruht der Bevölkerungsbestand bis 2009 bislang auf der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage der Volkszählung von 1987, der mit zunehmendem Abstand vom Basisjahr, insbesondere in den oberen Altersjahren, immer schwieriger zu bestimmen war. So zeigt der Zensus von 2011, dass deutlich weniger ältere Menschen in Deutschland leben als bislang angenommen. Nach dem Zensus lebten im Jahr 2011 beispielsweise im Alter von 90 Jahren und älter lediglich 123 Tsd. Männer in Deutschland. Auf Basis der Fortschreibung auf Grundlage der Volkszählung von 1987 schätzte man die männliche Bevölkerung in dem Alter auf 173 Tsd. Die Zahl der alten Männer wurde damit um rund ein Drittel zu hoch geschätzt. Bei den Frauen sind die Abweichungen zwar geringer, aber ebenfalls vorhanden. Nach dem Zensus von 2011 lebten 462 Tsd. Frauen im Alter von mindestens 90 Jahren in Deutschland. Dies sind 5 % weniger als die 488 Tsd. Frauen, die die Bevölkerungsfortschreibung angegeben hatte (Statistisches Bundesamt 2014a: 17). Da ab dem Jahr 2011 nur noch die korrigierten Bevölkerungszahlen auf Basis des Zensus von 2011 vorliegen, kommt es zu einem Bruch im Nenner jeglicher Prävalenzbestimmungen. Eine Division der Zahl der Pflegebedürftigen durch die unterschiedlichen Bevölkerungszahlen resultiert letztlich auch in unterschiedlich hohen berechneten Prävalenzen. Dadurch wird die zeitliche Entwicklung der Prävalenz nur eingeschränkt interpretierbar. Tendenziell wurden die Prävalenzen in den Jahren bis 2009 eher *unterschätzt*, da von einer zu großen Bestandsbevölkerung ausgegangen wurde.

Zunächst zeigt sich der bekannte Anstieg der Pflegewahrscheinlichkeit mit dem Alter (Abbildung 4.5 und Abbildung 4.6). Männer und Frauen haben in den Altersgruppen von unter 5 bis 50 eine Wahrscheinlichkeit von etwa 0,5 % pflegebedürftig zu sein (mit etwas höheren Werten zwischen 5 und 20 Jahren). Anschließend steigt die Wahrscheinlichkeit und beträgt im Alter 55-60 etwa 1 % und im Alter 70-75 etwa 5 %. Im weiteren Verlauf steigt die Wahrscheinlichkeit für Frauen schneller als für Männer an. Im Alter von 85-90 beträgt sie für Männer etwa 30 % und für Frauen bereits 40 %. Im Alter von 90 und darüber beträgt sie für Männer etwa 45 % und für Frauen etwa 65 %.

Über die Jahre kommt es innerhalb der einzelnen Altersgruppen zumeist nur zu geringen Schwankungen in den Prävalenzen. Besonders auffällige Entwicklungen gibt es nur bei den Männern bis zur Altersgruppe der 50-Jährigen und bei den über 90-jährigen Männern. Hier kommt es in den Jahren 2011 und 2013 gegenüber den Jahren 1999 bis 2009 zu einem scheinbaren sprunghaften Anstieg der Pflegeprävalenzen. Dieser beruht jedoch bei den hochaltrigen Männern in erster Linie auf einer zu hoch angenommenen Bestandsbevölkerung und daraus resultierenden zu niedrigeren Pflegeprävalenzen in den Jahren bis 2009, statt auf einem tatsächlichen Anstieg der Pflegeprävalenzen.¹⁵

Bedenkt man aber die geringeren Fallzahlen im jüngeren Alter und die veränderte Datengrundlage für die Prävalenzbestimmung ab dem Jahr 2011, dann ist in der Summe eher von gleichbleibenden bzw. von leicht schwankenden Pflegeprävalenzen als von einem Anstieg im Zeitraum von 1999 bis 2013 auszugehen. Dies konnte auch durch eine Reihe von Studien zur Lebenserwartung frei von Pflegebedürftigkeit nachgewiesen werden, die auf Grundlage von Krankenkassendaten durchgeführt wurden und damit *nicht* auf unterschiedlichen Datenquellen in Zähler und Nenner der Pflegeprävalenzen beruhen (vgl. Unger 2015).

Der absolute Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen (siehe Abschnitte 4.2.1 bis 4.2.3) ist also nicht auf eine Erhöhung der alters- und geschlechtsspezifischen Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit in der jüngsten Vergangenheit, sondern vielmehr auf die veränderte Altersstruktur zurückzuführen. Je größer der Anteil der Älteren an der Bevölkerung wird, desto größer wird bei im Zeitverlauf gleichbleibender, aber mit dem Alter steigender Prävalenz auch die Zahl der Pflegebedürftigen. Hierzu wird in Abbildung 4.7 simuliert, wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2013 entwickelt hätte, wenn die Altersstruktur aus dem Jahr 1999 für alle Beobachtungszeitpunkte zugrunde gelegt wird („Altersstandardisierung“). Es wird geprüft, welcher Anteil der Veränderung der altersstrukturellen Zusammensetzung der Bevölkerung (also der „Alterung“ der Bevölkerung) an dem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zukommt.

¹⁵ Zu den Auswirkungen der verschiedenen Bevölkerungsbestände des Jahres 2011 durch die Bevölkerungsfortschreibung des Zensus von 1987 bzw. des Zensus 2011 auf die Pflegeprävalenz siehe auch Abschnitt 4.2.5.

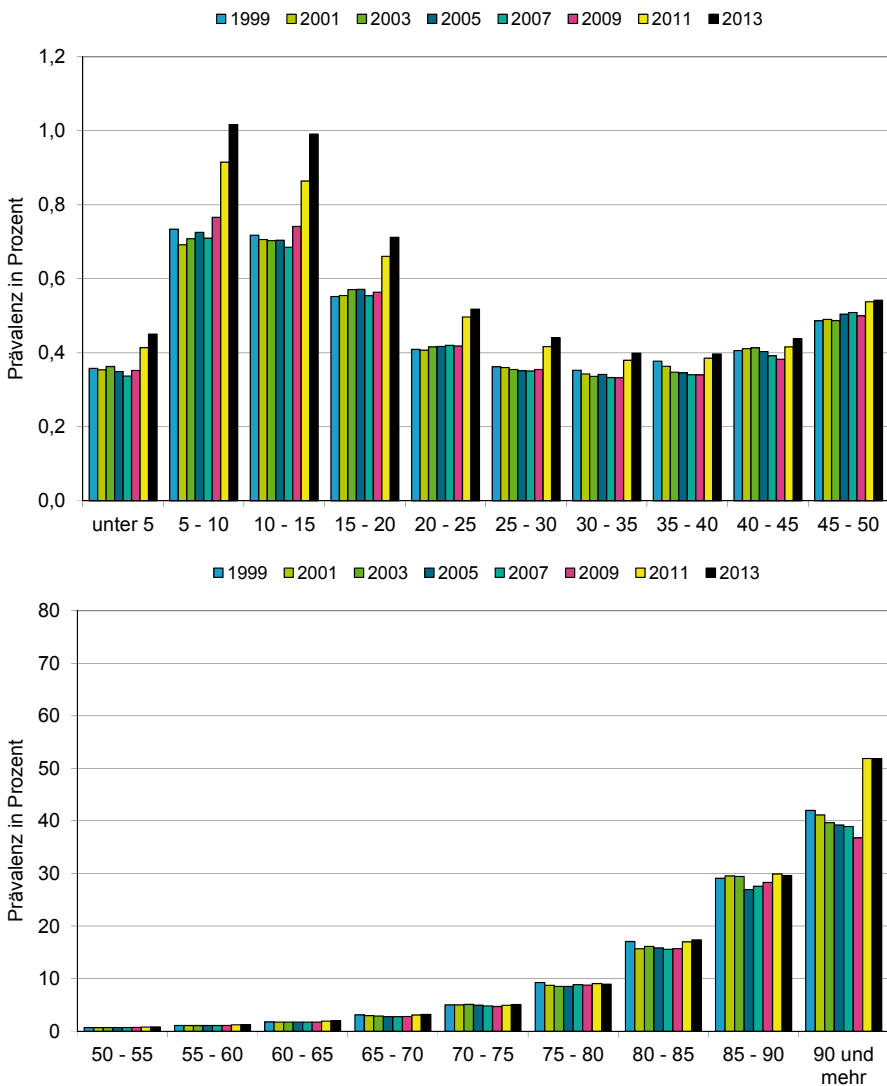


Abbildung 4.5 Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Männern (Pflegestufe I-III) nach Altersgruppen und Jahr

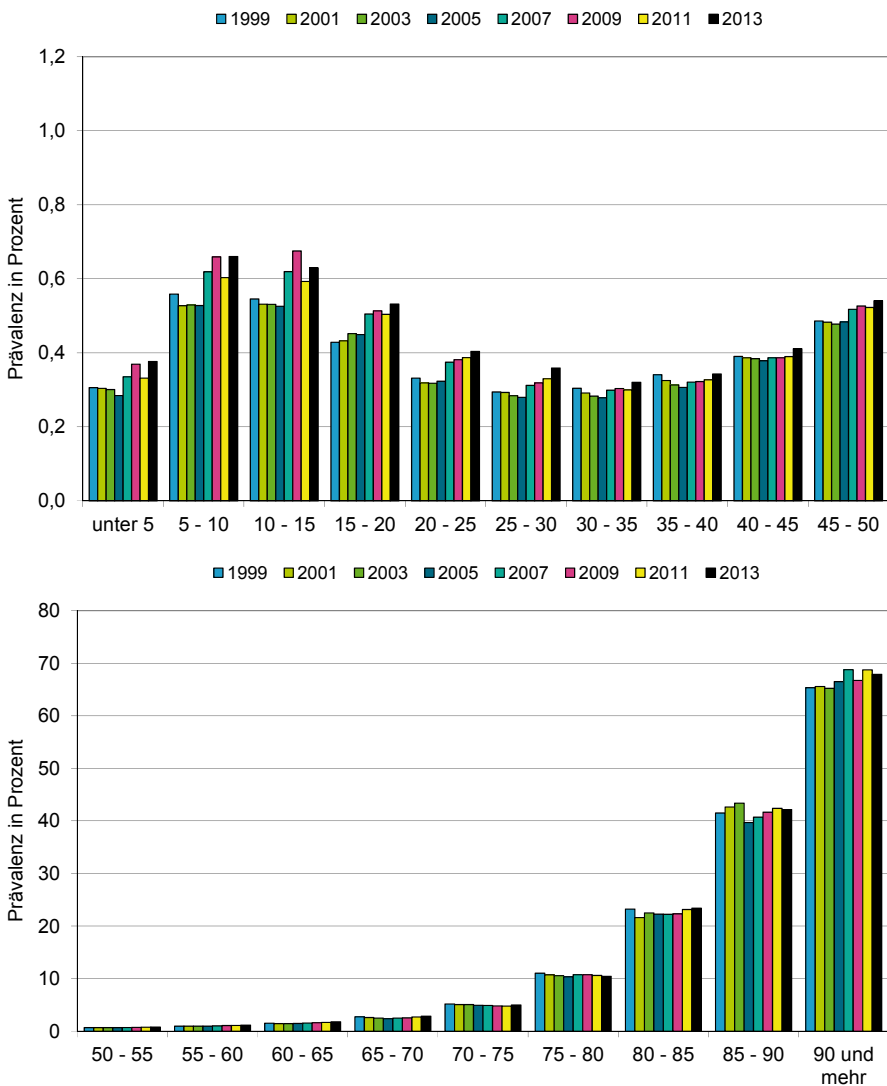
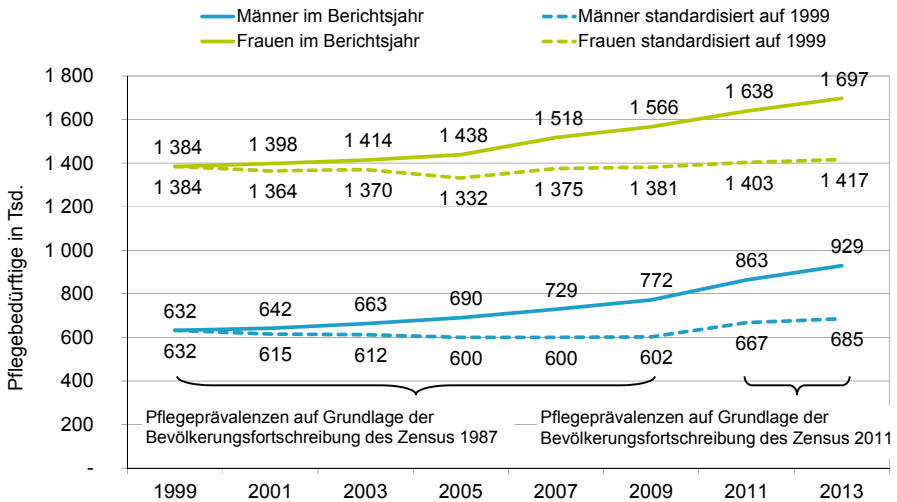


Abbildung 4.6 Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Frauen (Pflegestufe I-III) nach Altersgruppen und Jahr

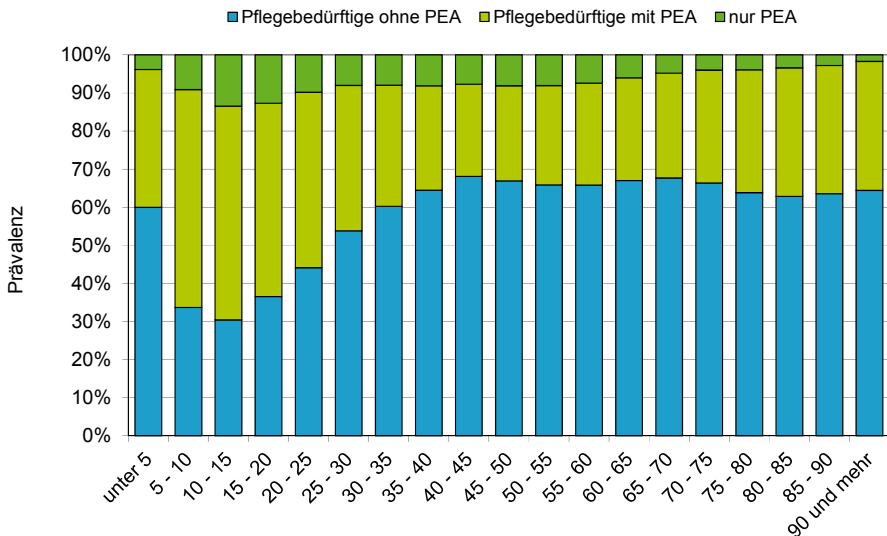


Quelle: Eigene Berechnung basierend auf Statistisches Bundesamt (2001, 2003, 2005a, 2007c, 2008c, 2011b, 2013a, 2015d) Statistisches Bundesamt (2004, 2005b, 2005c, 2005d, 2007a, 2007b, 2008a, 2010a, 2011a, 2012, 2014a)

Abbildung 4.7 Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Geschlecht und Berichtsjahr (in Tsd.)

Wird zunächst die tatsächliche Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen im jeweiligen Berichtsjahr betrachtet, zeigt sich, dass die Zahl der pflegebedürftigen Männer von 632 Tsd. im Jahr 1999 um 47 % auf 929 Tsd. im Jahr 2013 ansteigt, die der Frauen von 1,384 Mio. um 22 % auf 1,697 Mio. Wird eine Altersstandardisierung basierend auf dem Jahr 1999 durchgeführt, zeigen sich hingegen nahezu keine bzw. nur geringe Veränderungen in der Zahl der Pflegebedürftigen.¹⁶ Hätte sich die Altersstruktur seit 1999 nicht verändert, läge die Zahl der pflegebedürftigen Männer im Jahr 2013 um 26 % (685 Tsd. gegenüber 929 Tsd.) und die der Frauen um 21 % (1,173 Mio. gegenüber 1,486 Mio.) unter den tatsächlichen Werten und sehr nahe am Wert für 1999. Dies gilt insbesondere, wenn

¹⁶ Die Werte in den Jahren 2011 und 2013 liegen deshalb etwas höher, da die Zahl der Pflegebedürftigen auf der Grundlage der etwas höheren Pflegeprävalenzen der Jahre 2011 und 2013 bestimmt wurden, die auf das einheitliche Bezugsjahr von 1999 – das eine zu hohe Bestandsbevölkerung ausweist – angewendet werden.

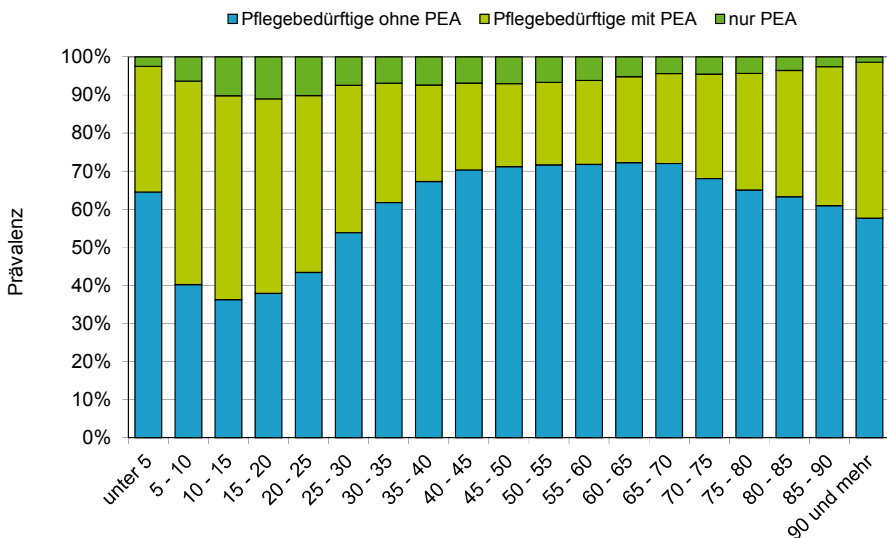


Quelle: Statistisches Bundesamt (2015b, 2015d)

Abbildung 4.8 Prävalenz von Pflegebedürftigkeit der Männer insgesamt nach PEA und Alter im Jahr 2013

berücksichtigt wird, dass ab 2011 mit den „neuen Prävalenzen“ gerechnet wird. Der Fallzahlenanstieg ist damit nahezu ausschließlich der Bevölkerungsalterung zuzuschreiben.

Da in der Pflegestatistik 2013 erstmals Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) als Leistungsbezieher erfasst werden (siehe Abschnitt 4.2.2), können auch altersspezifische Prävalenzen für diese Personengruppe erstellt werden. Die PEA-Leistungen werden zumeist bei demenzbedingten Erkrankungen aber auch bei geistigen Behinderungen oder psychischen Einschränkungen gewährt. Die Erstellung altersspezifischer Prävalenzen ist insofern notwendig, da die Menschen mit erheblichen eingeschränkten Alltagskompetenzen einen Leistungsanspruch nach SGB XI begründen, der über den derzeitigen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der an rein funktionalen Funktionseinschränkungen ansetzt, hinausgeht und den Kreis der Leistungsempfänger zusätzlich erweitert. Die folgenden Darstellungen der Prävalenzen beziehen daher sowohl



Quelle: Statistisches Bundesamt (2015c, 2015d)

Abbildung 4.9 Prävalenz von Pflegebedürftigkeit der Frauen insgesamt nach PEA und Alter im Jahr 2013

alle Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 SGB XI als auch PEA ein, die nicht pflegebedürftig im Sinne des § 14 SGB XI sind (Abbildung 4.8 für Männer und Abbildung 4.9 für Frauen).

Der überwiegende Anteil an der Gesamtprävalenz entfällt dabei auf die Pflegebedürftigen nach dem bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Lediglich durchschnittlich knapp 5 % der Männer und etwa 3,5 % der Frauen bekommen *ausschließlich* Leistungen für PEA, wobei die höchsten Anteile um 10 bis 15 % bei den 10- bis 25-Jährigen liegen, die bis ins hohe Alter von 90 und mehr Jahren kontinuierlich abnehmen. Der überwiegende Anteil dagegen bezieht Pflegeleistungen nach dem bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff, wobei vor allem in den Altersjahren von 5-40 *anteilig* mit z. T. über 50 % am häufigsten *zusätzliche* Leistungen für PEA gewährt werden. Bei Männern und Frauen nimmt anschließend der Anteil der Pflegebedürftigen mit zusätzlichen PEA-Leistungen auf etwa

30 % ab, wobei sich der Anteil der Frauen etwa ab 70 Jahren wieder deutlich erhöht. Bei den Männern bleibt der Anteil bis ins hohe Alter etwa gleich.

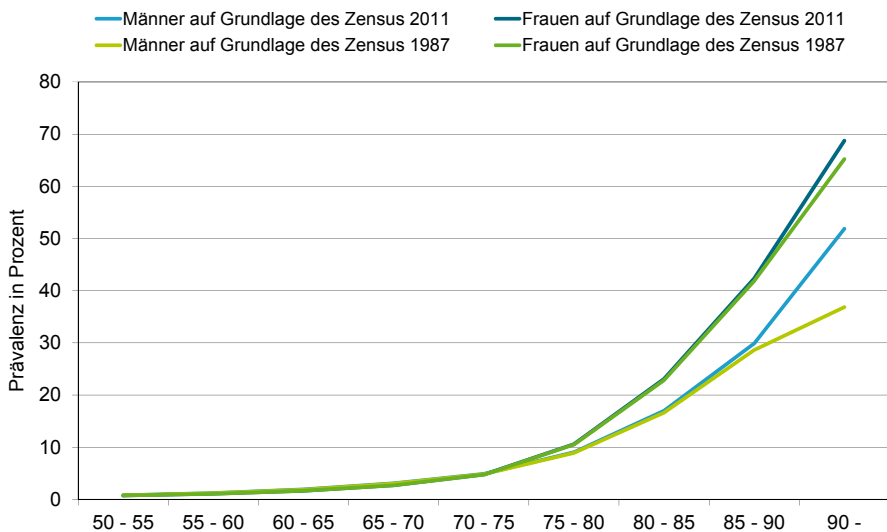
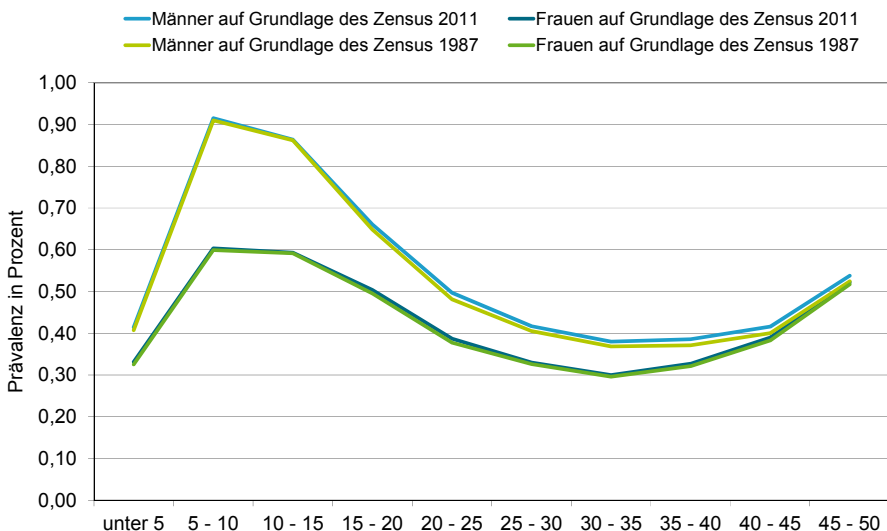
PEA-Leistungen werden damit zwar vor allem *absolut* am häufigsten in den oberen Altersjahren nachgefragt, da in diesen auch die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit insgesamt am höchsten ist, dennoch zeigt sich auch in den jüngeren Altersjahren eine deutliche Nachfrage an den PEA-Leistungen, die *relativ* gesehen, deutlich über der in den oberen Altersjahren liegt.

4.2.5 Modellrechnungen zur Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2060

Dass die Anzahl der Pflegebedürftigen bundesweit steigen wird, ist mittlerweile unbestritten. Modellrechnungen zu den zukünftigen Zahlen der Pflegebedürftigen beruhen bislang auf den Pflegeprävalenzen der Jahre 2005 (Statistisches Bundesamt 2008b) bzw. 2009 (Rothgang et al. 2012), die auf der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage der Volkszählung von 1987 und auf der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung basieren.¹⁷ Die den Analysen zugrunde liegenden altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten wurden über den Prognosezeitraum überwiegend konstant gehalten, da seit Beginn der Pflegestatistik im Jahr 1999 bis zur jüngsten Erhebung im Jahr 2013 keine wesentlichen Veränderungen in der Pflegeprävalenz festgestellt werden konnten (siehe auch Abschnitt 4.2.4).

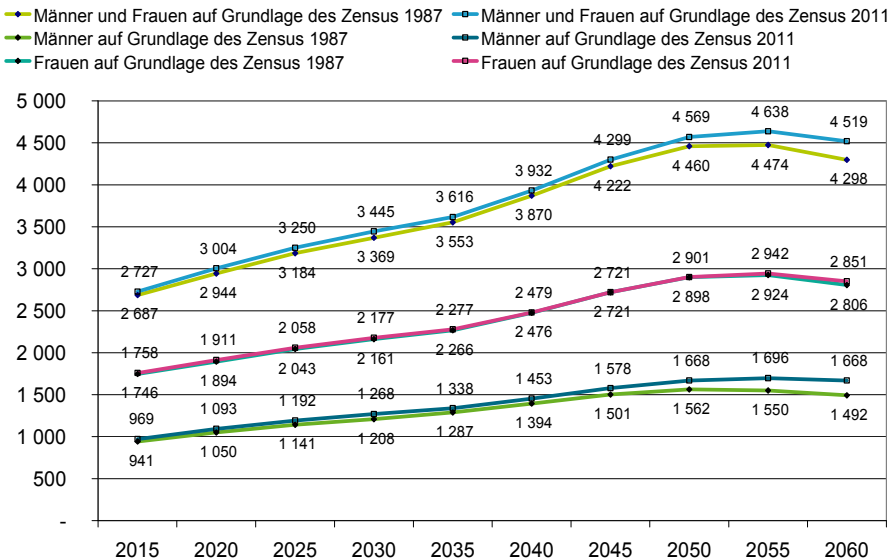
Der Bevölkerungsbestand, insbesondere die Zahl der alten Männer, und damit der Nenner der Pflegeprävalenz ist wie oben schon erwähnt auf Grundlage der Bevölkerungsfortschreibung auf Basis der Volkszählung von 1987 überschätzt.

¹⁷ Lediglich eine Pflegeprognose beruht bislang auf der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (BIB 2015). Diese basiert jedoch auf der 2. Variante, die von einer stärkeren Zuwanderung von 200.000 Personen pro Jahr ausgeht, und nutzt lediglich den Prognosezeitraum bis 2030.



Quelle: Statistisches Bundesamt (2012, 2014a, 2015d)

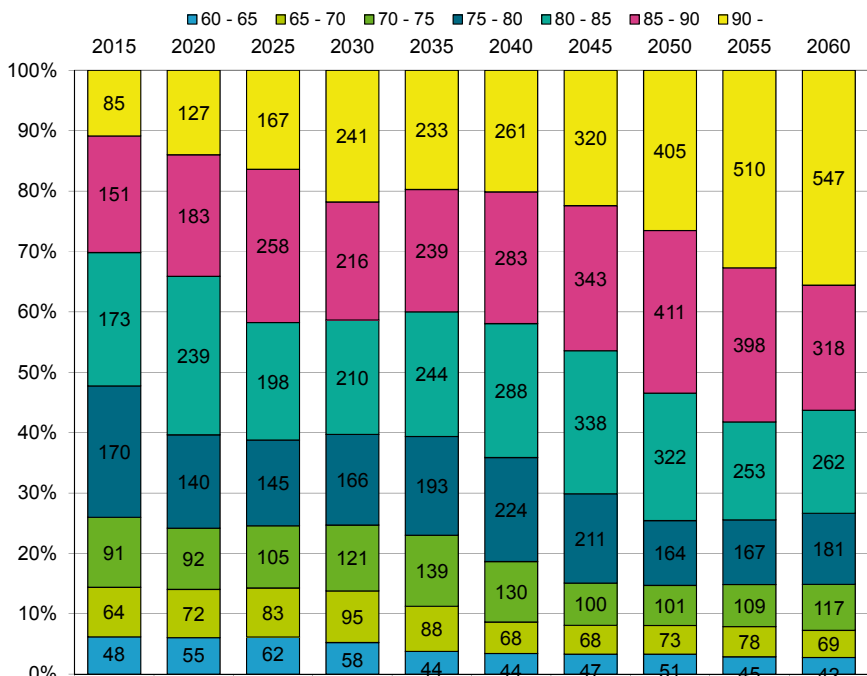
Abbildung 4.10 Pflegeprävalenzen im Jahr 2011 auf Grundlage des Zensus 2011 und der Bevölkerungsfortschreibung des Zensus 1987



Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf Statistisches Bundesamt (2009b, 2013a, 2015b)

Abbildung 4.11 Projektion der pflegebedürftigen Männer und Frauen bis zum Jahr 2060 mit Prävalenzen auf Grundlage der Zensen von 1987 und 2011 sowie einer Bevölkerungsentwicklung gemäß der 12. bzw. 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

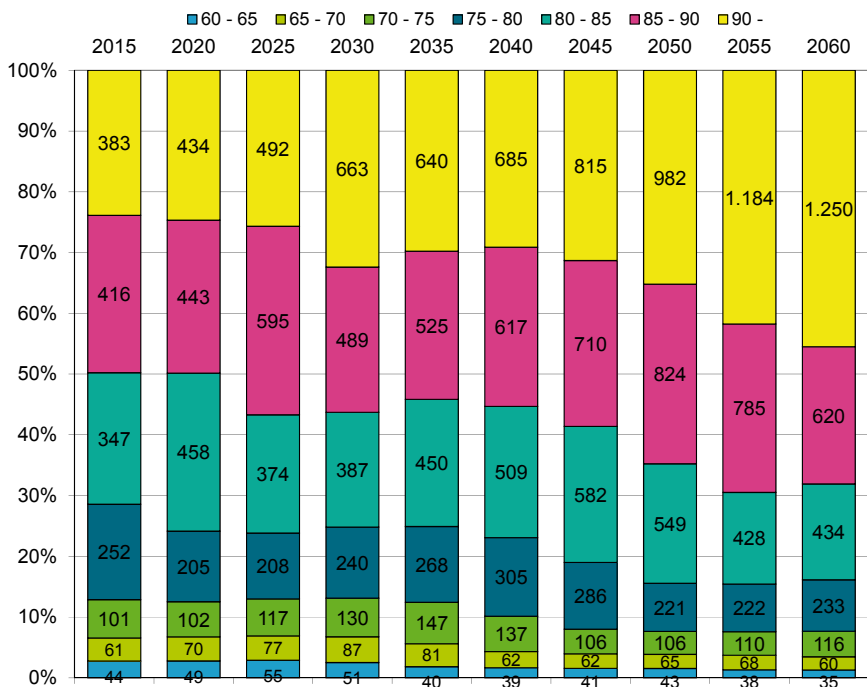
Bei Berücksichtigung der niedrigeren Bestandsbevölkerung, wie sie sich aus dem Zensus 2011 darstellt, ergibt sich jedoch eine höhere Pflegeprävalenz. In Abbildung 4.10 sind hierzu die Pflegeprävalenzen des Jahres 2011, die sich unter Verwendung der Bevölkerungsfortschreibungen auf Grundlage des Zensus von 1987 ergeben, denen gegenübergestellt, die sich auf Grundlage des Zensus von 2011 berechnen lassen. Die Pflegeprävalenz auf Grundlage des Zensus 2011 liegt dabei in jeder Altersgruppe über der auf Grundlage der Fortschreibung des Zensus 1987, wobei die Abweichung in der Altersgruppe der über 90-jährigen Männer besonders groß ist. Doch auch in der Gruppe der 20- bis 45-jährigen Männer zeigen sich bereits deutlich erkennbare Unterschiede in einer Größenordnung von bis zu knapp 4 % zwischen den Pflegeprävalenzen auf Grundlage der zwei Zensen.



Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf Statistisches Bundesamt (2009b, 2013a, 2015b)

Abbildung 4.12 Verteilung der pflegebedürftigen Männer nach Altersgruppen und Jahr in Prozent (Pflegebedürftige in Tsd.)

Diese unterschiedlich ermittelten Pflegeprävalenzen haben Auswirkungen auf die Projektionen der Zahl zukünftiger Pflegebedürftiger. Im Folgenden werden daher Modellrechnungen auf Basis der Prävalenzen gemäß der älteren Bevölkerungsfortschreibung und der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt 2009a) verglichen mit Modellrechnungen auf Basis der Prävalenzen anhand des Zensus 2011 und der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt 2015b). Für den Vergleich wurden jeweils die „ersten“ Varianten der Bevölkerungsvorausberechnungen genutzt, die von einer Konstanz in der zusammengefassten Geburtenziffer von 1,4 je Frau ausgehen, einen moderaten Anstieg in der Lebenserwartung unterstellen und von einer Nettozuwanderung von dauerhaft 100.000 Personen pro Jahr ausge-



Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf Statistisches Bundesamt (2009b, 2013a, 2015b)

Abbildung 4.13 Verteilung der pflegebedürftigen Frauen nach Altersgruppen und Jahr in Prozent (Pflegebedürftige in Tsd.)

hen. Die 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung berücksichtigt in Variante 1 zudem eine stärkere Nettozuwanderung von 500.000 in den Jahren ab 2014, die bis zum Jahr 2021 auf 100.000 absinkt.

Welche Auswirkungen die jeweiligen Bevölkerungsvorausberechnungen im Zusammenspiel mit den Prävalenzen auf Grundlage der unterschiedlichen Zensen auf die Projektion der zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen haben, ist in Abbildung 4.11 wiedergegeben. Demnach ist bereits im Jahr 2015 auf Basis der neueren Zahlen von ca. 40 Tsd. Pflegebedürftigen mehr auszugehen als auf Basis der alten Prävalenzen und alten Bevölkerungsvorausberechnungen. Die höchste Anzahl an zusätzlichen Pflegebedürftigen wird am Ende des Projektionszeit-

raums 2055 mit zusätzlichen 164 Tsd. Pflegebedürftigen und 2060 mit zusätzlichen 221 Tsd. Pflegebedürftigen vorhergesagt. Da die Abweichungen in den Pflegeprävalenzen bei den Männern besonders deutlich ausfallen (siehe Abbildung 4.10), ergeben sich bei den Männern auch mehr zusätzliche Pflegebedürftige als bei den Frauen. Beispielsweise sind im Jahr 2060 nach dem neueren Zensus mit zusätzlichen 176 Tsd. pflegebedürftigen Männer, jedoch lediglich mit zusätzlichen 45 Tsd. pflegebedürftigen Frauen zu rechnen. Pflegebedürftigkeit wird damit geringfügig „männlicher“ als es bisherige Prognosen nahegelegt haben, und insgesamt liegt die Zahl der Pflegebedürftigen nach neuen Prävalenzen und neuer Bevölkerungsvorausberechnung am Ende des Projektionszeitraums um mehr als 200 Tsd. höher als nach entsprechenden alten Berechnungen. Die Steigerung der Zahl der Pflegebedürftigen wurde daher in der Vergangenheit merklich unterschätzt.

Abschließend wird untersucht, welche Auswirkungen die demografische Alterung bis zum Jahr 2060 auf das Alter der Pflegebedürftigen hat. Dazu werden in Abbildung 4.12 für Männer, sowie in Abbildung 4.13 für Frauen die Verteilungen der Pflegebedürftigen nach Altersgruppen dargestellt. Insgesamt ist von einer drastischen Alterung der Pflegebedürftigen auszugehen, die insbesondere ab etwa dem Jahr 2040 einsetzt. Waren im Jahr 2015 etwa 30 % aller pflegebedürftigen Männer 85 Jahre und älter, so erhöht sich deren Anteil auf knapp 60 % bis zum Jahr 2060. Auch bei den Frauen zeigt sich eine deutliche Zunahme der Hochaltrigkeit. Während im Jahr 2015 der Anteil der Frauen im Alter 85 und darüber bereits bei etwa 50 % lag, erhöht sich dieser Anteil dennoch auf knapp 70 % bis zum Jahr 2060. Damit verbunden wird zunehmend die Pflege hoch betagter Menschen und adäquater Versorgungsstrukturen im Vordergrund stehen.

4.2.6 Begutachtungen des medizinischen Dienstes

Die jeweils aktuelle Zahl der Pflegebedürftigen ergibt sich aus dem „alten Bestand“ (Bestandsgröße), den Zugängen (inzidente Fälle) und den Abgängen (Reversibilität der Pflegebedürftigkeit bzw. Tod). Wie viele Pflegebedürftige es jeweils zum Jahresende gibt, darüber informieren die Pflegestatistik, das BMG und die PPV. Wie viele Pflegebedürftige neu hinzukommen und wie viele Personen aus dem Kreis der Pflegebedürftigen ausscheiden, dazu gibt es keine kon-

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

Nachfolgend werden zunächst die Häufigkeiten der Begutachtungen insgesamt dargestellt und anschließend wird die Entwicklung der daraus resultierenden inzidenten Fälle nach der Pflegestufe differenziert. Dabei wird ab dem Jahr 2014 auch auf die Entwicklung der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) eingegangen. Analysen der Pflegeinzidenzen nach Alter und Geschlecht sind allein mit diesen Daten jedoch nicht möglich.

Insgesamt hat sich die Zahl der Begutachtungen von anfänglich 1,7 Mio. Gutachten im Jahr 1995 nach nur wenigen Jahren auf 1,3 Mio. verringert und blieb bis zum Jahr 2007 relativ konstant (Tabelle 4.7). Durch das zum 1.7.2008 in

Tabelle 4.7 Zahl der Begutachtungen des MDK nach Gutachtenart (in Tsd.)

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

¹⁾ Werte nicht verfügbar

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

Kraft getretene PFWG haben PEA auch dann einen Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI, wenn sie nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, und stationäre Pflegeeinrichtungen können zusätzliche Betreuungskräfte für diese Zielgruppen einstellen und abrechnen (§ 87b SGB XI).

Da mit dieser Gesetzesänderung der Kreis der Leistungsberechtigten um Versicherte unterhalb der Pflegestufe I erweitert wurde, haben sich in der Folge auch Personen einer Begutachtung unterzogen, die ansonsten keinen Antrag auf

Leistungen der Pflegeversicherung (oder keinen Antrag auf Wiederholungsbegutachtung) gestellt hätten. Im Jahr 2008 stieg die Zahl der Begutachtungen daher um ca. 200 Tsd. (15 %) auf ca. 1,5 Mio. gegenüber ca. 1,3 Mio. im Jahr 2007 an. Das hohe Niveau der Zahl der Begutachtungen setzt sich auch in den Jahren 2009-2013 fort, wobei ab dem Jahr 2012 insbesondere die Zahl der Erstbegutachtungen erneut deutlich gestiegen ist. Gründe hierfür dürften zum einen darin liegen, dass immer mehr Menschen in das pflegerelevante Alter vorrücken. Zum anderen hat es wieder eine sozialrechtliche Änderung gegeben. Seit Inkrafttreten der entsprechenden Normen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes vom 23.10.2012 (BGBI I, S. 2246) zum 1.1.2013 werden erstmals auch Pflegegeld und Pflegesachleistungen für PEA auch ohne Pflegestufe (sog. Pflegestufe 0) gewährt (§ 123 SGB XI n.F.). Dies hat womöglich wiederum zu einem Anstieg der Zahl der Begutachtungen in den Jahren 2012 und 2013 geführt.

Nach einer Einführungsphase, in der der Großteil der Begutachtungen naturgemäß Erstbegutachtungen waren, pendeln sich die einzelnen Begutachtungsarten in relativ konstante Anteilswerte ein. Wird das Zeitfenster der Jahre 2000 bis 2014 betrachtet, dann finden sich mit leichten Schwankungen Anteilswerte von etwa 53 % Erstbegutachtungen, etwa 41 % Höherstufungs- bzw. Wiederholungsgutachten und etwa 7 % Widerspruchsbegutachtungen.

Um die Zugänge zur Pflegebedürftigkeit zu beschreiben, wird im Folgenden auf die *Erstbegutachtungen* eingegangen. In Tabelle 4.8 sind die Erstbegutachtungen der Anträge auf ambulante und stationäre Leistungen aufgeführt. Demnach wurden zur Einführung der Pflegeversicherung 1995 ca. 1,7 Mio. Anträge auf ambulante Leistungen begutachtet. Obwohl in den Jahren seit 1996 zusätzlich Anträge auf stationäre Leistungen begutachtet wurden, blieb der Spitzenwert von 1995 in der Folge unerreicht. Im Wesentlichen bis zum Jahr 1999 und dann noch im geringeren Maße bis zum Jahr 2002 nahm die Anzahl der Erstbegutachtungen ab, da die Einführungseffekte ausklangen, von 2005 bis 2007 nahm die Zahl der Erstbegutachtungen dann – demografisch bedingt – wieder leicht zu. Danach sind insbesondere die bereits angesprochenen Effekte der Leistungsausweitungen zu beobachten.

Der Anteil abgelehnter Anträge beläuft sich während des gesamten Zeitraums auf durchschnittlich etwa 30 %. Auffallend ist im Zeitablauf der steigende Anteil

Tabelle 4.8 Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit (in Tsd.)

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

¹⁾ Werte für 2008 nicht verfügbar.

²⁾ Werte erst ab 2014 ausgewiesen. Seit 2013 (Pflege-Neuausrichtungsgesetz, PNG) haben Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, deren Hilfebedarf unterhalb Pflegestufe 0 liegt, einen Anspruch auf Pflegegeld und Pflegesachleistung.

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

der Pflegestufe I und der relative Rückgang der Anteile in den Pflegestufen II und III, der sich seit 1995 ungebrochen fortsetzt.

Als Gründe für den Anstieg des Anteils mit Pflegestufe I können – insbesondere für die ersten Jahre – Einführungseffekte angesehen werden. Pflegebedürftigkeit

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

4.2.7 Fazit zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist im Jahr 2013 auf 2,6 Mio. und damit um weitere 5 % gegenüber dem Jahr 2011 gestiegen. Der Anstieg vollzieht sich sowohl in der PPV als auch in der SPV, in der PPV aber deutlich stärker als in der SPV. Die Pflegebedürftigen in der Privaten Pflegepflichtversicherung weisen gegenüber der Sozialen Pflegeversicherung insgesamt höhere Pflegestufen aber ähnliche Anteile an stationären Leistungen auf. Die Entwicklung ist auf Bundesebene durch eine schleichende Zunahme des Anteils der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I und eine gleichzeitige Abnahme des Anteils der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III gekennzeichnet. Diese Entwicklung findet sich ebenfalls in den Begutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch den MDK.

Als Leistungen dominieren nach wie vor die Geldleistungen mit zuletzt steigenden Anteilen sowie die stationären Leistungen mit zuletzt rückläufigen Anteilen vor der formell-ambulanten Pflege, an denen ambulante Pflegedienste zumindest mitbeteiligt sind, mit zuletzt stagnierenden Anteilen. Mit dem PflEG sind ab dem Jahr 2002 zusätzliche Leistungen für PEA eingeführt worden. Mit dem Inkrafttreten der entsprechenden Regeln des PFWG im Jahr 2008 sind auch Menschen als PEA leistungsberechtigt, bei denen die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 SGB XI nicht vorliegt. Im Jahr 2013 haben von

den 2,626 Mio. Pflegebedürftigen nach SGB XI 919 Tsd. (35 %) eine eingeschränkte Alltagskompetenz und sind in Pflegestufe I, II oder III. Weitere 109 Tsd. weisen keine Pflegestufe nach der Definition des Pflegeversicherungsgesetzes auf, sind also in der sogenannten Pflegestufe „0“. Erweitert man den Kreis der 2,626 Mio. Pflegebedürftigen nach SGB XI um diesen Kreis der 109 Tsd. PEA mit Pflegestufe "0", so erhöht sich der Kreis aller Leistungsbezieher von Pflegeversicherungsleistungen auf 2,735 Mio. Pflegebedürftige im Jahr 2013. Die zusätzlichen Betreuungsleistungen kommen dabei ganz überwiegend, nämlich zu etwa knapp 90 %, den Menschen zugute, die auch als pflegebedürftig nach § 14 SGB XI eingestuft sind. Wie viele Personen mit Demenz oder anderen psychischen Störungen allerdings durch die neuen oder ausgeweiteten Leistungen der Pflegeversicherung erst den Weg zur Antragstellung gefunden haben, lässt sich nicht feststellen. Wie viele davon ansonsten vielleicht keinen Antrag gestellt hätten, aber eine Pflegestufe bekommen und so zum Fallzahlwachstum beigetragen haben, ist auch nicht zu ermitteln. Insgesamt bleibt aber ein Anteil von 10 % der PEA, die keine Pflegestufe haben.

Durch die bevorstehende Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im PSG II zum 1.1.2017 wird die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich steigen, da mit dem Pflegegrad 1 ein neuer Pflegegrad unterhalb der bisherigen Pflegestufe I eingeführt wird. Durch den „doppelten Stufensprung“ (vgl. Kapitel 3) profitieren vor allem die PEA von der Reform.

Der Großteil der PEA befindet sich in häuslicher Pflege (707 Tsd.), während ein kleinerer Anteil auf die stationäre Pflege entfällt (361 Tsd.). Dabei ist der Anteil der PEA unter den Heimbewohnern aber deutlich höher als unter den Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege.

Die Pflegeprävalenzen, also die Wahrscheinlichkeiten in einem bestimmten Alter pflegebedürftig zu sein, haben sich zwischen 1999 und 2013 kaum verändert. So ist eher von gleichbleibenden bzw. von leicht schwankenden Pflegeprävalenzen als von einem Anstieg im Zeitraum von 1999 bis 2013 auszugehen. Damit ist der absolute Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen nach wie vor nicht auf eine Erhöhung der alters- und geschlechtsspezifischen Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit in der jüngsten Vergangenheit, sondern vielmehr auf die veränderte Altersstruktur zurückzuführen. Je größer der Anteil der Älteren an der Be-

völkerung wird, desto größer wird bei im Zeitverlauf gleichbleibender, aber mit dem Alter steigender Prävalenz auch die Zahl der Pflegebedürftigen sein.

Für zukünftige Entwicklungen zur Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland wurden Projektionen – die auf den Pflegeprävalenzen auf Grundlage des Zensus von 2011 sowie auf der neuen 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes beruhen – durchgeführt. Im Vergleich zu den bislang ermittelten Werten ergibt sich, dass die Anzahl an Pflegebedürftigen im Jahr 2055 mit 4,64 Mio. gegenüber 4,47 Mio. etwa 164 Tsd. Personen höher und im Jahr 2060 mit 4,52 Mio. gegenüber 4,30 Mio. etwa 221 Tsd. Personen höher liegen wird, als bislang angenommen. Da die „zusätzlichen“ Pflegebedürftigen weitgehend Männer sein werden, wird Pflegebedürftigkeit damit geringfügig „männlicher“ als es bisherige Prognosen nahegelegt haben.

Diese Zahlen sind insgesamt alarmierend. Einschränkend ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die Konstanz in der altersspezifischen Pflegeprävalenz auch durch gesetzliche Änderungen im Leistungsanspruch erzeugt wurde, die zu einem veränderten Antragstellerverhalten geführt haben. Das beste Beispiel hierfür sind die jeweils gestiegenen Zahlen der Begutachtungen zu den Zeitpunkten der Ausweitungen der Leistungen für PEA. Die aufgrund der dadurch gestiegenen Anzahl an Antragstellungen führte zu zusätzlich identifizierten Pflegebedürftigen, die die Prävalenz "künstlich" hoch halten. Ein weiterer Faktor, der die Pflegelast für die Zukunft eventuell geringer erscheinen lässt, ist die Tatsache, dass der Anteil der Pflegebedürftigen mit geringeren Pflegestufen steigt. Die dahinter zu vermutende geringere Pflegelast würde auch die Auswirkungen der steigenden Fallzahlen geringer erscheinen lassen.

In Pflegeheimen hat eine Erhöhung der Pflegestufe bislang regelmäßig zu einem steigenden Eigenanteil der Pflegebedürftigen an den Pflegekosten geführt. Obwohl der Heimträger einen Heimbewohner seit Inkrafttreten des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9.9.2001 (BGBl I, S. 2320) zum 1.1.2002 verpflichten kann, einen Höherstufungsantrag zu stellen, wenn „Anhaltspunkte dafür [bestehen], dass der pflegebedürftige Heimbewohner auf Grund der Entwicklung seines Zustandes einer höheren Pflegestufe zuzuordnen ist“ (§ 87a Abs. 2 Satz 1 SGB XI), wurde hierauf in der Vergangenheit häufig verzichtet. Mit dem PSG II werden dagegen jetzt stufenübergreifende einheitliche Eigenanteile

für jedes einzelne Pflegeheim festgelegt (vgl. Kapitel 3), so dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen von einer Höherstufung nicht mehr negativ betroffen sind. Dies könnte dazu führen, dass in Zukunft häufiger (erfolgreiche) Anträge auf Höherstufung gestellt werden und sich die Pflegegradstruktur – nach Abklingen der Einführungseffekte – dann wieder erhöht.

4.3 Die Versorgungsformen der Pflegebedürftigen

Die folgenden Abschnitte geben einen grundlegenden Überblick über die unterschiedlichen Versorgungsformen der Pflegebedürftigen in Deutschland. Dargestellt wird die Situation der ambulanten Pflegedienste (Abschnitt 4.3.1) und der stationären Pflegeeinrichtungen (Abschnitt 4.3.2). Die Pflegepersonen zur Versorgung der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld sind Teil des diesjährigen Themenschwerpunkts und werden daher in Abschnitt 6.2 behandelt.

4.3.1 Die ambulanten Pflegedienste

Bei den ambulanten Pflegediensten ist im Vergleich zum stationären Bereich nur ein moderater absoluter Anstieg der *Zahl der Pflegeeinrichtungen* von 10.820 im Jahr 1999 auf 12.745 im Jahr 2013 und damit um 18 % zu verzeichnen (Tabelle 4.9). Auffallend ist dabei, dass das Verhältnis von privaten Trägern und freigemeinnützigen Trägern 1999 mit 5.504 zu 5.103 noch annähernd ausgeglichen war. Seitdem ist die Zahl der Pflegedienste in privater Trägerschaft bis zum Jahr 2013 um 47 % auf 8.140 angestiegen, während die Zahl der Pflegedienste der freigemeinnützigen Träger um 13 % auf zuletzt 4.422 kontinuierlich abgenommen hat. Die Pflegedienste der öffentlichen Träger sind dagegen bei leicht abnehmender Tendenz nur schwach vertreten (ca. 200).

Nahezu alle ambulanten Pflegedienste (99 %) bieten neben den Leistungen nach SGB XI auch häusliche Krankenpflege an. Fast zwei Drittel aller Dienste werden nicht nur durch die Sozialversicherungsträger, sondern auch durch die Sozialhilfe in Form von "Hilfe zur Pflege" nach SGB XII mit finanziert. Organisatorisch sind dabei im Jahr 2013 knapp 2.200 Pflegedienste an Wohneinrichtungen (z. B. Altenheime, Altenwohnheime oder betreutes Wohnen), an Krankenhäuser oder Pflegeheime angeschlossen. Bemerkenswert ist zudem, dass die

Zahl der Pflegedienste als eigenständige Dienste von Wohneinrichtungen bzw. Pflegeheimen über alle Träger hinweg drastisch (um 144 %) zugenommen hat.

Die Entwicklung des *Personals der Pflegedienste* zeigt einen Anstieg von 183.782 Beschäftigten im Jahr 1999 um 74 % auf 320.077 im Jahr 2013 und damit auch eine Personalzunahme in den einzelnen Pflegediensten (Tabelle 4.10). Die absolute Zahl der Vollzeitbeschäftigten bleibt dabei von 1999 bis 2005 nahezu konstant und steigt erst seit 2007 deutlich an, während die Zahl der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten über den gesamten Zeitraum deutlich zunimmt. Insgesamt haben sich die Anteile an den Beschäftigungsverhältnissen bis zum Jahr 2013 dahingehend geändert, dass die Teilzeitbeschäftigten mit über 50 % der Regelarbeitszeit zuletzt die deutlich größte Gruppe stellen. Die anfänglich größte Gruppe der Vollzeitbeschäftigten rangiert mit im Jahr 2013 nur noch 27 % auf Rang zwei. Innerhalb der Gruppe der sonstigen Beschäftigten (die etwa 2-5 % des Pflegedienstpersonals stellt) haben jedoch erhebliche Umverteilungen stattgefunden. Die Zahl der Praktikanten, Schüler und Auszubildenden ist innerhalb des Zeitraums von 1.816 auf 9.763 gewachsen, während die Zahl der Zivildienstleistenden – insbesondere aufgrund der Aussetzung des Wehrdienstes seit Juli 2011 – drastisch von 7.421 auf 354 im Jahr 2013 abgenommen hat (Ergebnisse nicht in der Tabelle dargestellt).

Für 65 % der Beschäftigten im Jahr 1999 und – nahezu unverändert – 68,5 % der Beschäftigten im Jahr 2013 war der überwiegende Tätigkeitsbereich die Grundpflege. Der Anteil der Beschäftigten, die in hauswirtschaftlicher Versorgung tätig sind, ging von 19 % auf 11,8 % zurück, was auf eine Auslagerung dieser Dienstleistung an externe Anbieter begründet sein könnte. Der Anteil der Beschäftigten in der Pflegedienstleitung (5 bis 6 %), in der Verwaltung und Geschäftsführung (5 %) sowie in sonstigen Bereichen (5 bis 6 %) blieb nahezu konstant. Seit 2013 wird zusätzlich die „häusliche Betreuung“ nach § 45b SGB XI für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) erhoben, die im Jahr 2013 von 10.477, bzw. 3,3 % der in den ambulanten Pflegediensten Beschäftigten geleistet wurde.

Tabelle 4.9 Anzahl der ambulanten Pflegedienste nach Träger in Tsd.

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Pflegedienste (alle Träger)								
Insgesamt	10,8	10,6	10,6	11,0	11,5	12,0	12,3	12,7
mit anderen Sozialleistungen:								
häusl. K.-Pflege/Hilfe SGB V	10,4	10,2	10,3	10,7	11,2	11,7	12,0	12,4
Hilfe zur Pflege n. SGB XII	7,0	7,3	7,5	5,8	6,9	7,3	7,6	7,7
sonstige ambul. Hilfeleist.	5,4	5,3	5,2	4,7	5,1	5,4	5,2	5,0
eigenständiger Dienst ¹⁾	0,9	1,6	1,8	1,9	2,0	2,0	2,1	2,2
Pflegedienste (privat)								
Insgesamt	5,5	5,5	5,8	6,3	6,9	7,4	7,8	8,1
mit anderen Sozialleistungen:								
häusl. K.-Pflege/Hilfe SGB V	5,3	5,3	5,6	6,1	6,7	7,2	7,5	7,9
Hilfe zur Pflege n. SGB XII	3,3	3,6	3,9	3,3	4,1	4,4	4,7	4,8
sonstige ambul. Hilfeleist.	1,7	1,9	2,1	2,0	2,3	2,5	2,5	2,4
eigenständiger Dienst ¹⁾	0,3	0,5	0,7	0,7	0,8	0,9	0,9	1,0
Pflegedienste (freigemeinn.)								
Insgesamt	5,1	4,9	4,6	4,5	4,4	4,4	4,4	4,4
mit anderen Sozialleistungen:								
häusl. K.-Pflege/Hilfe SGB V	4,9	4,8	4,5	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3
Hilfe zur Pflege n. SGB XII	3,6	3,6	3,4	2,4	2,8	2,8	2,8	2,8
sonstige ambul. Hilfeleist.	3,5	3,3	3,1	2,7	2,8	2,8	2,6	2,5
eigenständiger Dienst ¹⁾	0,5	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1
Pflegedienste (öffentlich)								
Insgesamt	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
mit anderen Sozialleistungen:								
häusl. K.-Pflege/Hilfe SGB V	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Hilfe zur Pflege n. SGB XII	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
sonstige ambul. Hilfeleist.	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
eigenständiger Dienst ¹⁾	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

¹⁾ Eigenständige Dienste einer Wohneinrichtung, einer sonst. Einrichtung (z. B. Krankenhaus) oder an einem Pflegeheim.

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

Tabelle 4.10 Pflegedienstpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich in Tsd. und Prozent

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Personal insgesamt in Tsd.	184	190	201	214	236	269	291	320
Beschäftigungsverhältnis in Tsd.								
Vollzeit	57	58	58	56	62	72	80	86
Teilzeit über 50 %	49	55	61	68	78	89	101	114
Teilzeit ≤ 50 %, nicht geringfügig	29	31	33	35	37	40	42	44
geringfügig beschäftigt	39	37	43	48	53	60	62	65
Sonstige ¹⁾	10	9	7	7	6	7	6	11
Überw. Tätigkeitsbereich in Tsd.								
Pflegedienstleitung	12	12	13	14	15	16	17	17
Grundpflege	119	125	136	148	164	188	205	219
häusliche Betreuung	0	0	0	0	0	0	0	10
hauswirtschaftliche Versorgung	35	34	32	30	33	37	38	38
Verw., Geschäftsführung	9	10	10	12	12	13	14	15
sonstiger Bereich	9	9	10	11	12	16	17	20
Beschäftigungsverhältnis in %								
Vollzeit	30,9	30,3	28,6	26,3	26,4	26,8	27,4	27
Teilzeit über 50 %	26,7	29	30,2	31,8	32,9	33,1	34,6	35,5
Teilzeit ≤ 50 %, nicht geringfügig	15,7	16,3	16,3	16,4	15,5	15	14,6	13,8
geringfügig beschäftigt	21,3	19,7	21,2	22,4	22,5	22,5	21,2	20,4
Sonstige ¹⁾	5,3	4,7	3,6	3,1	2,7	2,7	2	3,4
Überw. Tätigkeitsbereich in %								
Pflegedienstleitung	6,3	6,4	6,4	6,4	6,3	5,8	5,7	5,3
Grundpflege	65	65,7	67,5	69	69,3	69,8	70,4	68,5
häusliche Betreuung	0	0	0	0	0	0	0	3,3
hauswirtschaftliche Versorgung	19	17,8	16,2	13,9	14	13,6	13,1	11,8
Verw., Geschäftsführung	5	5,1	5,2	5,4	5,2	4,9	4,9	4,8
sonstiger Bereich	4,8	5	4,8	5,2	5,2	5,8	5,9	6,3

¹⁾ Praktikanten, Schüler, Auszubildende, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr sowie Zivildienstleistende wurden zusammengefasst.

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

Tabelle 4.11 Kapazitäten im ambulanten im Vergleich zum stationären Bereich

	Ambulant			Stationär		nachrichtlich
	Pflege- dienste	Beschäf- tigte	Vollzeit- äquivalente	Pflege- heime	Betten	Pflege- bedürftige (in Tsd.)
	Anzahl					
1999	10,8	183,8	125,4	8,9	645,5	2.016
2001	10,6	189,6	130,0	9,2	647,3	2.040
2003	10,6	200,9	134,5	9,7	713,2	2.077
2005	11,0	214,3	140,3	10,4	757,2	2.129
2007	11,5	236,2	155,0	11,0	799,1	2.247
2009	12,0	268,9	176,9	11,6	845,0	2.338
2011	12,3	290,7	192,9	12,4	875,5	2.501
2013	12,7	320,1	213,0	13,0	902,9	2.626
	Veränderung in Prozent					
1999-2001	-2,1	+3,1	+3,6	+3,5	+0,3	+1,2
1999-2003	-1,9	+9,3	+7,3	+10,0	+10,5	+3,0
1999-2005	+1,5	+16,6	+11,9	+17,7	+17,3	+5,6
1999-2007	+6,6	+28,5	+23,6	+24,5	+23,8	+11,4
1999-2009	+11,1	+46,3	+41,0	+31,3	+30,9	+16,0
1999-2011	+14,1	+58,2	+53,8	+39,5	+35,6	+24,1
1999-2013	+17,8	+74,2	+69,9	+47,1	+39,9	+30,0

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

Der schwache Anstieg der Zahl der Pflegedienste überdeckt den tatsächlichen Ausbau der Kapazitäten. Dies kann an der Entwicklung der Beschäftigtenzahlen abgelesen werden, aber auch an der Entwicklung der Zahl der Vollzeitäquivalente der Beschäftigten. Die Vollzeitäquivalente beschreiben die Zahl der Beschäftigten, wenn man auch die Teilzeitbeschäftigten nur entsprechend ihrer Arbeitszeit mitzählt – also beispielsweise eine Person mit 50 % der Arbeitszeit nur als „halbe“ beschäftigte Person. Die Zahl der Pflegedienste ist im Zeitraum von 1999 bis 2013 zwar „nur“ um 17,8 % gestiegen, die Zuwachsraten der Beschäftigtenzahlen liegen aber deutlich höher. So nahm die Zahl der Beschäftigten um

74,2 %, aber auch die Zahl der Vollzeitäquivalente um 69,9 % zu (Tabelle 4.11). Die Zahl der Pflegedienste steigt somit zwar nur begrenzt. Dadurch, dass sie „größer“ werden, steigen ihre Kapazitäten aber deutlich stärker. Im Vergleich dazu erhöht sich die Anzahl der Pflegebedürftigen „nur“ um 30,3 %. Der Kapazitätsausbau in der ambulanten Pflege ist damit größer als der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen.

4.3.2 Die stationären Pflegeeinrichtungen

In diesem Abschnitt werden Infrastruktur und personelle Ausstattung der stationären Pflegeeinrichtungen in ihrer Entwicklung von 1999 bis 2013 dargestellt. Zunächst folgt die Verteilung der stationären Pflegeeinrichtungen nach Trägern und ihrem Angebot. Danach schließt sich eine Beschreibung des in den Pflegeeinrichtungen eingesetzten Personals an. Darüber hinaus wird auf das Pflegeangebot der Heime (die Bettenzahl) und dessen Auslastung eingegangen. Um die Kapazitätsentwicklung in der stationären Pflege angemessen beurteilen zu können, wird abschließend deren Entwicklung anhand der Bettenzahl mit der Entwicklung der Anzahl der Vollzeitäquivalente in der ambulanten Pflege verglichen. Des Weiteren erfolgt eine Darstellung der Heimentgelte, also der Kosten, die durch eine Heimunterbringung entstehen.

Die Zahl der Pflegeheime ist seit 1999 von 8.859 um 47 % auf 13.030 im Jahr 2013 angestiegen (Tabelle 4.12). Die Mehrzahl, nämlich 7.063 bzw. 54 % der Heime, befand sich 2013 in freigemeinnütziger Trägerschaft. Der Anteil der Heime in privater Trägerschaft belief sich mit 5.349 Heimen auf 41 % und weitere 618 Heime, bzw. 4,7 % aller Heime, befanden sich in öffentlicher Trägerschaft. Analog zu den ambulanten Pflegediensten sind auch bei den stationären Pflegeeinrichtungen die größten Zuwächse bei den privaten Trägern erfolgt.

Die Gesamtzahl der Pflegeheime hat insbesondere durch die Zahl der Pflegeheime für ältere Menschen zugenommen, da diese den Hauptteil der Pflegeheime stellen. Deutlich zugenommen hat auch die Anzahl der Pflegeheime für schwerkranke und sterbende Menschen, die von 112 im Jahr 1999 auf 211 im Jahr 2013 und damit um 88 % angestiegen ist (Werte in der Tabelle verkürzt wiedergegeben). Die Zahl der Pflegeheime für psychisch kranke Menschen ist über alle Träger relativ konstant. Die Zahl der Pflegeheime für behinderte Men-

Tabelle 4.12 Zahl der Pflegeeinrichtungen nach Art und Träger in Tsd.

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Pflegeheime (alle Träger)								
Insgesamt	8,9	9,2	9,7	10,4	11,0	11,6	12,4	13,0
für ältere Menschen	8,3	8,6	9,2	9,7	10,3	10,9	11,6	12,2
für behinderte Menschen	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
für psychisch kranke Menschen	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
für schwerkranke und sterb. M.	1)	1)	1)	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Pflegeheime (private Träger)								
Insgesamt	3,1	3,3	3,6	4,0	4,3	4,6	5,0	5,3
für ältere Menschen	2,9	3,0	3,4	3,7	4,0	4,3	4,7	5,0
für behinderte Menschen	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
für psychisch kranke Menschen	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
für schwerkranke und sterb. M.	1)	1)	1)	2)	0,1	0,1	0,1	0,1
Pflegeheime (freigem. Träger)								
Insgesamt	5,0	5,1	5,4	5,7	6,1	6,4	6,7	7,1
für ältere Menschen	4,8	4,9	5,2	5,4	5,7	6,0	6,3	6,6
für behinderte Menschen	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
für psychisch kranke Menschen	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
für schwerkranke und sterb. M.	1)	1)	1)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Pflegeheime (öffentliche Träger)								
Insgesamt	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
für ältere Menschen	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
für behinderte Menschen	2)	2)	2)	2)	2)	2)	2)	2)
für psychisch kranke Menschen	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
für schwerkranke und sterb. M.	1)	1)	1)	2)	2)	2)	2)	2)

1) noch nicht erhoben

2) weniger als 50

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

schen verändert sich zwar absolut nicht in solch bedeutsamen Umfang wie die Zahl der Pflegeheime für ältere Menschen, doch gibt es auch hier, insbesondere bei den freigemeinnützigen Trägern, deutliche Zunahmen.

Tabelle 4.13 Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Personal insgesamt in Tsd.	440,9	475,4	510,9	546,4	573,5	621,4	661,2	685,4
Beschäftigungsverhältnis in Tsd.								
Vollzeit	211,5	218,9	216,5	208,2	202,8	207,1	212,4	203,7
Teilzeit über 50 %	100,9	120,2	140,5	162,4	184,6	212,5	241,0	257,8
Teilzeit ≤ 50 %, nicht geringfügig	54,7	61,8	71,1	78,5	84,7	96,2	101,9	101,9
geringfügig beschäftigt	42,8	44,4	49,2	55,2	58,7	60,7	62,4	64,5
Sonstige ¹⁾	31,0	30,0	33,6	42,1	42,8	44,9	43,5	57,6
Überw. Tätigkeitsbereich in Tsd.								
Pflege und Betreuung	287,3	315,2	345,3	374,1	393,8	413,1	434,7	450,8
soziale Betreuung	15,0	16,7	17,8	20,3	22,4	25,6	27,1	28,7
Zusätzl. Betreuung § 87b SGB XI						16,4	24,5	27,9
Hauswirtschaftsbereich	93,6	96,9	98,6	100,3	102,5	107,9	113,7	114,6
haustechnischer Bereich	13,6	13,8	13,9	14,4	15,1	16,2	16,1	16,0
Verwaltung, Geschäftsführung	24,5	26,1	28,0	30,2	31,8	33,7	35,4	36,4
Beschäftigungsverhältnis in %								
Vollzeit	48,0	46,0	42,4	38,1	35,4	33,3	32,1	29,7
Teilzeit über 50 %	22,9	25,3	27,5	29,7	32,2	34,2	36,5	37,6
Teilzeit ≤ 50 %, nicht geringfügig	12,4	13,0	13,9	14,4	14,8	15,5	15,4	14,9
geringfügig beschäftigt	9,7	9,3	9,6	10,1	10,2	9,8	9,4	9,4
Sonstige ¹⁾	3,8	3,5	4,3	5,8	5,6	5,5	5,6	7,5
Überw. Tätigkeitsbereich in %								
Pflege und Betreuung	65,1	66,3	67,6	68,5	68,7	66,5	65,7	65,8
soziale Betreuung	3,4	3,5	3,5	3,7	3,9	4,1	4,1	4,2
Zusätzl. Betreuung § 87b SGB XI						2,6	3,7	4,1
Hauswirtschaftsbereich	21,2	20,4	19,3	18,4	17,9	17,4	17,2	16,7
haustechnischer Bereich	3,1	2,9	2,7	2,6	2,6	2,6	2,4	2,3
Verwaltung, Geschäftsführung	5,6	5,5	5,5	5,5	5,5	5,4	5,4	5,3
sonstiger Bereich	1,6	1,4	1,4	1,3	1,4	1,4	1,5	1,6

¹⁾ Praktikanten, Schüler, Auszubildende, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr sowie Zivildienstleistende wurden zusammengefasst.

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

Betrachtet man die Entwicklung des Heimpersonals in Tabelle 4.13, dann zeigt sich ein Anstieg der Beschäftigtenzahl von 440,9 Tsd. im Jahr 1999 um 55 % auf 685,5 Tsd. im Jahr 2013. Dieser Anstieg beruht dabei im Wesentlichen auf dem Anstieg der in Teilzeit oder geringfügig Beschäftigten. Die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten bleibt dagegen bei 203 bis 219 Tsd. weitgehend konstant. Relativ betrachtet, hat dadurch der Anteil der Vollzeitbeschäftigten von 48,0 % im Jahr 1999 kontinuierlich auf 29,7 % im Jahr 2013 abgenommen. Die Zahl der Praktikanten, Schüler und Auszubildenden, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr sowie der Helfer im Bundesfreiwilligendienst hat innerhalb des Zeitraums von 31 Tsd. auf 57,6 Tsd. zugenommen, wobei die Zahl der Praktikanten, Schüler und Auszubildenden am stärksten zugenommen und die Zahl der Helfer im Bundesfreiwilligendienst, bzw. vormals der Zivildienstleistenden deutlich abgenommen hat.¹⁸

Der überwiegende Tätigkeitsbereich des Heimpersonals entfiel im Jahr 2013 mit nahezu 66 % auf Pflege und Betreuung der Bewohner. Die soziale Betreuung der Bewohner nimmt derzeit nur 4,2 % der zeitlichen Ressourcen in Anspruch, allerdings mit leicht steigender Tendenz. 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 eingestellten zusätzlichen Betreuungskräfte an allen Beschäftigten stieg von 2,6 % im Jahr 2009 auf 4,1 % im Jahr 2013. Der hauswirtschaftliche und der haustechnische Bereich nahmen dagegen absolut betrachtet zwar leicht zu, nahmen aber relativ ab. Der Anteil des überwiegend in diesem Bereich eingesetzten Personals reduzierte sich von zusammen 24,3 % im Jahr 1999 auf knapp 19 % im Jahr 2013. Auf Verwaltung und Geschäftsführung entfielen im Jahr 2013 bei leicht abnehmender Tendenz 5,3 % aller Tätigkeiten.

Die Zahl der Pflegeheime steigt fast proportional zur Zahl der Heimplätze (Tabelle 4.14): 1999 standen 8.859 Pflegeheime mit 645.456 Pflegeplätzen zur Verfügung, 2013 kamen auf die 13.030 Pflegeheime 902.882 Pflegeplätze. Die

¹⁸ Zur differenzierten Betrachtung bei den genannten Gruppen siehe Statistisches Bundesamt (2015d).

Tabelle 4.14 Heime nach Pflegeangebot und Auslastung

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Pflegeheime insgesamt in Tsd.	8,9	9,2	9,7	10,4	11,0	11,6	12,4	13,0
Verfügbare Plätze in Tsd.								
Heimplätze insgesamt	645,5	674,3	713,2	757,2	799,1	845,0	875,5	902,9
Vollstationäre Pflege	631,4	658,3	694,9	737,8	777,0	818,6	841,6	858,8
davon Dauerpflege	621,5	648,5	683,9	726,4	765,7	808,2	830,8	847,7
davon Kurzzeitpflege	9,9	13,6	11,0	11,4	11,3	10,4	10,8	11,1
Tagespflege	13,3	15,5	17,8	19,0	21,6	26,0	33,5	43,6
Nachtpflege	0,7	0,5	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,6
Durchschnittliche Platzzahl/Heim	72,9	73,6	73,2	72,6	72,5	72,6	70,9	69,0
Auslastung in Prozent								
Vollstationäre Dauerpflege	89,2	89,8	89,5	88,7	87,6	86,6	87,1	89,0
Vollstationäre Kurzzeitpflege	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)
Tagespflege ²⁾	77,0	79,9	95,8	100,0	107,3	120,8	130,5	131,2
Nachtpflege	23,5	12,1	6,8	5,5	7,6	5,7	4,3	7,6

¹⁾ Berechnung nicht sinnvoll

²⁾ Bei der teilstationären Pflege werden die versorgten Pflegebedürftigen erfasst, mit denen am 15.12. ein Vertrag besteht. Wenn die Pflegebedürftigen nur an einigen Tagen der Woche versorgt werden, kann die ausgewiesene Auslastung über 100 % liegen.

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

Zahl der Heimplätze hat sich damit in dem genannten 14-Jahres-Zeitraum um insgesamt 39,9 % erhöht und die Zahl der Pflegeheime um 47,1 %. Dadurch ging die durchschnittliche Pflegeplatzzahl pro Pflegeheim während des betrachteten Zeitraums von ca. 73 auf 69 zurück. Das Wachstum der Einrichtungszahl ist somit im stationären Bereich (+47,1 %) deutlich größer als im ambulanten (+17,8 %). Betrachtet man jedoch die für die Kapazitätsentwicklung im ambulanten Bereich notwendige Maßzahl der Entwicklung der Vollzeitäquivalente, dann übersteigt diese mit +69,9 % deutlich die Kapazitätsentwicklung der Bettenzahl (+39,9 %) im stationären Bereich (siehe Tabelle 4.11).

Die überwiegende Mehrheit der Heimplätze, etwa 95 %, steht für die vollstationäre Dauerpflege zur Verfügung. Auf die vollstationäre Kurzzeitpflege, bzw. auf die Tagespflege, entfallen bis 2009 lediglich 10 Tsd. bzw. 26 Tsd. Heimplätze

und auf die Nachtpflege nur wenige Hundert. Im Jahr 2011 hat sich dagegen die Zahl der Tagespflegeplätze auf 33 Tsd. drastisch erhöht und im Jahr 2013 belaufen sich die Plätze in Tagespflege auf 43,6 Tsd. Betrachtet man die Entwicklung zwischen 1999 und 2013, dann hat die Zahl der vollstationären Dauerpflegeplätze um 36 %, aber vor allem die Zahl der Tagespflegeplätze um 228 % zugenommen.

Das Platzangebot war dabei im Jahr 2013 im Bereich der vollstationären Dauerpflege zu 89 % ausgelastet, was 764 Tsd. Pflegebedürftigen entspricht. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass die Pflegebedürftigen mit der so genannten Pflegestufe „0“, also die PEA, bei dieser Auswertung nicht berücksichtigt sind. Der Wert der tatsächlichen Auslastungsquote fällt daher etwas höher aus. Im Zeitverlauf bewegt sich die Auslastung zwischen 86,6 % (2009) und 89,8 % (2001), also auf ähnlichem Niveau.

Die Leistungshöhen der Pflegeversicherung im Bereich der stationären Pflege sind durch das PflVG z. T. angepasst worden. Sie belaufen sich im Jahr 2013 in Pflegestufe I und Pflegestufe II weiterhin auf 1.023 € bzw. 1.279 €. Die Leistungen in Pflegestufe III sind dagegen zum 1.7.2008, zum 1.1.2010 und bis zum Berichtsjahr 2013 letztmalig zum 1.1.2012 angepasst worden. Ab dem 1.1.2012 bis zum 31.12.2014 betragen sie in Pflegestufe III 1.550 € bzw. 1.918 € für Härtefälle. Durch das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) werden zudem die Leistungen ab 1.1.2015 in Pflegestufe I auf 1.064 €, in Pflegestufe II auf 1.330 € und in Pflegestufe III auf 1.612 € bzw. auf 1.995 € für Härtefälle erhöht. Diese Leistungen beziehen sich dabei ausschließlich auf die Finanzierung der Pflegekosten im Heim.

Die Gesamtkosten, die für einen Pflegeplatz in Einrichtungen der stationären Pflege anfallen („Gesamtheimentgelte“ nach § 87a SGB XI) liegen jedoch erheblich höher. Sie enthalten

- a. die Pflegesätze, also die „Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die soziale Betreuung und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, für die medizinische Behandlungspflege“ (§ 84 Abs. 1 SGB XI),

- b. die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die so genannten Hotelkosten, sowie
- c. die gesondert berechenbaren Investitionskosten (vgl. Rothgang et al. 2009: 35f.).¹⁹

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind dabei deutlich geringer als die durchschnittlichen Pflegesätze. Da zudem die Hotelkosten und die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten vom Pflegebedürftigen getragen werden müssen, decken die Pflegeversicherungsleistungen deutlich weniger als die Hälfte des Gesamtheimentgelts ab.

Hieraus ergibt sich dann ggf. eine Leistungspflicht der Sozialhilfeträger: Ein Teil der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege ist nämlich nicht in der Lage, die Gesamtkosten des Heimaufenthalts aus eigenem Einkommen (und Vermögen) zu finanzieren und ist daher auf Hilfe zur Pflege als SGB XII-Leistung angewiesen; dies ist tendenziell desto eher der Fall, je höher die Pflegestufe ist. Mit einer steigenden Zahl an Pflegeheimbewohnern kann daher auch – ceteris paribus – von steigenden Ausgaben für die Sozialhilfeträger ausgegangen werden. Würde dabei allerdings der Anteil von Pflegebedürftigen in Pflegestufe I sinken, würde dies – ebenfalls ceteris paribus – tendenziell die Ausgaben für die Sozialhilfe senken. Durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) wird es ab dem 1.1.2017 einen einheitlichen pflegebedingten Eigenanteil für die Pflegegrade 2 bis 5 geben, der von der jeweiligen Einrichtung mit den Pflegekassen oder dem Sozialhilfeträger ermittelt wird. Mit einer Erhöhung des Pflegegrads wird damit der Eigenanteil nicht mehr steigen.

¹⁹ Die den Bewohnern in Rechnung gestellten Investitionskosten können nicht der Pflegestatistik entnommen werden, da diese nicht erhoben werden. Diese belaufen sich im Jahr 2005 auf durchschnittlich 376 € pro Monat (Schneekloth & Wahl 2007: 154) und im Jahr 2010 auf durchschnittlich 395 € pro Monat (Schmidt & Schneekloth 2011: 157). Die Werte für die anderen Jahre wurden inter- bzw. extrapoliert. Weiterhin werden Zusatzleistungen in Form von besonderen Komfortleistungen und die Ausbildungsumlage ebenfalls wegen fehlender Erfassung im Folgenden nicht berücksichtigt.

Tabelle 4.15 Entwicklung der monatlichen Pflegekosten, Versicherungsleistungen und Eigenanteile in der stationären Pflege

Jahr	Pflegestufe	(1) Pflegekosten	(2) Unterkunft und Verpflegung	(3) Investitionskosten	(4) =(1)+(2)+(3) Gesamt-heimentgelt	(5) Versicherungsleistungen	(6) =(1)-(5) Eigenanteil Pflegekosten	(7) (4)-(5) Eigenanteil insgesamt
1999	I	1156	548	355	2059	1023	133	1036
	II	1521	548	355	2424	1279	242	1145
	III	1977	548	355	2880	1432	545	1448
2001	I	1186	578	362	2126	1023	163	1103
	II	1582	578	362	2522	1279	303	1243
	III	2008	578	362	2948	1432	576	1516
2003	I	1247	578	369	2194	1023	224	1171
	II	1673	578	369	2620	1279	394	1341
	III	2099	578	369	3046	1432	667	1614
2005	I	1277	578	376	2231	1023	254	1208
	II	1702	578	376	2656	1279	423	1377
	III	2128	578	376	3082	1432	696	1650
2007	I	1307	608	383	2298	1023	284	1275
	II	1733	608	383	2724	1279	454	1445
	III	2158	608	383	3149	1432	726	1717
2009	I	1362	617	391	2370	1023	339	1347
	II	1792	617	391	2800	1279	513	1521
	III	2249	617	391	3257	1470	779	1787
2011	I	1369	629	398	2396	1023	346	1373
	II	1811	629	398	2838	1279	532	1559
	III	2278	629	398	3305	1510	768	1795
2013	I	1414	651	406	2471	1023	391	1448
	II	1875	651	406	2933	1279	596	1654
	III	2365	651	406	3423	1550	815	1873

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

Wie hoch die Gesamtentgelte in der stationären Pflege (bestehend aus Pflegekosten, Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten) insgesamt ausfallen, und welche Eigenanteile daraus resultieren, wird nachfolgend

beschrieben (Tabelle 4.15). Die Höhe der Pflegekosten (=Vergütung für allgemeine Pflegeleistungen und soziale Betreuung) richtet sich nach den einzelnen Pflegeklassen (denen die Pflegestufen entsprechen): Im Jahr 2013 belaufen sich die (bundes)durchschnittlichen Pflegesätze bei Pflegestufe I auf 46,51 €, bei Pflegestufe II auf 61,69 € und bei Pflegestufe III auf 77,80 € pro Tag (Statistisches Bundesamt 2015d). Zusätzlich sind Entgelte für Unterkunft und Verpflegung zu zahlen, die für alle Pflegestufen einheitlich sind und die sich 2013 im (Bundes)Durchschnitt auf 21,43 € pro Tag belaufen. Zudem fallen noch 13,36 € pro Tag an gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten an. Von jedem Pflegebedürftigen im Heim der Pflegestufe I, der 2013 eine vollstationäre Dauerpflege beansprucht, sind also durchschnittlich zusammen 67,94 € pro Tag für Pflege sowie für Unterkunft und Verpflegung an das Heim zu entrichten. Zusätzlich der Investitionskosten sind das bei durchschnittlich 30,4 Tagessätzen 2.471 € pro Monat. Bei Pflegestufe II ergeben sich Monatsbeträge von 2.933 € und bei Pflegestufe III von 3.423 €. Waren bei Einführung der Pflegeversicherung die Leistungen der Pflegeversicherung noch teilweise ausreichend, um die Pflegesätze zu decken, lag der durchschnittliche *Pflegesatz* selbst in Pflegestufe I im Jahr 1999 schon mehr als 100 € über den Versicherungsleistungen. Aufgrund der unzureichenden Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen (Rothgang & Jacobs 2013) waren im Jahr 2013 bereits durchschnittliche Eigenanteile von 391 € (Pflegestufe I) bis 815 € (Pflegestufe III) zu verzeichnen. Die Eigenanteile, die von den Pflegebedürftigen insgesamt zu erbringen sind (einschließlich Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten), belaufen sich im Jahr 2013 sogar auf 1.448 € (Pflegestufe I) bis 1.873 € (Pflegestufe III).

Unterschiede in den Pflegekosten bestehen auch zwischen den einzelnen Trägern der stationären Einrichtungen. Wie Tabelle 4.16 demonstriert, liegen insbesondere die durchschnittlichen Heimentgelte bei den Einrichtungen in privater Trägerschaft in allen Pflegestufen erkennbar unter den Heimentgelten der Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft. Diese wiederum liegen unter den Heimentgelten der Einrichtungen der öffentlichen Träger. Allerdings unterscheiden sich die Heimentgelte der Einrichtungen in freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft insbesondere in den höheren Pflegeklassen weniger.

Tabelle 4.16 Monatliche Pflegekosten in der stationären Pflege nach Träger

	Pflegekosten			Unterkunft/ Verpflegung
	I	II	III	
Insgesamt	1414	1875	2365	651
Private	1335	1760	2204	602
Freigemeinnützige	1450	1934	2453	682
Öffentliche	1544	2011	2504	663

Quelle: Statistisches Bundesamt (2015d)

Die Trägerschaft der Pflegeeinrichtung, also die Unterscheidung zwischen öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Einrichtungen, steht dabei auch in engem Zusammenhang mit einer unterschiedlichen Personalstruktur und begründet u. a. dadurch auch unterschiedliche Pflegekosten (Mennicken et al. 2013): „So ist z. B. bekannt, dass insbesondere in öffentlichen Einrichtungen Tarifverträge Anwendung finden, während der Abschluss derartiger Verträge in privaten Einrichtungen eher unüblich ist. Weiterhin wird in privaten Heimen weniger und jüngeres Personal beschäftigt. Aus diesem Grunde kann angenommen werden, dass die Heimentgelte in privaten Pflegeheimen deutlich unter den Entgelten von Heimen mit einer anderen Trägerschaft liegen“ (Augurzky et al. 2008: 67).

4.3.3 Fazit zu den Versorgungsformen der Pflegebedürftigen

Pflegebedürftige Menschen werden entweder durch Angehörige²⁰ im häuslichen Umfeld alleine gepflegt, im häuslichen Umfeld durch ambulante Pflegedienste (mit-)versorgt oder in stationären Pflegeeinrichtungen gepflegt.

Nahezu zwei Drittel der insgesamt 12,7 Tsd. ambulanten Pflegedienste im Jahr 2013 sind in privater Trägerschaft, knapp ein Drittel in freigemeinnütziger und weniger als 2 % in öffentlicher Trägerschaft. Die Anzahl der ambulanten Pflegedienste in privater Trägerschaft hat sich im Zeitraum von 1999 bis 2013 überproportional um 47 % erhöht, die aller ambulanten Pflegedienste lediglich um 18 %.

²⁰ Analysen zu den Pflegepersonen finden sich in Abschnitt 6.2.

Die Wachstumsprozesse der ambulanten Pflegedienste gehen damit fast ausschließlich auf das Wachstum privater Einrichtungen zurück, die damit den Prozess vorantreiben. Gleichzeitig verändert sich damit der Charakter der Anbieterlandschaft.

Zusätzlich hat in den ambulanten Pflegediensten ein deutlicher Kapazitätsausbau durch ein Größenwachstum der Einrichtungen stattgefunden: Während die Anzahl der ambulanten Pflegedienste im Zeitraum von 1999 bis 2013 „nur“ um 18 % zugenommen hat, hat das Pflegedienstpersonal um 74 % auf 320 Tsd., bzw. umgerechnet in Vollzeitäquivalente um 69,9 % zugenommen und damit zu einer deutlichen Personalzunahme in den einzelnen Pflegediensten geführt. Dieser Anstieg ist vor allem auf einen Anstieg der teilzeit- und geringfügig Beschäftigten zurückzuführen.

Organisatorisch sind im Jahr 2013 knapp 2200 Pflegedienste an Wohneinrichtungen (z. B. Altenheime, Altenwohnheim oder betreutes Wohnen), an Krankenhäuser oder ein Pflegeheim angeschlossen. Betrachtet man die Entwicklung über den gesamten Zeitraum, ist ebenfalls bemerkenswert, dass die Zahl der Pflegedienste als eigenständige Dienste von Wohneinrichtungen bzw. Pflegeheimen über alle Träger hinweg drastisch um 144 % zugenommen hat.

Für 65 % der Beschäftigten im Jahr 1999 und – nahezu unverändert – 68,5 % der Beschäftigten im Jahr 2013 war der überwiegende Tätigkeitsbereich die Grundpflege. Der Anteil der Beschäftigten, die in hauswirtschaftlicher Versorgung tätig sind, ging von 19 % auf 11,8 % zurück. Dies könnte durch eine Zunahme der Pflegeintensität durch mehr Pflegebedürftige in höheren Pflegestufen begründet sein, die zu einer Entlastung der hauswirtschaftlichen Versorgung geführt hat, oder durch ein Outsourcing der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Anteil der Beschäftigten in der Pflegedienstleitung (5-6 %), in der Verwaltung und Geschäftsführung (5 %) sowie in sonstigen Bereichen (5-6 %) blieb nahezu konstant. Von allen Tätigkeiten entfallen 3,3 % im Jahr 2013 auf die „häusliche Betreuung“ von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.

Im Unterschied zu den ambulanten Pflegeeinrichtungen ist mehr als die Hälfte der Pflegeheime im Jahr 2013 in freigemeinnütziger Trägerschaft und etwas

weniger als die Hälfte in privater Trägerschaft. Die Anzahl der stationären Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft ist im Zeitraum von 1999 bis 2013 – analog zu den ambulanten Pflegediensten – mit 71 % deutlich stärker angestiegen, als die Zahl derer in freigemeinnütziger Trägerschaft mit 42 %, während die Zahl derer in öffentlicher Trägerschaft zurück ging.

Ein Kapazitätsausbau wie bei den ambulanten Pflegediensten hat bei den stationären Pflegeeinrichtungen hingegen nicht stattgefunden. Entsprechend der Zunahme an stationären Pflegeeinrichtungen von 8,9 Tsd. auf 13 Tsd. (+47,1 %) im Zeitraum von 1999 bis 2013 stieg die Zahl der Beschäftigten von 441 Tsd. im Jahr 1999 um 55 % auf 685 Tsd. im Jahr 2013. Der Anstieg beruht vor allem auf einer Zunahme der teilzeit- und geringfügig Beschäftigten. Legt man die für den Kapazitätsausbau in der stationären Pflege relevante Bettenzahl, zeigen sich Zuwachsraten von 39,9 % im Zeitraum von 1999 bis 2013. Damit bleibt der Kapazitätsausbau in der stationären Pflege deutlich hinter dem in der ambulanten Pflege zurück. Der Kapazitätsausbau erfolgte in der stationären Pflege vor allem durch eine Zunahme der Einrichtungszahl, während das Personal pro Bettenzahl in etwa gleich blieb. Die Kapazitäten in der ambulanten und stationären Versorgung sind also deutlich schneller angestiegen als die Zahl der Pflegebedürftigen, die im Zeitraum zwischen 1999 und 2013 um 30 % angestiegen ist, was insgesamt zu einer Verbesserung der Versorgungslage geführt hat. Dabei wurden die Kapazitäten in der ambulanten Versorgung durch Pflegedienste stärker ausgeweitet als die Kapazitäten in der stationären Versorgung.

Die 13 Tsd. stationären Pflegeeinrichtungen sind fast alle (99 %) für ältere Menschen ausgerichtet. Für die vollstationäre Dauerpflege wird dabei der überwiegende Teil der Kapazitäten bereitgehalten. In der jüngsten Vergangenheit hat sich auch die Zahl der Tagespflegeplätze deutlich erhöht, was in der Anreizstruktur begründet sein könnte, da Angebote der Tages- und Nachtpflege zusätzlich zum Pflegegeld, sowie der Sach- und Kombinationsleistungen in Anspruch genommen werden können. Etwas weniger als 1 % der stationären Einrichtungen sind für behinderte, psychisch kranke sowie für schwerkranke und sterbende Menschen ausgerichtet. Den deutlichsten Anstieg weisen die Pflegeeinrichtungen für schwerkranke und sterbende Menschen auf, die von 112 im Jahr 1999 auf 211 im Jahr 2013 und damit um 88 % angestiegen sind. Der überwiegende

Tätigkeitsanteil entfällt mit 65 bis 69 % auf Pflege und Betreuung. Analog den ambulanten Pflegediensten ist auch in der stationären Pflege die hauswirtschaftliche Versorgung von 21,2 % auf 16,7 % über den gesamten Zeitraum zurückgegangen, was ebenfalls auf eine Intensivierung der Pflege durch höhere Pflegestufen, bzw. durch Outsourcing begründet sein könnte. Ebenfalls ist denkbar, dass eine Kompensation von hauswirtschaftlicher Versorgung durch die zusätzliche Betreuung stattgefunden hat. Im Jahr 2013 entfielen bei steigender Tendenz 4,1 % aller Tätigkeiten auf die zusätzlichen Betreuungsleistungen für PEA.

Durchschnittlich sind von jedem Pflegebedürftigen im Heim der Pflegestufe I, der 2013 eine vollstationäre Dauerpflege beansprucht, 2.480 € pro Monat an das Heim zu entrichten. Bei Pflegestufe II ergeben sich Monatsbeträge von 2.942 € und bei Pflegestufe III von 3.432 €. Waren bei Einführung der Pflegeversicherung die Leistungen der Pflegeversicherung noch teilweise ausreichend, um die Pflegesätze zu decken, sind im Jahr 2013 bereits durchschnittliche Eigenanteile von 391 € (Pflegestufe I) bis 815 € (Pflegestufe III) zu verzeichnen. Die Eigenanteile, die von den Pflegebedürftigen insgesamt zu erbringen sind (einschließlich Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten), belaufen sich im Jahr 2013 sogar auf 1.448 € (Pflegestufe I) bis 1.873 € (Pflegestufe III). Durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) wird es ab dem 1.1.2017 einen einheitlichen pflegebedingten Eigenanteil für die Pflegegrade 2 bis 5 geben, der von der jeweiligen Einrichtung mit den Pflegekassen oder dem Sozialhilfeträger ermittelt wird. Mit einer Erhöhung des Pflegegrads wird so der Eigenanteil nicht mehr steigen.

4.4 Finanzierung der Pflegebedürftigkeit

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

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

4.4.1 Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung

Pflegebedürftigkeit wird wesentlich durch die Soziale Pflegeversicherung finanziert. Deren Einnahmen resultieren dabei fast ausschließlich aus Beiträgen, die im Umlageverfahren aufgebracht werden. Wie in Tabelle 4.17 zu sehen ist, stiegen die *Einnahmen* von zunächst 8,41 Mrd. € im Jahr 1995 auf 25,91 Mrd. € im Jahr 2014 an. Diese Anstiege sind primär auf mehrere Anhebungen des Beitragssatzes zurückzuführen. Der erste Beitragsanstieg von 1,0 % auf 1,7 % im Juli 1996 zur Finanzierung der dann eingeführten stationären Pflege war bereits bei Einführung der Pflegeversicherung geplant. Bis 2008 blieb allgemeine Beitragssatz konstant, allerdings wurde mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz vom 15.12.2004 (BGBl I, S. 3448) ab 1.1.2005 ein Zusatzbeitragssatz für Kinderlose in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten eingeführt. Im Rahmen des PfWG wurde der Beitragssatz zum 1.7.2008 um 0,25 Prozentpunkte von 1,70 % auf 1,95 % erhöht. Für Kinderlose stieg der Beitragssatz ebenfalls um 0,25 Prozentpunkte auf 2,20 %. Seit dem 1.1.2013 liegt der Beitragssatz bei 2,05 % (für Kinderlose bei 2,3 %) und seit dem 1.1.2015 ist der Beitragssatz um weitere 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 und für Kinderlose um 0,25 Prozentpunkte auf 2,6 % angehoben worden. Mit Inkrafttreten des PSG II zum 1.1.2017 wird der Beitragssatz auf dann 2,55 bzw. 2,8 (für Kinderlose) Beitragssatzpunkte ansteigen.

Bei den *Ausgaben* handelt es sich überwiegend um Leistungsausgaben – der Anteil der Verwaltungskosten lag 2014 bei lediglich 3,3 % der Gesamtausgaben. Selbst wenn die Kosten des MDK hinzugerechnet werden, liegt der Ausgabenanteil, der nicht für Leistungen verwendet wird, immer noch (geringfügig) unter 5 %.

Die jüngsten Ausgabensteigerungen in den Jahren 2008 bis 2014 sind vor allem auf die Anhebung der Leistungssätze zum 1.7.2008, zum 1.1.2010 und zum 1.1.2012 sowie der Leistungsausdehnung (2008) bzw. der Schaffung neuer Leistungstatbestände (2013) für PEA zurückzuführen.²¹ Dementsprechend ist der Anteil der Ausgaben an den zusätzlichen Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI) von 1 % im Jahr 2009 auf 2 % im Jahr 2014 gestiegen sowie der stationären Vergütungszuschläge (87b SGB XI) von 1,1 % im Jahr 2009 auf 2,6 % im Jahr 2014. Von den Leistungsausgaben entfallen 42 % auf die Leistungen bei vollstationärer Pflege. Dieser Anteil weist eine sinkende Tendenz auf, da der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftige seit 2007 sinkt und die Leistungssätze in den Stufen I und II in den Dynamisierungsrunden 2008, 2010 und 2012 nicht erhöht wurden. Die Ausgaben für Pflegegeld betrugen 25 % und für Pflegesachleistungen im ambulanten Bereich 15 % der Gesamtausgaben. In diesen Leistungen sind seit 2013 ebenfalls das Pflegegeld (123 €) und die Sachleistungen (231 €) für PEA nach § 123 SGB XI enthalten.

Die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben zeigt, dass die Soziale Pflegeversicherung in den letzten Jahren Überschüsse erzielt hat. Zwar hat es in den Jahren nach 2007 mit den Pflegereformen 2008 (PfWG) und 2012 (PNG) Leistungsverbesserungen gegeben und damit verbunden einen deutlichen Ausgabenzuwachs. Da aber zeitgleich auch die Beitragssätze angehoben wurden, konnten weiterhin Einnahmeüberschüsse erzielt und die Rücklagen aufgestockt werden.

²¹ Eine weitere Leistungsdynamisierung wurde mit dem PSG I vorgenommen. Sie ist zum 1.1.2015 in Kraft getreten und erhöht alle Leistungen, die bereits vor 2013 gewährt wurden, linear um 4 %. 2013 neu eingeführte Leistungen werden mit zwei Drittel der 4% erhöht.

Tabelle 4.17 Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung (in Mrd. €)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Einnahmen										
Beitrageinnahmen	8,31	11,90	15,77	15,80	16,13	16,31	16,56	16,76	16,61	16,64
Sonstige Einnahmen	0,09	0,14	0,17	0,20	0,19	0,23	0,25	0,22	0,25	0,23
Einnahme insgesamt	8,41	12,04	15,94	16,00	16,32	16,54	16,81	16,98	16,86	16,87
Ausgaben										
Leistungsausgaben	4,42	10,25	14,34	15,07	15,55	15,86	16,03	16,47	16,64	16,77
Davon										
Geldleistung	3,04	4,44	4,32	4,28	4,24	4,18	4,11	4,18	4,11	4,08
Pflegesachleistung	0,69	1,54	1,77	1,99	2,13	2,23	2,29	2,37	2,38	2,37
Pflegeurlaub	0,13	0,13	0,05	0,06	0,07	0,10	0,11	0,13	0,16	0,17
Tages-/Nachtpflege	0,01	0,03	0,04	0,05	0,05	0,06	0,07	0,08	0,08	0,08
Zusätzliche Betreuungsleistung	–	–	–	–	–	–		0,00	0,01	0,02
Kurzzeitpflege	0,05	0,09	0,10	0,11	0,12	0,14	0,15	0,16	0,16	0,20
Soziale Sicherung der Pflegeperson	0,31	0,93	1,19	1,16	1,13	1,07	0,98	0,96	0,95	0,93
Pflegemittel/ techn. Hilf.	0,20	0,39	0,33	0,37	0,42	0,40	0,35	0,38	0,36	0,34
Vollstationäre Pflege	0,00	2,69	6,41	6,84	7,18	7,48	7,75	8,00	8,20	8,35
Vollstationäre Pflege im Behindertenheim	0,00	0,01	0,13	0,22	0,20	0,21	0,21	0,21	0,23	0,23
Stat. Verg.- Zuschläge	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pflegeberatung	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Verwaltungskosten	0,32	0,36	0,55	0,56	0,55	0,56	0,57	0,58	0,59	0,58
Kostenanteil für MDK	0,23	0,24	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25	0,26	0,26	0,27
Sonstige Kosten	0,00	0,01	0,01	0,02	0,01	0,02	0,02	0,01	0,06	0,07
Ausgaben insgesamt	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87	17,36	17,56	17,69
Liquidität										
Überschuss	3,44	1,18	0,80	0,13	-0,03	-0,13	-0,06	-0,38	-0,69	-0,82
Investitionsdarlehen an den Bund	-0,56	–	–	–	–	–	–	0,56	–	–
Mittelbestand	2,87	4,05	4,86	4,99	4,95	4,82	4,76	4,93	4,24	3,42

Quelle: BMG (2015c)

Tabelle 4.17 Fortsetzung

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Einnahmen										
Beitrageinnahmen	17,38	18,36	17,86	19,61	21,19	21,64	22,13	22,92	24,86	25,83
Sonstige Einnahmen	0,12	0,13	0,16	0,16	0,12	0,14	0,11	0,13	0,09	0,08
Einnahme insgesamt	17,49	18,49	18,02	19,77	21,31	21,78	22,24	23,04	24,69	25,91
Ausgaben										
Leistungsausgaben	16,98	17,14	17,45	18,20	19,33	20,43	20,89	21,85	23,17	24,24
Davon										
Geldleistung	4,05	4,02	4,03	4,24	4,47	4,67	4,74	5,08	5,69	5,94
Pflegesachleistung	2,40	2,42	2,47	2,60	2,75	2,91	2,98	3,11	3,37	3,56
Pflegeurlaub	0,19	0,21	0,24	0,29	0,34	0,40	0,44	0,50	0,59	0,68
Tages-/Nachtpflege	0,08	0,09	0,09	0,11	0,15	0,18	0,21	0,25	0,28	0,31
Zusätzl. Betreuungsleistung	0,02	0,03	0,03	0,06	0,19	0,28	0,33	0,38	0,44	0,48
Kurzzeitpflege	0,21	0,23	0,24	0,27	0,31	0,34	0,35	0,38	0,41	0,43
Soziale Sicherung der Pflegeperson	0,90	0,86	0,86	0,87	0,88	0,88	0,87	0,89	0,88	0,94
Pflegemittel/techn. Hilf.	0,38	0,38	0,41	0,46	0,44	0,44	0,41	0,44	0,55	0,66
Vollstationäre Pflege	8,52	8,67	8,83	9,05	9,29	9,56	9,71	9,96	10,06	10,26
Vollstationäre Pflege im Behindertenheim	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25	0,26	0,26	0,26	0,26	0,27
Stat. Verg.- Zuschläge	–	–	–	0,00	0,21	0,45	0,50	0,54	0,58	0,63
Pflegeberatung	–	–	–	0,01	0,03	0,07	0,08	0,07	0,07	0,08
Verwaltungskosten	0,59	0,62	0,62	0,65	0,68	0,71	0,71	0,75	0,79	0,84
Kostenanteil für MDK	0,28	0,27	0,27	0,28	0,31	0,30	0,32	0,34	0,36	0,37
Sonstige Kosten	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ausgaben insgesamt	17,86	18,03	18,34	19,14	20,33	21,45	21,92	22,94	24,33	25,45
Liquidität										
Überschuss	-0,36	0,45	-0,32	0,63	0,99	0,34	0,31	0,10	0,63	0,46
Investitionsdarlehen an den Bund	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mittelbestand	3,05	3,50	3,18	3,81	4,80	5,13	5,45	5,55	6,17	6,63

Quelle: BMG (2015c)

4.4.2 Die Finanzierung der Pflegebedürftigkeit durch die Private Pflegeversicherung

Die Private Pflegepflichtversicherung umfasst im Jahr 2013 einen Versichertenbestand von 9,537 Mio. Menschen gegenüber 69,872 Mio. Menschen in der Sozialen Pflegeversicherung. Etwa 12 % der Versicherten sind damit privat pflegepflichtversichert. Die Versicherungsprämien werden, wie in der privaten Krankenversicherung, unabhängig vom Einkommen des Versicherten kalkuliert (Rothgang et al. 2007 für Details). Wegen der unterschiedlichen Finanzierungsverfahren von Sozialer (Umlageverfahren) und Privater Pflegepflichtversicherung (Kapitaldeckungsverfahren) ist ein Vergleich der beiden Versicherungszweige nur eingeschränkt möglich. Im Folgenden werden daher nur wenige zentrale Kennzahlen der Privaten Pflegeversicherung beschrieben.

Die jährlichen *Einnahmen* der Privaten Pflegeversicherung erreichten nach einem Anstieg in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1997 mit 2,17 Mrd. € ihren Höhepunkt, gingen anschließend bis 2003 zurück und lagen bis 2007 nahezu konstant bei 1,87 Mrd. € (Tabelle 4.18). Diese Entwicklung ist insbesondere durch Prämienreduktionen in der Privatversicherung bei steigender Versichertenzahl verursacht. Ab dem Jahr 2008 kam es bei geringfügigen Schwankungen zu einem Anstieg auf 2,0 bis 2,1 Mrd. €.

Demgegenüber sind die *Versicherungsleistungen* anfänglich stark gestiegen auf 450 Mio. € in den Jahren 1997 und 1998 und haben sich bis 2007 kontinuierlich erhöht. In den letzten Jahren erfolgten sprunghafte Anstiege der Leistungsausgaben von 618 Mio. € im Jahr 2008 auf 857 Mio. € im Jahr 2013 und damit um knapp 40 % in den letzten fünf Jahren. Hier zeichnet sich die demografische Alterung des Versichertenbestands der Privaten Pflegeversicherung ab, nach der sich die Zahl der Leistungsempfänger in der Privaten Pflegeversicherung in den nächsten Dekaden proportional deutlich stärker erhöhen wird als in der Sozialen Pflegeversicherung (siehe Abschnitt 4.2).

Aus den Beitragseinnahmen und Ausgaben einschließlich der Altersrückstellungen resultiert ein jährlicher *Überschuss*, der sich von 1997 bis 2007 von 1,7 Mrd. € auf 1,3 Mrd. € pro Jahr verringert hat, in den Folgejahren bis 2009 auf etwa 1,4 Mrd. € angestiegen ist und bis 2013 wieder auf 1,2 Mrd. € zurückge-

Tabelle 4.18 Finanzentwicklung der Privaten Pflegeversicherung (in Mio. €)

Jahr	Beitragseinnahmen	Versicherungsleistungen	Überschuss	Altersrückstellungen
1995	1.253,0	92,8	1.160,2	521,5
1996	1.697,0	300,8	1.396,2	1.356,9
1997	2.166,5	446,8	1.719,7	2.543,2
1998	2.149,1	449,8	1.699,3	3.486,0
1999	1.974,5	462,9	1.511,6	5.316,4
2000	2.008,6	471,1	1.537,5	6.532,6
2001	1.955,1	486,1	1.469,0	8.585,8
2002	1.985,2	496,9	1.488,3	9.889,5
2003	1.847,9	517,9	1.330,0	11.797,7
2004	1.871,4	528,5	1.342,9	12.956,7
2005	1.867,5	549,8	1.317,7	14.623,2
2006	1.871,3	563,8	1.307,5	15.871,4
2007	1.882,9	578,1	1.304,8	17.150,5
2008	1.970,2	617,7	1.352,5	19.188,2
2009	2.074,2	667,7	1.406,5	20.401,2
2010	2.096,0	698,8	1.397,2	22.534,0
2011	2.105,1	720,5	1.384,6	24.022,8
2012	2.010,7	779,3	1.231,4	25.708,3
2013	2.062,1	857,1	1.205,0	27.108,5

Quelle: PKV (2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2011a, 2011b, 2012, 2013)

gangen ist. Insgesamt 27.108,5 Mrd. € an Altersrückstellungen wurden seit Beginn der Pflegeversicherung angesammelt.

Kritisch zu sehen ist allerdings, dass die Private und die Soziale Pflegeversicherung höchst ungleich verteilte Pflegerisiken aufweisen (Rothgang 2010; Rothgang et al. 2013). Während die Leistungsausgaben bei der Sozialen Pflegeversicherung je Versichertem 2013 rund 350 € pro Jahr betrugen, beliefen sich die Leistungsausgaben in der Privaten Pflegeversicherung in diesem Jahr auf 90 €²² pro Jahr. Weiterhin sind die Privatversicherten deutlich einkommens-

²² Unter Berücksichtigung der Beihilfe ist dagegen von halb so hohen Ausgaben in der PPV gegenüber der SPV auszugehen.

stärker. So liegt das beitragspflichtige Einkommen der Privativollversicherten um gut 60 Prozent über dem der GKV-Versicherten (Arnold & Rothgang 2010; Leinert 2006). Ein Finanzausgleich zwischen Privater und Sozialer Pflegeversicherung würde daher zu einer Entlastung der Sozialen Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 2 Mrd. € führen (Arnold & Rothgang 2010).

4.4.3 Die Finanzierung der Pflegebedürftigkeit durch die Sozialhilfe

Insoweit die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, um den Pflegebedarf abzudecken, sind von den Pflegebedürftigen eigene Finanzierungsleistungen zu erbringen. Verfügt der Pflegebedürftige (bzw. die unterhaltspflichtige(n) Person(en)) dabei nicht über genügend Mittel, um die verbleibenden Aufwendungen zu tragen, können ergänzende Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Diese „Hilfe zur Pflege“ (§ 51 ff. SGB XII) geht dabei u. a. über den sozialrechtlichen Leistungsbegriff der Pflegeversicherung hinaus und bezieht gegebenenfalls auch Leistungen für Personen ohne Pflegestufe mit ein: So können auch Menschen, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen, also nur einen vorübergehenden Pflegebedarf haben, Hilfe zur Pflege erhalten. Ebenso kann auch ein geringerer Pflegebedarf, also ein Bedarf der so genannten „Pflegestufe 0“ ausreichen, um Hilfe zur Pflege zu erhalten, die schließlich auch Verrichtungen umfassen kann, die mit dem derzeitigen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht abgedeckt sind.²³

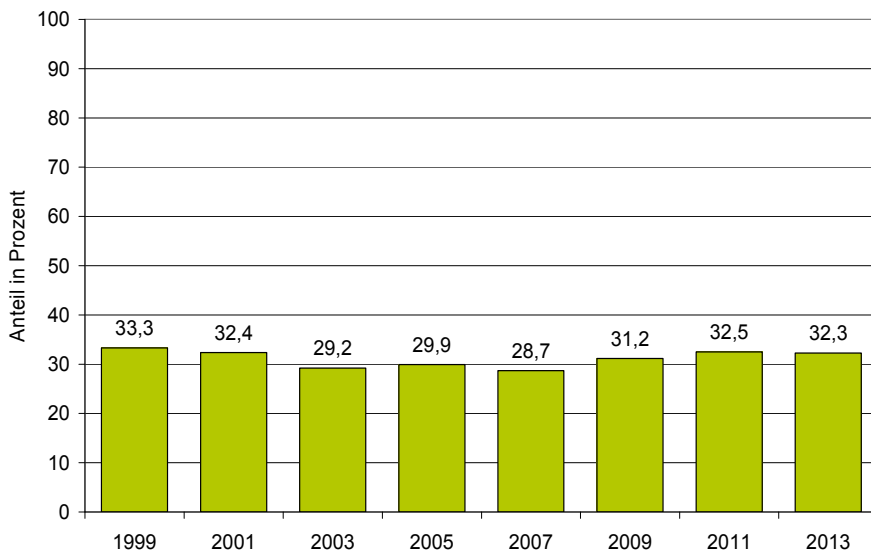
²³ Da der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI verankert wird, gilt er zunächst nicht für das SGB XII, in dem eine eigene (zum derzeitigen Pflegebedürftigkeitsbegriff wortgleiche) Definition von Pflegebedürftigkeit enthalten ist. Der Kabinettsentwurf des PSG II enthält keine Regelung, diesen Pflegebedürftigkeitsbegriff ebenfalls anzupassen. Da das PSG II dadurch vermutlich zustimmungspflichtig würde, ist auch nicht davon auszugehen, dass sich dies bis zur Verabschiedung des Gesetzes ändern wird. Im Ergebnis werden dann zwei verschiedene Begriffe von Pflegebedürftigkeit im elften und zwölften Buch Sozialgesetzbuch definiert sein, mit entsprechenden Komplikationen für die Leistungsabgrenzungen.

Tabelle 4.19 Empfänger und Netto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege

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

Quelle: Statistisches Bundesamt (2010b, 2013b, 2015e)

Tabelle 4.19 gibt zunächst einen Überblick über die Entwicklung der Zahl der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“. Diese hat sich seit Einführung der Pflegeversicherung innerhalb weniger Jahre nahezu halbiert: von 373 Tsd. im Jahr 1995 auf 222 Tsd. im Jahr 1998. In den Folgejahren stieg die Empfängerzahl wieder an und liegt zuletzt im Jahr 2013 bei 342 Tsd. Insgesamt ist die Hilfe zur Pflege im ambulanten gegenüber dem stationären Bereich jedoch nur wenig verbreitet. So stehen den Empfängern von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen über den gesamten Zeitraum etwa 3-mal so viele Leistungsempfänger der Pflegeversicherung im stationären Bereich gegenüber, was im Wesentlichen auf die Höhe



Quelle: Tabelle 4.2 und Tabelle 4.19

Abbildung 4.14 Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen an allen Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen

der Heimentgelte zurückzuführen ist sowie auf die Schwierigkeiten, die erforderlichen erheblichen Eigenanteile zu tragen.

Die Summen der Netto-Ausgaben im ambulanten und im stationären Bereich haben sich über den gesamten Zeitraum stark angenähert: Dadurch, dass sich die Ausgaben der Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich nahezu verdoppelt haben und im stationären Bereich in etwa halbiert, ist das Verhältnis von 1:11 (1995) bereits nach wenigen Jahren auf 1:5 (1998) und seit etwa 2006 auf etwa 1:3 gesunken. Die durchschnittlichen Ausgaben belaufen sich damit seit 2010 im ambulanten Bereich auf 748 € im Monat und im stationären auf 806 € im Monat. Insgesamt sind die Netto-Ausgaben für Hilfe zur Pflege von 6,3 Mrd. € im Jahr 1995 auf 2,3 Mrd. € im Jahr 2000 gesunken und steigen seitdem wieder auf zuletzt 3,34 Mrd. € im Jahr 2013. Die Sozialhilfeausgaben für die Pflege haben

sich damit nach Einführung der Pflegeversicherung sehr viel stärker reduziert, als die Sozialhilfeempfängerzahlen in der Pflege (Roth & Rothgang 2001). Der Anteil der Sozialhilfeempfänger im stationären Bereich an allen Pflegebedürftigen im stationären Bereich liegt jedoch bei leichten Schwankungen zwischen etwa 29 und 33 % (Abbildung 4.14). Eine deutliche Ausweitung des Sozialhilfeempfängeranteils kann in der stationären Pflege daher nicht festgestellt werden.

4.4.4 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit im Überblick

Der folgende Abschnitt gibt abschließend einen Überblick über die zuvor genannten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit im Jahr 2013. Zusätzlich werden die Ausgaben der Kriegsopferfürsorge²⁴ und die privaten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Es handelt sich hierbei nur um die Ausgaben für Pflegebedürftigkeit und nicht um die Ausgaben für die Pflegebedürftigen. Ausgaben, die etwa in der Krankenversicherung für Pflegebedürftige anfallen, werden hier nicht berücksichtigt. Differenziert wird zwischen öffentlichen und privaten Ausgaben. Die Private Pflegepflichtversicherung wird für den Zweck dieser Übersicht dem öffentlichen Sektor zugerechnet, da auch sie per Gesetz gegründet wurde und ihre Mitglieder einer Versicherungspflicht unterliegen.

Die öffentlichen Ausgaben können den Berichterstattungen aus den jeweiligen Organisationen (Pflegeversicherung, Sozialhilfe, Kriegsopferversorgung) entnommen werden. Für die privaten Ausgaben für Pflege im Pflegeheim wurden die Leistungsempfänger (entsprechend ihrer Pflegestufe) mit dem pro Kopf zu tragenden Anteil an den Heimentgelten, die nicht von der Pflegeversicherung getragen werden, multipliziert. Von den privaten Gesamtaufwendungen für die stationäre Pflege wurden anschließend die Nettoausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen abgezogen. Die Schätzungen für die häuslichen Pflegeaufwendungen beruhen auf Angaben zu privaten Ausgaben aus den Daten des SOEP. Für die privaten Ausgaben für die häusliche Pflege wurden die Zahl der Leistungsempfänger mit den selbst getragenen Kosten pro Kopf in der jeweiligen Pflegestufe multipliziert. Bei diesem institutionellen

²⁴ Die Ausgaben der Kriegsopferfürsorge sind stark rückläufig und betragen im Jahr 2012 nur noch 201 Mio. €. Für die Entwicklung der Ausgaben der Kriegsopferfürsorge siehe Rothgang et al. (2014: 129).

Tabelle 4.20 Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2013

Ausgabenquelle	in Mrd. €	als % der öffentl./priv. Ausgaben	als % aller Ausgaben
Öffentlich	28,73	100	62,8
Soziale Pflegeversicherung	24,33	84,7	53,2
Private Pflegeversicherung	0,86	3,0	1,9
Sozialhilfe	3,34	11,6	7,3
Kriegsopferfürsorge ¹⁾	0,2	0,7	0,4
Private Ausgaben*	16,99	100	37,2
Pflegeheim	11,89	70,0	26,0
Häusliche Pflege ²⁾	5,1	30,0	11,2
Insgesamt	45,72		

* Schätzungen (siehe Text).

¹⁾ Die Angaben zur Kriegsopferfürsorge stammen aus dem Jahr 2012.

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

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

Zugang werden damit auch die Ausgaben für Pflegegeld berücksichtigt. Die Opportunitätskosten der familialen Pflege, die insbesondere auf Einkommensausfällen für aufgegebene oder reduzierte Erwerbstätigkeit beruhen, werden dagegen nicht berücksichtigt. Würden derartige indirekte Kosten berücksichtigt, würden noch deutlich höhere Kosten ermittelt.

Wie in Tabelle 4.20 zu sehen ist, wird etwas mehr als ein Drittel der Ausgaben privat finanziert. Hiervon entfallen etwa ein Drittel (= 11,2 % der Gesamtkosten) auf den häuslichen und zwei Drittel (= 26 % der Gesamtkosten) auf den stationären Bereich. Bei den öffentlichen Ausgaben wird mit 84,7 % der bei Weitem größte Teil von der Sozialen Pflegeversicherung abgedeckt, während auf die Sozialhilfe 11,6 % entfallen. Demgegenüber ist der Anteil der öffentlichen Ausgaben, der jeweils von der Privaten Pflegeversicherung und der Kriegsopferversorgung getragen wird, mit 3,0 % bzw. 0,7 % relativ gering. Insgesamt entfallen

auf die Soziale Pflegeversicherung 53,2 % aller Ausgaben, auf die privat getragene stationäre Pflege 25 %, auf die privat getragene häusliche Pflege 11,2 %, auf die Sozialhilfe 7,3 % und auf die Private Pflegeversicherung 1,9 % sowie auf die Kriegsofopferfürsorge 0,4 %. Die Soziale Pflegeversicherung ist damit der wichtigste Kostenträger, der auch damit das gesamte Pflegesicherungssystem prägt. Gleichzeitig deckt die Soziale Pflegeversicherung aber nur gut die Hälfte der entstehenden Kosten und Ausgaben (ohne die Opportunitätskosten der familialen Pflege zu berücksichtigen) ab. Gemeinsam finanzieren beide Zweige der Pflegeversicherung, also Soziale Pflegeversicherung und Private Pflegeversicherung, 55,1 % der hier betrachteten Ausgaben. Damit zeigt sich der Teilversicherungsscharakter der Pflegeversicherung sehr deutlich.

5 Pflegeverläufe im Spiegel der Routinedaten

Auf Basis der Routinedaten können Fragen beantwortet werden, die mit den amtlichen Statistiken nicht oder nicht vertiefend untersucht werden können. Vertiefende Einblicke werden nachstehend im Sinne einer Verlaufsbetrachtung gegeben, um die Funktion von Kurzzeitpflege einzuordnen (Abschnitt 5.4). Zu den Themen, die nur mit Routinedaten, nicht aber mit den amtlichen Statistiken bearbeitet werden können, zählen die Pflegeinzidenzen (Abschnitt 5.2) sowie die Lebenszeitprävalenzen und Pflegedauern (Abschnitt 5.3). Abschnitt 5.1 beschreibt zunächst die hierfür verwendete Datenbasis.

5.1 Routinedaten als Basis für die Analyse der Pflegebedürftigkeit

Prozessproduzierte Routinedaten der Krankenkassen haben ein großes Potential für die Versorgungsforschung (Müller & Braun 2006; Swart & Ihle 2005; Swart et al. 2014; Trittin 2015; von Ferber & Behrens 1997), insbesondere weil sie *tagesgenaue Informationen* zum Leistungsgeschehen *sehr großer Populationen* enthalten. So sind bei der BARMER GEK mehr als 8,6 Mio. Menschen versichert (Bitzer et al. 2015: 20). Das sind mehr als 10 % der Bundesbevölkerung bzw. 12,3 % aller GKV-Versicherten, deren prozessproduzierte Routinedaten zur Auswertung zur Verfügung stehen. Eine Primärdatenerhebung in diesem Umfang würde demgegenüber immense Kosten verursachen. Eine weitere Stärke von Routinedaten besteht darin, dass alle Leistungen und Diagnosen des Versorgungssystems, soweit sie zahlungsrelevant sind, valide dokumentiert werden – ohne einen Recall Bias, also eine Verzerrung aufgrund von unkorrekten Erinnerungen, der beispielsweise bei Befragungen zu beachten ist.

Als Schwäche der Routinedaten wird oftmals deren teilweise unzureichende *Validität* genannt, wenn die Daten nicht zahlungsrelevant sind. Zur Validierung dieser Daten, also zur Prüfung ihrer Gültigkeit, gibt es mittlerweile jedoch verschiedene Optionen, sodass diese Daten dennoch genutzt werden können (Hoffmann et al. 2008). Pflegeleistungen sind aber ausnahmslos zahlungsrelevant und die Einstufung in die Pflegestufen erfolgt nicht per Selbstangabe, sondern durch den MDK. Daher sind die hier verwendeten Daten zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen als sehr valide anzusehen.

Ein zweiter häufig genannter Einwand bezieht sich auf die *Repräsentativität* der Daten für Deutschland. Wie im BARMER GEK Pflegereport 2011 gezeigt, unterscheidet sich die Alters- und Geschlechterstruktur der Versicherten dieser Kasse teilweise von der Struktur der deutschen Bevölkerung (Rothgang et al. 2011: 116ff.). Da die hier untersuchten Versicherten hinsichtlich dieser beiden Merkmale nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung sind, werden die Analysen möglichst nach Alter und Geschlecht getrennt ausgewiesen und/oder nach Alter und Geschlecht auf die bundesdeutsche Bevölkerung standardisiert und hochgerechnet. Auch damit werden die sich darstellenden Unterschiede zur Pflegestatistik in der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeit nicht ganz ausgeglichen. Tatsächlich sind die Pflegeprävalenzen der BARMER GEK-Versicherten etwas niedriger als die der Gesamtbevölkerung (Rothgang et al. 2011: 118f.). Aus diesem Grund wird in den Auswertungen in der Regel darauf verzichtet, die absoluten Fallzahlen auszuweisen, die sich aus der Hochrechnung ergeben, und stattdessen auf die entsprechenden Verteilungen abgestellt, die von dieser Unterschätzung im Niveau in der Regel nicht betroffen sind.

Nachfolgend werden in Abschnitt 5.1.1 die verwendeten Routinedaten der BARMER GEK beschrieben und in Abschnitt 5.1.2 die Variablenkonstruktionen, Selektionen und Gewichtungen vorgestellt.

5.1.1 Beschreibung der BARMER GEK-Routinedaten

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

Für die zurückliegenden Jahre sind die Datenbestände zu den Pflegeleistungen der ehemaligen Kassen GEK und BARMER getrennt gehalten und unterscheiden sich z. T. durch die Verwaltungspraxis der Abrechnungsdaten der jeweiligen

Kasse und im Zeitraum, über den versicherungsrelevante Informationen vorliegen. Erst für die Jahre ab 2012 liegen gemeinsame Daten in gleicher Form für die Versicherten beider Ursprungskassen vor. In einer Kombination der Routinedaten der BARMER und der ehemaligen GEK ist eine Verlaufsdarstellung von Versicherteninformationen erst ab dem Jahr 2010 möglich.²⁵

Für die bearbeiteten Fragestellungen wurde auf mehrere Teildatensätze zurückgegriffen:

- Stammdaten: Sie liefern grundlegende demografische Informationen zu Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnregion und Mitgliedschaftszeiten.
- Pflegedaten: Sie enthalten alle Informationen über die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI. Angegeben sind die Leistungsarten und Pflegestufen mit Beginn und Ende des jeweiligen Leistungsbezugs.
- Datensatz zu Krankenhausbehandlungen: Dieser liefert taggenaue Informationen über Krankenhausaufenthalte.

5.1.2 Zur Definition von Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit ist im Rahmen dieses Pflegereports immer als *sozialrechtlicher Begriff* zu verstehen. Es gelten daher immer nur diejenigen Personen als pflegebedürftig, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind und damit eine Pflegestufe erhalten und Pflegeleistungen beziehen. Zur Ermittlung der Zahl der Pflegebedürftigen werden Bezugszeiten folgender Leistungen der Pflegeversicherung berücksichtigt:

- Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI): Pflege durch ambulante Pflegedienste,
- Pflegegeld (§ 37 SGB XI): für selbst beschaffte Pflegehilfen,
- Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI): häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson – sie wird auch Urlaubspflege genannt,
- Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI): stationäre Pflege als Ergänzung zur häuslichen Pflege – sie wird auch teilstationäre Pflege genannt,
- Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI): vorübergehende stationäre Pflege,
- Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI): dauerhafte vollstationäre Pflege,

²⁵ Im Bereich der Pflegeleistungen treten dabei allerdings Lücken bei der Abbildung einzelner Leistungen wie z. B. der Verhinderungspflege auf.

- Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI).

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

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

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

weise vorliegen, mit dem Zustand der Pflegebedürftigkeit verknüpft werden sollen oder um die Darstellung übersichtlicher zu gestalten.

5.1.3 Variablenkonstruktion, Selektionen, Gewichtung

Für die Auswertungen wurden, wenn nicht anders ausgewiesen, *keine Altersbeschränkungen* vorgenommen. Eine Selektion wurde aber für die Messung der Inzidenzen hinsichtlich der *Versichertenzeit* vorgenommen. So wurde festgelegt, dass diese Personen im Kalenderjahr vor dem Pflegeeintritt durchgängig versichert gewesen sein müssen (Ausnahme 0- bis 1-Jährige).

Im Einzelnen wurden für die Analysen folgende Variablen verwendet:

Geschlecht: Frauen werden mit Männern verglichen.

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

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

Verstorben: Als „verstorben“ werden diejenigen klassifiziert, für die ein dokumentierter Austrittsgrund „Tod“ vorliegt.²⁶

Hochrechnung: Die Hochrechnung der Ergebnisse erfolgt von der jeweiligen Versichertenbevölkerung der BARMER GEK unter Berücksichtigung der Selektionen anhand von Alter und Geschlecht auf die gesamte Bundesbevölkerung zum entsprechenden Zeitpunkt. Dazu werden die Versicherten in 5-Jahres-Alterskategorien bis zur rechtsoffenen Alterskategorie 90+ eingeteilt. Andere Faktoren, etwa Unterschiede zwischen BARMER GEK-Versicherten und der

²⁶ Zur Diskussion der Mortalitätsraten siehe auch Abschnitt 7.1, S. 39 im Anhang.

sonstigen Bevölkerung in Bezug auf die Morbidität, werden nicht zur Hochrechnung verwendet.

Bezüglich der Hochrechnung gibt es mit dem Zensus von 2011 einen Bruch in der Bevölkerungsfortschreibung, wonach die Bevölkerung um rund 1,5 Mio. Menschen kleiner ist als bislang angenommen. Eine Zeitreihe mit Hochrechnungen, die auf Basis von amtlichen Daten vorgenommen wird, erzeugt daher mit dem Jahr 2011 ebenfalls einen Bruch. Daher werden die Hochrechnungen erst beginnend mit dem Jahr 2011 dargestellt.

Standardisierung: Wenn nicht anders angegeben, erfolgt die Standardisierung in entsprechender Weise wie die Hochrechnung; die Bevölkerung, auf die dabei standardisiert wird, ist die Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2011 nach dem Zensus von 2011.

5.2 Pflegeinzidenzen

Vor dem Hintergrund der insgesamt immer weiter steigenden Zahl der Pflegebedürftigen (siehe Abschnitt 4.2) und der hohen Wahrscheinlichkeit, jemals im Leben pflegebedürftig zu werden (Abschnitt 5.3), ist es auch von Belang, wie hoch *in jedem Alter* die Wahrscheinlichkeit ist, pflegebedürftig *zu werden*. Zur Erfassung der sogenannten Pflegeinzidenzen, also der Wahrscheinlichkeit, in einem bestimmten Alter pflegebedürftig zu werden, wird daher auf Basis der Routinedaten für jeden berücksichtigten Versicherten eines Jahres ermittelt, ob ein Pflegeeintritt vorliegt. Da Frauen insgesamt eine höhere Pflegeprävalenz haben als Männer, stellt sich auch die Frage, ob dies auch daher rührt, dass sie eine höhere altersspezifische Pflegeinzidenz haben.

Für Kinder ist die Pflegeinzidenz merklich höher als für junge Erwachsene (Abbildung 5.1). Dies ist überwiegend bedingt durch Down-Syndrom, Entwicklungsstörungen, Hör- und Sehstörungen und weiterer meist angeborener Störungen, aber auch durch Krebsleiden (Rothgang et al. 2013: 160). Im jungen Erwachsenenalter werden nur wenige Versicherte pflegebedürftig. Erst ab dem mittleren Alter steigen die Fallzahlen langsam und ab der Altersklasse der 65- bis 70-Jährigen dann rasant an. Bei den Frauen sind die erstmalig Pflegebedürftigen meistens 80 bis 85 Jahre alt, bei den Männern meist 75 bis 80 Jahre (Mo-

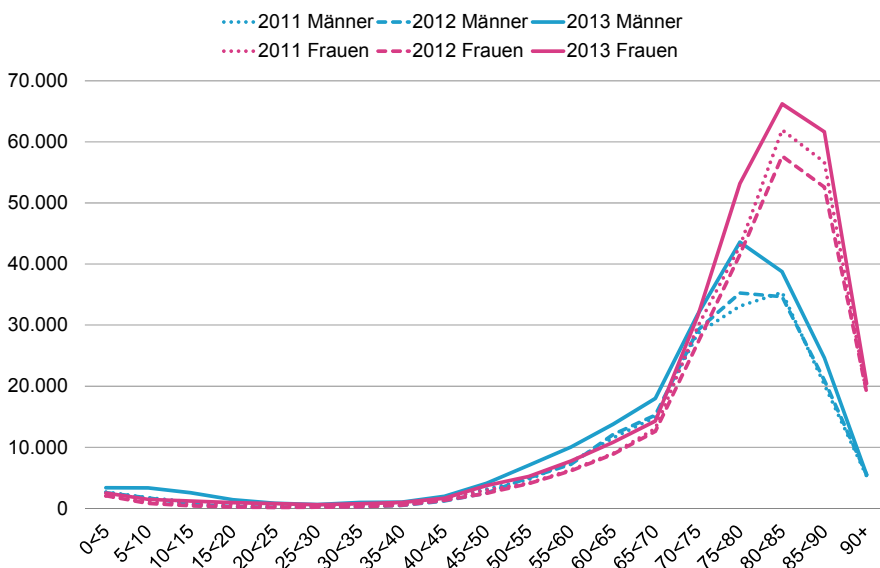


Abbildung 5.1 Anzahl erstmalig Pflegebedürftiger nach Alter und Geschlecht – hochgerechnet auf die Bundesbevölkerung der jeweiligen Jahre

dalwerte). Für höhere Altersklassen sind die Fallzahlen erstmaliger Pflegebedürftigkeit wieder niedriger. Die Absolutzahlen der Pflegeinzidenzen sind für Männer schon deshalb niedriger, weil diese das hohe Alter nicht so häufig erreichen wie Frauen.

Die *Inzidenzraten* – also die Fallzahl der erstmaligen Pflegebedürftigkeit bezogen auf die Population, die noch nicht pflegebedürftig ist – sind auch für das Kindesalter so gering, dass sie kaum wahrnehmbar sind. Sie liegen in der jüngsten Altersklasse unter 0,2 % und verringern sich über die folgenden Altersklassen. Erst in der Altersklasse der 50- bis 55-jährigen Männer wird im Jahr 2013 die Inzidenzrate von 0,2 % wieder überschritten. Die Inzidenzraten erhöhen sich für Frauen wie für Männer ab einem Alter von 50 Jahren. Ab einem Alter von 80 Jahren aufwärts unterscheiden sich auch die Inzidenzraten für Frauen und Männer merklich (Abbildung 5.2).

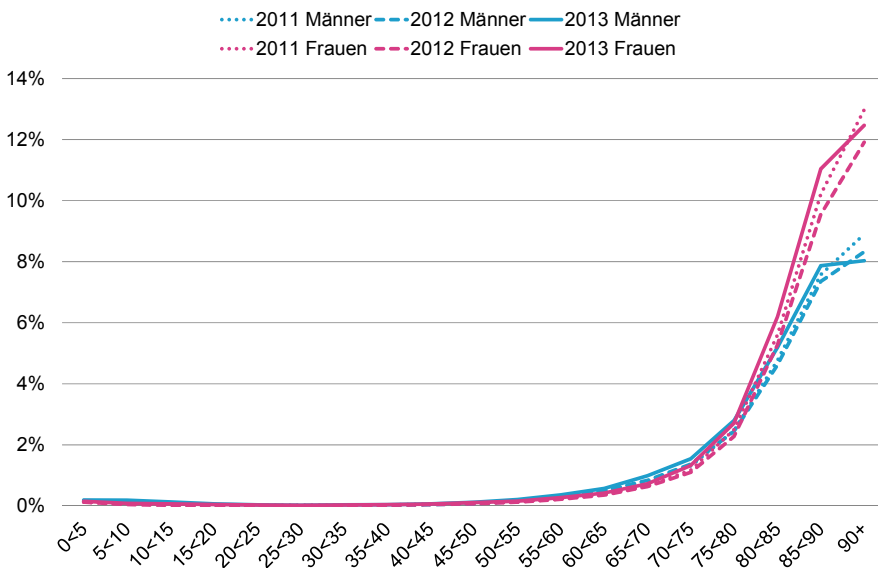


Abbildung 5.2 Anteil erstmalig Pflegebedürftiger an allen Personen gleichen Alters und Geschlechts, die zuvor nie pflegebedürftig waren

Die höhere Pflegeprävalenz von Frauen speist sich somit aus mehreren Faktoren: Erstens werden Frauen älter als Männer, zweitens ist die altersspezifische Pflegeinzidenz für Frauen im höheren Lebensalter deutlich größer als die für Männer (Abbildung 5.2) und drittens übersteigt ihre Pflegedauer die der Männer (5.3.2). Die unterschiedliche altersspezifische Pflegeinzidenz ist dabei u. a. dadurch bedingt, dass sich Paare gegenseitig unterstützen, ohne eine Pflegestufe zu beantragen, obwohl die Voraussetzungen erfüllt wären (Unger et al. 2015). Da Männer tendenziell früher sterben, sind sie seltener verwitwet und der Wegfall der partnerschaftlichen Hilfe, der dann zur Beantragung von Pflegeleistungen führt, tritt damit seltener ein.

5.3 Lebenszeitprävalenzen

Pflegebedürftig zu werden, ist kein Restrisiko im Lebensverlauf, sondern ein allgemeines Lebensrisiko, das die Mehrheit der Bevölkerung betrifft (Rothgang et al. 2014: 136). Vorangegangene Studien haben schon gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit, jemals im Leben pflegebedürftig im Sinne des SGB XI zu werden (Lebenszeitprävalenz), nicht nur größer ist als die Wahrscheinlichkeit, nicht pflegebedürftig zu werden, sondern zudem im Zeitverlauf steigt (z. B. Rothgang et al. 2011: 138). Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung stellen sich die Fragen, wie stark sich die Lebenszeitprävalenz verändert, wie sich diese Entwicklung erklären lässt und welche Relevanz diese Zunahme hat. Die Relevanz der Pflegebedürftigkeit zeichnet sich einerseits dadurch aus, in welchem Maße (Pflegestufe) die Pflegebedürftigkeit auftritt, ob es zu einer Versorgung im Pflegeheim kommt (Pflegearrangement), und, wie lange die Phase der Pflegebedürftigkeit andauert. Daher werden neben der Entwicklung der Lebenszeitprävalenz (5.3.1) die Dauer der Pflegebedürftigkeit (Abschnitt 5.3.2), die höchste im Lebenslauf erreichte Pflegestufe (Abschnitt 5.3.3) und die Versorgungsart (Abschnitt 5.3.4) für die verstorbenen Versicherten der BARMER GEK über die Jahre betrachtet.

5.3.1 Entwicklung der Lebenszeitprävalenz

Die Lebenszeitprävalenz der Pflegebedürftigkeit beschreibt für eine definierte Population, die Wahrscheinlichkeit jemals im Leben pflegebedürftig zu werden. Zur Erfassung der Lebenszeitprävalenz ist es daher prinzipiell notwendig, gesamte Lebensverläufe bis zum Tod zu betrachten. Da Pflegebedürftigkeit aber in den selteneren Fällen ein reversibler Zustand ist, ist auch für eine gute Annäherung die Betrachtung der letzten zwei Jahre vor dem Tod ausreichend, um näherungsweise die Lebenszeitprävalenz zu beschreiben.

Schon auf Basis der Daten der GEK wurde ein stetig steigender Anteil Verstorbener ermittelt, die vor dem Versterben Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen haben (Rothgang et al. 2011: 136f.). Die Anteile stiegen für die über 30-jährigen männlichen Verstorbenen von 41 % im Jahr 2000 auf 50 % im Jahr 2009. Von den über 30-jährigen weiblichen Verstorbenen hatten im

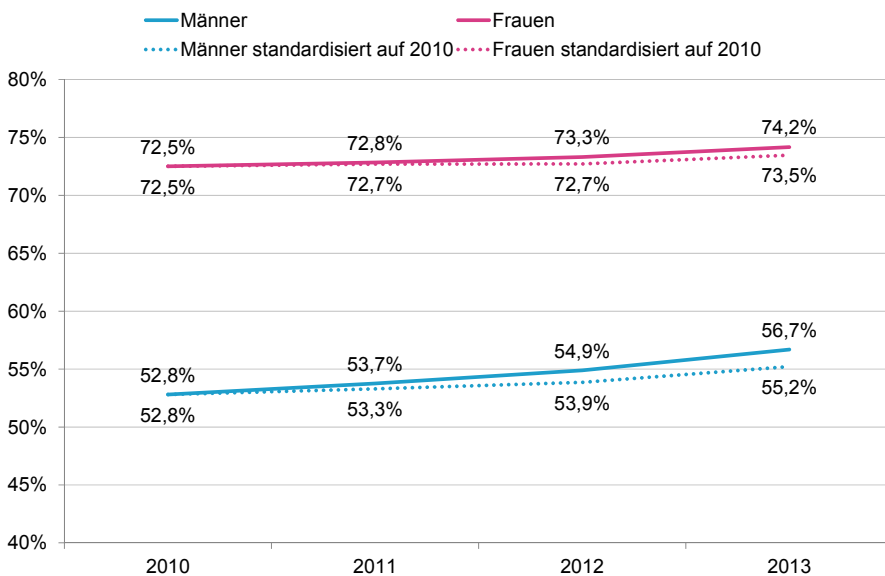
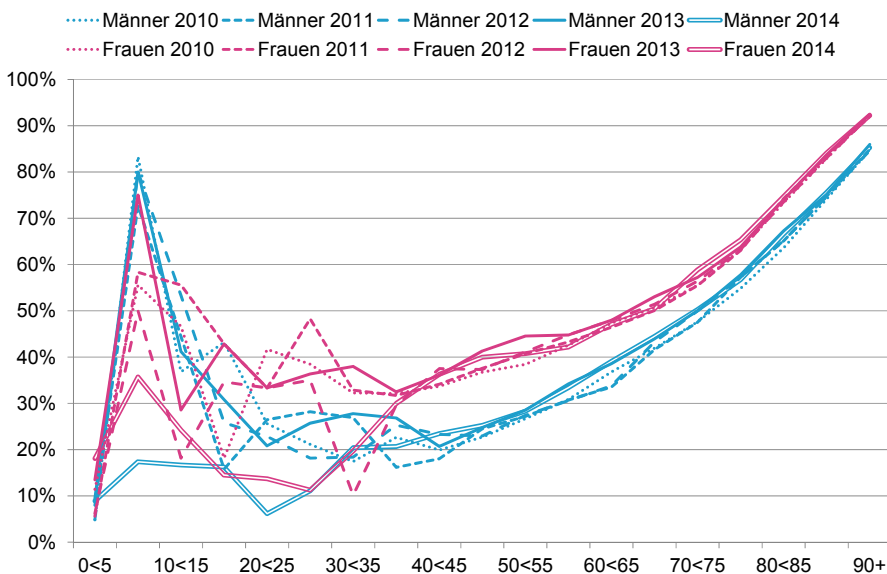


Abbildung 5.3 Anteil Verstorbener mit Pflegeleistungen hochgerechnet auf Verstorbene der BRD des jeweiligen Jahres

Jahr 2000 65 % und im Jahr 2009 72 % zuvor Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen.

Der Trend zu einem immer höheren Anteil an Verstorbenen, die jemals pflegebedürftig waren, setzt sich nach den Berechnungen auf Basis der Routinedaten der BARMER GEK fort. Hochgerechnet auf die Sterbebevölkerung der BRD in den jeweiligen Jahren zeigt sich für die Jahre 2010 bis 2013²⁷ ein Anstieg der Lebenszeitprävalenz. Dieser Anteil steigt bei den verstorbenen Männern von 52,8 % im Jahr 2010 auf 56,7 % im Jahr 2013. Bei den verstorbenen Frauen gibt es einen weiteren Anstieg von 72,5 % im Jahr 2010 auf 74,2 % (Abbildung 5.3).

²⁷ Die Informationen bezüglich der Pflegebedürftigkeit werden jeweils nur zum Todesquartal und zu den acht zurückliegenden Quartalen erfasst, damit über den Beobachtungszeitraum für alle Jahrgänge gleiche Chancen für die Feststellung der Inanspruchnahmen bestehen.



Quelle: BARMER GEK-Daten 2010 bis 2014

Abbildung 5.4 Anteil jemals Pflegebedürftiger im Sinne des SGB XI nach Sterbealter und Geschlecht der Jahre 2010 bis 2014

Eine Erklärung für diesen Trend ist, dass die Zahl der Älteren unter den Versterbenden immer weiter zunimmt und die Lebenszeitprävalenz von Pflegebedürftigkeit positiv mit dem Alter zum Todeszeitpunkt korreliert ist. Dies zeigt Abbildung 5.4, in der die Lebenszeitprävalenz in Abhängigkeit vom Sterbealter – getrennt für Männer und Frauen – für die Beobachtungsjahre 2010 bis 2014 angegeben ist.

Die immens schwankenden Anteilswerte in den jüngeren Altersklassen beruhen darauf, dass die Zahl der Verstorbenen in diesen Altersklassen so gering ist, dass einzelne Verstorbene die resultierenden Prozentzahlen noch deutlich beeinflussen können.²⁸ Die Sterbeziffern sind im jungen Erwachsenenalter

²⁸ Auffällig ist aber dennoch, dass von den Verstorbenen im frühen Kindesalter ein erheblicher Anteil pflegebedürftig gewesen ist. Die meist angeborenen Fehlbildungen oder Störungen führen somit nicht nur oft zu einer Pflegebedürftigkeit, sondern auch zu höherer Sterblichkeit.

weiterhin noch sehr gering, wodurch auch in diesen Altersklassen einige Schwankungen in der Lebenszeitprävalenz aufkommen. In der Summe liegen die Anteile jemals Pflegebedürftiger im jüngeren Erwachsenenalter bei den Frauen meist unter 40 % und bei den Männern meist unter 30 %. Mit steigendem Sterbealter nimmt aber die Wahrscheinlichkeit, jemals pflegebedürftig gewesen zu sein, kontinuierlich zu. So waren drei Viertel der Frauen und zwei Drittel der Männer, die im Alter von 80-85 verstorben sind, in ihrem Leben pflegebedürftig. Für Frauen, die im Alter von 90 und älter versterben, liegt die Pflegewahrscheinlichkeit bei annähernd 90 % und für gleichaltrige Männer bei mehr als 90 %.

Inwieweit die steigenden Lebenszeitprävalenzen durch eine Steigerung des Todesalters hervorgerufen werden, lässt sich durch eine Altersstandardisierung der Lebenszeitprävalenzen auf die Sterbebevölkerung des Jahres 2010 überprüfen. Dabei wird fingiert, dass die Verteilung des Todesalters im Zeitverlauf konstant bleibt. Wie Abbildung 5.3 zeigt, kommt es aber auch bei einer derartigen Altersstandardisierung zu einem Anstieg der Lebenszeitprävalenzen im Zeitverlauf – wenn auch nicht in gleichem Maße wie bei den beobachteten Prävalenzen. Demnach ist die Lebenszeitprävalenz nicht allein durch die demografische Alterung beeinflusst. Bei den Männern lässt sich ein Anstieg um 2,4 Prozentpunkte im Zeitraum der Jahre von 2010 bis 2013 ablesen und bei den Frauen ein Anstieg um 1,0 Prozentpunkte, die nicht durch die Veränderungen im Todesalter bestimmt sind.

5.3.2 Dauer der Pflegedürftigkeit

Von Bedeutung ist aber nicht nur, *ob* jemals eine Pflegebedürftigkeit vorgelegen hat, sondern auch, *wie lange* sie gedauert hat. Je länger die Pflegebedürftigkeit andauert, desto relevanter wird sie für alle Beteiligten – nicht nur in zeitlicher und finanzieller Hinsicht. Von Bedeutung ist die Dauer der Pflegebedürftigkeit naturgemäß für die Pflegeversicherung, da sie für einen Großteil der Pflegeleistungen aufkommen muss. Aber auch für die Pflegebedürftigen selber und für die pflegenden Angehörigen ist die Dauer von Bedeutung, da sie sich auch auf die Zeit in Pflegebedürftigkeit einstellen müssen – einerseits in Form von informell zu erbringender Pflege und andererseits in Form der Organisation und (Mit-)Finanzierung von formeller Pflege und Unterstützung.

Bezüglich der Erfassung der Pflegedauern werden hier zwei Methoden verwendet. Zum einen wird die Dauer auf Basis einer retrospektiven und zum anderen auf Basis einer prospektiven Betrachtung bestimmt. In der *retrospektiven Betrachtung* sind die Verstorbenen der einzelnen Jahre der Ausgangspunkt und in der *prospektiven Betrachtung* die Pflegeinzidenzen der einzelnen Jahre. In der retrospektiven Betrachtung wird für die Verstorbenen der jeweiligen Jahre ermittelt, ob und seit wann sie pflegebedürftig waren. Für die prospektive Ermittlung der Pflegedauern werden die Pflegeinzidenzen nach Alter und Geschlecht klassiert. Für diese werden dann wahrscheinliche Überlebensverläufe kalkuliert, indem für jedes Alter und jedes Geschlecht und jede bisher erlebte Pflegedauer Sterbewahrscheinlichkeiten zugespielt werden (Sterbetafelmethode). Für den Anteil der Population, der das nächste Altersjahr erreicht, werden die dann vorliegenden altersspezifischen und pflegedauerspezifischen Sterbequoten verwendet. Daraus lassen sich dann auch durchschnittliche Pflegedauern kalkulieren, was auf Basis des retrospektiven Verfahrens aufgrund des beschränkten Beobachtungsfensters nicht möglich ist.

Nachstehend werden zunächst die Ergebnisse der retrospektiven Betrachtung dargestellt (Abschnitt 5.3.2.1) und anschließend die der prospektiven (Abschnitt 5.3.2.2). Beide Ergebnisse werden abschließend vergleichend bewertet (Abschnitt 5.3.2.3)

5.3.2.1 Pflegedauern Verstorbener

Männer sind vor allem auf Grund der höheren altersspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten nicht nur insgesamt seltener pflegebedürftig als Frauen, sondern auch kürzere Zeit (Abbildung 5.5). Gut 20 % der Männer sind länger als zwei Jahre vor dem Tod pflegebedürftig gewesen und insgesamt sind es rund 30 %, die mindestens ein Jahr pflegebedürftig gewesen sind. Von den Frauen sind über 40 % mindestens zwei Jahre pflegebedürftig gewesen und rund 50 % mindestens ein Jahr. Relativ konstant ist rund ein Viertel der verstorbenen Frauen und der verstorbenen Männer zwar pflegebedürftig gewesen, aber weniger als ein Jahr lang. Ein Viertel der verstorbenen Frauen und zwischen 40 und 50 % der verstorbenen Männer sind gar nicht pflegebedürftig gewesen.

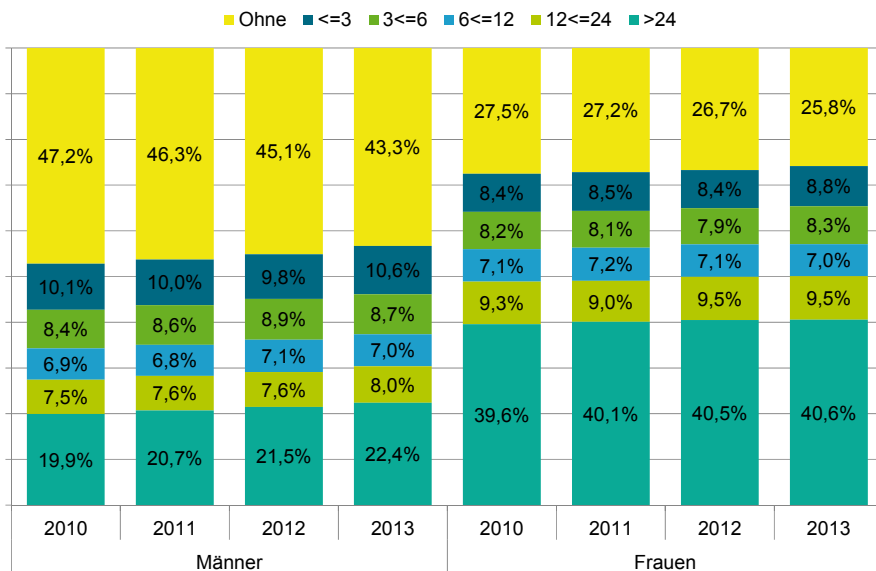


Abbildung 5.5 Anteile verstorbener Männer und Frauen nach Pflegedauern in Monaten vor Eintritt des Todes in den Jahren 2011 bis 2013

5.3.2.2 Pflegedauern ab Pflegeinzidenz

Die retrospektive Messung der Pflegedauern fußt auf den Daten von Verstorbenen, die mitunter schon Jahre zuvor unter gänzlich anderen Bedingungen pflegebedürftig geworden sind. Perioden- und Kohorteneffekte können hier zu Abweichungen von den Pflegedauern aktuell inzidenter Fälle führen. Die *prospektive Betrachtung* nimmt dagegen die aktuellen Inzidenzen unter den aktuellen Bedingungen auf. Allerdings muss mit diesen modelliert werden – es handelt sich bei den Ergebnissen also nicht um echte Beobachtungen.

Tabelle 5.1 Zu erwartende Dauer der Pflegebedürftigkeit für inzidente Pflegebedürftige der Jahre 2011 bis 2013 in Jahren und Monaten

	2011	2012	2013
Hochrechnung auf die Pflegeeintritte in Deutschland für alle Versicherte	6,20 J.	5,89 J.	6,72 J.
Hochrechnung auf die Pflegeeintritte in Deutschland für alle männlichen Versicherten	6,18 J.	5,70 J.	6,97 J.
Hochrechnung auf die Pflegeeintritte in Deutschland für alle weiblichen Versicherten	6,09 J.	5,90 J.	6,41 J.
Hochrechnung auf die Pflegeeintritte in Deutschland für Versicherte ab einem Pflegeeintrittsalter von 60 Jahren	4,39 J.	4,37 J.	4,38 J.
Hochrechnung auf die Pflegeeintritte in Deutschland für männliche Versicherte ab einem Pflegeeintrittsalter von 60 Jahren	3,63 J.	3,64 J.	3,64 J.
Hochrechnung auf die Pflegeeintritte in Deutschland für weibliche Versicherte ab einem Pflegeeintrittsalter von 60 Jahren	4,87 J.	4,87 J.	4,89 J.
Für alle hochgerechneten Pflegeeintritte ab 60 Jahren			
Quantil 10 %	2 M.	2 M.	2 M.
Quantil 20 %	6 M.	6 M.	6 M.
Quantil 25 %	9 M.	9 M.	9 M.
Quantil 30 %	12 M.	12 M.	12 M.
Quantil 40 %	24 M.	23 M.	23 M.
Quantil 50 %	36 M.	36 M.	36 M.
Quantil 60 %	51 M.	50 M.	51 M.
Quantil 70 %	68 M.	67 M.	68 M.
Quantil 75 %	78 M.	77 M.	78 M.
Quantil 80 %	90 M.	90 M.	90 M.
Quantil 90 %	126 M.	126 M.	127 M.

Anmerkung: Die Hochrechnungen beruhen auf der Bevölkerungsfortschreibung nach dem Zensus von 2011 und den Ergebnissen der Pflegestatistik von 2011 und 2013. Die Bevölkerung abzüglich der Pflegebedürftigen ist die Ausgangspopulation, auf die die inzidenten Pflegeeintritte hochgerechnet wurden.

Ausgangspunkt für die prospektive Berechnung der durchschnittlichen Pflegedauer in Deutschland ist die Ermittlung der zu erwartenden Pflegedauern je Pflegeeintrittsaltersklasse. Grundlage der zu erwartenden Pflegedauern sind dabei die Sterbewahrscheinlichkeiten nach Alter, Geschlecht und bisheriger Pflegedauer. Die unterschiedlichen Sterbewahrscheinlichkeiten nach Alter und Geschlecht sind hinlänglich bekannt. Im jüngeren Alter ist die Sterbewahrscheinlichkeit innerhalb eines Jahres sehr gering, mit steigendem Alter erhöht sie sich zusehends. Frauen haben dabei durchweg geringere Sterbewahrscheinlichkeiten pro Jahr (Statistisches Bundesamt 2014c). Aber auch die bisherige Pflegedauer ist verbunden mit unterschiedlichen Sterbewahrscheinlichkeiten (siehe Abschnitt 7.1 im Anhang).

Die unterschiedlichen Sterbewahrscheinlichkeiten, die sich auf Basis der BAR-MER GEK-Daten nach Alter, Geschlecht und Pflegedauer ergeben, wurden für die weitere Kalkulation mit den Inzidenzraten (siehe Abschnitt 5.2) verknüpft und auf die Bundesbevölkerung übertragen.²⁹ Für die Summe aller Pflegeeintritte in Deutschland lassen sich somit *durchschnittliche Verweildauern* in der Pflegebedürftigkeit von 6 bis 7 Jahren ermitteln (Tabelle 5.1). Größere Schwankungen in den Ergebnissen für verschiedene Jahre ergeben sich vor allem wegen unterschiedlicher geschätzter Pflegeinzidenzen in jüngeren Jahren, die mit ihren langen Verweildauern die durchschnittliche Verweildauer stark beeinflussen. Werden nur die Pflegeeintritte ab einem Alter von 60 Jahren berücksichtigt, dann sind knapp viereinhalb Jahre in Pflegebedürftigkeit zu erwarten. Für Männer liegt der Durchschnittswert trotz des geringeren Pflegeeintrittsalters nur bei gut 3,6 Jahren in Pflegebedürftigkeit und für Frauen bei fast 4,9 Jahren.

Für Frauen, die im Alter von mindestens 60 Jahren pflegebedürftig werden, dauert die Pflegebedürftigkeit im Durchschnitt somit ca. fünf Jahre, für Männer etwa dreieinhalb Jahre. Werden alle Pflegebedürftige, also auch diejenigen, bei denen

²⁹ Eine Hochrechnung der Dauer auf alle inzident Pflegebedürftigen in Deutschland kann aus methodischen Gründen nur für die Jahre 2011 bis 2013 erfolgen, da ab 2011 eine neue Bevölkerungsfortschreibung existiert und die Pflegestatistik zuletzt 2013 erstellt wurde. Die Zahl der Pflegebedürftigen aus der Pflegestatistik ist aber nötig, um in Kombination mit der Bevölkerungsfortschreibung die Zahl der Personen zu ermitteln, die noch nicht pflegebedürftig sind und somit inzidente Fälle sein können.

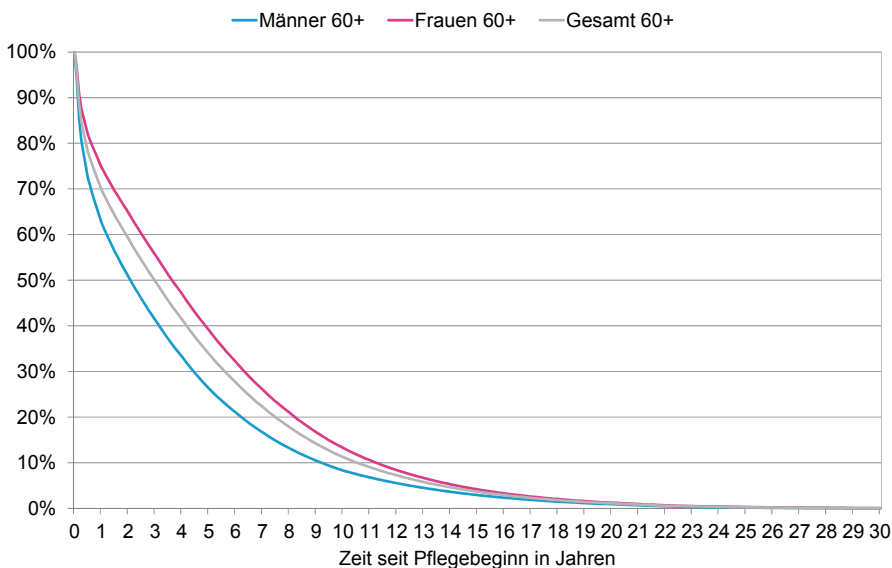


Abbildung 5.6 Überlebensfunktion der Pflegeinzidenzen des Jahres 2013

Pflegebedürftigkeit bereits in jüngeren Jahren auftritt, berücksichtigt, liegen die durchschnittlichen Pflegedauern dagegen bei durchschnittlich mehr als sechs Jahren.

Differenziertere Ergebnisse zeigen die Überlebenskurven (Abbildung 5.6). Hier-nach liegt die Dauer der in Pflegebedürftigkeit verbrachten Zeit für 19 % der Männer und 12 % der Frauen bei bis zu drei Monaten, wenn die Pflegebedürftigkeit nach dem 60. Lebensjahr eintritt. Mit einer Pflegedauer von mindestens 2 Jahren müssen 51 % der Männer und 65 % der Frauen rechnen, die im Alter von mindestens 60 Jahren pflegebedürftig werden. Insgesamt dauert die Pflegebe-dürftigkeit für fast 60 % aller Pflegebedürftigen, die im Alter von mindestens 60 Jahren pflegebedürftig werden, länger als zwei Jahre.

5.3.2.3 Vergleich der retrospektiven mit der prospektiven Methode

Mittels der prospektiven Methode können durchschnittliche Pflegedauern er-rechnet werden. Dies ist mit der retrospektiven Methode nicht möglich, da die

vorliegenden Daten „linkszensiert“ sind, also zwar die letzten Jahre vor dem Tod, aber nicht den ganzen Verlauf bis zum Tod abbilden. Grundsätzlich vergleichbar sind die Ergebnisse beider Methoden aber bezüglich der Anteilswerte derjenigen mit einer Pflegezeit von bis zu 10 bis 15 Jahren, wenn die Einführungszeiten der Pflegeversicherung nicht berücksichtigt werden sollen. Bei dem Vergleich zeigt sich eine tendenzielle Übereinstimmung der Ergebnisse beider Ansätze. So ergibt sich bei der retrospektiven Methode für Männer ein Anteil von knapp 40 % und für Frauen ein Anteil von knapp 55 % der Pflegebedürftigen mit einer Verweildauer von mehr als zwei Jahren, während diese Anteilswerte bei der prospektiven Methode bei 51 % und 65 % liegen. Verbleibende Unterschiede müssen dabei nicht die Validität der Ansätze in Zweifel ziehen, sondern können auch Ausdruck unterschiedlicher, Perioden- und Kohorteneffekte sein.

5.3.3 Pflegestufenverteilung

Zur Beurteilung der Relevanz der Lebenszeitprävalenz ist ebenfalls bedeutsam, in welcher Pflegestufe die Pflegebedürftigkeit verbracht wird. Wie die Pflegestatistik zeigt (siehe Abschnitt 4.2.1), gilt die Mehrzahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2013 – nämlich 56 % – als erheblich pflegebedürftig (Pflegestufe I). Noch größer ist der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung (siehe Abschnitt 4.2.6). Er liegt zu diesem Zeitpunkt bei rund 75 %. Diese hohen Anteile mit der Pflegestufe I bei der Ersteinstufung und der immer noch hohen, aber doch deutlich geringeren Anteile im weiteren Pflegeverlauf implizieren, dass sich das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit für einen erheblichen Teil der Pflegebedürftigen im Pflegeverlauf erhöht. Dies zeigt sich auch in der Wiederbegutachtungsstatistik des MDK (Rothgang et al. 2011: 66). Verlaufsstudien mit Routinedaten der Pflegeversicherung (Rothgang et al. 2009: 169) ergeben entsprechend bei rund 40 % der Pflegebedürftigen eine im Verlauf der Pflegebedürftigkeit steigende Pflegestufe, während diese bei mehr als der Hälfte bis zum Tod unverändert bleibt.

Wird die höchste im Pflegeverlauf erreichte Pflegestufe identifiziert, zeigt sich das in Abbildung 5.7 enthaltene Bild: Bei 16 % der verstorbenen Männer und bei 20 % der verstorbenen Frauen war Pflegestufe I die höchste im Pflegeverlauf erreichte Pflegestufe. Ein vergleichbarer Anteil hat im Pflegeverlauf Pflegestufe

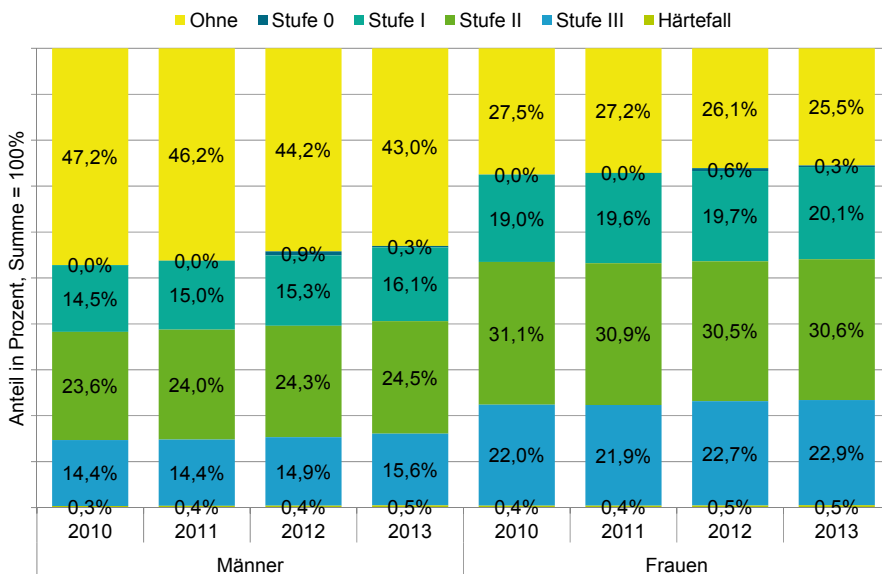


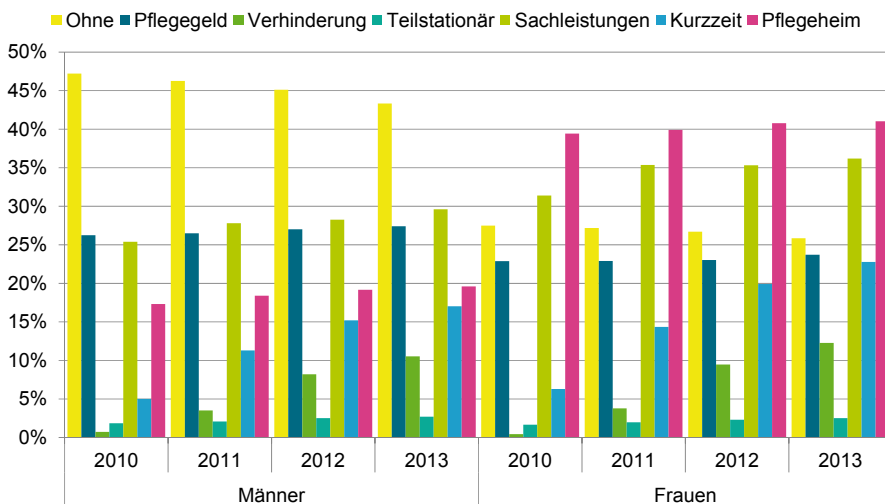
Abbildung 5.7 Anteile verstorbener Männer und Frauen nach höchster Pflegestufe im Pflegeverlauf in den Sterbejahren 2010 bis 2013

III als höchste Stufe erreicht, ein Drittel der Frauen bzw. ein Viertel der Männer Stufe II. Im Zeitverlauf steigt bei beiden Geschlechtern nicht nur die Lebenszeitprävalenz insgesamt, sondern – mit Ausnahme der Pflegestufe II bei den Frauen – auch der Anteil der Pflegebedürftigen, die in ihrem Pflegeverlauf Stufe I, II und III erreicht haben.

Vorstellungen, nach denen Pflegebedürftigkeit regelmäßig einen progredienten Verlauf nimmt und mit Pflegestufe III endet, sind also unzutreffend. Nur ein Sechstel der pflegebedürftigen Männer und gut ein Fünftel der pflegebedürftigen Frauen erreicht jemals in ihrem Leben Pflegestufe III. Allerdings nehmen diese Anteilswerte im Zeitverlauf leicht zu (Abbildung 5.7).

5.3.4 Leistungsarten

Pflegebedürftige können verschiedene Pflegeleistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Hierzu zählen in erster Linie das Pflegegeld, die Pflegesatz-



Anmerkung: Zahlen zur Verhinderungspflege sind für ehemalige BARMER-Versicherte für das Jahr 2010 nicht erfasst. Dadurch kommt es zur Unterschätzung für die Jahre 2010 und 2011. Die Angaben sind nicht hierarchisiert, eine Mehrfachangabe je Pflegebedürftigen ist möglich.

Abbildung 5.8 Anteil der Verstorbenen mit ausgewählten Leistungen der Pflegeversicherung innerhalb der zwei Jahre vor dem Versterben

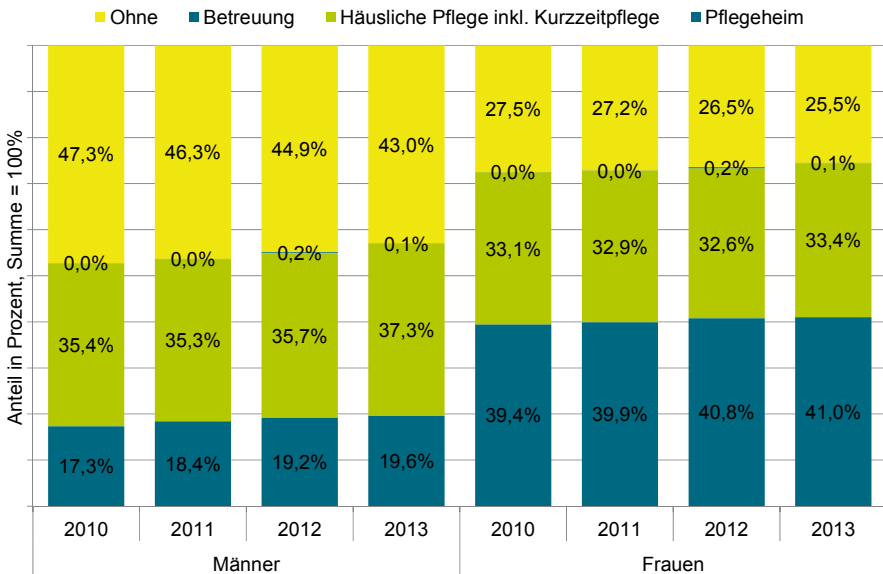
chleistung und die vollstationäre Dauerpflege. Zudem werden zur Unterstützung der häuslichen Pflege teilstationäre Pflege, Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege angeboten. Abbildung 5.8 zeigt die Verbreitung dieser Pflegeleistungen vor dem Tod und die Veränderungen über die Zeit. Um für den zeitlichen Vergleich keine Verzerrungen durch unterschiedlich lange Beobachtungsfenster zu produzieren, werden nur die Leistungen berücksichtigt, die jeweils in den letzten beiden Jahren vor dem Tod in Anspruch genommen wurden.

Ein erheblicher Teil der Verstorbenen war innerhalb der letzten beiden Lebensjahre in vollstationärer Dauerpflege. Von den verstorbenen Männern sind es knapp 20 % und von den verstorbenen Frauen 41 % (Abbildung 5.8 und Abbildung 5.9). Über die Jahre zeigt sich dabei ein fortgesetzter Anstieg des Anteils der Verstorbenen, die im Pflegeheim gewesen sind. Damit bestätigt sich der

schon auf Basis der GEK-Daten erhobene Befund einer stetig steigende Wahrscheinlichkeit, im Pflegeheim zu versterben (Rothgang et al. 2011: 138; Sauer et al. 2013).

Die Versorgung im Pflegeheim umfasst nicht nur die vollstationären Dauerpflege, sondern auch die *Kurzzeitpflege*. Wie Abbildung 5.8 zeigt, ist die Lebenszeitprävalenz für Kurzzeitpflege in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Lag sie 2010 noch bei 5 % der Männer bzw. 6 % der Frauen zeigen sich für 2013 Werte von 17 % bei den Männern bzw. 23 % bei den Frauen. Die Wahrscheinlichkeit, im Leben Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen, hat sich in diesem kurzen Zeitintervall also mehr verdreifacht. In einer kombinierten Betrachtung (nicht in den Abbildungen dargestellt) zeigt sich, dass im Jahr 2013 rund 30 % der verstorbenen Männer und rund 50 % der verstorbenen Frauen in ihrem Leben entweder Kurzzeitpflege oder vollstationäre Dauerpflege in Anspruch genommen haben.

Mit der steigender Wahrscheinlichkeit, jemals im Leben Leistungen der Pflegeversicherung zu beanspruchen, steigt auch die Wahrscheinlichkeit, die einzelnen Leistungen in Anspruch zu nehmen. In den letzten zwei Jahren vor dem Versterben zeigen sich allerdings unterschiedliche Inanspruchnahmemuster als in der Gesamtpopulation der Pflegebedürftigen (Abbildung 5.8). *Pflegegeld* haben die meisten Pflegebedürftigen in ihrem Pflegeverlauf bezogen. Allerdings sinkt die Prävalenz in den letzten beiden Lebensjahren, da hier andere Pflegearrangements an Bedeutung gewinnen. Während das Pflegegeld bei den pflegebedürftigen Männern in ihrer letzten Lebensphase die häufigste Leistung ist, ist der Anteil der vollstationär gepflegten Frauen zum Todeszeitpunkt größer als der der Pflegegeld beziehenden (Abbildung 5.8). Weitere hier nicht grafisch dargestellte Ergebnisse der Routinedatenauswertung zeigen, dass der Anteil der Personen, die nur mit Pflegegeldleistungen die Pflegekarriere durchlaufen, immer kleiner wird. Er sinkt bei den Männern von 13 % im Jahr 2010 auf 12 % im Jahr 2013 und bei den Frauen von 10 % auf 8 %. Wenngleich es beim Auftreten von Pflegebedürftigkeit lange Zeiten geben kann, in denen ausschließlich Pflegegeld bezogen wird, werden bei längeren Pflegeverläufen in der Regel doch weitere formelle Pflegeleistungen in Anspruch genommen. Und dies geschieht in immer größerem Ausmaß.



Anmerkung: Zahlen zur Verhinderungspflege für ehemalige BARMER-Versicherte für das Jahr 2010 nicht erfasst. Dadurch kommt es zur Unterschätzung für die Jahre 2010 und 2011. Pflegeheimversorgung mit höherer Priorität bei der Darstellung als die häusliche Pflege.

Abbildung 5.9 Anteil der Verstorbenen mit Versorgung im Pflegeheim oder in häuslicher Pflege innerhalb der zwei Jahre vor dem Versterben

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass zwar nicht alle Pflegeverläufe im Pflegeheim enden, aber doch rund 20 % der verstorbenen Männer und über 40 % der 2013 verstorbenen Frauen letztlich in die vollstationäre Versorgung gekommen sind. Vollstationäre Dauer- und/oder Kurzzeitpflege wird von insgesamt rund 30 % der verstorbenen Männer und rund 50 % der verstorbenen Frauen im Laufe ihres Pflegeverlaufs in Anspruch genommen. Pflegegeld wird in der Zeit vor dem Tod eine Leistungsart von abnehmender Relevanz. Der Versorgungsaufwand wird so groß, dass er allein von den Angehörigen nicht mehr bewältigt werden kann. Der Anteil der Verstorbenen in häuslichem Setting (inkl. Kurzzeitpflege), liegt bei den Frauen relativ konstant bei einem Drittel und bei den Männern mit leicht steigender Tendenz zwei bis vier Prozentpunkte höher (Abbildung 5.9).

5.4 Die Funktion der Kurzzeitpflege

Laut § 42 SGB XI ist die Kurzzeitpflege vorgesehen

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Diese Vorgaben beschreiben in erster Linie die Eintrittsursachen in die Kurzzeitpflege und geben mit den Begriffen "Übergangszeit" und "vorübergehend" auch vor, dass die Kurzzeitpflege als Zwischenlösung konzipiert ist. Ob die Kurzzeitpflege überwiegend die Organisation der häuslichen Pflege nach einem Krankenhausaufenthalt ermöglicht oder ob sie innerhalb häuslicher Pflegeverläufe genutzt wird, um die pflegenden Angehörigen zu entlasten, ist bisher wenig bekannt. Vor dem Hintergrund der Stärkung der häuslichen Pflege ist es aber interessant, aus welchen Situationen heraus die Kurzzeitpflege angetreten wird, und ob sie eine anschließende häusliche Pflege ermöglicht bzw. stabilisiert.

Idealtypisch könnten somit in Anlehnung an den Gesetzestext zwei Grundtypen von Kurzzeitpflegeepisoden unterschieden werden:

- Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt oder
- Kurzzeitpflege zur Bewältigung einer akuten sonstigen Krise.

Beide Grundtypen lassen sich noch weiter danach unterscheiden, ob vor dem Krankenhausaufenthalt bzw. vor der Kurzzeitpflege schon eine Pflegebedürftigkeit vorlag oder ob die Pflegebedürftigkeit mit der dem Krankenhausaufenthalt bzw. der Kurzzeitpflege beginnt. Idealtypisch lassen sich somit insgesamt vier grundsätzliche Typen unterscheiden:

- Der Krankenhausfall ohne vorherige Pflegebedürftigkeit,
- Der Krankenhausfall mit vorheriger Pflegebedürftigkeit,
- der sonstige Krisenfall, Verhinderungsfall, Urlaubsfall ohne vorherige Pflegebedürftigkeit oder
- der sonstige Krisenfall, Verhinderungsfall, Urlaubsfall mit vorheriger Pflegebedürftigkeit.

Im Krankenhausfall ohne vorherige Pflegebedürftigkeit kann davon ausgegangen werden, dass das häusliche Setting noch nicht auf die Versorgung der pflegebedürftigen Person vorbereitet ist. Dies gilt in abgeschwächter Weise auch für den Krankenhausfall, bei dem zuvor schon eine Pflegebedürftigkeit vorgelegen hat. In diesem Fall ist das Umfeld zwar schon auf die Pflegebedürftigkeit vorbereitet, möglicherweise ist der Pflegebedarf anschließend jedoch höher.

Bei den Krisenfällen, Verhinderungsfällen und Urlaubsfällen ohne Krankenhausaufenthalt, bei denen vor der Kurzzeitpflege keine Pflegebedürftigkeit vorgelegen hat, kann ebenfalls davon ausgegangen werden, dass sich das Umfeld erst noch auf die neue Situation der Pflegebedürftigkeit einstellen muss und die Kurzzeitpflege vor allem dazu dient, diesen Prozess zu überbrücken. Lag auch vor der Kurzzeitpflege bereits Pflegebedürftigkeit vor, kann die Kurzzeitpflege ein Indikator dafür sein, dass das Pflegearrangement durch die Kurzzeitpflege stabilisiert werden muss.

In allen Fällen können im Anschluss an die Kurzzeitpflege verschiedene Zustände erreicht werden:

- Es liegt im Anschluss keine Pflegebedürftigkeit vor und es werden keine Pflegeleistungen in Anspruch genommen,
- eine häusliche Pflege wird in Anspruch genommen (Pflegegeld, Pflegesachleistung, Verhinderungspflege, teilstationäre Pflege) ,
- es erfolgt eine Versorgung in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen,
- es kommt zum Übergang in die dauerhafte Heimpflege oder
- die Person verstirbt.

Aus den Routinedaten der BARMER GEK konnten für die Jahre 2010 bis 2014 183.613 Fälle der Kurzzeitpflege identifiziert werden. Falls zwei Fälle der Kurzzeitpflege weniger als 31 Tage auseinanderlagen, wurden sie dabei zu einem Fall zusammengefasst. Für diese 183.613 Fälle der Kurzzeitpflege wurden 31 Tage vor dem Kurzzeitpflegebeginn und 31 Tage nach dem Ende der Kurzzeitpflege die Situationen erfasst. Die Erfassung erfolgte hierarchisch. Das Todesereignis hat alle weiteren Möglichkeiten überschrieben. Der vollstationäre Heimaufenthalt hat Vorrang vor den Einrichtungen zur Hilfe für behinderte Menschen,

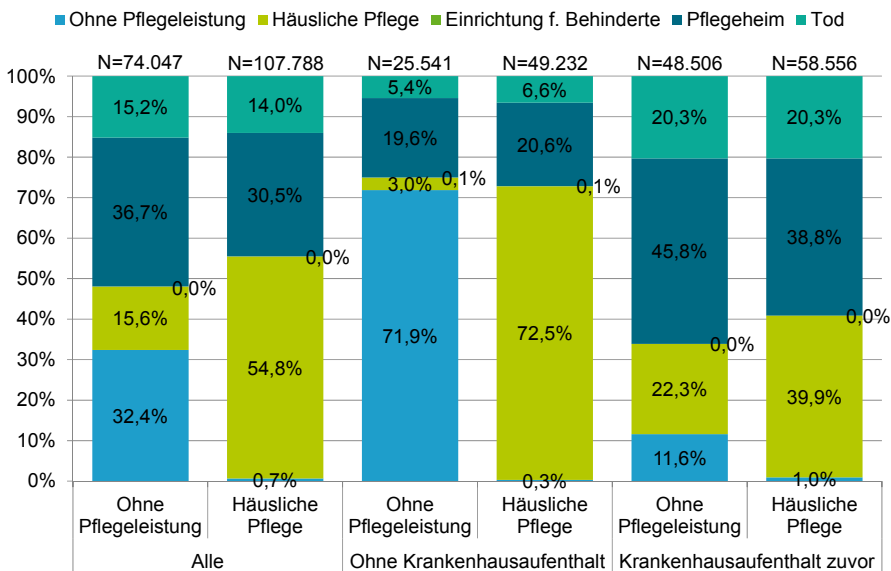


Abbildung 5.10 Anteile in den Versorgungsarten nach einer Kurzzeitpflege nach Eintrittszustand für die Jahre 2010 bis 2014

diese wiederum vor der häuslichen Pflege. Lagen keine der genannten Zustände vor, dann gilt die erfasste Zeit als Zeit ohne Pflegeleistung.

Eine geringe Anzahl von 229 Fällen wurde vor der Kurzzeitpflege in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen betreut und in 1.549 Fällen lag in den 31 Tagen zuvor sogar ein vollstationärer Pflegeheimaufenthalt vor. Zu 80 % (Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen) bzw. zu 70 % (Vollstationäre Pflege) enden diese wieder im Ausgangszustand. Insgesamt sind diese Fälle der Kurzzeitpflege aber relativ selten und damit wenig relevant für die weitere Betrachtung.

Insgesamt haben 40 % der Versicherten in den 31 Tagen vor der Kurzzeitpflege 40 % keine Pflegeleistungen erhalten, während 59 % zu Hause gepflegt wurden. Im Anschluss an die Kurzzeitpflege verstarben 15 % innerhalb der folgenden 31 Tage, 33 % waren in vollstationärer Pflege, 39 % wurden zuhause gepflegt und 14 % waren ohne Pflegeleistungen.

41 % der Kurzzeitpflegeepisoden begannen ohne vorherigen Krankenhausaufenthalt und 59 % mit vorherigem Krankenhausaufenthalt. Ohne Krankenhausaufenthalt verstarben 6,2 % innerhalb von 31 Tagen nach der Kurzzeitpflege, für 20,7 % folgte eine Überführung in die vollstationäre Pflege, 48 % wurden zu Hause gepflegt und für 25 % erfolgten keine weiteren Pflegeleistungen. Fand die Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt statt, dann verstarben 20 %, für 42 % erfolgte die Überführung in die vollstationäre Dauerpflege 32 % wurden anschließend zu Hause gepflegt und nur für rund 6 % erfolgte keine weitere Leistung.

Werden die vier o. g. Grundtypen unterschieden, ergibt sich das in Abbildung Abbildung 5.10 enthaltene Bild. In Abhängigkeit davon, ob zuvor schon Pflegeleistungen in Anspruch genommen wurden, zeigen sich unterschiedliche Übergangswahrscheinlichkeiten in die resultierenden Zustände nach der Kurzzeitpflege. Kurzzeitpflege ist einerseits verbunden mit einer höheren Wahrscheinlichkeit, dass auch hinterher keine Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden. Andererseits versterben mehr Personen mit dem plötzlichen Ereignis und haben auch eine höhere Rate, in die dauerhafte Heimpflege zu wechseln (Abbildung 5.10). Dies hängt aber stark damit zusammen, ob vor der Kurzzeitpflege ein Krankenhausaufenthalt stattfand. Unterscheidet man nämlich diejenigen ohne vorherigen Krankenhausaufenthalt danach, ob zuvor eine Pflegeleistung vorgelegen hat, dann zeigen sich sogar geringere Mortalitätsraten bei Personen ohne vorherige Pflegeleistungen und auch geringere Übergangsraten in die dauerhafte Heimpflege. Für den Fall, dass es zuvor zu einem Krankenhausaufenthalt kam, zeigen sich gleiche Sterberaten bei Personen ohne und bei Personen mit vorheriger Pflegeleistung. Lag keine vorherige Pflegeleistung vor, ist aber die Übergangsrate in die dauerhafte Heimpflege mit knapp 46 % besonders hoch. Sehr häufige Fälle sind somit folgende Verlaufsarten:

- a. Kurzzeitpflege innerhalb einer häuslichen Pflegebedürftigkeit ohne Todesereignis (19,4 %)
- b. Krankenhausfall mit anschließender Kurzzeitpflege innerhalb einer häuslichen Pflegebedürftigkeit ohne Todesereignis (12,7 %)
- c. Krankenhausfall bei häuslicher Pflege mit anschließendem Übergang aus der Kurzzeitpflege in die vollstationäre Dauerpflege (12,4 %)

- d. Krankenhausfall ohne vorherige Pflegeleistung mit anschließendem Übergang aus der Kurzzeitpflege in die vollstationäre Dauerpflege (12,1 %)
- e. Kurzzeitpflege ohne Krankenhausaufenthalt ohne vorherige und ohne nachfolgende Pflegeleistung (10,0 %)
- f. Beginn der Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt, wobei die Patienten keine 31 Tage nach der Kurzzeitpflege überleben (11,9 %)
- g. Ohne vorherige Pflegeleistungen mit nachfolgender häuslicher Pflege (5,9 %)

Die Kurzzeitpflege adressiert also die Herausforderungen, die im Gesetz beschrieben sind, erfolgreich. Fast 59 % der Fälle erfolgen im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, wobei der Ausgang aber meistens nicht die Überführung in die häusliche Pflege ist. Wahrscheinlicher ist die Weiterleitung in die vollstationäre Pflege oder die Patienten versterben sogar binnen 31 Tage.

Unter den Umständen, dass kein Krankenhausaufenthalt mit der Kurzzeitpflege verbunden ist (41 %), zeigen sich überwiegend Überbrückungstendenzen. Es wird also der vorherige Zustand in aller Regel wieder aufgenommen. Diejenigen, die vorher keine Pflegeleistungen in Anspruch genommen haben, tun dies überwiegend hinterher auch nicht, und diejenigen, die zuvor häuslich gepflegt wurden, werden zum größten Teil auch hinterher wieder häuslich gepflegt. Allerdings verstirbt auch ein nicht unbeträchtlicher Teil dieser häuslich gepflegten Pflegebedürftigen innerhalb von 31 Tagen nach der Kurzzeitpflege.

Die hohen Anteile der Kurzzeitpflege mit einem vorherigen Krankenhausaufenthalt wie auch die hohen Anteile der Verstorbenen und der Übergänge in die vollstationäre Versorgung zeigen, dass die Kurzzeitpflege weit überwiegend dann zum Einsatz kommt wenn der Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen sich plötzlich deutlich verschlechtert und die häusliche Pflege nicht mehr sichergestellt werden kann.

In einem geringeren aber immer noch beträchtlichen Umfang ist die Kurzzeitpflege aber auch als Stabilisierungsfaktor der häuslichen Pflege zu sehen, wenn nämlich die Kurzzeitpflege im Rahmen der häuslichen Pflege erfolgt oder für diejenigen ohne vorherige Pflegeleistungen die nachfolgende häusliche Pflege ermöglicht.

6 Pflegen zu Hause

Die meisten Menschen möchten auch dann, wenn eine Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, in ihren Wohnungen oder Häusern wohnen bleiben. Dies hilft ihnen auch im Alter ihre Selbstständigkeit zu erhalten (Kuhlmey & Blüher 2015). In diesem Sinne ist der Vorrang der häuslichen Pflege in § 3 SGB XI schon bei Einführung der Pflegeversicherung als programmatischer Grundsatz festgelegt worden. Auch die neuere Gesetzgebung hat sich die Förderung häuslicher Pflege ausdrücklich zum Ziel gesetzt (BMG 2012, 2015a). Zur häuslichen Pflege gehört in diesem Sinne nicht nur die Pflege bei eigenständigem Wohnen, sondern auch im Rahmen von betreutem und gemeinschaftlichem Wohnen, Wohnen mit Demenz oder Siedlungsgemeinschaften. Nicht unter den Begriff der häuslichen Pflege fällt dagegen die vollstationäre Pflege im Alten- oder Pflegeheim.

Ob eine pflegebedürftige Person in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden kann, ist insbesondere von zwei Faktoren abhängig. Zum einen ist die Wohnsituation des Pflegebedürftigen entscheidend: Sind unüberwindbare Barrieren beim Zugang zur oder innerhalb der Wohneinheit³⁰ vorhanden, muss ein Umzug in eine andere Wohneinheit oder ein Pflegeheim in Erwägung gezogen werden. Zweitens ist die Pflege zu Hause in hohem Maße von der Bereitschaft der Angehörigen abhängig, die Pflege zu übernehmen bzw. zu organisieren. Auch bei Inanspruchnahme der Angebote von Pflegediensten ist eine Pflege ohne eine ausreichende informelle Pflege in der Regel nicht möglich.

Diese beiden Faktoren, die Wohnsituation der Pflegebedürftigen (Abschnitt 6.1) und die Situation pflegender Angehöriger (Abschnitt 6.2) werden nachfolgend detailliert betrachtet.

6.1 Barrierefreies Wohnen in Deutschland

Pflegebedürftig zu sein bedeutet, regelmäßig in Bewegungen eingeschränkt zu sein, gebrechlich zu sein, Hilfe in vielerlei Verrichtungen des täglichen Lebens zu bedürfen u.v.a.m. Viele Wohnungen und Häuser sind aber den Umständen der

³⁰ Im Folgenden werden die Begriffe „Wohneinheit“, „Wohnraum“ und „Wohnung“ synonym verwendet. Mit „Wohnung“ sind ebenfalls Einfamilien(reihen)häuser gemeint.

Pflegebedürftigen nicht angepasst und Pflegebedürftige haben dann Schwierigkeiten, sich in ihrem Wohnraum autonom zu bewegen. Der Rand der Badewanne kann zu einem unüberwindbaren Hindernis werden, das Treppensteigen unmöglich oder das Duschen zu einem Balance-Akt. Aus diesem Grund wird das *barrierefreie Wohnen* in Deutschland als zentrale Bedingung für einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit auch bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit angesehen. Damit Pflegebedürftige auch in ihrer Eingeschränktheit die Möglichkeit haben, in ihrer Wohnung oder in ihrem Haus zu bleiben, kann es notwendig sein, den Wohnraum umzugestalten (BMVBS 2011).

Belastbare Studien zur Verbreitung von barrierefreien Wohneinheiten in Deutschland sind bislang sehr selten. Die aktuellsten Daten zu diesem Thema liefert eine Befragung von 1.000 Seniorenhaushalten zur Wohnsituation, die im Auftrag des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe (KDA) im Jahr 2009 durch TNS Emnid durchgeführt wurde. Durch diese Studie mit dem Namen "Wohnen im Alter" (BMVBS 2011) wurden Einblicke in die barrierefreie Gestaltung der bestehenden Wohnungsangebote gegeben. Danach sind nur 5,2 % der Seniorenhaushalte (65 Jahre und älter) weitgehend barrierefrei (BMVBS 2011: 40). Bei etwa 11 Mio. in Deutschland vorhandenen Seniorenhaushalten entspricht das etwa 570 Tsd. Wohnungen. Wenn eine pflegebedürftige Person in einem Seniorenhaushalt lebt, erhöht sich der Anteil der weitgehend barrierefreien Wohnungen auf 7,7 % (BMVBS 2011). Viele Gebäude sind aufgrund der Bauweise nicht barrierefrei: Häufig müssen Stufen am Hauseingang oder am Zugang zur Wohnung überwunden werden. Ein weiteres Problem stellen die zumeist kleinen und nicht barrierefreien Bäder dar. Technische Hilfen stehen hier nur selten zur Verfügung. Zu schmale Türen sind ebenfalls als problematisch zu bewerten, da dadurch die Nutzung eines Rollstuhls oder Rollators unmöglich wird. Laut der Studie weist jede zehnte von Seniorinnen und Senioren genutzte Wohnung extreme Barrieren auf, die für Anpassungsmaßnahmen eher nicht geeignet sind (BMVBS 2011: 40).

In der Studie sind auch Kosten für eine barrierefreie Gestaltung der Wohnbereiche kalkuliert worden. Eine barrierefreie Gestaltung der Zugänge zur Wohnung, zum Beispiel durch Rampen oder Treppenlifte verursacht demnach durchschnittliche Kosten von 6.300 € und die Beseitigung von Barrieren im Innenbereich der

Wohnung etwa Kosten von 12.900 € je Wohneinheit. Wenn beide Bereiche noch nicht barrierefrei sind, würden für eine barrierefreie Gestaltung Kosten in Höhe von durchschnittlich 19.200 € entstehen (BMVBS 2011: 65).

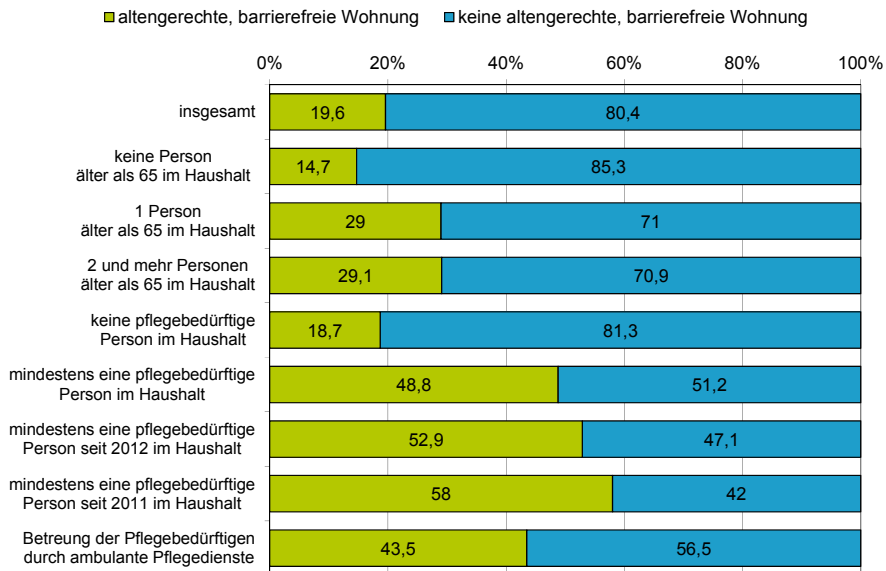
Zusammengefasst lässt sich somit feststellen, dass ein Großteil der Seniorenhaushalte nicht barrierefrei ist. Zur Barrierefreiheit der Wohnungen in Deutschland insgesamt, sowie zu der von speziellen Gruppen, wie beispielsweise der Pflegebedürftigen aller Altersjahre, kann aufgrund fehlender Untersuchungen allerdings keine Aussage getroffen werden, so dass hier weitere Analysen notwendig sind.

Im Folgenden werden zunächst auf Basis des SOEP Befunde zur barrierefreien Wohnsituation in Deutschland präsentiert (Abschnitt 6.1.1), anschließend Routinedatenauswertungen zur Entwicklung der Inanspruchnahme wohnumfeldverbessernder Maßnahmen vorgestellt (Abschnitt 6.1.2) und Befragungsergebnisse von bei der BARMER GEK versicherten Pflegebedürftigen zur Inanspruchnahme, bzw. Nicht-Inanspruchnahme von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen präsentiert (Abschnitt 6.1.3). Zum Abschluss des Kapitels (Abschnitt 6.1.4) wird ein Fazit zum barrierefreien Wohnen in Deutschland gezogen.

6.1.1 Altengerechte Wohnsituation – Ergebnisse auf Basis des SOEP

Die folgenden Auswertungen stützen sich auf das Sozio-ökonomische Panel (SOEP; vgl. Abschnitt 4.1), eine repräsentativen Befragung von Privathaushalten in Deutschland, in der u. a. Fragen zur Wohnungsausstattung, zu Modernisierungsmaßnahmen und zu Umzügen wegen nicht alten- bzw. behindertengerechten Wohnungen gestellt wurden.³¹ Die Analysen werden danach differenziert, wie viele über 65-jährige Menschen im Haushalt leben, bzw. ob Menschen im

³¹ Die Frageformulierungen lauten: „Gehört zu Ihrer Wohnung eine altengerechte, barrierefreie Wohnungsausstattung?“, „Welches waren die wichtigsten Gründe (z. B. bisherige Wohnung war nicht alten-/behindertengerecht) für den Umzug in diese Wohnung?“ sowie „Haben Sie oder Ihr Vermieter seit Anfang 2012 an dieser Wohnung eine oder mehrere Modernisierungen (z. B. Anpassungsmaßnahmen für barrierefreies, altengerechtes Wohnen, z. B. Aufzug, Rampe, Treppenlift, Bad) vorgenommen?“



Quelle: SOEP, Ergebnisse hochgerechnet auf die Bevölkerung der BRD

Abbildung 6.1 Anteile altengerechter Wohnungen nach Haushaltstyp im Jahr 2013

Haushalt leben, die Pflegeleistungen nach SGB XI beziehen, schon länger pflegebedürftig sind, oder von ambulanten Pflegediensten (mit)versorgt werden.

Insgesamt sind gemäß dieser Datenquelle 19,6 % aller Wohnungen altengerecht, bzw. barrierefrei (Abbildung 6.1). Unabhängig vom Alter der darin lebenden Personen ist also etwa ein Fünftel aller Wohnungen barrierefrei. Bei etwa 39,9 Mio. Wohnungen in Deutschland im Jahr 2013 entspricht das 7,7 Mio. Wohnungen. Lebt eine Person über 65 Jahren im Haushalt, dann erhöht sich der Anteil der barrierefreien Wohnungen auf 29 %, bei zwei Personen über 65 Jahre ist der Anteil quasi unverändert (29,1 %). Der Anteil der altengerechten Wohnungen ist damit weniger von der Anzahl der Haushaltsmitglieder über 65 Jahre abhängig, als vielmehr davon, ob es überhaupt ältere Haushaltsmitglieder gibt.

Differenziert nach dem *Pflegestatus* der in den Wohnungen lebenden Personen zeigen sich die Unterschiede noch deutlicher. Lebt keine pflegebedürftige Per-

son im Haushalt, dann sind lediglich 18,7 % dieser Haushalte altengerecht. Lebt mindestens eine pflegebedürftige Person im Haushalt, dann ist knapp jede zweite Wohnung altengerecht. Das impliziert aber auch, dass jede zweite Wohnung mit pflegebedürftigen Bewohnern *nicht* altengerecht ist. Es besteht also ein erheblicher Bedarf an altengerechten Wohnungen. Dies gilt umso mehr, da die Personen, die wegen einer nicht altengerechten Wohnung in ein Pflegeheim gezogen sind, nicht in die Befragung der Privathaushalte eingeschlossen sind und so den Anteil der Pflegebedürftigen, die in altengerechten Wohnungen leben, nach oben verzerren.

Bei Vorliegen einer *längeren Pflegedauer* erhöht sich der Anteil altengerechter Wohnungen auf 52,9 % (bei Pflegebedürftigkeit seit 2012) bzw. 58 % (bei Pflegebedürftigkeit seit 2011). Ursache hierfür können zum einen Umbauten sein, die im Laufe anhaltender Pflegebedürftigkeit durchgeführt werden und dann zu einem höheren Bestand altengerechter Wohnungen führen (Kausaleffekte) oder Selektionseffekte, die darin bestehen, dass ein Teil der Pflegebedürftigen mit nicht altengerechten Wohnungen bei länger anhaltender Pflegebedürftigkeit in stationäre Betreuung wechselt.

Bei Haushalten, bei denen die pflegebedürftige Person durch einen *ambulanten Pflegedienst* (mit-)betreut wird, liegt der Anteil der altengerechten Wohnungen bei 43,5 % und ist damit niedriger als bei allen Haushalten mit Pflegebedürftigen. Dies legt die Vermutung nahe, dass der Einbezug von Pflegediensten auch kompensatorisch erfolgt, wenn die Wohnung nicht altengerecht ist. Dies ist ein wichtiger Hinweis darauf, dass ein Ausbau altengerechter Wohnungen durch eine damit verbundene Reduktion der Inanspruchnahme von Pflegediensten ein Element in einer Strategie sein kann, dem (zukünftigen) Personalmangel in der Pflege entgegenzutreten.

Der Anteil der Personen, die innerhalb eines Jahres in eine altengerechte Wohnung umziehen (Ergebnisse nicht dargestellt), liegt dagegen deutlich unter 1 %. Etwas höher fallen die Anteile für selbst oder durch den Vermieter durchgeführte Anpassungsmaßnahmen für barrierefreies, altengerechtes Wohnen aus. Der

Anteil dieser Maßnahmen beträgt knapp 1 %, erhöht sich aber, wenn eine pflegebedürftige Person im Haushalt lebt, auf 3,2 %.³²

Insgesamt ist damit einerseits eine erhebliche Anzahl der Wohnungen in Privathaushalten bereits altengerecht, insbesondere wenn ältere Menschen über 65 Jahren im Haushalt leben (30 %), mindestens eine pflegebedürftige Person im Haushalt lebt (49 %), diese seit mindestens einem Jahr (52,9 %) oder mindestens zwei Jahren (58 %) pflegebedürftig ist. Andererseits besteht aber gleichzeitig auch ein erheblicher Bedarf an altengerechten Wohnungen, insbesondere da die Inanspruchnahme von Pflegediensten möglicherweise einen kompensatorischen Einfluss auf einen altengerechten Wohnungsumbau haben und damit eine unzureichende Wohnungsausstattung zur Einschaltung formeller Pflege führt. Umzüge in eine altengerechte Wohnung, weil die bisherige Wohnung nicht altengerecht war, liegen dagegen lediglich – auch bei vorliegender oder eintretender Pflegebedürftigkeit – in weniger als 1 % der Fälle vor. Selbst oder durch den Vermieter durchgeführte Anpassungsmaßnahmen erreichen dagegen beim Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit Anteilswerte von 3,4 %.

Die anhand des SOEP ermittelten Werte für altengerechte, barrierefreie Wohnungen liegen damit deutlich über denen der vom KDA durchgeführten Studie. Ursächlich hierfür sind vor allem die hohen definitorischen Anforderungen der KDA-Studie für eine altengerechte Wohnung. Demnach sind Wohnungen nur dann barrierefrei, wenn „der Zugang zur Wohnung möglichst barrierefrei gestaltet ist, wenn innerhalb der Wohnung oder zum Balkon oder zur Terrasse keine Stufen und Schwellen zu überwinden sind, die Türen im Sanitärbereich eine ausreichende Breite haben, im Sanitärbereich ausreichende Bewegungsflächen vorherrschen, eine bodengleiche Dusche zur Verfügung steht“ (BMVBS 2011: 10). Im SOEP basieren die Angaben dagegen nicht auf einer derart spezifizierten Definition, sondern auf der subjektiven Selbsteinschätzung von als altengerecht empfundenen Wohnungen. Offensichtlich werden Wohnungen dabei zum Teil auch dann als altengerecht erachtet, wenn die Kriterien des KDA nicht vollständig erfüllt sind.

³² Durchschnittswerte der Jahre 2009-2013.

6.1.2 Leistungen der Pflegeversicherung für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Im Fall einer Pflegebedürftigkeit können Barrieren bedeuten, im gewohnten Umfeld nicht mehr zurechtzukommen. Da die Pflegeversicherung aber zum Ziel hat, die häusliche Pflege zu stärken, gibt es für Pflegebedürftige die Möglichkeit, bei Bedarf finanzielle Unterstützung für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen zu erhalten.

Für Pflegebedürftige im Sinne des § 14 SGB XI oder Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI können die Pflegekassen finanzielle Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI) bewilligen, wenn dadurch entweder die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert wird und somit eine Überforderung der Pflegeperson verhindert werden kann bzw. eine selbstständige Lebensführung der Pflegebedürftigen erreicht wird (MDS & GKV-SV 2013: 93). Dazu muss es sich bei der Wohnung um den dauerhaften Lebensmittelpunkt der Antragstellenden handeln. In Alten- bzw. Pflegeheimen oder Wohneinrichtungen, die gewerbsmäßig an Pflegebedürftige oder Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz vermietet werden, gilt dieses Kriterium als nicht erfüllt (MDS & GKV-SV 2013: 178). Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen hingegen können Leistungen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes in Anspruch nehmen, die es bereits seit Einführung der Pflegeversicherung gibt.

Die Höhe des Zuschusses ist auf die tatsächlichen Kosten der Maßnahme begrenzt und betrug pro Maßnahme bis zum 31.12.2014 maximal 2.557 €. Mit Inkrafttreten des Ersten Pflegestärkungsgesetzes zum 1.1.2015 wurde dieser Betrag auf maximal 4.000 € je Maßnahme erhöht. Überschreiten die Kosten der Maßnahme den Betrag von 4.000 € (bis zum 31.12.2014 den Betrag von 2.557 €) ist die Differenz von der pflegebedürftigen Person zu bezahlen.

Als eine Maßnahme gelten alle Veränderungen des Wohnraumes, die zum Zeitpunkt der Zuschussbewilligung erforderlich sind, um das Wohnen in der eigenen Häuslichkeit weiterhin zu ermöglichen. Erst wenn sich die Pflegesituation ändert und weitere Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich werden, kann für diese weiteren Maßnahmen erneut ein Zuschuss von bis zu 4.000 €

bewilligt werden (BARMER GEK 2015; MDS & GKV-SV 2013: 178). Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, kann – seit Inkrafttreten der einschlägigen Regelungen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes und des Ersten Pflegestärkungsgesetzes – jeder Bewohner diesen Zuschuss erhalten. Der Gesamtbetrag ist dann auf 16.000 € pro Maßnahme begrenzt (§ 40 Abs. 4 SGB XI).

Mit den 4.000 € bzw. bis zu 16.000 € der Pflegeversicherung können neben dem Ein- und Umbau technischer Hilfen im Haushalt auch Maßnahmen finanziert werden, die mit Eingriffen in die Bausubstanz einhergehen, wie z. B. die Verbreiterung einer Tür. Sich daraus möglicherweise ergebende mietrechtliche Fragen müssen vom Pflegebedürftigen bzw. der Pflegeperson geklärt werden. Darüber hinaus können mit diesem Zuschuss auch Umzugskosten finanziert werden, wenn in eine barrierefreie Wohnung umgezogen wird (BARMER GEK 2015; MDS & GKV-SV 2013: 177).

Die Beantragung von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen kann zum einen im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK (oder einen von der Pflegekasse beauftragten Gutachter) vorgenommen werden. Zum anderen können diese Maßnahmen auch im Rahmen von Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI angeregt werden. Wenn der Versicherte einverstanden ist, kann die jeweils ausgesprochene Empfehlung als Antrag auf Leistungsgewährung gelten (MDS & GKV-SV 2013: 181).

Zur Frage, wie häufig wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in Anspruch genommen wurden, finden sich in den Pflegestatistiken der letzten Jahre keine Angaben. Um dennoch einen Eindruck darüber zu erhalten, wird im Folgenden auf Basis der Routinedaten der BARMER GEK dargestellt, wie sich die Inanspruchnahme dieser Leistungen in den Jahren 2012, 2013 und 2014 entwickelt hat.

Tabelle 6.1 Inanspruchnahme wohnumfeldverbessernder Maßnahmen in den Jahren 2012-2014

Jahr	Personen		Maßnahmen
	Anzahl	Anteil der Anspruchsberechtigten in %	Anzahl
2012	58.799	3,2	59.807
2013	72.487	3,9	73.797
2014	68.084	3,7	69.323

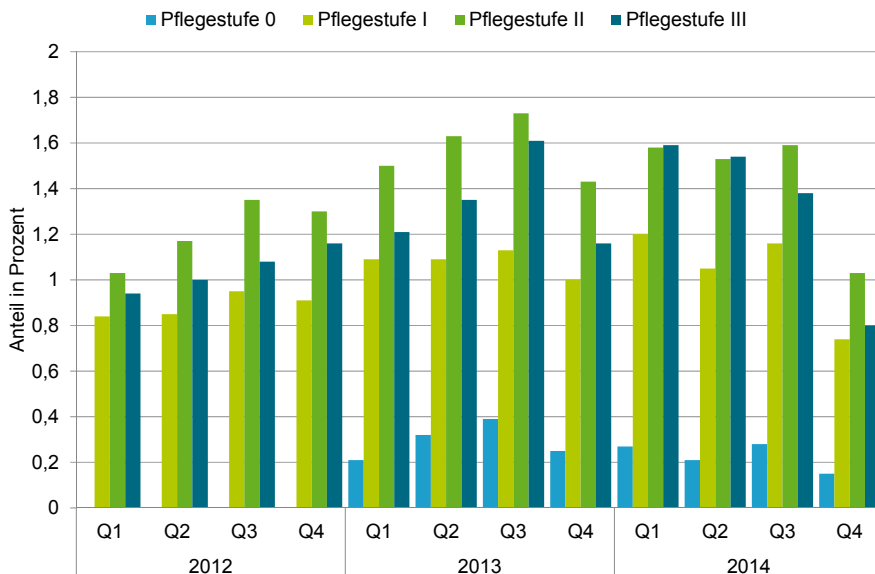
Anmerkung: Daten der BARMER GEK, hochgerechnet auf Deutschland gemäß den Angaben der amtlichen Statistik zu Alter und Geschlecht der Pflegegeld- und Pflegesachleistungsempfänger (Anspruchsberechtigte) des Bundes im Jahr 2013.

Tabelle 6.1 zeigt, dass in den Jahren 2012, 2013 und 2014 – hochgerechnet auf alle Anspruchsberechtigten in Deutschland³³ – zwischen 58.799 (im Jahr 2012) und 72.487 (im Jahr 2013) wohnumfeldverbessernde Maßnahmen bewilligt wurden. Das Jahr 2014 liegt mit 68.084 Maßnahmen im Mittelfeld. Unter gewissen Umständen werden für einen Pflegebedürftigen auch zwei oder mehr wohnumfeldverbessernde Maßnahmen bezuschusst. Auf diese Weise erklärt sich die von der Anzahl der Personen abweichende Anzahl der Maßnahmen, die pro Jahr bewilligt wurden.

Abbildung 6.2 zeigt die Inanspruchnahme wohnumfeldverbessernder Maßnahmen nach der Pflegestufe in den Quartalen der Jahre 2012, 2013 und 2014.³⁴ Besonders deutlich wird, dass wohnumfeldverbessernde Maßnahmen im Zeit-

³³ Die Hochrechnung erfolgte anhand der Pflegestatistik 2013. Da es sich hierbei um eine Stichtagszählung handelt, durch die kurze Pflegedauern eher unterschätzt werden, liegt die Anzahl aller Pflegebedürftigen im Jahr 2013 vermutlich etwas höher. Bei der Hochrechnung der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen kann es deshalb zu einer leichten Unterschätzung kommen.

³⁴ Abweichungen zu den Darstellungen im Pflegereport 2014 für das Jahr 2013 ergeben sich zum einen durch die hier vorgenommene Standardisierung nach Pflegegeld- und Pflegesachleistungsempfängern des Bundes (Anspruchsberechtigte) und zum anderen dadurch, dass seit Anfang 2015 die aktuelle Pflegestatistik des Jahres 2013 herangezogen werden kann.



Anmerkung: Pflegestufe 0 ist erst ab 2013 in den Daten enthalten.

Quelle: Daten der BARMER GEK, standardisiert nach Alter und Geschlecht der Pflegegeld- und Pflegesachleistungsempfänger (Anspruchsberechtigte) im Jahr 2013

Abbildung 6.2 Inanspruchnahme wohnumfeldverbessernder Maßnahmen nach Pflegestufe in den Jahren 2012-2014 (je Quartal)

verlauf durchgängig am häufigsten von Personen in Pflegestufe II und – erwartungsgemäß – am seltensten von Personen in Pflegestufe 0 genutzt werden.³⁵

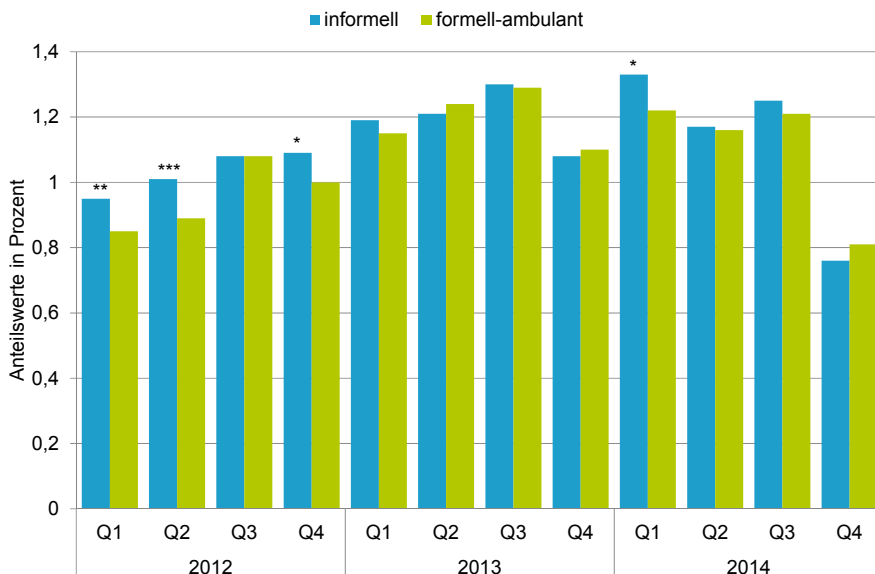
In Pflegestufe 0 (mit Leitungsberechtigung seit 2013) nutzen 0,3 % der Personen die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen pro Quartal in den Jahren 2012, 2013 und 2014. Diese äußerst geringe Inanspruchnahme könnte zum einen dadurch erklärt werden, dass diese Personengruppe keinen verrichtungsbezogenen Pflege-, sondern einen Betreuungsbedarf aufweist, somit also weiterhin

³⁵ Aufgrund anderer Berechnungsgrundlagen kommt es hier im Vergleich zur Pflegestufenverteilung der Befragung (dargestellt in Abschnitt 6.1.3) zu unterschiedlichen Ergebnissen. Dieser Untersuchung liegen als Nenner alle Anspruchsberechtigten der jeweiligen Pflegestufe zugrunde, während den Befragungsergebnissen die Anzahl der (Nicht-)Teilnehmer zugrunde gelegt wurde.

selbstständig in der gewohnten Umgebung zurechtkommt, solange die Betreuung gewährleistet ist. Zum anderen ist auch denkbar, dass dieser Personen-Gruppe bzw. ihren Angehörigen dieser Leistungsanspruch nicht bekannt ist und folglich auch nicht in Anspruch genommen wird. Die jeweilige Höhe der Inanspruchnahme in den Pflegestufen I, II und III erscheint plausibel: Aufgrund des geringeren Bedarfs an verrichtungsbezogener Pflege in Pflegestufe I fällt die Inanspruchnahme niedriger aus als bei Pflegestufe II. Im Gegensatz zu Pflegestufe II ist die Inanspruchnahme in Pflegestufe III jedoch ebenfalls geringer. Grund hierfür könnte zum einen sein, dass die notwendigen Maßnahmen bereits zu einem Zeitpunkt in Anspruch genommen wurden, zu dem die betreffenden Personen noch eine niedrigere Pflegestufe hatten. Zum anderen könnte das Ausmaß der Mobilität bei Pflegebedürftigen in Pflegestufe III auch soweit eingeschränkt sein, dass wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nur noch in geringerem Umfang zur Verbesserung der Wohnsituation beitragen können und daher unterbleiben.

Wird die Inanspruchnahme wohnumfeldverbessernder Maßnahmen differenziert nach dem Pflegearrangement (informell vs. formell-ambulant) betrachtet (Abbildung 6.3), wird deutlich, dass wohnumfeldverbessernde Maßnahmen häufiger – teilweise statistisch signifikant – von den Pflegebedürftigen genutzt werden, die informell gepflegt werden. In einigen Fällen kann also davon ausgegangen werden, dass entweder ein Pflegedienst hinzugezogen wird oder substitutiv wohnumfeldverbessernde Maßnahmen durchgeführt werden.

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass wohnumfeldverbessernde Maßnahmen pro Jahr nur von einem kleinen Teil (ca. 3,5 %) der Anspruchsberechtigten genutzt wird (Tabelle 6.1). Häufig ist aber davon auszugehen, dass die Maßnahmen auch nur einmal überhaupt durchgeführt werden müssen. Wenn beispielsweise die Dusche erst einmal altengerecht ist, dann muss sie kein zweites Mal angepasst werden. Ausgehend von einer einmaligen Durchführung solcher Maßnahmen und einer durchschnittlich zu erwartenden Verweildauer in häuslicher Pflege von drei Jahren (Rothgang et al. 2011: 164) ist somit davon auszugehen, dass etwa ein Zehntel der Anspruchsberechtigten jemals im Pflegeverlauf die Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes in Anspruch nehmen werden.



Anmerkung: Unterschied signifikant mit *** $p < 0,1\%$; ** $p < 1\%$; * $p < 5\%$

Quelle: Daten der BARMER GEK, standardisiert nach Alter und Geschlecht der Pflegegeld- und Pflegesachleistungsempfänger (Anspruchsberechtigte) im Jahr 2013

Abbildung 6.3 Inanspruchnahme wohnumfeldverbessernder Maßnahmen nach Pflegearrangement in den Jahren 2012-2014 (je Quartal)

Auffällig ist insgesamt noch der Rückgang der Inanspruchnahmen im vierten Quartal 2014. Hier wirken möglicherweise schon die Ankündigungen des Pflegestärkungsgesetzes I, durch das das Leistungsvolumen deutlich von 2.557 € auf 4.000 € je Maßnahme erhöht wurde. Daher könnte mit einem Nachholeffekt in den ersten Quartalen des Jahres 2015 zu rechnen sein. Allerdings sind auch in den letzten Quartalen der Jahre 2012 und 2013 schwache Rückgänge zu verzeichnen, was auf einen saisonalen Effekt hindeuten könnte. Danach würden wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nicht zum Jahresende durchgeführt.

Die vorliegende Routinedatenauswertung lässt keine Rückschlüsse darauf zu, welche Maßnahmen im Einzelnen umgesetzt wurden und wie die Pflegebedürftigen diese bewerten. Unter anderem diesen Fragen wird im folgenden Abschnitt auf Basis von Befragungsdaten nachgegangen.

6.1.3 Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen – Befragungsergebnisse

Die Wohn- und Versorgungsformen *Betreutes Wohnen*, *Senioren- oder Alten-WG*, *Mehrgenerationenhaus*, *24-Stunden-Pflege* und *Pflegeheim im Ausland* haben Zok & Schwinger (2015) bereits näher untersucht, indem 50- bis 80-Jährige sowohl nach ihrer Bewertung als auch nach Pro- und Contra-Argumenten der jeweiligen Leistung gefragt wurden. Etwas Vergleichbares existiert bislang noch nicht für das barrierefreie Wohnen in der eigenen Wohnung. Unbeantwortet sind darüber hinaus auch die Fragen, welche Leistungen im Detail benötigt und umgesetzt werden und – auf der anderen Seite – warum manche Pflegebedürftige diese Leistungen nicht in Anspruch nehmen. Um Antworten auf diese Fragen zu erhalten, wurden speziell für diesen Report zwei Befragungen durchgeführt. Die eine richtet sich an Pflegebedürftige, die für den Umbau im Jahr 2014 Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen haben, und die andere an die Pflegebedürftigen, die dies nicht getan haben. Analysiert werden soll, welche Umbauten gewünscht, welche durchgeführt und wie diese bewertet werden. Darüber hinaus wird untersucht, wie hoch der Eigenanteil bei der Finanzierung ist und welche Gründe es dafür gibt, *keine* Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen. Insgesamt soll so ermittelt werden, ob es Anlass gibt, das Versorgungssystem hinsichtlich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zu überdenken.

Bevor die Befragungsergebnisse im Folgenden detailliert dargestellt und diskutiert werden (Abschnitt 6.1.3.2 und 6.1.3.3), wird zunächst auf das Befragungsdesign und die Stichprobe eingegangen (Abschnitt 6.1.3.1).

6.1.3.1 Befragungsdesign und Stichprobe

Am 23.3.2015 wurden insgesamt 5.000 Fragebögen von der BARMER GEK verschickt. Angeschrieben wurden zum einen 2.500 pflegebedürftige Versicherte³⁶ der BARMER GEK, die im Jahr 2014 einen Zuschuss der Pflegeversicherung zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erhalten haben. Zum anderen

³⁶ Angeschrieben wurden also sowohl Mitglieder als auch beitragsfrei Mitversicherte. Auf eine Quotierung etwa nach Alter, Geschlecht und Versichertenstatus wurde bei der Stichprobenziehung verzichtet.

wurden weitere 2.500 pflegebedürftige Versicherte³⁷ der BARMER GEK angeschrieben, die diesen Zuschuss im Jahr 2014 *nicht* erhalten haben. Die Stichprobenziehung der insgesamt 5.000 Versicherten erfolgte – in Abhängigkeit der Inanspruchnahme wohnumfeldverbessernder Maßnahmen – zufällig.

Die Fragebögen richteten sich in erster Linie an die pflegebedürftige Person. Wenn es den betreffenden Personen sinnvoller erschien, konnte der Fragebogen aber auch von der Pflegeperson oder einer anderen Vertrauensperson ausgefüllt werden. Im Mittelpunkt der Befragung *Pflegebedürftiger, die im Jahr 2014 einen Zuschuss zum Wohnungsumbau* erhalten haben, standen die Fragen, welche Maßnahmen im Einzelnen mit dem Zuschuss der Pflegeversicherung finanziert wurden, wie hoch der finanzielle Eigenanteil war und als wie hilfreich die Maßnahmen im täglichen Leben bewertet werden. Darüber hinaus wurde auch der Beantragungsprozess in den Blick genommen: Es wurde gefragt, wer den Rat gab, überhaupt einen Antrag für den Zuschuss bei der Pflegekasse zu stellen, und wer dabei unterstützend tätig geworden ist. Zur Differenzierung und um die Repräsentativität der empirischen Befunde überprüfen zu können, wurde zum Ende noch Fragen zur Haushaltsgröße und zum Haushaltsnettoeinkommen gestellt.

Bei dem Fragebogen an die *Pflegebedürftigen, die im Jahr 2014 keinen Zuschuss zum Wohnungsumbau* erhalten haben, steht die Frage nach den Gründen, warum diese Leistung im Jahr 2014 nicht in Anspruch genommen wurde, im Mittelpunkt. Da es zwei Möglichkeiten gibt, warum die Leistungen nicht genutzt wurden (es wurde kein Antrag gestellt oder der Antrag wurde abgelehnt) ist der Fragebogen entsprechend gefiltert. Darüber hinaus ist der Fragebogen auch danach gefiltert, ob Ein- oder Umbauten ohne finanziellen Zuschuss der Pflegekasse durchgeführt wurden oder nicht. Die Pflegebedürftigen wurden gefragt, welche Ein- oder Umbauten durchgeführt wurden bzw. wünschenswert sind, als wie hilfreich sie diese bewerten bzw. einschätzen und wie teuer die jeweilige Maßnahme ist. Abschließend wurde auch in diesem Fall nach der Haushaltsgröße und dem Haushaltsnettoeinkommen gefragt.³⁸

³⁷ Auch hier wurden – unquotiert – sowohl Mitglieder als auch beitragsfrei Mitversicherte angeschrieben.

³⁸ Die Fragebögen können auf Anfrage von den Autoren zur Verfügung gestellt werden.

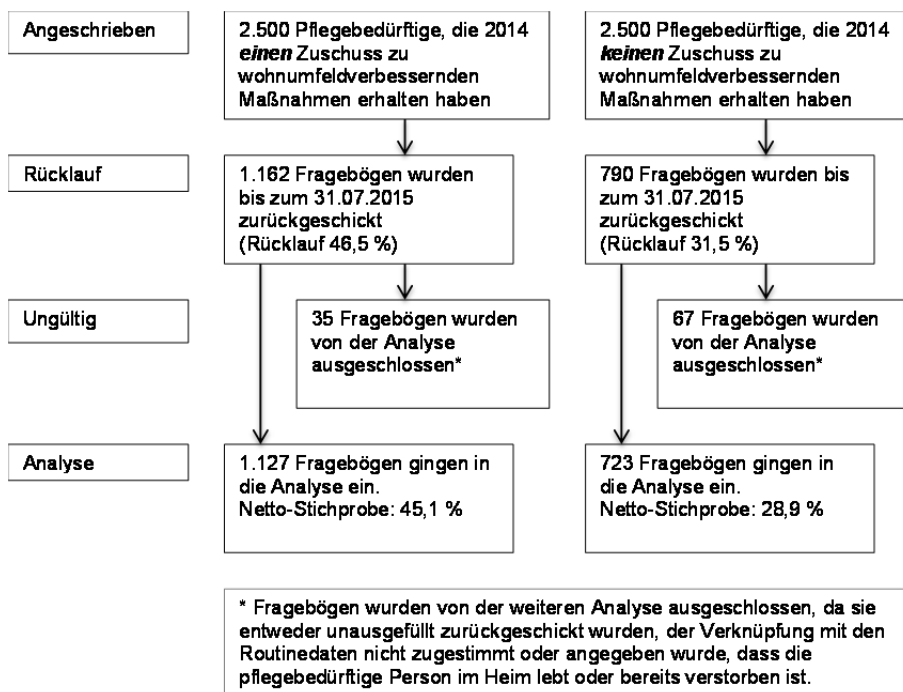


Abbildung 6.4 Flussdiagramm zur Response der Befragungen zur (Nicht-) Inanspruchnahme wohnumfeldverbessernder Maßnahmen

Für die weiteren Analysen wurden die Befragungsdaten mit den Versichertendaten der BARMER GEK zusammengeführt. Auf den Routinedaten basieren die Angaben zu Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Pflegearrangement.

Bis zum 31.07.2015 wurden 790 Fragebögen zum Wohnungsumbau *ohne Zuschuss* zurückgeschickt (Rücklauf: 31,6 %).³⁹ Davon konnten 723 (28,9 % der Angeschriebenen) in die Auswertungen eingehen. Von den Fragebögen wurden 44 unausgefüllt zurückgeschickt, 18 Pflegebedürftige lebten bereits im Pflegeheim und zu einer Befragten wurde angegeben, dass diese bereits verstorben ist. In vier Fällen wurde der Verknüpfung der Befragungsdaten mit den Routine-

³⁹ Ausgefüllte Fragebögen, die ab dem 01.08.2015 eingingen, wurden nicht mehr in die Analyse einbezogen.

daten der BARMER GEK nicht zugestimmt. Von der weiteren Analyse mussten somit 67 Fragebögen ausgeschlossen werden (Abbildung 6.4).

Für die Befragung zum Wohnungsumbau *mit Zuschuss* wurden bis zum 31.07.2015 1.162 (Rücklauf: 46,5 %) Fragebögen zurückgeschickt (siehe Fußnote 39). Davon konnten 1.127 (45,1 % der ursprünglichen Stichprobe) in die Auswertung eingehen. Von den Fragebögen wurden 34 unausgefüllt zurückgeschickt, und einmal wurde der Verknüpfung mit den Routinedaten nicht zugestimmt. Diese 35 Fragebögen konnten somit nicht in die weiteren Analysen eingehen (Abbildung 6.4).

Um zu überprüfen, ob sich die Teilnehmer der Befragungen von den Nicht-Teilnehmern unterscheiden, ob also Verzerrungen aufgrund selektiver Rückläufe vorliegen, zeigt Tabelle 6.2 die Geschlechterverteilung, das Durchschnittsalter und die im Befragungsjahr 2014 überwiegend erhaltenen Pflegeleistungen (Pflegestufe und Pflegearrangement). Diese soziodemografischen Angaben ermöglichen darüber hinaus auch Vergleiche der Sozialstruktur zwischen den Pflegebedürftigen *mit und ohne Zuschuss* zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen.

Der Vergleich von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern der Befragung zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen *mit Zuschuss* macht deutlich, dass Teilnehmer deutlich häufiger männlich sind als Nicht-Teilnehmer. Darüber hinaus sind Teilnehmer etwas häufiger in Pflegestufe I, aber seltener in Pflegestufe II und werden seltener durch einen Pflegedienst gepflegt als Nicht-Teilnehmer. Ähnliche – wenn auch viel geringere – Effekte zeigt der Vergleich von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern der Befragung zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen *ohne Zuschuss*. Die Unterschiede zwischen Antwortenden und Nicht-Antwortenden fallen insgesamt gering aus. Systematische Verzerrungen durch eine Non-Response sind eventuell durch die Geschlechterverteilung möglich.

Tabelle 6.2

Charakterisierung der Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer der Befragungen zum Wohnungsumbau

	Mit Zuschuss		
	Teilnehmer	Nicht-Teilnehmer	Alle
	N=1127	N=1373	N=2500
Weiblich (%)	53,0	61,4	57,6
Alter (SD)	75,7 (13,5)	75,7 (13,7)	75,7 (13,6)
	N=1122	N=1369	N=2491
Pflegestufe 0	1,3	1,4	1,4
Pflegestufe I	62,9	57,3	59,8
Pflegestufe II	29,0	33,6	31,5
Pflegestufe III	6,5	7,5	7,0
Härtefall	0,3	0,2	0,2
Angehörigenpflege (%)	71,5	67,8	69,5
Pflegedienst (%)	28,5	32,2	30,5
	Ohne Zuschuss		
	Teilnehmer	Nicht-Teilnehmer	Alle
	N=723	N=1777	N=2500
Weiblich (%)	64,5	69,0	67,7
Alter (SD)	78,8 (12,5)	78,5 (13,7)	78,6 (13,4)
	N=692	N=1707	N=2399
Pflegestufe 0	6,8	6,6	6,7
Pflegestufe I	67,8	64,6	65,5
Pflegestufe II	20,1	23,4	22,4
Pflegestufe III	5,2	5,3	5,3
Härtefall	0,1	0,1	0,1
Angehörigenpflege (%)	64,5	61,5	62,4
Pflegedienst (%)	35,5	38,5	37,6

¹Pflegeleistung, die im Jahr 2014 am längsten bezogen wurde

Pflegebedürftigen, die 2014 *keinen Zuschuss* zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erhalten haben, weisen häufiger die Pflegestufen 0 und I, seltener aber die Pflegestufen II und III auf. Sie werden zudem häufiger durch Pflegedienste und seltener durch Angehörige gepflegt werden als Pflegebedürftige, die den Zuschuss erhalten haben.

6.1.3.2 **Befragung zum Wohnungsumbau mit Zuschuss der Pflegeversicherung**

Bislang liegen keine Studien vor, die darüber informieren, für welche Maßnahmen im Einzelnen die Zuschüsse der Pflegeversicherung für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen ausgegeben werden. Aus diesem Grund war ein Hauptziel der Befragung, festzustellen, welche Leistungen im Einzelnen umgesetzt wurden. Darüber hinaus soll insbesondere die Zufriedenheit mit der jeweiligen Leistung und die Höhe des Eigenanteils der Finanzierung eruiert werden. Ebenfalls untersucht wurde, ob sich die Inanspruchnahme wohnumfeldverbessernder Maßnahmen in Abhängigkeit vom Einkommen unterscheidet. Auf diese Weise soll auf mögliche Ungleichheiten hinsichtlich der Inanspruchnahme aufmerksam gemacht werden. Abschließend wird der Zugang zu den Leistungen untersucht. Dazu wurde gefragt, wer den Rat gab, den Antrag auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen zu stellen. Daraus könnte ggf. ermittelt werden, ob hinsichtlich der Beratung durch Kassen und andere Beratungseinrichtungen Optimierungsbedarf besteht oder ob der Zugang zu Beratungsleistungen bereits gut strukturiert ist.

Was wurde eingebaut?

Die am häufigsten realisierte Maßnahme war der Einbau bzw. der Umbau zu einer barrierefreien Dusche (26,7 %). Bei 230 Pflegebedürftigen (20,4 %) wurde ein Treppenlift installiert (Abbildung 6.5). Neben den in Abbildung 6.5 dargestellten sechs häufigsten Leistungen, wurde in Einzelfällen beispielsweise ein Badewannenlifter, eine neue Haustür oder eine unterfahrbare Spüle eingebaut, eine Tür- oder Fensterverbreiterung vorgenommen, Fußbodenschwellen entfernt oder neuer Bodenbelag verlegt. In wenigen Fällen (1,3 %) wurde das Geld der Pflegekasse dazu verwendet, in eine barrierefreie Wohnung umzuziehen.

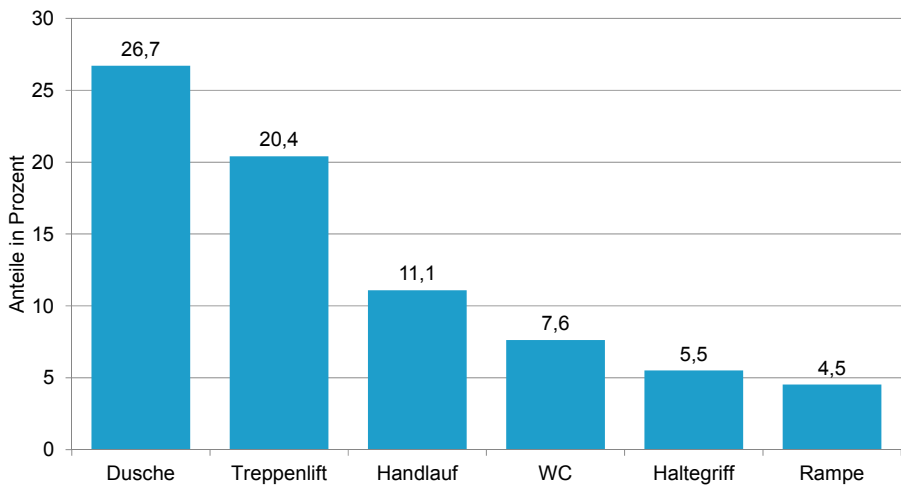
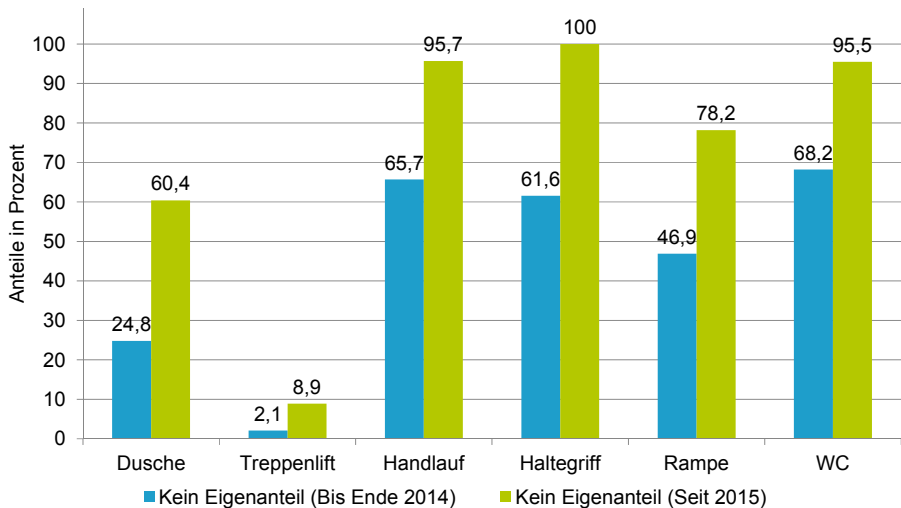


Abbildung 6.5 Die häufigsten mit Kassenzuschüssen realisierten Umbaumaßnahmen (N=1127)

Tabelle 6.3 Bewertung der sechs häufigsten Leistungen (Zeilenprozente)

	Sehr hilfreich	Etwas hilfreich	Weniger hilfreich	Gar nicht hilfreich
Dusche (N=300)	95,7	3,3	0,7	0,3
Treppenlift (N=230)	99,6	0,4		
Handlauf (N=118)	96,6	3,4		
Haltegriff (N=54)	96,3	3,7		
Rampe (N=46)	95,7	2,2	2,2	
WC (N=81)	97,5	2,5		

Zwischen 95,7 % (Leistung: Rampe) und 99,6 % (Leistung: Treppenlift) der Befragten bewerten die jeweilige Leistung als sehr hilfreich (Tabelle 6.3). Zu 3,7 % und 3,4 % werden am häufigsten der Haltegriff und der Handlauf nur als "etwas hilfreich" beurteilt. Als "weniger hilfreich" werden in seltenen Fällen die Dusche und die Rampe eingeschätzt. Als "gar nicht hilfreich" wird nur von einem Befragungsteilnehmer der Duschumbau bewertet. Der überwiegenden Mehrheit der



Anmerkung: Die Grafik basiert auf den 1.127 Befragten, die im Jahr 2014 – nach altem Recht – wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in Anspruch genommen haben. Der Anteil der Umbaumaßnahmen mit ausreichendem Zuschuss seit 2015 wurde auf Basis der angegebenen Eigenanteile berechnet. Demnach sind Eigenanteile von bis zu 1.443 € (4.000-2.557 €) seit 2015 durch den erhöhten Zuschuss gedeckt.

Abbildung 6.6 Anteil der Umbaumaßnahmen mit ausreichendem Zuschuss

Befragten wurde durch den Ein- bzw. Umbau der jeweiligen Leistung in eigener Wahrnehmung also sehr geholfen.

Eigenanteil bei der Finanzierung

Bis Ende 2014 bezuschussten die Pflegekassen den Ein- bzw. Umbau wohnumfeldverbessernder Maßnahmen nach § 40 SGB XI mit bis zu 2.557 €. Die Befragung richtete sich nur an Pflegebedürftige, die wohnumfeldverbessernde Maßnahmen im Jahr 2014 genutzt haben, also einen Zuschuss von bis zu 2.557 € erhalten haben. Übersteigt der Preis für die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen diesen Zuschuss, muss die Differenz vom Versicherten selbst getragen werden. Bei Preisen unterhalb des Höchstbeitrags werden nur die tatsächlich entstandenen Kosten erstattet.

Tabelle 6.4

Anteil der Befragten die einen Eigenanteil von ... bis unter ...
Euro zur jeweiligen Leistung trugen

	Dusche (N=222)	Treppenlif t (N=190)	Handlauf (N=70)	Haltegriff (N=26)	Rampe (N=32)	WC (N=44)
Kein Eigenanteil	24,8	2,1	65,7	61,6	46,9	68,2
1 - 1.000	25,2	4,7	30,0	38,5	25,0	25,0
1.000 - 1.443	10,4	2,1			6,3	2,3
1.444 - 2.000	6,8	3,2			6,3	
2.000 - 3.000	11,3	4,2			6,3	4,6
3.000 - 4.000	5,9	3,2	4,3		9,4	
4.000 - 5.000	5,9	4,7				
5.000 - 6.000	3,6	4,7				
6.000 - 7.000	2,7	13,7				
7.000 - 8.000	0,9	14,2				
8.000 - 9.000	1,4	12,6				
9.000 - 10.000	0,5	9,5				
10.000 - 11.000		7,4				
11.000 - 12.000		3,2				
12.000 - 13.000		2,1				
13.000 - 14.000	0,5	1,6				
14.000 - 15.000		1,6				
15.000 - 16.000		2,1				
16.000 - 17.000	0,5	1,1				
17.000 - 18.000						
18.000 - 19.000						
19.000 - 20.000		0,5				
20.000+		1,6				

Anmerkung: Die Eigenanteile pro Leistung wurden proportional zu den Gesamtkosten abzüglich des Zuschusses der Pflegeversicherung berechnet.

Angaben in Spaltenprozent

Eigenanteile von bis zu 1.443 € sind durch den erhöhten Zuschuss von bis zu 4.000 € seit dem 1.1.2015 gedeckt.

Etwa ein Viertel der Befragten (26,1 %) musste keine Eigenbeteiligung leisten, da der Zuschuss der Pflegeversicherung für die Finanzierung der wohnumfeldverbessernden Maßnahme in diesem Fall ausreichte. Nach neuem Recht (der Zuschuss wurde zum 1.1.2015 auf bis zu 4.000 € erhöht) läge dieser Anteil sogar bei 44,6 %. Wie sich die Anteile der Umbaumaßnahmen mit ausreichendem Zuschuss in Abhängigkeit von altem und neuem Recht verteilen, ist Abbildung 6.6 zu entnehmen.

Berechnet auf Basis der angegebenen Eigenanteile nach der Inanspruchnahme im Jahr 2014 zeigt Abbildung 6.6, dass die Anteile der Umbaumaßnahmen mit ausreichendem Zuschuss nach dem PSG I deutlich ansteigen – die Reform zeigt also Wirkung. In wenigen bis keinen Fällen sind seit diesem Jahr Zuzahlungen zu den Leistungen Handlauf, WC und Haltegriff nötig. Anders ist es bei der Leistung Treppenlift. Hier ist der Anteil derjenigen mit ausreichendem Zuschuss zwar von 2,1 % (altes Recht) auf 8,9 % (neues Recht) gestiegen, insgesamt betrachtet jedoch verhältnismäßig gering.

Tabelle 6.4 zeigt – differenziert für die sechs häufigsten Leistungen – die jeweilige Höhe der Eigenanteile nach altem Recht. Größere Anteile der Befragten hatten Eigenanteile von bis zu 1.000 € oder 1.000 bis 2.000 € aufzuwenden. Viele haben aber auch deutlich mehr aufgewendet. Für 13,5 % der Befragten betrug der Eigenanteil sogar 10.000 € und mehr.

Die Höhe des Eigenanteils variiert je nach dem, was ein- oder umgebaut wurde. So zeigte sich die höchste Selbstbeteiligung, wenn Treppenlifte eingebaut wurden (Tabelle 6.4). Wenn 10.000 € und mehr selbst aufgewendet wurden, wurde immer auch ein Treppenlift eingebaut. Auch der Ein- oder Umbau der Dusche war häufig für höhere Eigenanteile verantwortlich. Handläufe, Haltegriffe, Rampen oder WC sind nur in Ausnahmen Bestandteile von Maßnahmen gewesen, die besonders hohe Eigenanteile ausgelöst haben. Obwohl die Treppenlifte immer verantwortlich sind, wenn es zu hohen Eigenbeteiligungen kommt, gibt es auch 2,1 % der Leistungsempfänger mit Treppenlifteinbau, die ohne Eigenanteile auskamen. Ob sich dahinter Reparaturen verbergen oder anderes, lässt sich aus der Befragung nicht ermitteln. Auf jeden Fall gibt es im Zusammenhang mit den Liften eine breite Streuung der damit verbundenen Ausgaben. Auffällig ist die Häufung der Befragten, die zwischen 6.000 und 10.000 € Zuzahlung leisten

mussten, um den Treppenlift zu finanzieren. Die unterschiedlichen Summen der Selbstbeteiligung rühren auch daher, dass es viele verschiedene Arten von Treppenliften gibt, da diese in Abhängigkeit der Länge, Enge und Steigung der Treppe unterschiedliche Anforderungen erfüllen müssen und dementsprechend auch unterschiedlich hohe Kosten verursachen. Die Datengrundlage lässt allerdings keine weitere Differenzierung der Leistung „Treppenlift“ zu. Bezüglich der Leistungen „Handlauf“, „Haltegriff“ und „WC“, die häufig ohne weitere bauliche Maßnahmen angebracht werden können, ist der Anteil der Personen ohne Eigenanteil erwartungsgemäß hoch. Anders ist dies bei der Leistung „Dusche“: Wie beim Treppenlift liegt bei den Zuzahlungen hier ebenfalls eine große Spannweite vor, was darauf zurückzuführen sein kann, dass der Ein- bzw. Umbau der Dusche unterschiedlich viel Aufwand benötigt. In einigen Fällen muss evtl. nur die Duschwanne ausgetauscht werden. In anderen Fällen wird die Badewanne durch eine Dusche ersetzt, was mindestens mit zusätzlichen Fliesenarbeiten einhergeht und dementsprechend teurer ausfällt.

Brisant wird der Befund der hohen Eigenbeteiligung bei Treppenliften dann, wenn bedacht wird, wie viele Senioren Treppenstufen beim Zugang zu ihrer Wohnung überwinden müssen (vgl. BMVBS 2011), wie essentiell der Treppenlift also für viele ist, um in ihrer Wohnung verbleiben zu können. Schließlich ist dies die am zweithäufigsten durchgeführte wohnumfeldverbessernde Maßnahme.

Entsprechend kritisch ist der Befund, dass gerade der Einbau eines Treppenlifts sehr vom Einkommen⁴⁰ abhängig ist. Pflegebedürftige mit höherem Einkommen haben statistisch signifikant häufiger einen Treppenlift eingebaut als Personen mit niedrigerem Einkommen. Bei den übrigen Leistungen konnte keine Einkommensabhängigkeit der Inanspruchnahme festgestellt werden (Tabelle 6.5). Einerseits könnten bestehende Bedarfe an Treppenliften aufgrund der hohen Eigenanteile unbefriedigt bleiben. Andererseits kann es sich bei den Pflegebedürf-

⁴⁰ Verwendet wurde hier das bedarfsgewichtete Äquivalenzeinkommen. Zur Berechnung werden die Gewichte nach folgender Formel bestimmt: Die erste Person im Haushalt bekommt das Gewicht 1, jede weitere Person über 14 Jahre das Gewicht 0,5 und Personen unter 14 ein Gewicht von 0,3 (neue OECD-Skala). Das Äquivalenzeinkommen ergibt sich dann als Quotient aus dem Haushaltsnettoeinkommen und der Summe der Gewichte. Es ermöglicht einen Vergleich der Einkommenssituation auch zwischen Personen in verschiedenen Haushaltskonstellationen.

Tabelle 6.5 Logistische Regression (Odds Ratio) zur Einkommensabhängigkeit der Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen

	Dusche	Treppenlift	Handlauf	Haltegriff	Rampe	WC
Unter 1.000 €	0,9	0,7	0,8	1,1	1,5	1,4
Über 2.000 €	0,4	3,5***	1,2	0,6	0,9	2,1

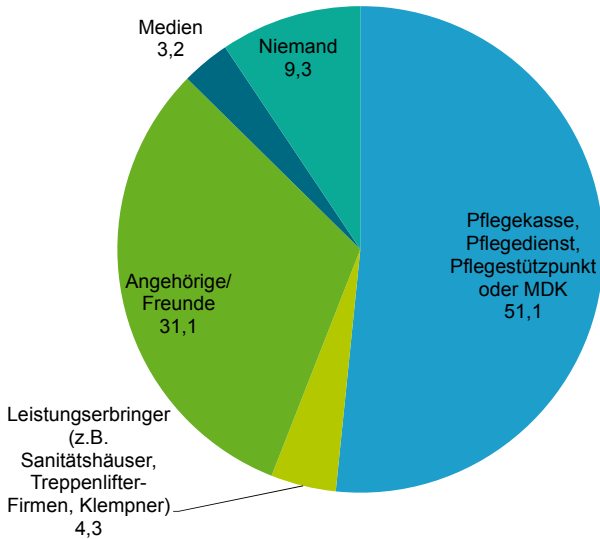
Referenz: Einkommen von 1.000 bis unter 2.000 €

*** $p < 0,1 \%$; ** $p < 1 \%$; * $p < 5 \%$

tigen mit niedrigem Einkommen um Personen handeln, die in Mietwohnungen leben und deshalb keinen Bedarf oder keine Möglichkeit haben, einen Treppenlift einzubauen. Ein Bedarfseffekt ist also nicht auszuschließen.

Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung

Wenn jemand pflegebedürftig wird, ist es von zentraler Bedeutung, dass diese Person oder pflegende Angehörige über alle möglichen Leistungen der Pflegeversicherung informiert sind. Für eine gute Versorgung ist es sehr hilfreich, wenn von offizieller Seite Aufklärung und Unterstützung erfolgt. Entsprechend soll der MDK auf Grundlage der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit im Rahmen eines Pflegeplans – wenn erforderlich – der Pflegekasse auch Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen unterbreiten (MDS & GKV-SV 2013: 15). Widerspricht der Versicherte nicht, gilt diese Empfehlung bereits als Antrag auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (MDS & GKV-SV 2013: 181). Die Pflegebegutachtungen finden in angemessenen Zeitabständen statt und können bei Bedarf (Höherstufungs- oder Rückstufungsanträge oder Widerspruchsgutachten) auch vom Versicherten bei der Pflegekasse beantragt und durch diese initiiert werden (MDS & GKV-SV 2013: 17). Darüber hinaus ist die Pflegekasse nach § 7 Abs. 2 SGB XI dazu verpflichtet, im Sinne eines aufsuchenden Angebotes die Pflegebedürftigen über diese Leistung zu informieren. Nach § 92c SGB XI haben ebenfalls Pflegestützpunkte den Auftrag, über die Leistungen des SGB XI zu informieren und aufzuklären. Zusätzlich haben Pflegebedürftige nach § 7a SGB XI auch Anspruch auf Pflegeberatung. Hierbei handelt es sich jedoch um Angebote, welche von den Versicherten aktiv aufgesucht werden müssen. Dar-



Anmerkung: Ursprünglich waren bei dieser Frage Mehrfachantworten möglich. Wenn angegeben wurde, dass mehrere Ratgebende beteiligt waren, wurden sie nach folgender Reihenfolge hierarchisiert und dargestellt: 1. Kassen, Dienste, Stützpunkte, MDK, 2. Leistungserbringer, 3. Angehörige, 4. Medien, 5. Niemand

Abbildung 6.7 Hierarchisierter Anteil derjenigen, die den Rat gaben, einen Antrag auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen zu stellen.

über hinaus steht für Pflegebedürftige nach § 37 Abs. 3 SGB XI in regelmäßigen Abständen eine Beratung durch z. B. eine zugelassene Pflegeeinrichtung an, bei der auf die Möglichkeiten zu wohnumfeldverbessernde Maßnahmen hingewiesen werden kann.

Nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten (51,1 %) bekam von offizieller Seite, also von der Pflegekasse, dem Pflegedienst, dem Pflegestützpunkt oder dem MDK, den Rat, einen Antrag auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen zu stellen (Abbildung 6.7). Knapp ein Drittel der Befragten wurde von Angehörigen oder Freunden über diese Leistungen aufgeklärt – was allerdings informierte Angehörige bzw. Freunde voraussetzt. Pflegebedürftige, die kein gut ausgebautes soziales Netzwerk (mehr) haben, haben demnach auch eine geringere Chance, auf

die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen aufmerksam gemacht zu werden. In 4,3 % kam der Rat, diese Leistungen zu beantragen von den Leistungserbringern wohnumfeldverbessernder Maßnahmen, also z. B. von Sanitätshäusern, Klempnereien oder Treppenlifter-Firmen und in 3,2 % sind die Befragten über die Medien auf diese Leistungen aufmerksam geworden.

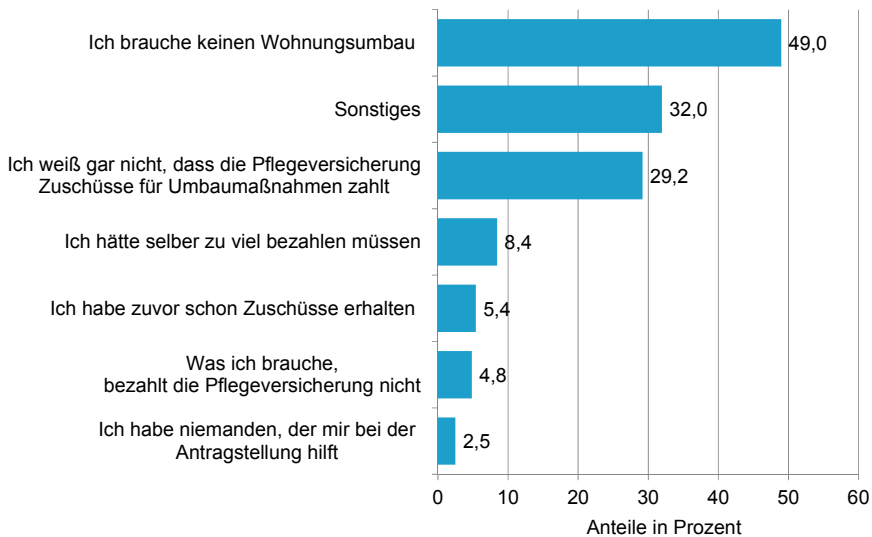
Hier besteht also erkennbares Optimierungspotential hinsichtlich einer strukturierten Information der Anspruchsberechtigten über die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen.

6.1.3.3 Befragung zum Wohnungsbau ohne Zuschuss der Pflegeversicherung

Neben der Frage, welche Leistungen im Einzelnen als wohnumfeldverbessernde Maßnahmen umgesetzt wurden, gilt es auch zu klären, warum einige der in der eigenen Häuslichkeit Gepflegten *keinen* Gebrauch von den wohnumfeldverbessernden Maßnahmen machen, welche Leistungen sie – dennoch – als hilfreich erachten und welche Ein- oder Umbauten sie sogar ggf. ohne Zuschuss der Pflegeversicherung vorgenommen haben. Aus diesem Grund wurden Pflegebedürftige befragt, die entweder informell oder formell-ambulant gepflegt werden und im Jahr 2014 keine Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erhalten haben. Diese Befragung soll auf Optimierungspotentiale aufmerksam machen, durch die – sobald sie behoben sind – weiteren Pflegebedürftigen das Leben in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht bzw. erheblich erleichtert werden könnte.

Warum wurden die Pflegeversicherungsleistungen nicht in Anspruch genommen?

Um einen möglichen Bedarf an wohnumfeldverbessernden Maßnahmen differenzierter untersuchen zu können, wurde zunächst gefragt, warum im Jahr 2014 kein Antrag auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen gestellt wurde. Mit 49 % gab fast die Hälfte der Befragten an, dass sie keinen Wohnungsumbau benötigen, also keinen Bedarf haben. Annähernd ein Drittel der Befragten begründeten individuell unter der Kategorie „Sonstiges“, warum kein Antrag gestellt wurde. Davon leben 30 % (69 Personen) beispielsweise bereits in barrierefreien Woh-



Anmerkung: Mehrfachantworten möglich

Abbildung 6.8 Gründe, warum im Jahr 2014 kein Antrag auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen gestellt wurde (N=723)

nungen. In Einzelfällen wird der Aufwand durch die Ein- und Umbauarbeiten als zu anstrengend bewertet oder es wird angegeben, dass ein Umbau nicht möglich sei bzw. dass die Befragten als Mieter nicht berechtigt seien, Umbauten vorzunehmen.

Von den Befragten stellten 61 (8,4 %) keinen Antrag, da der selbst zu finanzierende Anteil an der Maßnahme zu groß gewesen wäre. Diesem Argument wurde mit dem PSG I, welches zum 01.01.2015 in Kraft getreten ist, teilweise entgegengewirkt, indem der Zuschusshöchstbetrag der Pflegeversicherung von 2.557 € auf 4.000 € angehoben wurde (Abbildung 6.8).

Dass kein Antrag auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen gestellt wurde, bedeutet aber nicht, dass auch kein Bedarf an solchen besteht: Potentieller Bedarf an wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zeigt sich z. B. bei annähernd einem Drittel der Befragten (29,2 %), die angaben, dass sie nicht wussten, dass

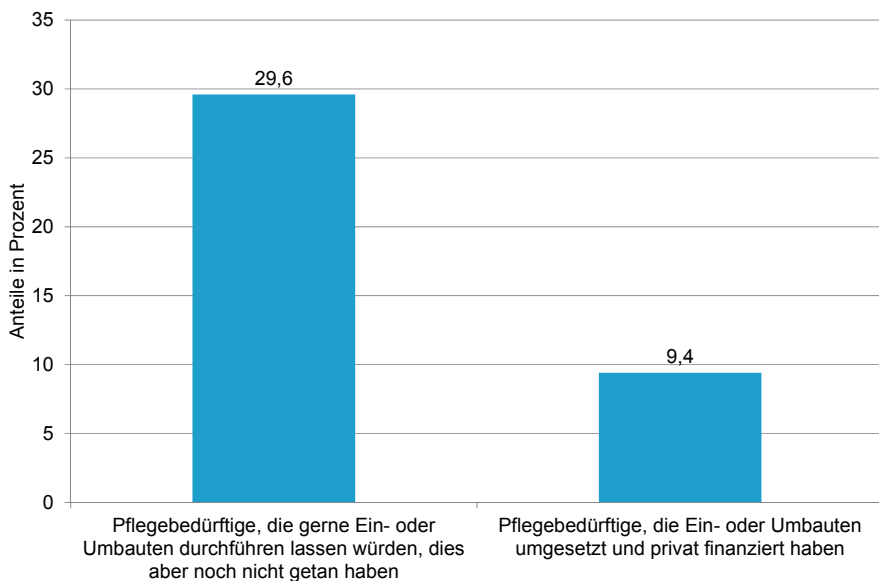


Abbildung 6.9 Anteil der Pflegebedürftigen, die Leistungen privat umgesetzt haben, oder Ein- oder Umbauten gern durchführen würden.

die Pflegeversicherung Zuschüsse für Umbaumaßnahmen bezahlt – und deshalb keinen Antrag stellen konnten. Darüber hinaus könnte Bedarf bei den Pflegebedürftigen bestehen, die aussagten, sie selbst hätten zu viel zuzahlen müssen, oder die Pflegeversicherung bezahle nicht, was sie bräuchten, sie haben schon zuvor Zuschüsse erhalten oder niemand helfe ihnen, der bei der Antragstellung (Abbildung 6.8).

Tatsächlichen Bedarf an wohnumfeldverbessernden Maßnahmen haben laut eigener Angabe insgesamt 29,6 % (N=214) der Befragten. Bei 9,4 % der Befragten (N=68) hat sich dieser Bedarf bereits zu einer Nachfrage bzw. einem Kauf entwickelt (Abbildung 6.9). Diese 68 Personen haben also Einbauten oder Umbauten zur Wohnumfeldverbesserung ohne Zustimmung der Pflegeversicherung umgesetzt und ausschließlich privat finanziert.

Tabelle 6.6

Gründe, warum im Jahr 2014 kein Antrag auf
wohnumfeldverbessernde Maßnahmen gestellt wurde

	Gewünscht (N=214)	Umgesetzt (N=68)
Ich weiß gar nicht, dass die Pflegeversicherung Zuschüsse für Umbaumaßnahmen zahlt	39,8	45,6
Was ich brauche, bezahlt die Pflegeversicherung nicht	6,6	11,8
Ich hätte selber zu viel bezahlen müssen	19,9	11,8
Ich habe niemanden, der mir bei der Antragstellung hilft	4,3	8,8
Ich brauche keinen Wohnungsumbau	13,7	14,7
Sonstiges	36,5	45,6
Ich habe zuvor schon Zuschüsse erhalten	6,2	14,7

Anmerkung: Mehrfachantworten möglich (deshalb addieren sich die Spaltenprozentage zu mehr als 100 %)

Diese beiden in Abbildung 6.9 dargestellten Gruppen werden für die folgende Bedarfsanalyse unterschieden⁴¹.

Werden die Gründe dafür, dass im Jahr 2014 kein Antrag gestellt wurde, nun erneut danach betrachtet, ob eine Wohnumfeldverbesserung gewünscht, aber bislang nicht umgesetzt (im Folgenden: gewünscht) oder durchgeführt (im Folgenden: umgesetzt) wurde, so zeigt sich, dass 85 der 214 Pflegebedürftigen (=39,7 %), die wohnumfeldverbessernde Maßnahmen wünschen, diese aber nicht umgesetzt haben, bislang nicht wussten, dass die Pflegeversicherung Zuschüsse dafür zahlt (Tabelle 6.6). Für diese Personen bestätigt sich also der eingangs vermutete Bedarf, der besonders aus sozialpolitischer Perspektive bedenklich ist.

Von den 68 Personen, die eine Maßnahme umgesetzt und aus eigenen Mitteln bezahlt haben, wussten 45,6 % nicht, dass die Pflegeversicherung Zuschüsse für Umbaumaßnahmen zahlt. Sie konnten ihren Anspruch also nicht geltend

⁴¹ Von den Befragten gaben 13 an, sowohl Ein- und Umbauten privat finanziert zu haben als auch weitere Ein- oder Umbauten durchführen lassen zu wollen. Diese 13 Personen werden sowohl mit den angegebenen gewünschten als auch mit den umgesetzten Leistungen in der jeweiligen Gruppe ausgewertet. Hier kommt es also zu einer Doppelzählung.

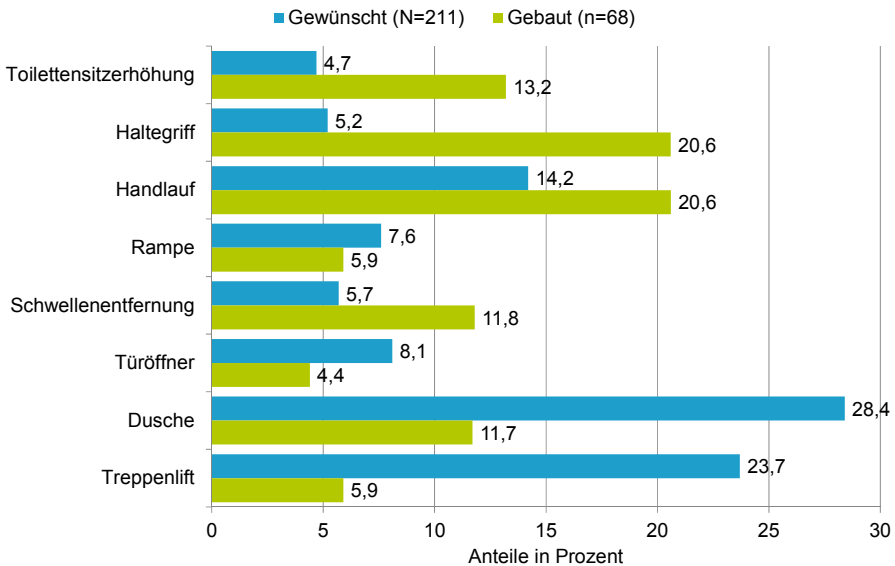


Abbildung 6.10 Anteil der Befragten, die Leistungen wünschen bzw. umgesetzt haben

machen und haben nötige Ein- oder Umbauten vollständig privat finanziert, obwohl sie einen Anspruch auf Zuschüsse hatten.

Bei Pflegebedürftigen, die nötige Ein- oder Umbauten weder selbstständig noch mit familiärer Unterstützung finanzieren können, kann in dieser Situation nicht ausgeschlossen werden, dass ein Heimeinzug in Betracht gezogen wird. Vor diesem Hintergrund sollten die Leistungen nach § 40 SGB XI also stärker beworben bzw. die Leistungsberechtigten strukturiert darauf hingewiesen werden.

Welche Maßnahmen sollen durchgeführt werden?

Nachdem gezeigt wurde, dass es Pflegebedürftige gibt, die Bedarf an wohnumfeldverbessernden Maßnahmen haben bzw. diesen bereits gedeckt haben, stellt sich im Rahmen der weitergehenden Bedarfsanalyse die Frage, welche Leistungen im Einzelnen nachgefragt werden.

Abbildung 6.10 zeigt, dass sich die Gruppe derjenigen, die bereits Ein- oder Umbauten umgesetzt hat, hinsichtlich der Leistungen von denjenigen unterscheiden, die gerne Ein- oder Umbauten durchführen lassen würden, darauf bislang aber verzichtet haben. Ein- oder Umbauten, die kostenintensiv und aufwändig in der Durchführung sind, wie zum Beispiel eine Dusche oder ein Treppenlift, werden eher gewünscht als eingebaut (Dusche: 28,4 % vs. 11,7 %; Treppenlift: 23,7 % vs. 5,9 %). Im Gegensatz dazu sind es eher die kostengünstigeren Leistungen, die mit geringem Aufwand installiert werden können, die tatsächlich umgesetzt werden, wie zum Beispiel der Handlauf oder der Haltegriff.

Fehlende Informationen bei Pflegebedürftigen bzw. deren pflegenden Angehörigen zeigen sich auch darin, dass sie andere Dinge als als wohnumfeldverbessernde Maßnahmen ansehen als die Pflegeversicherung mitfinanzieren würde. Neben den in Abbildung 6.10 dargestellten Maßnahmen wurden eine Reihe weiterer Maßnahmen genannt, die definitionsgemäß nicht in den Bereich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen fallen, teilweise aber in den Bereich der Hilfsmittel. So wurde angegeben, einen Rollstuhl, ein Pflegebett, eine Aufstehhilfe, einen elektrischen Lattenrost oder Überwachungseinrichtungen wie eine Videokamera zu benötigen bzw. angeschafft zu haben.

Einkommensabhängigkeit der Wünsche und Umsetzungen

Bei der Analyse des Bedarfs an Wohnumfeldverbesserungen und der Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigen, die Ein- oder Umbauten umgesetzt haben, und denen, die diese gerne umsetzen würden, liegt die Vermutung nahe, dass die Entscheidung, ob eine nötige Leistung privat finanziert wird oder nicht, vom Einkommen abhängig ist. Ein erster Blick auf das durchschnittliche Äquivalenzeinkommen (siehe Fußnote 40) bestätigt diese Hypothese *nicht*. Das durchschnittliche Äquivalenzeinkommen derjenigen, die gerne Ein- oder Umbauten durchführen lassen würden, dies bislang aber nicht getan haben liegt bei 1.168 € pro Monat und damit sogar über dem Äquivalenzeinkommen derer, die eine Umbaumaßnahme durchgeführt haben (1.058 € pro Monat). Dieser Unterschied weist nicht in die erwartete Richtung, ist aber statistisch nicht signifikant.

In Abbildung 6.11 sind die monatlichen Einkommen der Befragten detailliert dargestellt. Es zeigt sich, dass das Äquivalenzeinkommen bei denjenigen mit

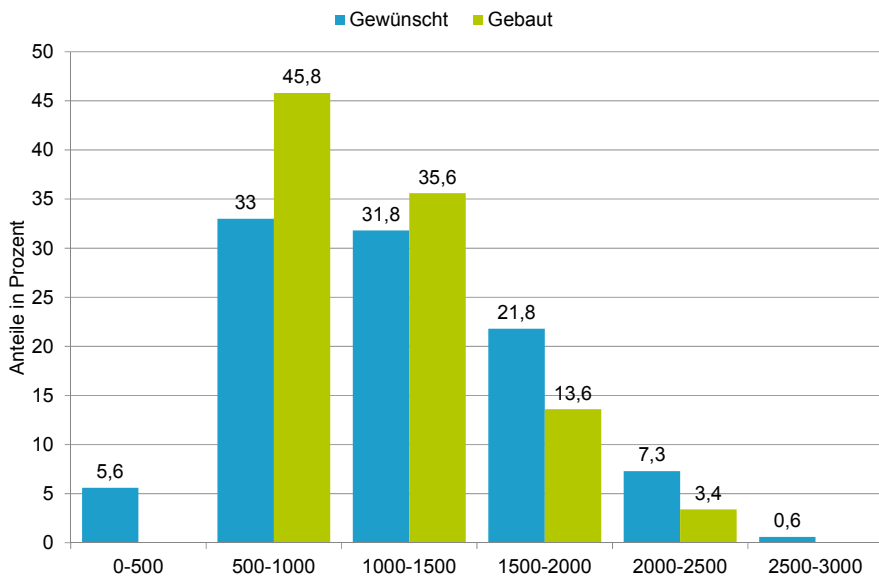


Abbildung 6.11 Äquivalenzeinkommen der Befragten, die Leistungen wünschen bzw. umgesetzt haben

Umbauwünschen breiter gestreut ist als bei denjenigen, die etwas umgebaut haben. Bei denjenigen mit den (unerfüllten) Bedarfen gibt es im Vergleich mehr Personen in der untersten Einkommensklasse aber auch mehr in der oberen Einkommensklasse.

6.1.4 Fazit zum barrierefreien Wohnen in Deutschland

Die meisten Menschen möchten auch nach Eintritt einer Pflegebedürftigkeit in ihrer gewohnten Umgebung leben. Zu wenige Wohnungen und Häuser sind jedoch den Umständen der Pflegebedürftigen angepasst: Laut der aktuellsten Studie zu diesem Thema sind nur 5,2 % aller Seniorenhaushalte (Alter über 65 Jahre) weitgehend barrierefrei. Lebt eine pflegebedürftige Person im Haushalt, erhöht sich dieser Anteil auf 7,7 % (BMVBS 2011). Dabei ist allerdings eine strenge Definition von Barrierefreiheit unterstellt. Im sozio-ökonomischen Panel wird dagegen die subjektiv empfundene Barrierefreiheit abgefragt. Unabhängig

vom Alter und einer etwaigen Pflegebedürftigkeit der Bewohner sind nach Auswertungen des SOEP 19,6 % aller Wohnungen in Deutschland barrierefrei, also annähernd viermal so viele wie nach der genannten KDA-Untersuchung. Werden die Haushalte betrachtet, in denen mindestens eine pflegebedürftige Person lebt, so sind es nach Angaben des SOEP – unabhängig vom Alter der Pflegebedürftigen – noch 50 % der Wohnungen, die nicht barrierefrei sind. Dieser Anteil verringert sich auf 43 % der Wohnungen, sofern die pflegebedürftige Person durch einen Pflegedienst (mit-)betreut wird. Pflegebedürftige, die formell-ambulant gepflegt werden, nehmen also tendenziell seltener wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in Anspruch als Pflegebedürftige, die informell gepflegt werden. Dies ist ein wichtiger Hinweis darauf, dass ein Ausbau altengerechter Wohnungen durch eine damit verbundene Reduktion der Inanspruchnahme von Pflegediensten ein Element in einer Strategie sein kann, dem (zukünftigen) Personal-mangel in der Pflege entgegenzutreten.

Eine prägende Säule der Kranken- und Pflegeversicherung ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Die Pflegeversicherung hat also den gesetzlichen Auftrag, mit den jeweiligen Leistungen die häusliche Pflege zu ermöglichen bzw. erheblich zu erleichtern. Nach § 40 SGB XI gewährt die Pflegeversicherung deshalb einen Zuschuss von bis zu 4.000 € (seit dem 1.1.2015, vorher 2.557 €), sofern durch die damit finanzierte Anpassung des Wohnumfeldes die Pflege in der Häuslichkeit ermöglicht oder aber erheblich erleichtert wird. In den Jahren 2012, 2013 und 2014 nahmen diese Leistungen durchschnittlich 66 Tsd. Pflegebedürftige in Anspruch. Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen leisten also einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der häuslichen Pflege. Am häufigsten wurden die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen von Personen mit Pflegestufe II und minimal häufiger von formell-ambulant Gepflegten genutzt.

Angesichts der wenigen Studien, die bislang zu dem Thema „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ vorlagen, wurde eine Versichertenbefragung von Inanspruchnehmenden und Nicht-Inanspruchnehmenden wohnumfeldverbessernder Maßnahmen durchgeführt, die neue Erkenntnisse lieferte: Die sechs am häufigsten genutzten Leistungen waren in der Reihenfolge: Dusche, Treppenlift, Handlauf, WC, Haltegriff, Rampe. Alle Leistungen wurden fast durchgängig als sehr hilfreich bewertet. Die Leistungsausweitung des Zuschusses zu wohnumfeldver-

bessernden Maßnahmen, die mit dem PSG I eingeführt wurde, erweist sich als sinnvoll, da die alten Leistungshöhen zum Teil deutlich unterhalb der Kosten der Maßnahme lagen. Nach der Erhöhung der Zuschüsse sind diese beim Einbau/Umbau von Handläufen, Haltegriffen und WC regelmäßig ausreichend, um die Umbaukosten zu finanzieren. Nach neuem Recht (seit 1.1.2015) ist der Einbau/Umbau einer Dusche für rund 40 % der Nutzer der Leistungen mit einer Eigenbeteiligung verbunden. Beim Einbau eines Treppenliftes zahlen sogar mehr als 90 % derer, die diese Maßnahme ergreifen, dazu. Anhand der berichteten Eigenleistungen ist also schon jetzt erkennbar, dass auch der erhöhte Zuschuss für den Treppenlift nicht ausreichen wird.

Hinsichtlich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen bestehen zudem erhebliche Informationsdefizite, die zu einer Unter-Inanspruchnahme führen. Nur etwa die Hälfte aller Inanspruchnehmenden bekam den Rat, einen Antrag für diese Leistungen zu stellen von offizieller Seite, also von der Pflegekasse, dem MDK, dem Pflegestützpunkt oder dem Pflegedienst. Die andere Hälfte hat über die Medien, durch informierte Angehörige oder Dienstleister wie z. B. Sanitätshäuser vom Leistungsanspruch erfahren. Diese Tatsache wird durch die Ergebnisse bei den Nicht-Inanspruchnehmenden wohnumfeldverbessernder Maßnahmen noch verstärkt: Ein Drittel dieser Befragten gab an, nicht zu wissen, dass die Pflegeversicherung Zuschüsse für Umbaumaßnahmen bezahlt und hat Wohnraumanpassungen zum Teil privat finanziert – obwohl sie durch ihre Beitragszahlung Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung erworben haben.

Es erscheint verwunderlich, dass dieses Informationsdefizit trotz der bereits bestehenden Möglichkeiten zur Information und Antragstellung durch die Pflegekassen (§ 7 SGB XI), Pflegestützpunkte (§ 92c SGB XI), Beratungen (§ 37 Abs. 3 SGB XI, § 7a SGB XI) und im Rahmen der Begutachtung durch den MDK existiert. Weitere Anstrengungen sind erforderlich, die notwendigen Informationen nicht nur in Form von Broschüren und anderem Material zur Verfügung zu stellen, sondern proaktiv zu vermitteln. Bei der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a SGB XI sollten wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in diesem Sinne ebenso regelmäßig beraten und geplant werden, wie bei den Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI.

6.2 Pflegende Angehörige

Neben einer an die Bedarfe der Pflegebedürftigen angepasste Wohnsituation ist die Pflege zu Hause in hohem Maße von der Bereitschaft der Angehörigen abhängig, die Pflege zu übernehmen bzw. zu organisieren. Aus diesem Grund muss bei der Behandlung des Schwerpunktthemas dieses Pflegereports nicht nur auf das barrierefreie Wohnen in Deutschland, sondern auch auf die pflegenden Angehörigen eingegangen werden. In Abschnitt 6.2.1 werden dabei zunächst Grunddaten zur informellen Pflege präsentiert. Dieser Abschnitt dient dazu, die bisherigen Erkenntnisse zu pflegenden Angehörigen überblicksartig zu skizzieren. Darauf aufbauend werden pflegende Angehörige im folgenden Abschnitt (6.2.2) zum einen auf Basis des SOEP und zum anderen auf einer Befragung pflegender Angehöriger von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) im Hinblick auf ihren Pflegeumfang untersucht. Dass pflegende Angehörige einer stärkeren Belastung ausgesetzt sind als die Normalbevölkerung und deshalb ein großer Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention besteht, steht schon seit einiger Zeit nicht mehr in Frage. Aus diesem Grund existiert bereits seit längerem eine Vielzahl an Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige. Exemplarisch werden zwei Projekte zur Prävention und Gesundheitsförderung pflegender Angehöriger ausgewählt, die in Abschnitt 6.2.3 inklusive ihrer Evaluation vorgestellt werden. Abschließend werden die Ergebnisse zu den pflegenden Angehörigen noch einmal zusammengefasst (Abschnitt 6.2.4).

6.2.1 Forschungsüberblick zur informellen Pflege

Die Bedeutung, die den pflegenden Angehörigen bei der Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger zukommt, wird aus den aktuellen Zahlen der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen deutlich: Nach der Pflegestatistik 2013 werden 1,25 Millionen Menschen und damit 48 % der Pflegebedürftigen ausschließlich durch Angehörige gepflegt. Dazu kommen 616 Tsd. Pflegebedürftige, die zusammen mit bzw. durch ambulante Pflegedienste gepflegt werden (vgl. dazu ausführlich Kapitel 4). Insgesamt werden gegenwärtig 71 % der Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit gepflegt (Statistisches Bundesamt 2015d: 5). Aufgrund des demografischen Wandels und dem damit einhergehenden zu er-

wartenden Anstieg der Anzahl Pflegebedürftiger bis 2030 auf 3,45 Mio., bzw. auf 4,64 Mio. bis zum Jahr 2060 (vgl. Abschnitt 4.2.5) sowie dem Wunsch der Pflegebedürftigen, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben (Kuhlmey et al. 2010; Kuhlmey et al. 2013; Schneekloth & Wahl 2005: 228; Zok 2011: 4), wird die Bedeutung der pflegenden Angehörigen bei der Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger in Zukunft weiter zunehmen. Hochrechnungen auf Basis der vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführten Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“ (GEDA 2012) haben ergeben, dass bereits 2012 rund 4 bis 5 Mio. private Pflegepersonen an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt waren. Dabei pflegen viele Angehörige eine pflegebedürftige Person nicht allein, sondern gemeinsam mit anderen: Zwei Angehörige sind bei etwa einem Viertel aller in der eigenen Häuslichkeit versorgten Pflegebedürftigen an der Versorgung beteiligt. Bei einem Viertel sind es sogar drei oder mehr Personen (Wetzstein et al. 2015: 2f.). Um ein präziseres Bild der informellen Pflege zu gewinnen, wird nachstehend auf die Leistungen der Pflegeversicherung, die Soziodemographie der Pflegepersonen, den Pflegeumfang und die Art der Leistungen sowie die Belastung der Angehörigen eingegangen.

Leistungen der Pflegeversicherung für pflegende Angehörige

Nach § 19 SGB XI sind Pflegepersonen die Personen, die einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 SGB XI in einer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen. Für Pflegepersonen sieht die Pflegeversicherung eine Reihe von Leistungen vor. So erhalten pflegende Angehörige Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 SGB XI (Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung), wenn sie eine pflegebedürftige Person mindestens 14 Stunden wöchentlich pflegen, gleichzeitig aber nicht mehr als 30 Stunden pro Woche sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind.⁴² Die Beiträge, welche die Pflege- an die Rentenversicherung zahlt, sind abhängig von der Wochenpflegezeit und der Pflegestufe

⁴² Nach Inkrafttreten der entsprechenden Regelungen des PSG II wird die Schwelle auf wöchentlich 10 Stunden an mindestens 2 Tagen (bei einem Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 oder höher) gesenkt.

der pflegebedürftigen Person.⁴³ Gemäß § 45 SGB XI bieten die Pflegekassen Pflegekurse zur Unterstützung pflegender Angehöriger an, bei denen pflegebezogene praktische Fähigkeiten erlernt werden können. Dieses Angebot wurde bislang jedoch nur von etwa 12 % der Pflegepersonen in Anspruch genommen. Darüber hinaus haben pflegende Angehörige seit 2009 einen Rechtsanspruch auf Pflegeberatung durch die Pflegekassen, welche gut angenommen wird (Wetzstein et al. 2015: 2). Darüber hinaus kann in akut auftretenden Pflegesituationen eine bis zu zehntägige Auszeit von der Arbeit genommen werden, um die Pflege zu organisieren bzw. sicherzustellen. Zu den Zielen des Ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) gehörte es, die Unterstützung pflegender Angehöriger zu verbessern. Dem entsprechend wurde mehr Geld für Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege sowie Verhinderungspflege zur Verfügung gestellt. Insgesamt enthält das SGB XI somit eine Vielzahl von Regelungen zur Unterstützung pflegender Angehöriger.

Charakterisierung der pflegenden Angehörigen

Umfragen zu pflegenden Angehörigen beruhen auf unterschiedlichen Definitionen des geleisteten Pflegeumfangs bzw. des Hilfe- bzw. Pflegebedarfs. Während Pflegepersonen nach SGB XI einen Pflegeumfang von wenigstens 2 Stunden täglich aufweisen, schließen Analysen auf Basis des SOEP (Geyer & Schulz 2014) jegliche Pflegetätigkeiten, also auch von wenigstens einer Stunde täglich ein und beziehen sich damit zusätzlich auch auf Personen, die einen Hilfebedarf unter der Schwelle von Pflegebedürftigkeit aufweisen. Die GEDA-Studie sowie eine Befragung des WINEG beruhen hingegen auf Angehörigen von Pflegebedürftigen, unabhängig vom Pflegeaufwand (Bestmann et al. 2014; Wetzstein et al. 2015).⁴⁴

Insgesamt pflegen 6,9 % der Erwachsenen regelmäßig eine pflegebedürftige Person. Differenziert nach Geschlecht sind es 8,7 % der Frauen und 4,9 % der

⁴³ Nach Inkrafttreten des PSG II richtet sich die Höhe der Beiträge nur noch nach dem Pflegegrad des Pflegebedürftigen und der Wahl von Pflegegeld-, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistung (Art. 5 PSG II zur Änderung des § 166 SGB VI).

⁴⁴ Im Vergleich zum SOEP und zur GEDA-Studie basiert die Befragung des WINEG auf einer geringen Stichprobengröße von 1.007 Pflegepersonen.

Männer. Damit sind also annähernd zwei Drittel der Pflegenden (64,9 %) weiblich und circa ein Drittel (35,1 %) männlich (Wetzstein et al. 2015: 3).

Obwohl ein steigender Anteil männlicher Pflegepersonen – meist der Partner einer Pflegebedürftigen – zu verzeichnen ist, ist der Großteil der pflegenden Angehörigen nach wie vor weiblich. Pflegende Angehörige sind am häufigsten enge Familienangehörige. Ein Drittel der pflegebedürftigen Personen wird hauptsächlich von dem Partner bzw. der Partnerin gepflegt, ein weiteres Drittel durch die Tochter bzw. Schwiegertochter (Dräger 2015: 122; Schneekloth & Wahl 2005: 76). In einer weiteren aktuellen Untersuchung haben Bestmann et al. (2014: 11,19) aus Sicht der Pflegepersonen festgestellt, dass 50 % der Befragten die eigenen Eltern und 18 % die Lebenspartner pflegen. Nur 14 % der pflegenden Frauen pflegen ihren Lebenspartner während das 35 % der pflegenden Männer tun. Laut Wetzstein et al. (2015: 4) ist etwa jede zehnte Pflegeperson nicht mit dem Pflegebedürftigen verwandt, sondern Freund, Bekannter oder Nachbar.

Die Mehrheit der Pflegepersonen ist im erwerbsfähigen Alter, wobei etwa ein Drittel 65 Jahre und älter ist, wenn alle Pflegeleistungen (auch unterhalb der Pflegestufe I) berücksichtigt werden (Geyer & Schulz 2014: 294; Schneekloth & Wahl 2005: 76). Dagegen haben Bestmann et al. (2014: 11) festgestellt, dass nur 18 % der pflegenden Angehörigen über 65 Jahre alt sind, wenn Pflegebedürftige der Pflegestufen 0 bis III gepflegt werden und damit eine engere Definition von Pflegeleistungen zugrunde liegt.⁴⁵

Nach Auswertungen auf Basis des SOEP pflegen 4 % der Männer und 7 % der Frauen zwischen 16 und 64 Jahren im Jahr 2012 mindestens eine Stunde pro Werktag eine pflegebedürftige Person, wobei der Anteil pflegender Angehöriger unter Personen zwischen 16 und 64 Jahren mit dem Alter zunimmt. Rund 2,5 Mio. der insgesamt circa 4 Mio. informell Pflegenden sind also im erwerbsfähigen Alter (Geyer & Schulz 2014: 296). Frauen, die viel pflegen (täglich mindestens zwei Stunden) haben im Durchschnitt einen geringeren Bildungsabschluss als nicht pflegende Frauen gleichen Alters (Wetzstein et al. 2015: 4f.) Pflegende

⁴⁵ Zudem könnte dieser Befund auch auf die geringe Fallzahl zurückzuführen sein (vgl. Fußnote 44).

Männer sind hingegen statistisch signifikant seltener erwerbstätig als nicht pflegende Männer gleichen Alters.

Ebenfalls auf Basis des SOEP hat eine Untersuchung ergeben, dass die Erwerbsquote weiblicher Pflegepersonen im Alter von 50-64 seit 2001 von gut 37 % auf 61 % gestiegen ist (die Erwerbsquote nicht pflegender Frauen von 48 % auf 66 %). Bei den Männern stieg dieser Anteil in dieser Altersgruppe von annähernd 46 % auf 67 % (bei nicht pflegenden Männern von 65 % auf 75 %). 2012 gaben 4 % der Vollzeitbeschäftigten an, informelle Pflege zu leisten, während dies 7,5 % der Teilzeit- und 7,6 % der geringfügig Beschäftigten taten. Der Anteil der Erwerbstätigen ist seit 2001 in allen drei Beschäftigungsverhältnissen gestiegen – unter den Vollzeitbeschäftigten jedoch am geringsten (Geyer & Schulz 2014: 297). Nach Bestmann et al. (2014: 11f.) sind 44,9 % der Pflegepersonen über 18 nicht erwerbstätig, 33,8 % sind in Teilzeit und 21,3 % in Vollzeit beschäftigt, wobei fast jede dritte erwerbstätige Pflegeperson seine Arbeitszeit aufgrund der Pflegetätigkeit reduziert hat.

Lebt die Pflegeperson im gleichen Haushalt wie der oder die Pflegebedürftige, handelt es sich häufig um die Lebenspartner. Pflegepersonen, die außerhalb des Pflege-Haushaltes leben, sind oftmals (Schwieger-)Töchter. 2012 lebten nur 23 % der Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter mit der pflegebedürftigen Person zusammen in einem Haushalt (Geyer & Schulz 2014: 298). Eine andere Studie kommt anhand einer anderen Datengrundlage mit einer engeren Definition von Pflegetätigkeiten (s. o.) zu dem Ergebnis, dass über alle Altersjahre 41 % der Pflegepersonen mit den zu Pflegenden zusammen leben (Bestmann et al. 2014: 11).

Pflegeumfang und Art der Leistungen

Eine aktuelle Untersuchung zum Umfang der Pflegeleistungen zeigt, dass 2,6 % der Erwachsenen gelegentlich, 2,0 % bis zu zwei Stunden und 2,1 % mindestens zwei Stunden täglich eine Person pflegen. Besonders bei den Pflegepersonen, die täglich mindestens zwei Stunden pflegen, zeigt sich ein Geschlechterunterschied: 3,2 % der Frauen und 1,0 % der Männer pflegen täglich mindestens zwei Stunden (Wetzstein et al. 2015: 4). Die durchschnittliche Pflegezeit lag an einem Werktag im Jahr 2012 bei 2,6 Stunden, am Wochenende bei 3,2 Stunden

pro Tag, wobei der Umfang des Pflegeaufwands mit dem Umfang der Erwerbstätigkeit abnimmt. So leisteten geringfügig Beschäftigte 2012 durchschnittlich 2,8 Stunden, Teilzeitbeschäftigte ca. 2,1 Stunden und Vollzeiterwerbstätige 1,7 Stunden Pflege pro Tag (Geyer & Schulz 2014: 297). Ältere Untersuchungen, die nur Hauptpflegepersonen berücksichtigt haben, zeigten, dass die durchschnittliche tägliche Pflegezeit zwischen drei und sechs Stunden beträgt, wobei 80 % der Pflegepersonen rund um die Uhr für die pflegebedürftige Person da sein müssen (Boeger & Pickartz 1998; Schneekloth et al. 1996).⁴⁶

Bei Berücksichtigung aller Pflegetätigkeiten wurden 2012 durchschnittlich 5 Stunden Pflege geleistet, wenn die pflegebedürftige und die pflegende Person gemeinsam in einem Haushalt lebten. Die durchschnittliche Pflegezeit lag 2012 bei rund 2 Stunden, sofern Pflegebedürftige in anderen Haushalten gepflegt wurden (Geyer & Schulz 2014: 299).

Pflegende Angehörige erbringen vielfältige Leistungen, die von der Haushaltsführung über Hilfeleistungen zur Pflege bis hin zur persönlichen Betreuung reichen. Detaillierter betrachtet gehören zur Pflege oder persönlichen Betreuung hauptsächlich Körperpflege, behandlungspflegerische Maßnahmen, Unterstützung beim Essen aber auch Beschäftigung des Pflegebedürftigen und Gespräche sowie emotionaler Beistand (Döhner et al. 2007; Dräger 2015: 123).

Belastung pflegender Angehöriger

Die dauerhafte Ausübung von Pflegetätigkeiten kann zu einer starken Belastung werden. Seit mehr als 20 Jahren gibt es nun Befunde zu den spezifischen Belastungen pflegender Angehöriger (SVR-Gesundheit 2009: 361). Diese Belastungen können zum einen körperlicher, zum anderen aber auch mentaler Natur sein (Bestmann et al. 2014: 16 ff; Döhner et al. 2007; Dräger 2015: 124; SVR-Gesundheit 2009: 361 ff; Wetzstein et al. 2015: 5). Pflegende Angehörige haben häufiger einen herabgesetzten Immunstatus und drei Viertel aller pflegenden Frauen leiden unter mindestens einer Krankheit. Dabei handelt es sich häufig unter anderem um Rückenschmerzen oder um Krankheiten des Herz-Kreislauf- oder des Muskel-Skelettsystems. Darüber hinaus berichten viele Pflegepersonen

⁴⁶ Bei den angeführten Studien ist zu berücksichtigen, dass die angegebenen Pflegezeiten von unterschiedlichen Definitionen der Pflegetätigkeiten abhängig sind.

von allgemeiner Erschöpfung, Magenbeschwerden oder Gliederschmerzen. Psychosomatische Beschwerden, unter denen pflegende Angehörige häufiger leiden, sind unter anderem Schlafstörungen, Nervosität, Kopfschmerzen und depressive Verstimmung (SVR-Gesundheit 2009: 361 ff). Generell beschreiben Pflegende mit hohem Betreuungsumfang (mindestens 2 Stunden täglich) – im Vergleich zu Nicht-Pflegenden – ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „nicht gut“ (Bestmann et al. 2014: 15; Wetzstein et al. 2015: 6). Bivariate Analysen zeigen, dass pflegende Frauen – im Vergleich zu nicht pflegenden Frauen – häufiger rauchen und weniger Sport treiben. Zudem nehmen sie seltener Zahnvorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Bei pflegenden bzw. nicht pflegenden Männern zeigt sich ein bedeutsamer Unterschied dahingehend, dass pflegende Männer weniger Sport treiben (Wetzstein et al. 2015: 6f.). Insgesamt gesehen ist die Lebenszufriedenheit erwerbstätiger Pflegepersonen im Vergleich zu nicht-erwerbstätigen Pflegepersonen höher. In beiden Gruppen nimmt die Lebenszufriedenheit im Zeitverlauf jedoch ab (Geyer & Schulz 2014: 299).

Zur Entlastung pflegender Angehöriger gibt es bereits vielfältige Angebote. Untersuchungen zeigen jedoch, dass deren Inanspruchnahme gering ist (Bestmann et al. 2014: 16 ff; Döhner et al. 2007; Wetzstein et al. 2015). Als Gründe dafür werden beispielsweise angeführt, dass die individuellen Bedürfnisse der Angehörigen nicht ausreichend Berücksichtigung finden, generell kein Bedarf für Unterstützung gesehen wird oder die Angebotsstruktur als unübersichtlich und bürokratisch empfunden wird (Bestmann et al. 2014: 16 ff; SVR-Gesundheit 2014: 487 ff; Wetzstein et al. 2015: 9).

Die Fragestellungen rund um die Belastung pflegender Angehöriger sind also in den letzten Jahren häufig bearbeitet worden. Anders ist dies bei der Frage nach Art und Umfang der Pflegeleistungen, sowohl bei allen Pflegebedürftigen als auch bei Teilgruppen. Darüber hinaus werden meistens Durchschnittswerte berichtet, die nicht näher über die Verteilung informieren. Detaillierte Informationen zum Umfang beruhen zum Teil auf einer sehr groben Kategorisierung (Bestmann et al. 2014; Geyer & Schulz 2014; Wetzstein et al. 2015). Im folgenden Abschnitt wird daher auf Umfang und Art der Pflegeleistungen auf Basis zweier verschiedener Datenquellen näher eingegangen.

6.2.2 Pflegepersonen im Spiegel unterschiedlicher Datenquellen

In Abschnitt 6.2.2.1 wird auf Basis des SOEP auf *alle* Pflegepersonen eingegangen, über grundlegende sozialstrukturelle Charakteristika berichtet sowie ein besonderer Fokus auf deren Erwerbstätigkeit gelegt, um mögliche Problemkonstellationen in der häuslichen Pflege anzusprechen. In Abschnitt 6.2.2.2 stehen aus Vergleichsgründen die pflegenden Angehörigen von *Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz* (PEA) auf Basis einer eigenen Erhebung im Mittelpunkt, wobei auch auf zusätzliche Aspekte wie die Art der Pflegeleistungen eingegangen wird.

6.2.2.1 Pflegepersonen im Sozio-ökonomischen Panel

Im Sozio-ökonomischen Panel (SOEP) werden Pfl egetätigkeiten von wenigstens 1 Std. pro Tag – repräsentativ für Deutschland – abgebildet. Damit kann ein umfassenderer Überblick über die Verbreitung von Pfl egetätigkeiten gewonnen werden. Die Pfl egetätigkeiten wurde über die Frage erhoben: „Wie viele Stunden pro Tag entfallen bei Ihnen an einem durchschnittlichen Werktag (bzw. Samstag/Sonntag) auf die folgenden Tätigkeiten – Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Personen?“⁴⁷ Wird die Entwicklung in Tabelle 6.7 betrachtet, dann zeigt sich, dass den 1,87 Mio. Pflegebedürftigen im Jahr 2013 (vgl. Abschnitt 4.2), die zu Hause gepflegt werden (also Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistungen beziehen), ca. 3,7 Mio. und damit etwa doppelt so viele Pflegenden gegenüberstehen.

⁴⁷ Die im SOEP ausgewiesenen Pflegepersonen müssen deshalb nicht zwingend einen Pflegebedürftigen nach SGB XI, also mit der Pflegestufe I, II oder III, pflegen. Der Betreuungsbedarf kann auch unterhalb der Schwelle liegen, die für die Bewilligung einer Pflegestufe benötigt wird.

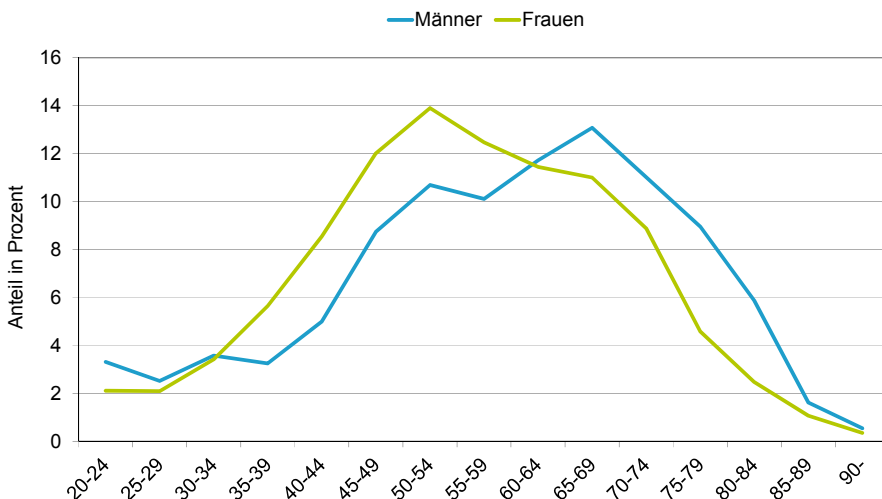
Tabelle 6.7 Pflegepersonen nach Jahr, Geschlecht und Anteil an der Bevölkerung¹⁾

	Insgesamt	Männer	Anteil an der männlichen Bevölkerung	Frauen	Anteil an der weiblichen Bevölkerung
2001	3.100.888	1.095.324	3,8	2.005.564	6,2
2002	3.454.525	1.288.217	4,3	2.166.308	6,3
2003	3.666.373	1.339.326	4,4	2.327.047	6,6
2004	3.864.448	1.444.610	4,7	2.419.838	6,7
2005	3.597.313	1.285.455	4,1	2.311.858	6,3
2006	3.845.174	1.342.565	4,3	2.502.609	6,8
2007	3.943.725	1.398.529	4,5	2.545.196	6,9
2008	4.200.486	1.474.495	4,7	2.725.991	7,4
2009	3.803.021	1.275.631	4,1	2.527.390	6,9
2010	4.303.495	1.393.920	4,4	2.909.575	7,9
2011	3.513.599	1.280.169	4,1	2.233.430	6,1
2012	4.121.462	1.538.023	4,8	2.583.439	7,0
2013	3.703.748	1.354.202	4,9	2.349.546	7,2

¹⁾ Abweichungen gegenüber früheren Werten (z. B. Rothgang et al. 2014) resultieren aus angepassten Hochrechnungsgewichten im SOEP.

Quelle: SOEP, V30, Ergebnisse hochgerechnet auf die Bevölkerung der BRD

Die Entwicklung ist dabei – unter starken Schwankungen – von einem absoluten Anstieg der Zahl der Pflegenden von 3,1 Mio. im Jahr 2001 auf 4,3 Mio. im Jahr 2010 und einem anschließenden leichten Rückgang auf zuletzt 3,7 Mio. im Jahr 2013 geprägt. Der Anteil der pflegenden Männer an allen Männern beträgt durchschnittlich 4,4 % und der der pflegenden Frauen an allen Frauen durchschnittlich 6,8 %. Der Anteil der an der Pflege beteiligten Männer an allen Pflegenden belief sich während des Zeitraums nahezu konstant auf 36 %. Auf einen pflegenden Mann kommen damit zwei pflegende Frauen. Für die Entwicklung vor 2001 zeigt ein Vergleich der MUG I-Studie mit der MUG III-Studie einen Anstieg des Anteils pflegender Männer von 17 % im Jahr 1991 auf 27 % im Jahr 2002 (Schneekloth & Wahl 2005: 77), der sich jedoch, wie die vorliegenden Befunde zeigen, danach nicht weiter fortgesetzt hat. Weitere Vergleichsstudien



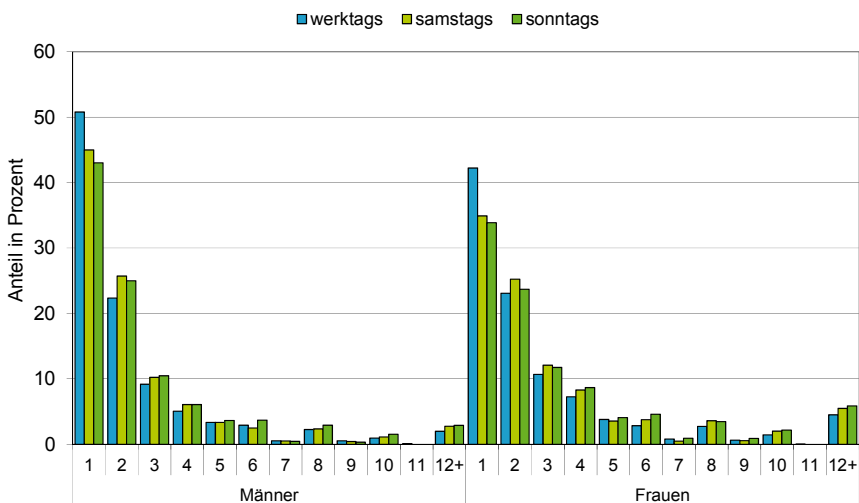
Quelle: SOEP, v30, hochgerechnete Ergebnisse auf die BRD

Abbildung 6.12 Verteilung der Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht

zur repräsentativen Verbreitung der Pflegepersonen zwischen 2000 und heute liegen bislang nicht vor.⁴⁸

Dass sich die Häufigkeit einer Übernahme von Pflegetätigkeiten im Lebenszyklus bei Männern und Frauen unterschiedlich darstellt, zeigt Abbildung 6.12. Demnach ist der Anteil pflegender Frauen im Alter von 40 bis 74 Jahren am höchsten, während die meisten Männer etwa 5 Jahre „später“ im Lebensverlauf pflegen und damit der Anteil der pflegenden Männer im Alter zwischen 45 bis 79 am höchsten ist. Deutlich wird auch, dass – wenn auch sehr gering ausgeprägt – weit über das 80. Lebensjahr hinaus gepflegt wird. Dass Männer verstärkt in höherem Alter als Frauen pflegen, liegt vermutlich daran, dass Männer ihre Partnerinnen pflegen, die zwar insgesamt eine höhere Lebenserwartung als Männer aufweisen, aber anteilig mehr Lebensjahre in Krankheit verbringen als Männer (Unger 2015). Darüber hinaus sind Männer in den höheren Altersjahren

⁴⁸ Auszahlungen auf Basis von Daten der Deutschen Rentenversicherung beziehen sich – im Unterschied zum SOEP, in dem alle Pflegetätigkeiten dokumentiert sind – auf wenigstens 2 Pflegestunden täglich und sind auf die Altersjahre bis 65 beschränkt (Rothgang et al. 2014).

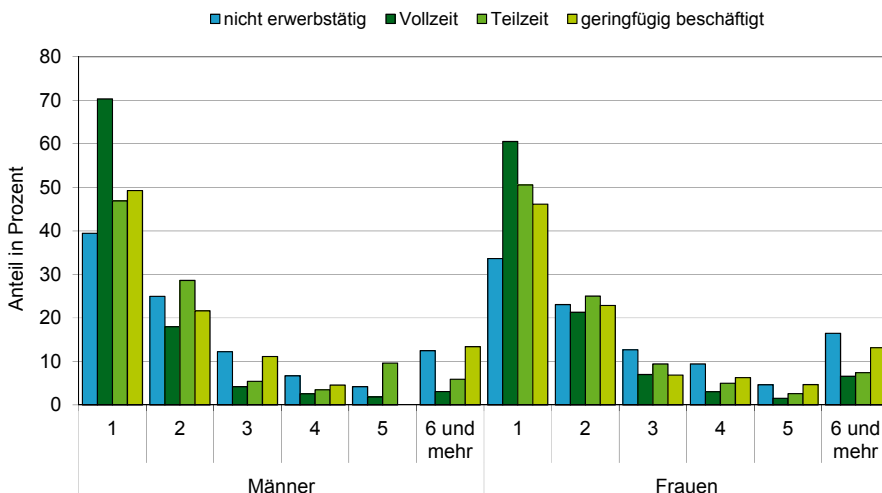


Quelle: SOEP, V30, hochgerechnete Ergebnisse auf die BRD

Abbildung 6.13 Verteilung der täglichen Pflegestunden nach Wochentag und Geschlecht

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

Der von den Männern und den Frauen geleistete Pflegeumfang ist in Abbildung 6.13 wiedergegeben. Ein erheblicher Anteil der Männer und Frauen hat einen geringen Pflegeumfang von einer Stunde (etwa 50 % der Männer und etwa 40 % der Frauen) oder zwei Stunden pro Werktag (etwa 25 % der Männer und 25 % der Frauen). Weitere 25 % der Männer und 35 % der Frauen sind mit drei bis zwölf Pflegestunden pro Tag deutlich stärker in die Pflege involviert. Damit sind die Frauen nicht nur durch ihren größeren Anteil an den Pflegepersonen, sondern auch durch den größeren Pflegeumfang stärker an der Pflege beteiligt als

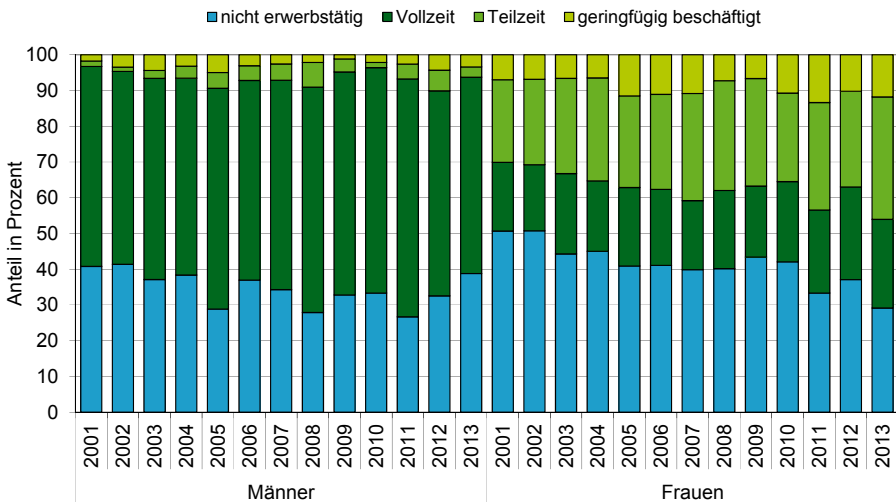


Quelle: SOEP, V30, hochgerechnete Ergebnisse auf die BRD

Abbildung 6.14 Tägliche Pflegestunden an Werktagen nach dem Erwerbsstatus

Männer. Darüber hinaus wird deutlich, dass sich die Verteilung der Pflegestunden kaum zwischen Werktagen und Samstagen und Sonntagen unterscheidet, da vermutlich der Pflegebedarf eines Pflegebedürftigen an Werk- und Wochenendtagen ähnlich groß sein dürfte (Geyer & Schulz 2014).

Dennoch können nicht alle informell Pflegenden gleichermaßen an allen Wochentagen pflegen. So haben aktuelle Studien zum Pflegeumfang gezeigt, dass die Pflege am Wochenende vor allem von Voll- und Teilzeiterwerbstätigen verstärkt geleistet wird und bei den Erwerbstätigen der Umfang der Pflege Tätigkeit mit dem Umfang der Erwerbsarbeit abnimmt (Geyer & Schulz 2014). In Abbildung 6.14 ist deshalb die Verteilung der Pflegestunden an Werktagen nach dem Erwerbsstatus differenziert wiedergegeben. Demnach entfallen Pflegezeiten von einer Stunde pro Tag am häufigsten auf vollzeiterwerbstätige Männer (70 %) und Frauen (60 %), wobei die vollzeiterwerbstätigen Männer sogar zehn Prozentpunkte häufiger eine Stunde pflegen als Frauen. Längere Pflegezeiten von täglich drei Stunden und mehr bei den Männern und vier Stunden und mehr bei den Frauen werden dagegen am seltensten bei einer Vollzeiterwerbstätigkeit, häufi-

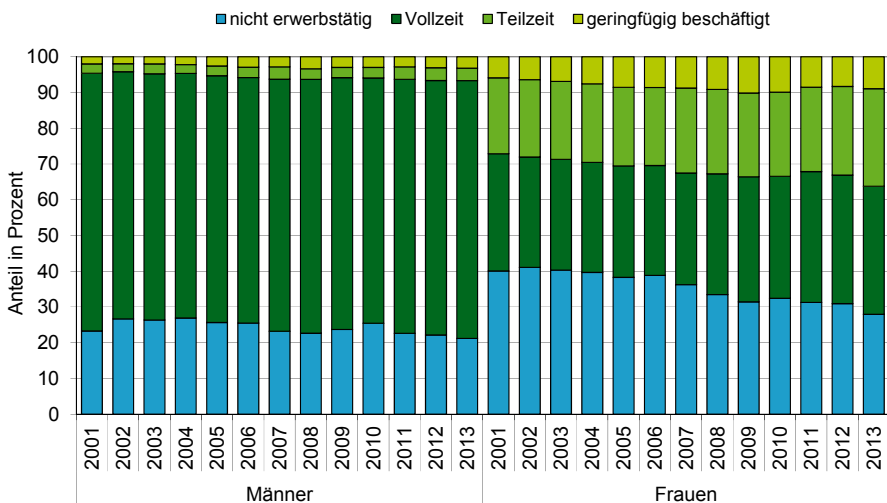


Quelle: SOEP, V30, hochgerechnete Ergebnisse auf die BRD

Abbildung 6.15 Erwerbsquoten der 20- bis 65-jährigen Pflegepersonen

ger bei einer Teilzeiterwerbstätigkeit und am häufigsten bei einer geringfügigen Beschäftigung ausgeübt. In ähnlicher Höhe wie bei einer geringfügigen Beschäftigung, sind die Anteile, zu denen nicht erwerbstätige Männer und Frauen die längeren Pflegezeiten ausüben.

Pflegertätigkeiten sind oft mit einer Doppelbelastung durch eine Erwerbstätigkeit verbunden, auch wenn beispielsweise eine Vollerwerbstätigkeit bei den Männern zu etwa 90 % tendenziell eher mit einem geringen Pflegeumfang von 1 bis 2 Stunden pro Tag korrespondiert (Abbildung 6.14). Durch den demografischen Wandel und den damit verbundenen Anstieg des Pflegebedarfs seit Einführung der Pflegeversicherung rücken Fragen nach der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflegertätigkeit zunehmend in den Fokus. Um abzuschätzen, ob diese Belastung, die zahlreichen Studien bestätigen, im Zeitverlauf angestiegen ist, werden in Abbildung 6.15 die Erwerbsquoten von Pflegepersonen im Alter von 20-65 betrachtet und in Abbildung 6.16 den Erwerbsquoten der Gesamtbevölkerung, die keine Pflegertätigkeiten ausübt, gegenübergestellt.



Quelle: SOEP, V30, hochgerechnete Ergebnisse auf die BRD

Abbildung 6.16 Erwerbsquoten der 20-bis 65-jährigen Bevölkerung

Die Erwerbsquote der pflegenden Männer steigt im Zeitraum von 2001 bis 2013 zwar minimal, wird aber auch von einem minimalen Anstieg in der männlichen Gesamtbevölkerung (ohne Pflegepersonen) begleitet. Eine Zunahme der Erwerbsquote der pflegenden Männer kann daraus nicht gefolgert werden. Anders sieht es bei den pflegenden Frauen aus. Hier steigt die Erwerbsquote von etwa 50 % im Jahr 2001 auf etwa 70 % im Jahr 2013, während die Erwerbsquote in der weiblichen Gesamtbevölkerung (ohne Pflegepersonen) von 60 % auf 70 % ansteigt. Damit waren pflegende Frauen im Jahr 2001 um etwa 10 Prozentpunkte seltener erwerbstätig als die weibliche Bevölkerung insgesamt. Bis zum Jahr 2013 haben sich jedoch die Erwerbsquoten der weiblichen Pflegepersonen denen der weiblichen Gesamtbevölkerung vollständig angeglichen, wobei die Erwerbsformen der Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten, als auch der geringfügig Beschäftigten gleichermaßen erfolgte. Weitere Studien haben darüber hinaus gezeigt, dass der Anstieg der Erwerbsquote sowohl bei den pflegenden als auch bei den nicht pflegenden Frauen im Alter 50 bis 64 Jahren besonders hoch ausfällt (Geyer & Schulz 2014: 297f.).

Über die Gründe für eine Aufnahme einer Pflege Tätigkeit, bzw. für den damit einhergehenden Bezug von Pflegeleistungen im häuslichen Umfeld, liegen weitere Studien vor. So konnte ein verstärkter Anreiz zur Aufnahme einer Pflege Tätigkeit in den unteren Einkommensgruppen in der Untersuchung von Rothgang & Unger (2013) mit den Daten der Deutschen Rentenversicherung nachgewiesen werden. Demnach liegt das Alterssicherungs niveau von Frauen, die eine Pflege Tätigkeit eingehen – bereits zu Pflegebeginn – um etwa 4 Entgeltpunkte niedriger als bei Frauen gleichen Alters, die nicht pflegen.

Ebenfalls mit den Daten des SOEP konnte gezeigt werden, dass Pflegeleistungen für die häusliche Pflege durch Angehörige vor allem bei höheren Einkommen gegenüber niedrigeren Einkommen durch eine (weibliche) Angehörigenpflege unentgeltlich, also ohne den Bezug von Pflegegeldleistungen, substituiert werden. Es wird in einer Partnerschaft also informell gepflegt, ohne dass jedoch gleichzeitig Pflege(geld)leistungen der Pflegekasse bezogen werden. Bei niedrigen Haushaltseinkommen kommt es hingegen nicht zu einer Substitution der Pflegeleistungen durch eine informelle Pflege. Stattdessen werden in den unteren Einkommensschichten sogar verstärkt Pflegegeldleistungen nachgefragt, wenn eine Partnerschaft vorliegt (Unger et al. 2015). Insbesondere der Befund zur Substitution von Pflegegeldleistungen in den oberen Einkommensgruppen macht dabei deutlich, dass vermutlich mehr Menschen einen Anspruch auf Pflegeleistungen haben als nachfragen.

6.2.2.2 Pflegenden Angehörigen von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Um zu untersuchen, ob sich der Umfang der Pflegeleistungen bei Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) vom Umfang der Pflegeleistungen bei allen Pflegebedürftigen unterscheidet, wird in diesem Abschnitt auf die Situation pflegender Angehöriger von PEA eingegangen. Über die Untersuchung des Pflegeumfangs hinaus, wird auch auf die Art der Pflegeleistungen bei PEA eingegangen.

Pflegende Angehörige von PEA wurden 2011 und 2013 von der BARMER GEK in Kooperation mit dem SOCIUM (früher ZeS) zur Pflegesituation, ihrem Gesundheitszustand sowie zur Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen

gen befragt. Details zu den Befragungen können Rothgang et al. (2011) und Rothgang et al. (2014) entnommen werden. Aufgrund der höheren Fallzahl (2011: 2.157 Antwortende vs. 2013: 748 Antwortende) basiert die folgende Untersuchung auf der Befragung von 2011.

Weibliche pflegende Angehörige von PEA sind mit durchschnittlich 66 Jahren deutlich älter als pflegende Frauen aller Pflegebedürftigen. Auch pflegende Männer von PEA sind im Mittel 74 Jahren älter, wenn auch nicht so deutlich wie die Frauen (vgl. Abschnitt 6.2.2.1). Mit 71,3 % gehören fast drei Viertel der pflegenden Angehörigen von PEA zur gleichen Generation wie die Pflegebedürftigen. Ein Viertel der pflegenden Angehörigen gehört der jüngeren Generation an.

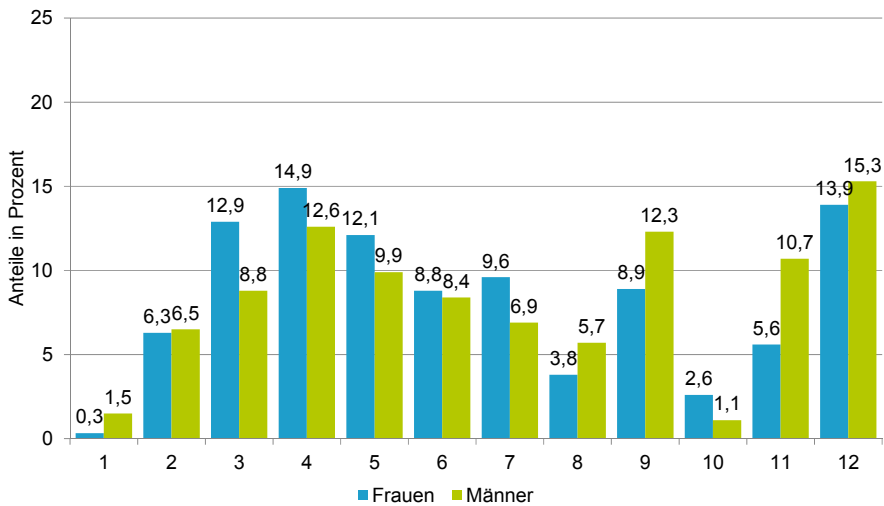
Pflegeaufwand der Hauptpflegeperson

Im Vergleich zu den Befunden für alle Pflegepersonen (Abschnitt 6.2.2.1) pflegen die Angehörigen von PEA pro Tag häufiger längere Zeiten und dementsprechend seltener nur eine geringe Stundenanzahl. Rund ein Drittel aller Pflegenden pflegt zwischen vier und acht Stunden pro Tag, während annähernd ein weiteres Drittel zwischen acht und 12 Stunden pro Tag pflegt. Besonders auffällig – gerade im Vergleich zu den Ergebnissen für alle Pflegebedürftigen – ist der höhere Anteil an Männern und Frauen (15,3 % bzw. 13,9 %) die eine Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz mindestens 12 Stunden pro Tag pflegen (Abbildung 6.17).

Die Belastung pflegender Angehöriger von PEA wird besonders deutlich, wenn beachtet wird, dass etwas über 90 % der 2.157 Befragten an sieben Tagen pro Woche und annähernd 80 % auch nachts für die PEA da sein müssen.

Wird der Pflegeaufwand in Abhängigkeit von der Erwerbstätigkeit der Pflegeperson betrachtet, zeigt sich bei den Pflegenden aller Pflegebedürftigen (Abschnitt 6.2.2.1) und denen der PEA die gleiche Tendenz: Der Umfang der Pflege nimmt mit dem Umfang der Beschäftigung ab – höhere Beschäftigungsgrade sind also mit umfangreicherer Pflege nur schwer vereinbar.

Wichtig für den Pflegeaufwand ist auch, ob die Pflegeperson im gleichen Haushalt lebt wie die pflegebedürftige Person oder nicht. Leben beide in einem Haushalt, sind die pflegenden Angehörigen ständig in Bereitschaft und dauerhaft für

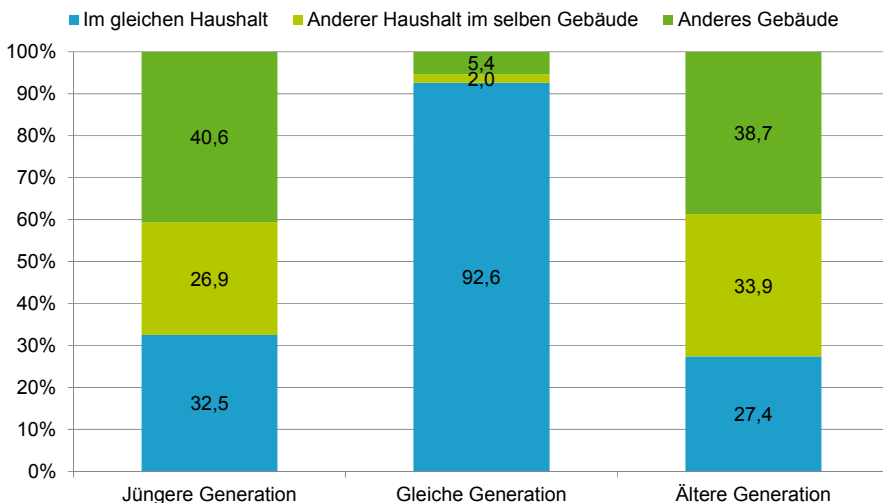


Quelle: Befragung pflegender Angehöriger von PEA (SOCIU/ZeS 2011)

Abbildung 6.17 Verteilung der Pflegestunden von PEA nach Geschlecht

die Pflegebedürftigen da – geben also vermutlich einen höheren Pflegeaufwand an. Leben beide zwar in einem Gebäude, aber in getrennten Haushalten, kann eine Abgrenzung leichter stattfinden, die zu einem geringeren empfundenen Pflegeaufwand führen kann. Gleichzeitig kann diese Wohnform auch zur Beruhigung der Pflegeperson beitragen, im Ernstfall schnell zur Stelle zu sein. Im Gegensatz dazu bietet das Leben in getrennten Gebäuden die bestmögliche Abgrenzung für die Angehörigen. In Abhängigkeit von der Entfernung kann jedoch der Fahrtaufwand bzw. das Gefühl, nicht schnell genug anwesend sein zu können, zur Belastung werden.

Abbildung 6.18 zeigt die Wohnsituation im Generationenvergleich. Pflegepersonen der gleichen Generation – zumeist die Lebenspartner – leben zu über 90 % mit den Pflegebedürftigen in einem Haushalt. Im Gegensatz dazu leben nur circa 30 % der Pflegepersonen der älteren und der jüngeren Generation im gleichen Haushalt wie die pflegebedürftige Person. Allerdings leben rund 30 % dieser Pflegepersonen zumindest im selben Gebäude, so dass doch nur 40 % der jüngeren und älteren Pflegepersonen in anderen Gebäuden als die Pflegebedürfti-



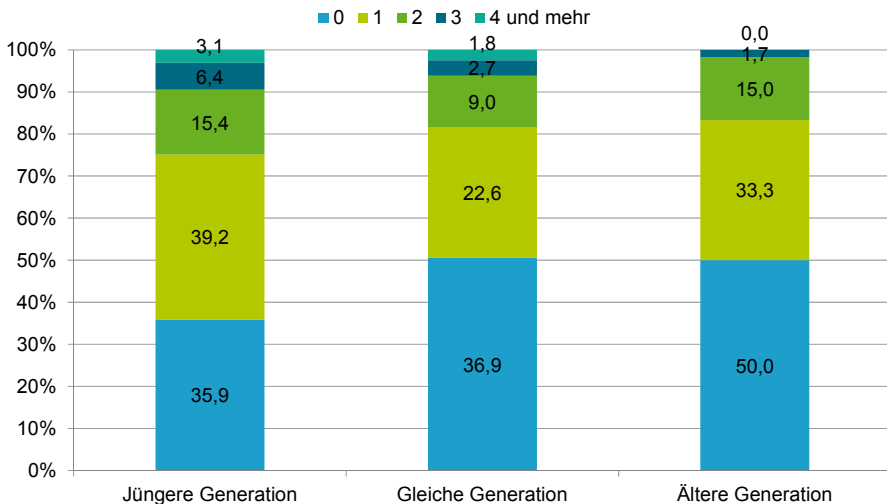
Anmerkung: Die Generationenbezeichnung bezieht sich auf die Pflegeperson im Vergleich zum Pflegebedürftigen

Quelle: Befragung pflegender Angehöriger von PEA (SOCIUM/ZeS 2011)

Abbildung 6.18 Wohnort der Pflegebedürftigen nach Generation der Pflegeperson

gen wohnen. Ob diese Situation vermehrt positive oder eher negative Auswirkungen auf die Pflegepersonen hat, ist sowohl abhängig vom Zustand der Pflegebedürftigen als auch von der Einstellung der Pflegepersonen.

Neben der Wohnsituation kann der Pflegeaufwand einer Pflegeperson auch daran gemessen werden, wie viele weitere informell Pflegenden sich – neben einem etwaigen Pflegedienst – für eine gewisse Stundenzahl pro Woche um die Pflegebedürftigen kümmern. Je mehr Pflegenden für die PEA da sind, umso geringer ist der Pflege- und Betreuungsaufwand der einzelnen Pflegepersonen. Die Hälfte der Pflegepersonen der älteren oder gleichen Generation haben keine weiteren Personen, die sich mindestens vier Stunden pro Woche um die Pflegebedürftigen kümmern. Bei der jüngeren Pflegegeneration sind es nur 35 %. 25 % dieser Pflegenden teilt sich den Pflegeaufwand mit mindestens zwei weiteren Pflegepersonen (Abbildung 6.19).



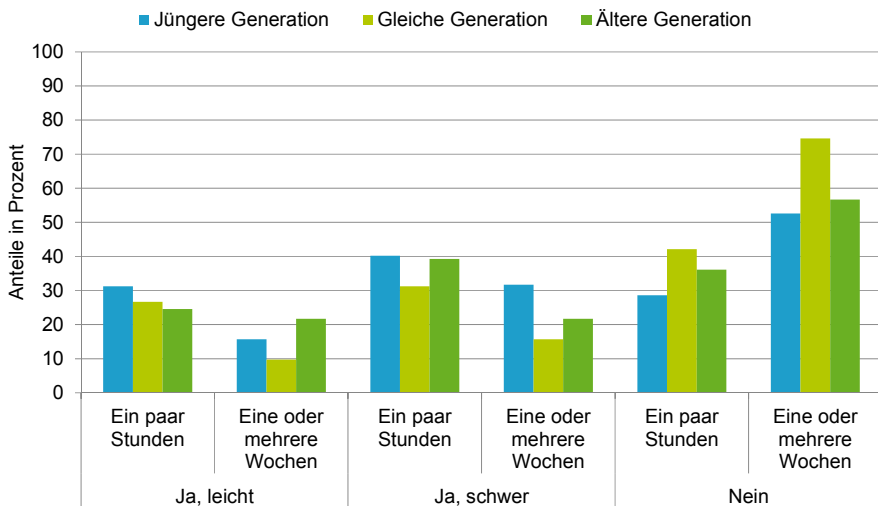
Anmerkung: Die Generationenbezeichnung bezieht sich auf die Pflegeperson im Vergleich zum Pflegebedürftigen

Quelle: Befragung pflegender Angehöriger von PEA (SOCIMUM/ZeS 2011)

Abbildung 6.19 Anzahl der weiteren Personen neben der Hauptpflegeperson mit wenigstens 4 Stunden Pflegeaufwand pro Woche

Abschließend kann der Pflegeaufwand auch danach differenziert werden, ob eine informelle Pflegevertretung entweder für ein paar Stunden oder für mindestens eine Woche gefunden werden könnte. Im Bewusstsein dessen, dass es keine weitere informelle Pflegeperson gibt, die bei Bedarf einspringt, könnte der subjektiv empfundene Pflegeaufwand viel höher eingeschätzt und gleichzeitig deutlich negativer bewertet werden, als wenn ein Netzwerk aus weiteren Pflegepersonen besteht, die die Pflege bei Bedarf übernehmen könnten.

Zeigen Pflegepersonen der gleichen und älteren Generation ähnliche Ergebnisse bei der Anzahl der weiteren Pflegepersonen, die sich regelmäßig um die PEA kümmern, weisen diese beiden Gruppen deutliche Unterschiede im Hinblick darauf auf, ob für ein paar Stunden oder mindestens eine Woche eine Pflegevertretung (kein Pflegedienst) gefunden werden könnte. Die Mehrheit der Befragten kann – unabhängig von der Generation – keine Pflegevertretung für mindestens



Anmerkung: Die Generationenbezeichnung bezieht sich auf die Pflegeperson im Vergleich zum Pflegebedürftigen

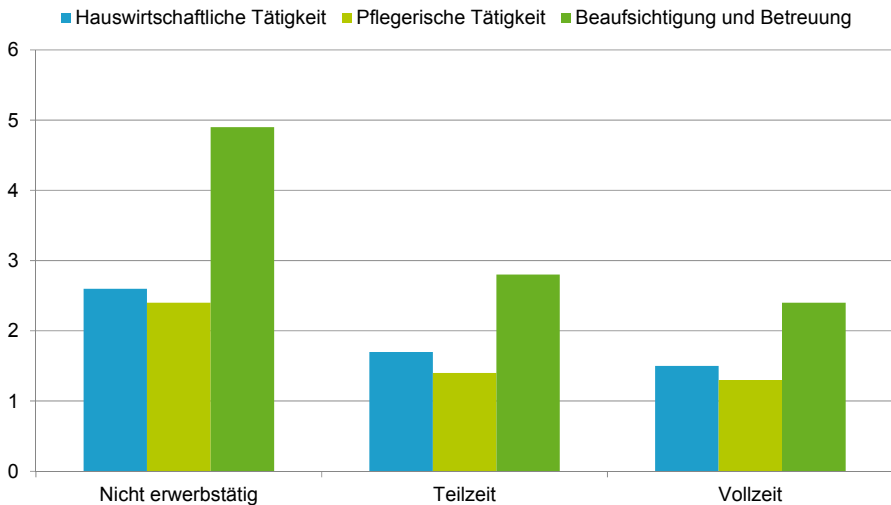
Quelle: Befragung pflegender Angehöriger von PEA (SOCIUM/ZeS 2011)

Abbildung 6.20 Anteil der Pflegepersonen die (k)eine Vertretung finden können nach Dauer der Vertretung und Generation

eine Woche finden. Für ein paar Stunden können 40 % der jüngeren und der älteren Pflegepersonen schwer eine Pflegevertretung finden, während das nur 30 % der gleichaltrigen Pflegepersonen können (Abbildung 6.20).

Art der Pflegetätigkeiten

Nachdem der Pflegeaufwand aus verschiedenen Perspektiven betrachtet wurde, wird nun untersucht, welchen Pflegetätigkeiten informell Pflegende von PEA nachgehen und welchen Umfang die jeweiligen Tätigkeiten umfassen. Im Gegensatz zu vorstehenden Analysen wird in diesem Fall nicht nach Generation, sondern nach *Erwerbsstatus* getrennt untersucht. So soll deutlich werden, ob sich der Umfang der einzelnen Pflegetätigkeiten in Abhängigkeit der zur Verfügung stehenden Zeit unterscheidet. Dabei wird unterstellt, dass Vollzeitbeschäftigte am wenigsten, in Teilzeit Erwerbstätige etwas mehr und nicht erwerbstätige Personen am meisten Zeit für die Pflege aufbringen.



Quelle: Befragung pflegender Angehöriger von PEA (SOCIMUM/ZeS 2011)

Abbildung 6.21 Pflegestunden nach Art der Pflege und Erwerbsstatus

Beaufsichtigung und Betreuung einer PEA nimmt unabhängig vom Erwerbsstatus den größten Anteil an der gesamten täglichen Pflegedauer ein. Mit hauswirtschaftlichen Tätigkeiten wird durchschnittlich weniger Zeit verbracht als mit Beaufsichtigung und Betreuung, aber etwas mehr als mit pflegerischen Tätigkeiten (Abbildung 6.21). In Abbildung 6.21 ist ebenfalls erkennbar, dass die Anzahl der Pflegestunden mit zunehmender Erwerbstätigkeit abnimmt, wenn der Unterschied zwischen Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigten auch gering ist.

6.2.3 Prävention und Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige

Dass pflegende Angehörige – im Vergleich zur Gesamtbevölkerung – ihren Gesundheitszustand häufiger als „nicht gut“ beschreiben und auch objektiv betrachtet kränker sind, wurde bereits in Abschnitt 6.2.1 berichtet. Dieser Befund bildet die Grundlage dafür, dass pflegende Angehörige eine potentielle Zielgruppe für Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote darstellen.

Es gibt bereits eine Vielzahl unterschiedlicher Beratungs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, die allerdings nur von wenigen genutzt werden. Untersuchungen zu den Wünschen an Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention haben ergeben, dass Pflegepersonen vor allem Angebote zu den Themen Freiraum, Anerkennung und Wertschätzung, soziale Kontakte sowie körperliche Aktivität nachfragen (Hetzel et al. 2015).

Exemplarisch werden an dieser Stelle zwei unterschiedliche Projekte beleuchtet, die auf mindestens eines der genannten Themen fokussieren. Zum einen handelt es sich um das Projekt zur Entlastung „Mach mal Pause – ein Ausgleich zum Pflegealltag“ und zum anderen um das Beratungsangebot „www.pflegen-und-leben.de“.

Mach mal Pause – ein Ausgleich zum Pflegealltag

In NRW läuft derzeit das Projekt PAUSE (Pflegende Angehörige unterstützen, stärken, entlasten). In 4-Tage-Kompaktseminaren werden pflegenden Angehörigen Unterstützungsangebote näher gebracht und die teilnehmenden Angehörigen werden dazu angehalten, sich selbst nicht zu vernachlässigen, sondern auch sich selber zu stärken und bei Bedarf Entlastungsangebote in Anspruch zu nehmen. Das Seminar ist Teil eines Modellprojektes der BARMER GEK und des Instituts für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (iqpr) der Deutschen Sporthochschule Köln. Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) in NRW fördert das Projekt. Das 4-Tage-Kompaktseminar ist in Modulen aufgebaut und in Workshops unterteilt. Die Teilnehmer können sich für zwei von fünf Angeboten entscheiden. Während des Seminars sind sie umfassend in der Tagungsstätte versorgt und können so entspannt Neues erfahren. Die Module umfassen die Themen „Basiswissen Pflege“, „Demenz verstehen“, „Familie, Pflege und Beruf“, „Pflege- und Therapie nach Bobath“ und „Mehr Beweglichkeit mit Kinaesthetics“.

Bislang (Stand Juni 2015) wurden sechs Seminare mit insgesamt 222 Teilnehmenden durchgeführt. Vor und nach jedem Seminar wurden die Teilnehmenden zur Bewertung der Veranstaltung, zum erlebten Nutzen und zu Handlungsabsichten befragt. Danach wurden von 89 % der Teilnehmenden die Erwartungen an die Veranstaltung erfüllt, und circa 80 % fühlten sich anschließend besser.

Sogar 96 % der Teilnehmenden würden eine Teilnahme am Seminar weiterempfehlen.

Durch die Seminare hat der Großteil der teilnehmenden Pflegenden für sich selbst neue Konzepte im Umgang mit der Pflege entwickeln können, die dazu beitragen, die Pflegesituation besser anzunehmen, Pflegestress zu reduzieren, aber auch besser entspannen zu können und Dinge zu tun, die einem selber wichtig sind (jeweils ca. 75-80 %). Große Teile der pflegenden Angehörigen konnten motiviert werden, zukünftig vermehrt die vorgestellten Entlastungsangebote zu nutzen: 73 % möchten niedrigschwellige Angebote zu Hause (nur bei Demenz) nach dem Seminar mehr nutzen als zuvor, 68 % derjenigen, die vorher noch keine Verhinderungspflege genutzt haben, möchten das nach dem Seminar in Anspruch nehmen. Bei Kurzzeitpflege liegt dieser Anteil bei 25 %. Wie groß der Anteil derjenigen ist, der die Entlastungsangebote tatsächlich in Anspruch nimmt, werden die geplanten Nachbefragungen zeigen.

[Pflegen-und-leben.de](http://www.pflegen-und-leben.de)

Eine andere Herangehensweise, pflegende Angehörige zu stärken, wird mittels des Internetportals www.pflegen-und-leben.de gewählt. Bei diesem Projekt handelt es sich um eine psychologisch gestützte Online-Beratung für gesetzlich versicherte pflegende Angehörige. Pflegen-und-leben.de bietet – anonym und kostenfrei – zum einen persönliche Beratung bei seelischer Belastung durch den Pflegealltag und zum anderen Hinweise für die eigene Selbstfürsorge. Die Beratungen können bis zu einem halben Jahr andauern. Die Angehörigen können ihre individuellen Fragen und Bedürfnisse online formulieren und bekommen dann in der Regel innerhalb von fünf Werktagen eine Antwort. Diese ausführlichen und individuellen Beratungsnachrichten können die Angehörigen bis zu achtmal bekommen. Durchgeführt wird das Projekt durch die Catania gGmbH in Berlin in Kooperation mit der BARMER GEK, der TK, der DAK und der hkk.

Im Rahmen des Projekts werden auch Standardfragebögen an die Angehörigen gerichtet, die auf freiwilliger Basis und anonym ausgefüllt werden können. Dabei geht es um die empfundene Belastung und die empfundenen Handlungsmöglichkeiten. Dieser Fragebogen wird sowohl zu Beginn als auch zum Abschluss der Beratung an die Angehörigen gerichtet. Zum Abschluss der Onlineberatung

werden die Angehörigen zudem gebeten, die Beratung zu bewerten. Das Belastungsempfinden durch die Pflege hat sich durch das Beratungsangebot laut den Befragungsergebnissen nicht verändert: Vor und nach der Beratung durch pflegen-und-leben.de wiesen die Ratsuchenden durchschnittlich eine mittlere Belastung durch die Pflege auf. Gemessen wurde dieses anhand der Häuslichen Pflegekala (Gräzel & Leutbecher 1993). Dennoch scheint durch die Beratung ein besserer Umgang mit der Belastung möglich zu sein, denn bei ca. 60 % der Befragten hatte die Beratung positive Auswirkungen auf den Pflegealltag. Dies zeigt sich u. a. darin, dass sich sowohl die Lebensqualität als auch die Zufriedenheit mit der Lebenssituation durchschnittlich leicht verbessert haben.

Bezogen auf das Projekt an sich, gaben über 90 % der Befragten an, sich sehr verstanden gefühlt zu haben. 80 % waren ebenfalls zufrieden mit dem Angebot. Die große Zufriedenheit der Teilnehmer zeigt sich ebenfalls darin, dass ca. 90 % der Befragten das Projekt gerne weiterempfehlen.

6.2.4 Fazit zum Thema "Pflegende Angehörige"

Insgesamt wurden 1,87 Mio. Pflegebedürftige im Jahr 2013 zu Hause gepflegt. Diesen standen unabhängig vom Pflegeaufwand etwa 3,7 Mio. Pflegepersonen gegenüber. Etwa ein Drittel der Pflegepersonen sind Männer. Pflegende Frauen sind meist im Alter von 40 bis 74 Jahren, während die meisten Männer etwa 5 Jahre „später“ im Lebensverlauf pflegen und damit meist im Alter zwischen 45 und 79 sind. Im Vergleich dazu sind pflegende Angehörige von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) älter, da sie überwiegend die (Ehe)partner pflegen.

Ein erheblicher Anteil aller pflegenden Männer und Frauen hat einen geringen Pflegeumfang von 1 bis 2 Stunden pro Tag (etwa 75 % der Männer und etwa 65 % der Frauen). Längere Pflegezeiten finden sich dagegen häufiger bei den Frauen. Frauen sind damit nicht nur durch ihren größeren Anteil an der weiblichen Bevölkerung, sondern auch durch ihren größeren Pflegeumfang stärker an der Pflege beteiligt als Männer. Im Vergleich dazu haben pflegende Angehörige von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) einen höheren Pflegeaufwand und weisen auch deutlich höhere Pflegezeiten auf, da diese real und „gefühlte“ einer stärkeren Betreuung sowie Beaufsichtigung bedürfen, als die

Pflegebedürftigen, die ausschließlich einen verrichtungsbezogenen Pflegebedarf aufweisen. So müssen 90 % dieser informell Pflegenden an sieben Tagen pro Woche und 80 % auch nachts für die PEA da sein. Vermutlich aufgrund des höheren Betreuungsaufwandes finden Pflegepersonen von PEA auch seltener eine Vertretung für die Pflege.

Bei einer Vollerwerbstätigkeit pflegen mit 90 % fast alle Männer mit einem geringen Pflegeumfang von 1-2 Stunden täglich (Frauen 70 %), wobei längere Pflegezeiten ab 3 Stunden häufiger bei einer Teilzeiterwerbstätigkeit und einer geringfügigen Beschäftigung oder keiner Erwerbstätigkeit ausgeübt werden. Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf scheint damit bei den Männern bislang weniger gegeben als bei den Frauen. Allerdings pflegen Männer insbesondere in der Nacherwerbsphase, wobei sich die Vereinbarkeitsfrage nicht stellt. Ließen sich Pflege und Beruf auch für die Männer leichter vereinbaren, könnte damit auch zur Entlastung der pflegenden Frauen beigetragen werden. Auf die Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf hat der Gesetzgeber bereits reagiert: Nach der Neufassung des Familienzeitgesetzes vom 6.12.2011 (BGBl. I, S. 2564) durch das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf vom 23.12.2014 (BGBl. I, S. 2462) besteht seit dem 1.1.2015 die Möglichkeit, die Arbeitszeit für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten auf bis zu 15 Stunden pro Woche zu reduzieren, um einen nahen Angehörigen zu pflegen. Die 2008 im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG; BGBl. I, S. 874) im Pflegezeitgesetz (Art. 3 des PfWG) eingeführte kurzzeitige Arbeitsverhinderung von bis zu 10 Arbeitstagen und die Möglichkeit, sich bis zu 6 Monate vollständig von der Arbeit freistellen zu lassen, existieren weiterhin. In welchem Umfang Gebrauch von der Familienpflegezeit gemacht wird, bleibt abzuwarten. Bis zur Gesetzesnovellierung war die Inanspruchnahme verschwindend gering (Rothgang et al. 2013: 22f.).

Die Doppelbelastung von Beruf und Pflege trifft zunehmend mehr Frauen. So sind zwischen 2001 und 2013 die Erwerbsquoten von pflegenden Frauen von 50 % auf 70 % gestiegen, während die der weiblichen Gesamtbevölkerung von 60 % auf 70 % angewachsen ist. Insgesamt kam es so zu einer Angleichung der Erwerbsquoten von pflegenden und nicht pflegenden Frauen. Die Erwerbsfor-

men der Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten, als auch der geringfügig Beschäftigten waren dabei gleichermaßen betroffen.

Informell Pflegende stellen aufgrund der vielfältigen Belastungsfaktoren durch die Pflege eine potentielle Zielgruppe für Gesundheitsförderung- und Prävention dar. Das Projekt PAUSE (Pflegende Angehörige unterstützen, stärken, entlasten) beispielsweise kommt bei den Nutzern gut an: Durch die Kompaktseminare hat der Großteil der Teilnehmer für sich selbst neue Konzepte im Umgang mit der Pflege entwickeln können. Große Teile der pflegenden Angehörigen konnten motiviert werden, zukünftig vermehrt die vorgestellten Entlastungsangebote zu nutzen. Eine andere Herangehensweise, pflegende Angehörige zu stärken, wird mittels des Internetportals www.pflegen-und-leben.de gewählt. Bei diesem Projekt handelt es sich um eine psychologische Online-Beratung für gesetzlich versicherte pflegende Angehörige. Bei der Mehrheit der Befragten hatte die Beratung positive Auswirkungen auf den Pflegealltag. Sowohl die Lebensqualität als auch die Zufriedenheit mit der Lebenssituation haben sich durchschnittlich leicht verbessert. Fast alle Befragten gaben an, sich sehr verstanden gefühlt zu haben und würden das Projekt weiterempfehlen. Diese Beispiele zeigen damit, dass gezielte Entlastungsangebote für pflegende Angehörige einen wichtigen Beitrag dazu leisten können, die familiäre Pflege zu stärken und so die zukünftige Versorgung Pflegebedürftiger sichern zu helfen.

7 Anhang

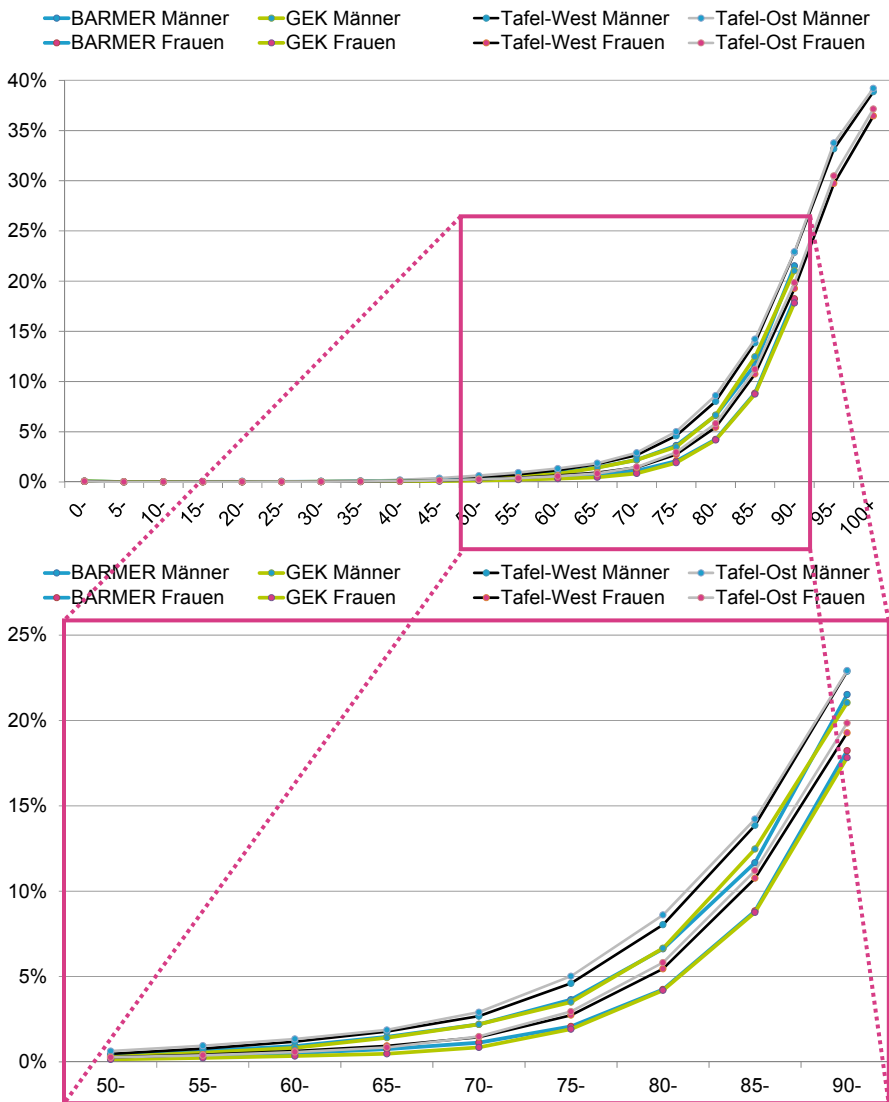
7.1 Zur Messung der Sterblichkeit

Für verschiedene Berechnungen wie z. B. die Verweildauer in der Pflegebedürftigkeit werden die altersspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten zugrunde gelegt. Wie bereits erwähnt, resultieren aus verschiedenen Datenquellen und verschiedenen Erhebungsmethoden auch unterschiedliche Messergebnisse. Abbildung 7.1 zeigt die altersspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten auf Basis der Sterbetafeln des Statistischen Bundesamtes im Vergleich zu den Sterbewahrscheinlichkeiten auf Basis der ehemaligen GEK- und BARMER-Versicherten.

Die obere Abbildung zeigt für alle Altersklassen den jeweiligen Anteil der Population, der binnen einer Jahresfrist verstirbt. In der unteren Abbildung ist eine vergrößerte Darstellung der Altersklassen von 50 bis 90+ zu sehen. Dabei zeigen sich für Frauen jeweils niedrigere Sterbewahrscheinlichkeiten als für Männer und in Ostdeutschland höhere als in Westdeutschland. Auf Basis der Versichertendaten zeigen sich niedrigere Sterbewahrscheinlichkeiten als auf Basis der Sterbetafel des Statistischen Bundesamtes. Auf Basis der Sterbetafel des Statistischen Bundesamtes ist also von einer kürzeren Lebenserwartung auszugehen, als auf Basis der Routinedaten; die BARMER GEK-Versicherten haben insgesamt eine höhere Lebenserwartung als die Gesamtbevölkerung in Deutschland.

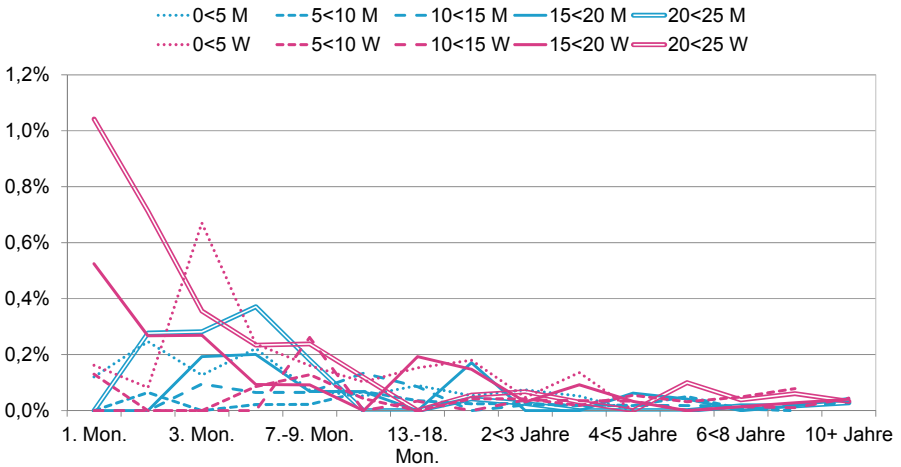
7.2 Grundlagen der Überlebenszeitmessung von inzident Pflegebedürftigen

Abbildung 7.2 bis Abbildung 7.5 zeigen auf Grundlage der Routinedaten der BARMER GEK die Sterbewahrscheinlichkeiten je Monat nach Alter, Geschlecht und bisheriger Pflegedauer. Die ermittelte Sterbewahrscheinlichkeiten ist im ersten Monat methodisch bedingt niedriger als im zweiten Monat. Das ist u. a. daran, dass der Pflegebeginn auch mitten im Monat sein kann und somit ein Todesereignis im des ersten Monats nicht auftreten kann. Rund 55 % der Pflegeepisoden beginnen am ersten eines Monats; im Durchschnitt ist aber der siebte bis achte Tag im Monat der erste Tag der Pflegebedürftigkeit. Dieser Zusammenhang kann aber insgesamt die kalkulierte Pflegedauer schlimmstenfalls um einen halben Monat verfälschen.



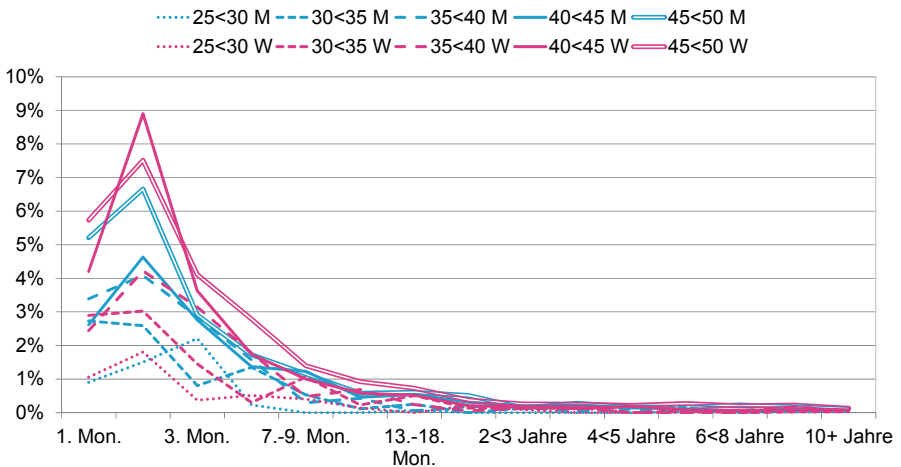
Quelle: BARMER GEK-Daten 2010-2014; Sterbetafel des Statistischen Bundesamtes für die Jahre 2010-2012 Statistisches Bundesamt (2015a)

Abbildung 7.1 Sterbewahrscheinlichkeiten Anfang der 2010er Jahre auf Basis verschiedener Datenquellen nach Alter und Geschlecht



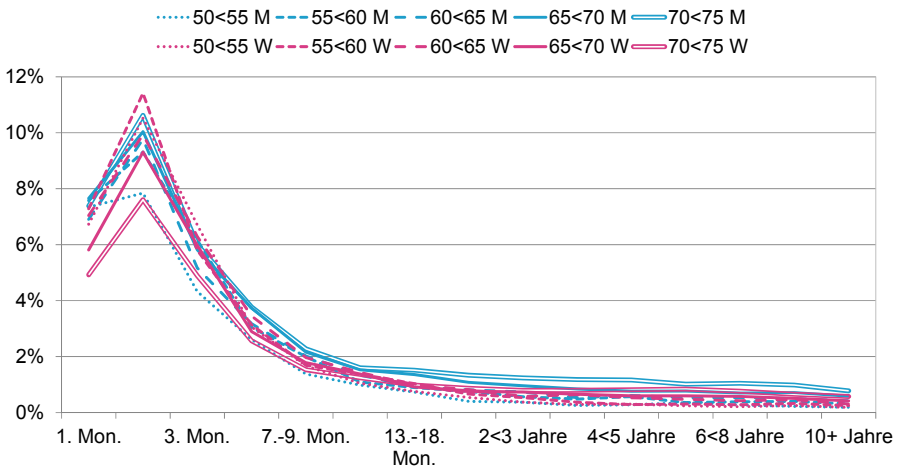
Quelle: BARMER GEK-Daten 2010-2014

Abbildung 7.2 Sterbewahrscheinlichkeit nach bisheriger Pflegedauer für Männer und Frauen in den Altersklassen von 0 bis 25 Jahre



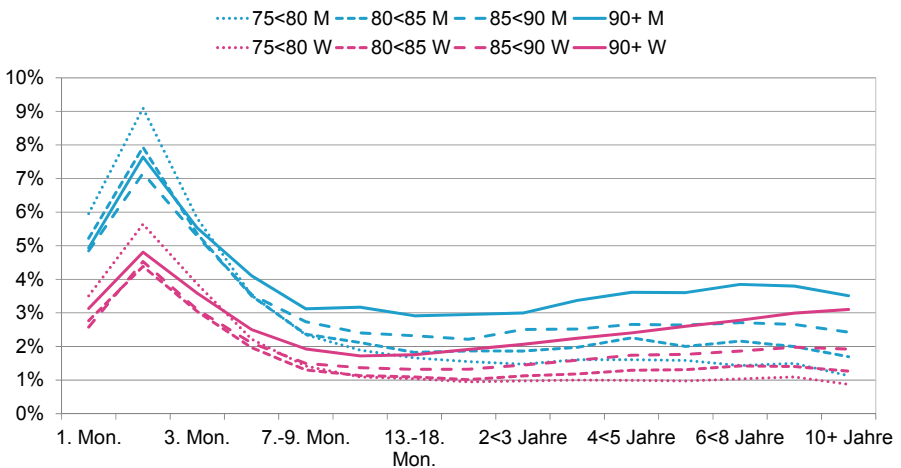
Quelle: BARMER GEK-Daten 2010-2014

Abbildung 7.3 Sterbewahrscheinlichkeit nach bisheriger Pflegedauer für Männer und Frauen in den Altersklassen von 25 bis 50 Jahre



Quelle: BARMER GEK-Daten 2010-2014

Abbildung 7.4 Sterbewahrscheinlichkeit nach bisheriger Pflegedauer für Männer und Frauen in den Altersklassen von 50 bis 75 Jahre



Quelle: BARMER GEK-Daten 2010-2014

Abbildung 7.5 Sterbewahrscheinlichkeit nach bisheriger Pflegedauer für Männer und Frauen in den Altersklassen ab 75 Jahre

Bei Pflegebedürftigen in den jüngsten Altersklassen sind die Sterbewahrscheinlichkeiten sehr gering. Nur in den ersten Monaten der Pflegebedürftigkeit werden teilweise Quoten bis zu 1 % erreicht. Die größeren Schwankungen sind dabei auf die sehr geringe Fallzahl zurückzuführen. Letztlich bleibt die Sterbewahrscheinlichkeit pro Monat bei Werten unter 0,1 %, falls die Pflegebedürftigkeit länger als 2 Jahre andauert (Abbildung 7.2). Deutlich höher sind die Sterbewahrscheinlichkeiten in den ersten Monaten der Pflegebedürftigkeit, wenn die Pflegebedürftigkeit im jüngeren Erwachsenenalter eingetreten ist (Abbildung 7.3). Auch bei den 25- bis 50-jährigen Pflegebedürftigen liegen die Sterbewahrscheinlichkeiten nach zweijähriger Pflegedauer nur bei rund 0,3 % pro Monat.

Deutlicher und stabiler sichtbar – auch auf Grund einer höheren Fallzahl – werden die höheren Sterbewahrscheinlichkeiten in den ersten Monaten der Pflegebedürftigkeit bei den 50- bis 75-Jährigen. In diesen Altersklassen zeichnet sich schon viel deutlicher die insgesamt höhere Sterbewahrscheinlichkeit für pflegebedürftige Männer gegenüber pflegebedürftigen Frauen ab. Zudem ist die Sterbewahrscheinlichkeit mit 7 bis 11 % im zweiten Monat ausgesprochen hoch. Und auch nach einem halben Jahr liegt sie noch bei 2 % pro Monat. Selbst, wenn die Pflegebedürftigkeit schon mehr als zwei Jahre andauert, versterben von den 70- bis 75-jährigen pflegebedürftigen Männern in jedem Monat etwas mehr als 1 % und von den pflegebedürftigen Frauen im gleichen Alter etwas weniger als 1 % (Abbildung 7.4). Mit weiter steigendem Alter werden die Sterbewahrscheinlichkeiten in den ersten Monaten der Pflegebedürftigkeit zwar geringer (Abbildung 7.5), dafür steigen sie mit längerem Pflegeverlauf aber nach zwei Jahren sogar an. In den höchsten Altersklassen ab 75 Jahre liegen die Sterbewahrscheinlichkeiten der Männer teilweise doppelt so hoch wie die Sterbewahrscheinlichkeiten der Frauen im jeweils gleichen Alter und bei gleicher bisheriger Dauer der Pflegebedürftigkeit.

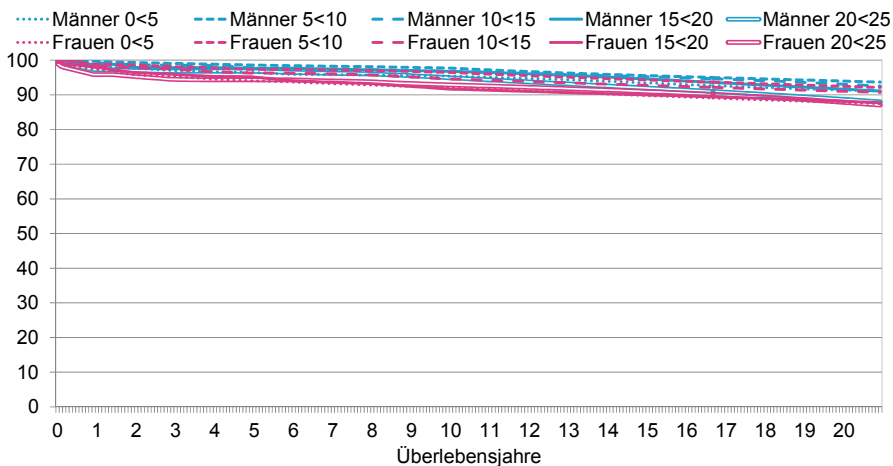
Aus diesen Sterbewahrscheinlichkeiten nach Alter, Geschlecht und Pflegedauer lassen sich Überlebenswahrscheinlichkeiten für inzidente Pflegeverläufe abschätzen. Die Sterbewahrscheinlichkeiten werden dazu für das erste Jahr der Pflegebedürftigkeit aus den für die jeweilige Altersklasse ermittelten Sterbewahrscheinlichkeiten übernommen. Für längere Zeiten der bisherigen Pflegebedürftigkeit werden dann die Sterberate bei dann vorliegender Pflegedauer und der

dann vorliegenden Altersklasse verwendet. Beispielsweise wird für die inzident Pflegebedürftigen in der Alterskategorie 30 bis 35 Jahre nach 20 Jahren die Sterbewahrscheinlichkeit der 50- bis 55-Jährigen mit einer Pflegedauer von 10 Jahren und mehr verwendet.

Abbildung 7.6 bis Abbildung 7.9 zeigen, wie hoch der Anteil der Überlebenden einer Pflegeeinstiegskohorte nach Einstiegsalter und Geschlecht nach Ablauf der dargestellten Zeit noch ist. Abbildung 7.6 zeigt dabei den Verlauf für Pflegebedürftige mit einem Pflegeeintrittsalter von 0 bis 25 Jahren für die nachfolgenden zwanzig Jahre nach Pflegeeintritt. Insgesamt werden von denjenigen, die im Kindesalter pflegebedürftig geworden sind, über 90 % die ersten zwanzig Jahre überleben. Von den Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind es meistens knapp weniger als 90 %.

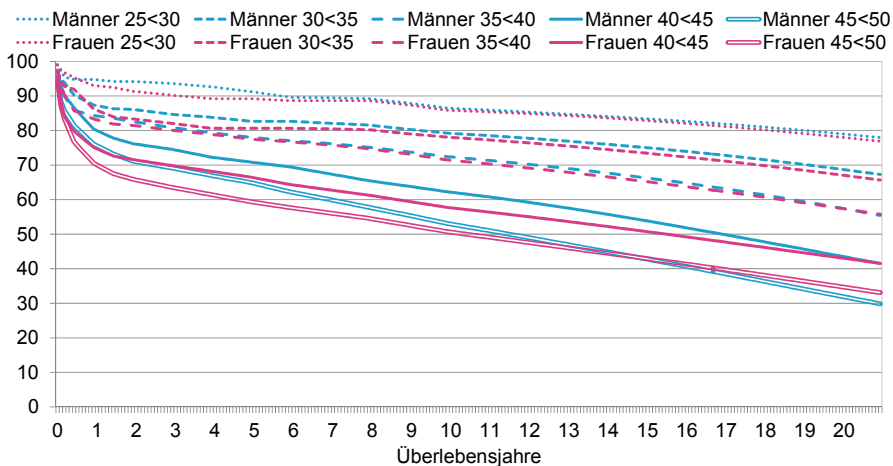
Für die Pflegebedürftigen, die im jungen bis mittleren Erwachsenenalter pflegebedürftig werden, zeigt sich schon der Effekt der in den ersten Monaten erhöhten Sterbewahrscheinlichkeit (Abbildung 7.7). Innerhalb eines Jahres sind schon 20 bis 25 % der 45- bis 50-jährigen Frauen und Männer verstorben. In den jüngeren Altersklassen sind es weniger. Nach 20 Jahren werden aus den Altersklassen der 40- bis 45-Jährigen und der 45- bis 50-Jährigen nur noch rund 40 % oder gar nur noch 30 % überleben. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in diesen Altersklassen sind noch auffällig gering, was auf ähnliche Pflegegründe in diesen Altersklassen zurückzuführen sein könnte.

Bei den älteren Pflegebedürftigen werden mit zunehmendem Eintrittsalter in die Pflege immer größere Differenzen in den Überlebenszeiten für Frauen und Männer sichtbar (Abbildung 7.8). Während bei den pflegebedürftigen Männern und Frauen mit einem Eintrittsalter von 50 bis 55 Jahren nach zwei Jahren sogar noch mehr Männer überleben, sind es in den beiden höheren Altersklassen etwa gleich viele Frauen und Männer, die die ersten zwei Jahre überleben. In den Altersklassen 65 bis 70 Jahre und 70 bis 75 Jahre überleben dann aber ca. 45 % der Männer und 55 % der Frauen diese Zeit. In den gesamten Altersklassen der älteren Pflegebedürftigen wird zudem der Effekt des höheren Lebensalters bemerkbar. Zwanzig Jahre überleben nur rund 20 % der 50 bis 55-Jährigen und nur 5 % der 60- bis 65-jährigen Männer bzw. knapp 10 % der 60- bis 65-jährigen Frauen.



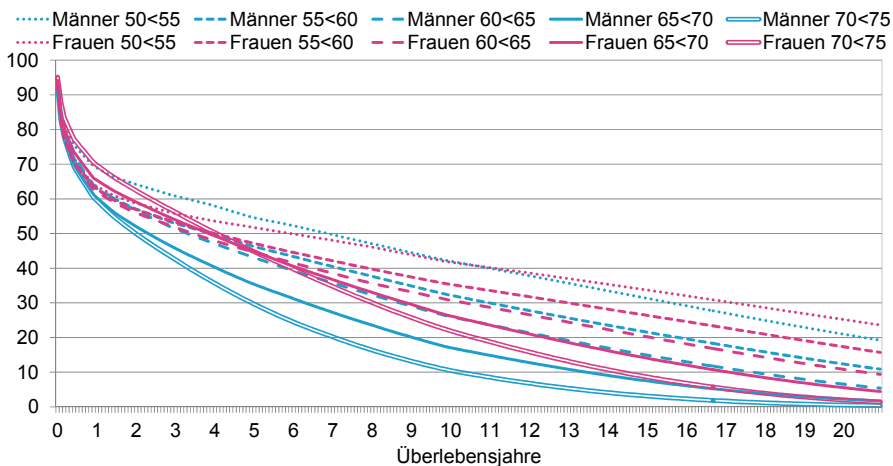
Quelle: BARMER GEK-Daten 2010-2014

Abbildung 7.6 Überlebensfunktion nach Geschlecht und Alter bei Pflegeeintritt für die Altersklassen der 0- bis 25-Jährigen



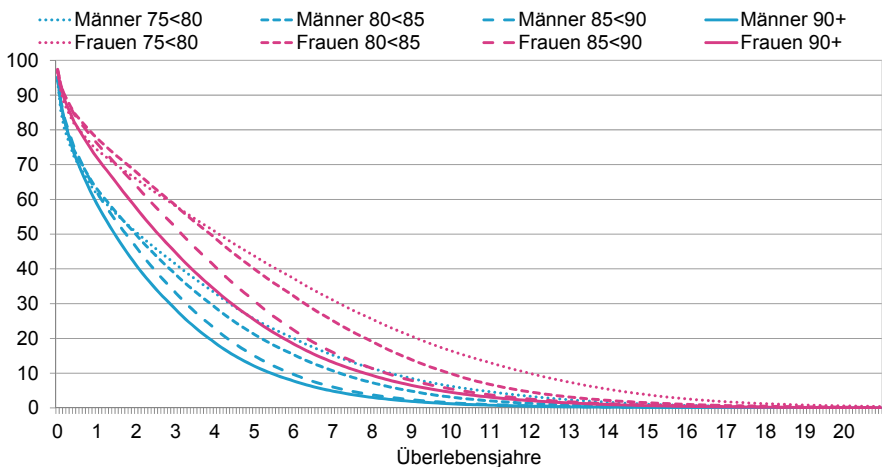
Quelle: BARMER GEK-Daten 2010-2014

Abbildung 7.7 Überlebensfunktion nach Geschlecht und Alter bei Pflegeeintritt für die Altersklassen der 25- bis 50-Jährigen



Quelle: BARMER GEK-Daten 2010-2014

Abbildung 7.8 Überlebensfunktion nach Geschlecht und Alter bei Pflegeeintritt für die Altersklassen der 50- bis 75-Jährigen



Quelle: BARMER GEK-Daten 2010-2014

Abbildung 7.9 Überlebensfunktion nach Geschlecht und Alter bei Pflegeeintritt für die Altersklassen der 75-Jährigen und Älteren

Fast gar keiner überlebt zwanzig Jahre bei einem Pflegeeintrittsalter über 70 Jahre (Abbildung 7.9). Zehn Jahre überleben 9 % der 70- bis 75-jährigen Männer und 19 % der 70- bis 75-jährigen Frauen. Aber auch zwei Jahre überleben nur 43 % der Männer und 57 % der Frauen in dem Alter. Mit steigendem Alter sinkt die Wahrscheinlichkeit dieser Überlebensdauer.

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1	Pflegegradverteilung in der Stichprobe der Erprobungsstudie nach Bewertungssystematik gemäß Beiratsbericht, PSG II und Überleitungsregeln	40
Abbildung 3.2	Leistungsanhebungen für Pflegesachleistungsempfänger	43
Abbildung 3.3	Leistungshöhen für Pflegesachleistungsempfänger (inklusive zusätzlicher Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI).....	44
Abbildung 3.4	Leistungsanhebungen für Pflegegeldempfänger	46
Abbildung 3.5	Leistungshöhen für Pflegegeldbezieher (inklusive zusätzlicher Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI)	47
Abbildung 4.1	Verteilung der Pflegestufen nach Jahr insgesamt.....	64
Abbildung 4.2	Verteilung der Pflegestufen nach Jahr in der Privaten Pflegeversicherung	66
Abbildung 4.3	Verteilung der Leistungsarten	69
Abbildung 4.4	Verteilung der Pflegestufen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) gemäß § 45a SGB XI nach Pflegearrangement im Jahr 2013	72
Abbildung 4.5	Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Männern (Pflegestufe I-III) nach Altersgruppen und Jahr	80
Abbildung 4.6	Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Frauen (Pflegestufe I-III) nach Altersgruppen und Jahr	81
Abbildung 4.7	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Geschlecht und Berichtsjahr (in Tsd.).....	82
Abbildung 4.8	Prävalenz von Pflegebedürftigkeit der Männer insgesamt nach PEA und Alter im Jahr 2013.....	83
Abbildung 4.9	Prävalenz von Pflegebedürftigkeit der Frauen insgesamt nach PEA und Alter im Jahr 2013.....	84

Abbildung 4.10	Pflegeprävalenzen im Jahr 2011 auf Grundlage des Zensus 2011 und der Bevölkerungsfortschreibung des Zensus 1987	86
Abbildung 4.11	Projektion der pflegebedürftigen Männer und Frauen bis zum Jahr 2060 mit Prävalenzen auf Grundlage der Zensen von 1987 und 2011 sowie einer Bevölkerungsentwicklung gemäß der 12. bzw. 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung	87
Abbildung 4.12	Verteilung der pflegebedürftigen Männer nach Altersgruppen und Jahr in Prozent (Pflegebedürftige in Tsd.)	88
Abbildung 4.13	Verteilung der pflegebedürftigen Frauen nach Altersgruppen und Jahr in Prozent (Pflegebedürftige in Tsd.).....	89
Abbildung 4.14	Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen an allen Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen.....	124
Abbildung 5.1	Anzahl erstmalig Pflegebedürftiger nach Alter und Geschlecht – hochgerechnet auf die Bundesbevölkerung der jeweiligen Jahre	134
Abbildung 5.2	Anteil erstmalig Pflegebedürftiger an allen Personen gleichen Alters und Geschlechts, die zuvor nie pflegebedürftig waren	135
Abbildung 5.3	Anteil Verstorbener mit Pflegeleistungen hochgerechnet auf Verstorbene der BRD des jeweiligen Jahres	137
Abbildung 5.4	Anteil jemals Pflegebedürftiger im Sinne des SGB XI nach Sterbealter und Geschlecht der Jahre 2010 bis 2014.....	138
Abbildung 5.5	Anteile verstorbener Männer und Frauen nach Pflegedauern in Monaten vor Eintritt des Todes in den Jahren 2011 bis 2013.....	141
Abbildung 5.6	Überlebensfunktion der Pflegeinzidenzen des Jahres 2013	144
Abbildung 5.7	Anteile verstorbener Männer und Frauen nach höchster Pflegestufe im Pflegeverlauf in den Sterbejahren 2010 bis 2013.....	146

Abbildung 5.8	Anteil der Verstorbenen mit ausgewählten Leistungen der Pflegeversicherung innerhalb der zwei Jahre vor dem Versterben	147
Abbildung 5.9	Anteil der Verstorbenen mit Versorgung im Pflegeheim oder in häuslicher Pflege innerhalb der zwei Jahre vor dem Versterben	149
Abbildung 5.10	Anteile in den Versorgungsarten nach einer Kurzzeitpflege nach Eintrittszustand für die Jahre 2010 bis 2014	152
Abbildung 6.1	Anteile altengerechter Wohnungen nach Haushaltstyp im Jahr 2013.....	158
Abbildung 6.2	Inanspruchnahme wohnumfeldverbessernder Maßnahmen nach Pflegestufe in den Jahren 2012-2014 (je Quartal)	164
Abbildung 6.3	Inanspruchnahme wohnumfeldverbessernder Maßnahmen nach Pflegearrangement in den Jahren 2012-2014 (je Quartal).....	166
Abbildung 6.4	Flussdiagramm zur Response der Befragungen zur (Nicht-) Inanspruchnahme wohnumfeldverbessernder Maßnahmen	169
Abbildung 6.5	Die häufigsten mit Kassenzuschüssen realisierten Umbaumaßnahmen (N=1127).....	173
Abbildung 6.6	Anteil der Umbaumaßnahmen mit ausreichendem Zuschuss.....	174
Abbildung 6.7	Hierarchisierter Anteil derjenigen, die den Rat gaben, einen Antrag auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen zu stellen.	179
Abbildung 6.8	Gründe, warum im Jahr 2014 kein Antrag auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen gestellt wurde (N=723).....	181
Abbildung 6.9	Anteil der Pflegebedürftigen, die Leistungen privat umgesetzt haben, oder Ein- oder Umbauten gern durchführen würden.	182

Abbildung 6.10	Anteil der Befragten, die Leistungen wünschen bzw. umgesetzt haben	184
Abbildung 6.11	Äquivalenzeinkommen der Befragten, die Leistungen wünschen bzw. umgesetzt haben	186
Abbildung 6.12	Verteilung der Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht	198
Abbildung 6.13	Verteilung der täglichen Pflegestunden nach Wochentag und Geschlecht	199
Abbildung 6.14	Tägliche Pflegestunden an Werktagen nach dem Erwerbsstatus	200
Abbildung 6.15	Erwerbsquoten der 20- bis 65-jährigen Pflegepersonen	201
Abbildung 6.16	Erwerbsquoten der 20-bis 65-jährigen Bevölkerung	202
Abbildung 6.17	Verteilung der Pflegestunden von PEA nach Geschlecht	205
Abbildung 6.18	Wohnort der Pflegebedürftigen nach Generation der Pflegeperson	206
Abbildung 6.19	Anzahl der weiteren Personen neben der Hauptpflegeperson mit wenigstens 4 Stunden Pflegeaufwand pro Woche	207
Abbildung 6.20	Anteil der Pflegepersonen die (k)eine Vertretung finden können nach Dauer der Vertretung und Generation	208
Abbildung 6.21	Pflegestunden nach Art der Pflege und Erwerbsstatus	209
Abbildung 7.1	Sterbewahrscheinlichkeiten Anfang der 2010er Jahre auf Basis verschiedener Datenquellen nach Alter und Geschlecht	216
Abbildung 7.2	Sterbewahrscheinlichkeit nach bisheriger Pflegedauer für Männer und Frauen in den Altersklassen von 0 bis 25 Jahre	217
Abbildung 7.3	Sterbewahrscheinlichkeit nach bisheriger Pflegedauer für Männer und Frauen in den Altersklassen von 25 bis 50 Jahre	217

Abbildung 7.4	Sterbewahrscheinlichkeit nach bisheriger Pflegedauer für Männer und Frauen in den Altersklassen von 50 bis 75 Jahre.....	218
Abbildung 7.5	Sterbewahrscheinlichkeit nach bisheriger Pflegedauer für Männer und Frauen in den Altersklassen ab 75 Jahre	218
Abbildung 7.6	Überlebensfunktion nach Geschlecht und Alter bei Pflegeeintritt für die Altersklassen der 0- bis 25-Jährigen	221
Abbildung 7.7	Überlebensfunktion nach Geschlecht und Alter bei Pflegeeintritt für die Altersklassen der 25- bis 50-Jährigen	221
Abbildung 7.8	Überlebensfunktion nach Geschlecht und Alter bei Pflegeeintritt für die Altersklassen der 50- bis 75-Jährigen	222
Abbildung 7.9	Überlebensfunktion nach Geschlecht und Alter bei Pflegeeintritt für die Altersklassen der 75-Jährigen und Älteren	222

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1	Punktsummen, Grade der Beeinträchtigung und Scorewerte in den Modulen	34
Tabelle 3.2	Pflegegrade und Scorewerte	35
Tabelle 3.3	Schwellenwerte der Grade der Beeinträchtigung in der ursprünglichen Bewertungssystematik des Expertenbeirats	37
Tabelle 3.4	Schwellenwerte der Grade der Beeinträchtigung im PSG II	37
Tabelle 3.5	Leistungshöhen für Pflegesachleistungen (in €/Monat)	42
Tabelle 3.6	Leistungshöhen für Pflegegeld (in €/Monat)	46
Tabelle 3.7	Leistungshöhen bei stationärer Pflege (in €/Monat)	49
Tabelle 3.8	Leistungshöhen und Eigenanteil bei stationärer Pflege (in €/Monat)	54
Tabelle 4.1	Entwicklung der Zahl Pflegebedürftigen nach Pflegestufe und Jahr insgesamt	63
Tabelle 4.2	Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger nach Pflegestufe und Jahr in der Privaten Pflegeversicherung	65
Tabelle 4.3	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistung und Jahr insgesamt	68
Tabelle 4.4	Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) gemäß § 45a SGB XI nach Pflegestufe und Pflegearrangement im Jahr 2013	71
Tabelle 4.5	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistung und Jahr in der Privaten Pflegeversicherung	73
Tabelle 4.6	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Datenquelle	75
Tabelle 4.7	Zahl der Begutachtungen des MDK nach Gutachtenart (in Tsd.)	92
Tabelle 4.8	Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit (in Tsd.)	94

Tabelle 4.9	Anzahl der ambulanten Pflegedienste nach Träger in Tsd.	100
Tabelle 4.10	Pflegedienstpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich in Tsd. und Prozent.....	101
Tabelle 4.11	Kapazitäten im ambulanten im Vergleich zum stationären Bereich	102
Tabelle 4.12	Zahl der Pflegeeinrichtungen nach Art und Träger in Tsd.	104
Tabelle 4.13	Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich.....	105
Tabelle 4.14	Heime nach Pflegeangebot und Auslastung	107
Tabelle 4.15	Entwicklung der monatlichen Pflegekosten, Versicherungs- leistungen und Eigenanteile in der stationären Pflege	110
Tabelle 4.16	Monatliche Pflegekosten in der stationären Pflege nach Träger	112
Tabelle 4.17	Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung (in Mrd. €)	118
Tabelle 4.18	Finanzentwicklung der Privaten Pflegeversicherung (in Mio. €).....	121
Tabelle 4.19	Empfänger und Netto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege	123
Tabelle 4.20	Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2013	126
Tabelle 5.1	Zu erwartende Dauer der Pflegebedürftigkeit für inzidente Pflegebedürftige der Jahre 2011 bis 2013 in Jahren und Monaten.....	142
Tabelle 6.1	Inanspruchnahme wohnumfeldverbessernder Maßnahmen in den Jahren 2012-2014	163
Tabelle 6.2	Charakterisierung der Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer der Befragungen zum Wohnungsumbau	171

Tabelle 6.3	Bewertung der sechs häufigsten Leistungen (Zeilenprozente).....	173
Tabelle 6.4	Anteil der Befragten die einen Eigenanteil von ... bis unter ... Euro zur jeweiligen Leistung trugen	175
Tabelle 6.5	Logistische Regression (Odds Ratio) zur Einkommensabhängigkeit der Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen	178
Tabelle 6.6	Gründe, warum im Jahr 2014 kein Antrag auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen gestellt wurde.....	183
Tabelle 6.7	Pflegepersonen nach Jahr, Geschlecht und Anteil an der Bevölkerung ¹⁾	197

10 Literatur

- Arnold, Robert; Rothgang, Heinz (2010): Finanzausgleich zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. In welchem Umfang ist ein Finanzausgleich aus Gründen der Gleichbehandlung notwendig? In Gröpfrath, Dirk; Greß, Stefan; Jacobs, Klaus; Wasem, Jürgen (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010. Von der Selektion zur Manipulation? (S. 61-92). Heidelberg: Medhochzwei.
- Augurzky, Boris; Borchert, Lars; Deppisch, Rebecca; Krolop, Sebastian; Mennicken, Roman; Preuss, Maike; Rothgang, Heinz; Stocker-Müller, Melanie; Wasem, Jürgen (2008): Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen. Ein Bundesländervergleich. RWI-Materialien, Heft 44. Essen: RWI. URL: http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/M_44_Pflegekosten-NRW.pdf (aktuell am 01.04.2014)
- BARMER GEK (2015): Wohnraumanpassung - Wer trägt die Kosten? Berlin: BARMER GEK. URL: http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Rundum-gutversichert/Infothek/Broschueren__und__Downloads/PDFs__Bilder__Broschueren__und__Downloads/Downloads/broschueren/ALLE__broschueren__neue_20Kategorien/Wohnraumanpassung,property=Data.pdf (aktuell am 03.09.2015)
- Bartholomeyczik, Sabine; Höhmann, Ulrike (2013): *Pflegewissenschaftliche Prüfung der Ergänzungen und Modifikationen zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA). Gemeinsame Kurzexpertise im Auftrag des BMG*. Witten/Herdecke, Darmstadt: Universität Witten, Ev. Hochschule Darmstadt.
- Beikirch, Elisabeth; Breloer-Simon, Gabriele; Rink, Friedhelm; Roes, Martina (2014): *Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells - Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW) und dem Bundesverband Privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa). Abschlussbericht*. Berlin: BMG.

- Bestmann, Beate; Wüstholtz, Elisabeth; Verheyen, Frank (2014): Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt. Eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen. WINEG Wissen 04. Hamburg: TK. URL: <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/699766/Datei/140125/Bestmann-Pflegen-Belastung-und-sozialer-Zusammenhalt-2014.pdf> (aktuell am 09.04.2015)
- BIB, [= Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung] (2015): Rund ein Drittel mehr Pflegebedürftige bis 2030. Pressemitteilung Nr. 7 vom 24.06.2015. Wiesbaden: BIB.
- Bitzer, Eva Maria; Lehmann, Bianca; Bohm, Steffen; Priess, Heinz-Werner (2015): BARMER GEK Report Krankenhaus 2015. Schwerpunktthema: Lumbale Rückenschmerzen. Siegburg: Asgard-Verlagsservice GmbH
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2009a): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/uploads/publications/Neuer-Pflegebeduerftigkeitsbegr.pdf> (aktuell am 29.08.2013)
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2009b): Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. URL: http://bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Umsetzungsbericht_des_Beirats_zur_Ueberpruefung_des_Pflegebeduerftigkeitsbegriffs.pdf (aktuell am 11.11.2014)
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2012): Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz - PNG). URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/120328_PNG-Gesetzentwurf_Stand_22-03-2012.pdf (aktuell am 29.03.2012)
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2013): Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebeduerftigkeitsbegriffs. URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Pflegebegriff_RZ_Ansicht.pdf (aktuell am 30.09.2014)

- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2014a): Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihen 1995 bis 2013) am Jahresende nach Altersgruppen. URL:
http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger_Altersgruppen/1995-2013_Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Altersgruppen.pdf (aktuell am 27.08.2014)
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2014b): Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen am 31.12.2013 - insgesamt. URL:
http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger_insgesamt/13-12-31_Leistungsempfaenger-nach-Altersgruppen-und-Pflegestufen-insgesamt.pdf (aktuell am 27.08.2014)
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2014c): Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen im Jahresdurchschnitt 2013. URL:
http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger_Art_Pflegestufen/2013_Leistungsempfaenger-nach-Leistungsarten-und-Pflegestufen.pdf (aktuell am 27.08.2014)
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2014d): Versicherte der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihe 1995 bis 2013) nach Versichertengruppen und Geschlecht URL:
http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte_nach_Versichertengruppen_Geschlecht_xls/1995-2013_Versicherte-nach-Versichertengruppen-und-Geschlecht.pdf (aktuell am 27.08.2014)
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2015a). Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. Kabinetts-Entwurf vom 12.09.2015. Berlin: BMG.
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2015b): Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen im Jahresdurchschnitt 2014. URL:
http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger_Art_Pflegestufen/Leistungsempfaenger-nach-Leistungsarten-und-Pflegestufen.pdf (aktuell am 09.10.2015)

- BMG, [=Bundesministerium für Gesundheit] (2015c): Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. In.
- BMVBS, [= Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung] (Hrsg.) (2011): Wohnen im Alter. Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf.
- Boeger, A.; Pickartz, A. (1998): Die Pflege chronisch Kranker in der Familie. Psychosoziale Beeinträchtigungen und Wohlbefinden bei pflegenden Frauen. In: *Pflege*(11), 319-323.
- Bonato, Marcello (2010): *Kritik an der Methodik der Pflege-Transparenzberichte. Gutachterliche Stellungnahme im Auftrag der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe*. Münster: Diakonie RWL.
- Bowles, David (2015): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Modellrechnungen unter Berücksichtigung demografischer, ökonomischer, gesundheitlicher und sozialrechtlicher Rahmenbedingungen. Baden-Baden: Nomos
- Brucker, Uwe; Fleer, Bernhard; Pick, Peter (2013): Pflegeversicherung: Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Ihre Benachteiligungen, ihre Begutachtungen, ihre Leistungen, ihre Aussichten beim neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. In: *Soziale Sicherheit*(4), 146-152.
- Cambois, Emmanuelle; Robine, Jean-Marie (1996): An International Comparison of Trends in Disability-Free Life Expectancy. In Eisen, Roland; Sloan, Rank A. (Hrsg.): Long-Term Care. Economic Issues and Policy Solutions (S. 11-23). Boston/Dordrecht/London: Kluwer Academic.
- Colombo, Francesca; Llana-Nozal, Ana; Mercier, Jérôme; Tjadens, Frits (2011): Help Wanted? Providing and paying for long-term care. OECD Health Policy Studies.: OECD Publishing
- Comas-Herrera, Adelina; Wittenberg, Raphael; Costa-Font, Joanne; Gori, Christiano; di Maio, Alessandra; Patxot, Concepcio; Pickard, Linda; Pozzi, Alessandro; Rothgang, Heinz (2006): Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom. In: *Ageing & Society*, 26(2), 285 - 302.

- Diakonie RWL, [= Diakonie Rheinland Westfalen Lippe] (2010): Schaffen Pflegenoten Transparenz? Eine Stellungnahme der Diakonie RWL. Düsseldorf: Diakonie RWL. URL: http://www.diakonie-rwl.de/cms/media/pdf/publikationen/DiakonischeZwischenrufe_02_Transparenzberichte-und-Pflegenoten.pdf (aktuell am 20.10.2015)
- Döhner, Hanneli; Kofahl, Christopher; Lüdecke, Daniel; Mnich, Eva (2007): Eurofamcare. Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage The National Survey Report for Germany. Hamburg: UKE. URL: http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure_de.pdf (aktuell am 31.03.2014)
- Dräger, Dagmar (2015): Die Einbindung der Angehörigen von Pflegebedürftigen. In Jacobs, Klaus; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2015 (S. 121-133). Stuttgart: Schattauer.
- Dräther, Hendrik; Jacobs, Klaus; Rothgang, Heinz (2009): Pflege-Bürgerversicherung. In Dräther, Hendrik; Jacobs, Klaus; Rothgang, Heinz (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. (S. 71-93). Berlin: KomPart.
- Geyer, Johannes; Schulz, Erika (2014): Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. In: *DIW Wochenbericht*(14), 294-303.
- Gräßel, E.; Leutbecher, M. (1993): Häusliche Pflege-Skala HPS zur Erfassung der Belastung bei pflegenden oder betreuenden Personen. Ebersberg: Vless
- Hasseler, Martina; Wolf-Ostermann, Karin (2010): *Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich*. Hamburg, Berlin: HAW & ASH.
- Hetzel, Christian; Baumann, Ricardo; Diekmann, Juliane (2015): Handlungsbedarf für Gesundheitsförderung und Prävention aus Sicht pflegender Angehöriger. In: *Pflegewissenschaft*, 17(7-8), 408-415.
- Jacobs, Klaus; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Schwinger, Antje (Hrsg.) (2015): Pflege-Report 2015. Stuttgart: Schattauer.
- Jacobs, Klaus; Rothgang, Heinz (2014): Pferdefuß bei Pflegefonds. In: *G+G Gesundheit und Gesellschaft*, 6(17), 26-29.

- Kimmel, Andrea; Schiebelhut, Olga; Kowalski, Ingo; Brucker, Uwe; Breuninger, Katrin; Reif, Karl; Bachmann, Sandra; Glasen, Maria; Webers, Anna (Hrsg.) (2015): Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments NBA in der Pflegeversicherung. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Klie, Thomas; Stoffer, Franz J. (2011): NEIN zu Pflege-Noten. Unterstützen Sie das Moratorium. URL: <http://www.ehfreiburg.de/inc/template/ehfreiburg/de/Pdf/hochschule/personalverzeichnis/klie/Klie-Moratorium-Pflegenoten-2011.pdf> (aktuell am 20.10.2015)
- Kreienbrock, Lothar; Schach, Siegfried (2005): Epidemiologische Methoden. München: Elsevier
- Kuhlmey, Adelheid; Blüher, Stefan (2015): Pflegebedürftigkeit: Herausforderung für spezifische Wohn- und Versorgungsformen – eine Einführung in das Thema. In Jacobs, Klaus; Kuhlmey, Adelheid; Greß, Stefan; Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2015 (S. 3-14). Stuttgart: Schattauer.
- Kuhlmey, Adelheid; Dräger, Dagmar; Winter, Maik; Beikirch, Elisabeth (2010): Compass-Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. In: *informationsdienst altersfragen*, 4(37), 4-10.
- Kuhlmey, Adelheid; Suhr, Ralf; Blüher, Stefan; Dräger, Dagmar (2013): Das Risiko der Pflegebedürftigkeit. Pflegeerfahrungen und Vorsorgeverhalten bei Frauen und Männern zwischen dem 18. und 79. Lebensjahr. In Böcken, Jan; Braun, Bernard; Repschläger, Uwe (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2013. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK (S. 11-38). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Leinert, Johannes (2006): Einkommensselektion und ihre Folgen. In Jacobs, Klaus (Hrsg.): Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung (S. 31-48). Bonn: Wido.
- MDS, [= Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.] (2000): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 1998. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.] (2001): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 1999/2000. Essen: MDS

- MDS, [= Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.] (2003): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 2001/2002. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.] (2005): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2003. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.] (2006): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2004. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.] (2007a): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2005. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.] (2007b): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2006. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.] (2009): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2007-2008. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.] (2010): Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung 2009. Essen: MDS. URL: [http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/05abb98a3b032c6ac125735900420e8a/eed270a5b04a69bbc12577620042c681/\\$FILE/Pflegebericht%202009.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/05abb98a3b032c6ac125735900420e8a/eed270a5b04a69bbc12577620042c681/$FILE/Pflegebericht%202009.pdf) (aktuell am 03.07.2010)
- MDS, [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.] (2013): Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung. Pflegebericht 2011/2012. Essen: MDS
- MDS, [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.]; GKV-SV, [= GKV-Spitzenverband] (2013): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen: MDS. URL: http://www.mds-ev.de/media/pdf/BRI_Pflege_2013_Lesezeichen.pdf (aktuell am 12.03.2014)
- Mennicken, Roman ; Augurzky, Boris ; Rothgang, Heinz; Wasem, Jürgen (2013): Explaining differences in remuneration rates of nursing homes in Germany. In: *European Journal of Health Economics*. doi: 10.1007/s10198-013-0483-2
- Müller, Rolf; Braun, Bernard (Hrsg.) (2006): Vom Quer- zum Längsschnitt. Möglichkeiten der Analysen mit GKV-Daten. St. Augustin: Asgard-Verlag.

Müller, Rolf; Unger, Rainer; Rothgang, Heinz (2010): Wie lange Angehörige zu Hause gepflegt werden. Reicht eine zweijährige Familien-Pflegezeit für Arbeitnehmer? In: *Soziale Sicherheit*, 59(6-7), 230-237.

OECD (2005): Long-Term Care for Older People. Paris: OECD. URL: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/long-term-care-for-older-people_9789264015852-en#page1

Panhorst, Heidi; Möller, Johannes (2013): *Begleitforschung zur Umsetzung der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz. Abschlussbericht*. Hamburg: Hamburger Fern-Hochschule.

PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2004): Die privaten Krankenversicherung. Zahlenbericht 2003/2004. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_2003_2004.pdf (aktuell am 31.10.2012)

PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2005): Die privaten Krankenversicherung. Zahlenbericht 2004/2005. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_2004_2005.pdf (aktuell am 31.10.2012)

PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2006): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2005/2006. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_2005_2006.pdf (aktuell am 31.10.2012)

PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2007): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2006/2007. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_2006_2007.pdf (aktuell am 31.10.2012)

PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2008): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2007/2008. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht_2007_2008.pdf (aktuell am 31.10.2012)

- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2009): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2008/2009. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht-2008-2009.pdf (aktuell am 31.10.2012)
- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2011a): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2009/2010. Korrigierte Version [Stand Januar 2011]. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht-2009-2010.pdf (aktuell am 31.10.2012)
- PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (2011b): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011. Köln, Berlin: PKV. URL: http://www.pkv.de/publikationen/rechenschafts_und_zahlenberichte/archiv_der_pkv_zahlenberichte/zahlenbericht-2010-2011.pdf (aktuell am 31.10.2012)
- PKV, [= Verband der Privaten Krankenversicherung] (2012): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012. Köln: PKV. URL: https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_zahlenberichte/zahlenbericht_2011_2012.pdf (aktuell am 10.06.2013)
- PKV, [= Verband der Privaten Krankenversicherung] (2013): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2012. Köln: PKV. URL: <http://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2012.pdb.pdf> (aktuell am 29.08.2014)
- Robine, Jean-Marie; Romieu, Isabelle; Michel, Jean-Pierre (2003): Trends in Health Expectancies. In Robine, Jean-Marie; Jagger, Carol; Mathers, Colin D.; Crimmins, Eileen M.; Suzman, Richard M. (Hrsg.): Determining Health Expectancies (S. 75-101). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Roth, Günter; Rothgang, Heinz (2001): Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34(4), 292-305.
- Rothgang, Heinz (2010): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. In: *Das Gesundheitswesen*, 72, 154-160.

- Rothgang, Heinz (2014a): Fehlkonzipierter Vorsorgefonds. In: *Wirtschaftsdienst*, 5, 310.
- Rothgang, Heinz (2014b): Nachhaltige Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung durch eine Bürgerversicherung. In Masuch, Peter; Spellbrink, Wolfgang; Becker, Ulrich; Leibfried, Stephan (Hrsg.): Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Denkschrift 60 Jahre Bundessozialgericht. Band 2: Richterliche Wissensgewinnung und Wissenschaft: BSG – Entscheidungsfindung und die Sozialstaatsforschung. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Rothgang, Heinz (2015a): Pflege aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht: Die Pflegeversicherung als Erfolgsmodell mit Schönheitsfehlern. In Masuch, Peter; Spellbrink, Wolfgang; Becker, Ulrich; Leibfried, Stephan (Hrsg.): Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Bundessozialgericht und Sozialstaatsforschung. Richterliche Wissensgewinnung und Wissenschaft (S. 139-170). Berlin: Erich Schmidt.
- Rothgang, Heinz (2015b): „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ - fundamentale Fehlentscheidung oder zukunftsträchtiges Modell? In: *Sozialer Fortschritt*(1).
- Rothgang, Heinz; Fünfstück, Mathias; Neubert, Lydia; Czwikla, Jonas; Hasseler, Martina (2015): Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen. Berlin: GKV-Spitzenverband. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV_Schriftenreihe_Pflege_Band_13.pdf (aktuell am 19.10.2015)
- Rothgang, Heinz; Höppner, Karin; Borchert, Lars; Becker, Roland; Glaeske, Gerd (2007): Differenzierung privater Krankenversicherungstarife nach Geschlecht: Bestandsaufnahme, Probleme, Optionen. Baden-Baden: Nomos
- Rothgang, Heinz; Iwansky, Stephanie; Müller, Rolf; Sauer, Sebastian; Unger, Rainer (2011): BARMER GEK Pflegereport 2011. Schwerpunktthema: Zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. St. Augustin: Asgard. URL: <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2011/111129-Pflegereport-2011/PDF-Pflegereport-2011,property=Data.pdf> (aktuell am 28.08.2013)

- Rothgang, Heinz; Jacobs, Klaus (2013): Pflegereform 2014: Was ist zu tun? In: *G+G Wissenschaft*, 13(3), 7-14.
- Rothgang, Heinz; Kulik, Dawid; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2009): GEK-Pflegereport 2009. Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. St. Augustin: Asgard-Verlag. URL: <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/GEK-Schriftenreihe-Gesundheitsanalyse/Pflege/PDF-Pflege-Report-2009,property=Data.pdf> (aktuell am 28.08.2013)
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Mundhenk, Rebecca; Unger, Rainer (2014): BARMER GEK Pflegereport 2014. Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger. Siegburg: Asgard-Verlagsservice. URL: <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2014/141125-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2014,property=Data.pdf> (aktuell am 27.01.2015)
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2012): Themenreport Pflege 2030. Was ist zu erwarten - was ist zu tun. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. URL: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-6A4E9366-8E3173B1/bst/xcms_bst_dms_36923_39057_2.pdf (aktuell am 08.09.2014)
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2013): BARMER GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Rehabilitation und Pflege. Siegburg: Asgard-Verlagsservice. URL: <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2013/131218-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2013,property=Data.pdf> (aktuell am 08.09.2014)
- Rothgang, Heinz; Unger, Rainer (2013): Auswirkungen einer informellen Pflegetätigkeit auf das Alterssicherungsniveau von Frauen. In: *FNA-Journal*(4), 1-40.
- Runde, Peter; Giese, Reinhard; Stierle, Claudia (2003): *Einstellungen und Verhalten zur häuslichen Pflege und zur Pflegeversicherung unter den Bedingungen gesellschaftlichen Wandels. Analysen und Empfehlungen auf der Basis von repräsentativen Befragungen bei AOK-Leistungsempfängern der Pflegeversicherung* (Präventionsforschung, Arbeitsstelle Rehabilitations- und Ed.). Hamburg: Universität Hamburg.

- Sauer, Sebastian; Müller, Rolf; Rothgang, Heinz (2013): Institutionalisiertes Sterben in Deutschland. Trends in der Sterbeortverteilung: zu Hause, Krankenhaus und Pflegeheim. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. doi: 10.1007/s00391-013-0547-z
- Schmidt, Manuela; Schneekloth, Ulrich (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin: BMG. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf (aktuell am 18.06.2012)
- Schneekloth, Ulrich; Potthoff, Peter; Piekara, Regine; von Rosenblatt, Bernhard (Hrsg.) (1996): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt 'Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung'. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.) (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für "Good Practice". München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Statistisches Bundesamt (2001): Pflegestatistik 1999 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Bonn: Statistisches Bundesamt. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001999004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 23.04.2013)
- Statistisches Bundesamt (2003): Bericht: Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Bonn
- Statistisches Bundesamt (2004): Bevölkerungsfortschreibung 2003. Fachserie 1, Reihe 1.3. Wiesbaden

- Statistisches Bundesamt (2005a): Bericht: Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Bonn
- Statistisches Bundesamt (2005b): Bevölkerungsfortschreibung 2001. Fachserie 1, Reihe 1.3. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2005c): Bevölkerungsfortschreibung 2002. Fachserie 1, Reihe 1.3. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2005d): Bevölkerungsfortschreibung 2004. Fachserie 1, Reihe 1.3. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2007a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerungsfortschreibung. 2006. Fachserie 1, Reihe 1.3. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2007b): Bevölkerungsfortschreibung 2005. Fachserie 1, Reihe 1.3. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2007c): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2008a): Bevölkerungsfortschreibung 2007 - Fachserie 1 Reihe 1.3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1023172>
- Statistisches Bundesamt (2008b): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Ausgabe 2008. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2008c): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2009a): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin. URL: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/pressebroschuere__bevoelkerungsentwicklung2009,property=file.pdf (aktuell am 18.11.2009)

- Statistisches Bundesamt (2009b): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,Warenkorb.csp&action=basketadd&id=1024891> (aktuell am 25.10.2010)
- Statistisches Bundesamt (2010a): Bevölkerungsfortschreibung - Fachserie 1 Reihe 1.3 - 2008. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2010b): Sozialleistungen - Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe - Fachserie 13 Reihe 2.1 - 2008. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2011a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerungsfortschreibung 2009. Fachserie 1 Reihe 1.3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsfortschreibung2010130097004,property=file.pdf> (aktuell am 01.07.2011)
- Statistisches Bundesamt (2011b): Pflegestatistik 2009 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1026840> (aktuell am 21.02.2011)
- Statistisches Bundesamt (2012): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerungsfortschreibung. Fachserie 1 Reihe 1.3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsfortschreibung2010130107004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 10.05.2012)
- Statistisches Bundesamt (2013a): Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 15.03.2013)

- Statistisches Bundesamt (2013b): Sozialleistungen - Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe - Fachserie 13 Reihe 2.1 - 2011. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/SozialhilfeAusgabenEinnahmen2130210117004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 28.03.2014)
- Statistisches Bundesamt (2013c): Statistik der Kriegsofferfürsorge. Ausgaben und Einnahmen - Empfänger und Empfängerinnen. Kurzbericht. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Kriegsoffer/Kriegsofferfuersorge5227301129004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 28.03.2014)
- Statistisches Bundesamt (2014a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Vorläufige Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011 (Zensusdaten mit dem Stand vom 10.4.2014). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/VorBevoelkerungsfortschreibung5124103119004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 27.11.2014)
- Statistisches Bundesamt (2014b): Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege 2011. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/HilfezurPflege5221020117004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 28.03.2014)
- Statistisches Bundesamt (2014c): Todesursachen in Deutschland 2013. Fachserie 12 Reihe 4. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400137004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 12.02.2015)
- Statistisches Bundesamt (2015a): Aktuelle Sterbetafeln für das Frühere Bundesgebiet und die Neuen Länder 2010/2012. 2015-04-22. URL:
https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/SterbetafelFBNL.xlsx;jsessionid=5E4B204BEDB7FEC0F39643D128353C9C.cae1?__blob=publicationFile (aktuell am 25.09.2015)

- Statistisches Bundesamt (2015b): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204159004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 28.04.2015)
- Statistisches Bundesamt (2015c): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060_5124202159004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 28.04.2015)
- Statistisches Bundesamt (2015d): Pflegestatistik 2013 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 08.07.2015)
- Statistisches Bundesamt (2015e): Sozialleistungen. Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe 2013. Fachserie 13 Reihe 2.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/SozialhilfeAusgabenEinnahmen2130210137004.pdf?__blob=publicationFile (aktuell am 10.09.2015)
- Sünderkamp, Susanne; Weiß, Christian; Rothgang, Heinz (2014): Analyse der ambulanten und stationären Pflegenoten hinsichtlich der Nützlichkeit für den Verbraucher. In: *Pflege*, 27(5), 325-336. doi: 10.1024/1012-5302/a000379
- SVR-Gesundheit, [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des Längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Langfassung. URL: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/GA2009-LF.pdf> (aktuell am 12.05.2010)

- SVR-Gesundheit, [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2014): Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. URL: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf (aktuell am 21.07.2014)
- Swart, Enno; Ihle, Peter (Hrsg.) (2005): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Hans Huber.
- Swart, Enno; Ihle, Peter; Gothe, Holger; Matusiewicz, David (Hrsg.) (2014): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven (2. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Trittin, Cornelia (Hrsg.) (2015): Versorgungsforschung zwischen Routinedaten, Qualitätssicherung und Patientenorientierung. Siegburg: Asgard.
- Unger, Rainer (2003): Soziale Differenzierung der aktiven Lebenserwartung im internationalen Vergleich. Eine Längsschnittuntersuchung mit den Daten des Sozio-ökonomischen Panel und der Panel Study of Income Dynamics. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag
- Unger, Rainer (2006): Trends in active life expectancy in Germany between 1984 and 2003 - a cohort analysis with different health indicators. In: *Journal of Public Health : Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 14(3), 155.
- Unger, Rainer (2015): Lebenserwartung in Gesundheit. In Niephaus, Yasemin; Kreyenfeld, Michael; Sackmann, Reinhold (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Demografie (S. 565-594). Wiesbaden: VS Verlag.
- Unger, Rainer; Giersiepen, Klaus; Windzio, Michael (2015): Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. Der Einfluss von Familienmitgliedern und Freunden als Versorgungsstrukturen auf die funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld. In Hank, Karsten; Kreyenfeld, Michael (Hrsg.): Demographie. Sonderheft 54 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Opladen/Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Unger, Rainer; Müller, Rolf; Rothgang, Heinz (2011): Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit. Ausmaß und Entwicklungstendenzen in Deutschland. In: *Das Gesundheitswesen*, 73(5), 292-297. doi: 10.1055/s-0031-1271715

- von Ferber, Liselotte; Behrens, Johann (Hrsg.) (1997): Public Health Forschung mit Gesundheits- und Sozialdaten - Stand und Perspektiven. Memorandum zur Analyse und Nutzung von Gesundheits- und Sozialdaten. Sankt Augustin: Asgard.
- Wetzstein, Matthias; Rommel, Alexander; Lange, Cornelia (2015): Pflegende Angehörige - Deutschlands größter Pflegedienst. In: *GBE kompakt*, 3(6).
- Windeler, Jürgen; Görres, Stefan; Thomas, Stefanie; Kimmel, Andrea; Langner, Ingo; Reif, Karl; Wagner, Alexander (Hrsg.) (2011): Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Wingefeld, Klaus; Büscher, Andreas; Gansweid, Barbara (Hrsg.) (2011a): Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Wingefeld, Klaus; Kleina, Thomas; Franz, Simone; Engels, Dietrich; Mehlan, Silke; Engel, Heike (2011b): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Abschlussbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. URL: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=173050.html> (aktuell am 20.10.2015)
- Zok, Klaus (2011): Erwartungen an eine Pflegereform. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung. In: *WIdO-monitor*, 2, 1-8.
- Zok, Klaus; Schwinger, Antje (2015): Pflege in neuen Wohn- und Versorgungsformen – die Wahrnehmung der älteren Bevölkerung. In: Jacobs, Klaus; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2015 (S. 27-53). Stuttgart: Schattauer.

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

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

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

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