

BARMER



Pflegereport 2017

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse

Heinz Rothgang, Rolf Müller,
Rebecca Runte, Rainer Unger

Band 5

Pflegereport 2017

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse

Heinz Rothgang, Rolf Müller,
Rebecca Runte, Rainer Unger

Band 5

Impressum

BARMER
Postfach 110704
10837 Berlin

BARMER Hauptverwaltung
Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Autoren:

Universität Bremen

SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung

Heinz Rothgang

Rolf Müller

Rebecca Runte

Rainer Unger

Endredaktion, Design und Realisation:
37 Grad Analyse & Beratung GmbH
Overstolzenstraße 2a
50677 Köln

Verlagsservice:

Asgard-Verlagsservice GmbH
Schützenstraße 4
53721 Siegburg
ISBN: 978-3-946199-12-0

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

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	6
Zusammenfassung.....	8
Einleitung.....	20
1 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2016/2017	26
1.1 Heimkosten und Eigenanteile bei stationärer Pflege im Jahr 2017	27
1.2 Veränderungen im Vergleich zu 2015	37
2 Pflege im Spiegel der Statistik.....	54
2.1 Datenquellen zur Pflegebedürftigkeit.....	54
2.2 Pflegebedürftige.....	61
2.3 Die Versorgungsformen der Pflegebedürftigen.....	125
2.4 Die Finanzierung der Pflegebedürftigkeit.....	150
3 Junge Pflegebedürftige.....	164
3.1 Hintergrund.....	165
3.2 Junge Pflegebedürftige: Ausmaß und Situationsbeschreibung.....	171
3.3 Bedarf junger Pflegebedürftiger – Wunsch und Wirklichkeit.....	218
3.4 Fazit.....	247
4 Anhang.....	256
4.1 BARMER Versichertenbefragung 2017.....	256
5 Verzeichnisse	262
5.1 Abkürzungsverzeichnis	262
5.2 Abbildungsverzeichnis	264
5.3 Tabellenverzeichnis	273
5.4 Literaturverzeichnis	275
5.5 Autorenverzeichnis.....	287

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

heute stellen wir Ihnen den Pflegereport 2017 der BARMER vor. Dies geschieht zu einem Zeitpunkt, da sich in der Sozialen Pflegeversicherung wichtige Änderungen vollzogen haben. Zu Beginn des Jahres 2017 wurde ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Es sind nicht mehr vornehmlich körperliche Defizite der Betroffenen für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit maßgeblich, sondern vielmehr deren Grad an Selbstständigkeit. Durch dieses neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit ist es gelungen, insbesondere die Bedürfnisse von demenziell und psychisch Erkrankten stärker als bisher zu berücksichtigen. Das ist ein wesentlicher Fortschritt. Umfassend zu beschreiben wie sich der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bewährt und ob er die in ihn gesetzten Erwartungen erfüllen kann, bleibt künftigen Reporten vorbehalten. Die finanziellen Auswirkungen der Reform für Bewohner und Betreiber von Pflegeheimen werden jedoch bereits in diesem Report thematisiert.

Auch in diesem Jahr widmet sich der Pflegereport einem Schwerpunktthema mit besonderer Intensität. Das Interesse der Autoren gilt dieses Mal der Gruppe der „jungen“ Pflegebedürftigen. Also denjenigen, die man gemeinhin nicht zuerst mit dem Thema Pflegebedürftigkeit verbindet: die unter 60-Jährigen, beginnend mit dem frühen Kindesalter. Der Pflegealltag zeigt: Im Dezember 2015 waren etwa 13,5 Prozent der 2,86 Millionen Pflegebedürftigen jünger als 60 Jahre – immerhin rund 386.000 Menschen in ganz Deutschland. Für unsere Untersuchung gelten sie als junge Empfänger von Pflegeleistungen.

Die Pflegebedürftigkeit verändert nicht nur ihr Leben grundlegend, sie schafft offenbar auch einen pflegerischen Bedarf, der sich deutlich von dem alter und hochbetagter Pflegebedürftiger unterscheidet. Gerade bei jungen Pflegebedürftigen ist der Wunsch besonders ausgeprägt, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Ein Indiz dafür ist, dass junge Pflegebedürftige in der Regel eine Wohn- und Pflegesituation anstreben, in der sie möglichst viel selber entscheiden können. Das zeigt sich zum einen daran, dass die

vollstationäre Pflege bei ihnen eine Ausnahme ist, zum anderen aber ist auch der Wunsch danach sehr selten. Favorisiert wird dagegen das Leben in einer Wohngruppe, in einer betreuten Wohngemeinschaft, einem Heim für Menschen mit Behinderung oder gemeinsam mit einem Partner. Dieses Streben nach einem, soweit es geht, selbstbestimmten Leben korrespondiert mit einem starken Wunsch, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Gefragt sind mehr Freizeitaktivitäten, die oft aber erst durch eine Vielzahl unterstützender Leistungen möglich werden. Die teilstationäre Pflege oder die Kurzzeitpflege helfen hier, die pflegenden Angehörigen zu entlasten, und werden daher bereits im Kindes- und Jugendalter häufig beansprucht.

Unser Report zeigt, dass die meisten der jungen Pflegebedürftigen in dem Setting versorgt werden, das sie sich wünschen. Der Report zeigt zugleich, und das ist Aufgabe der Versorgungsforschung, wo es noch Defizite gibt und was im Sinne der Menschen besser gemacht werden kann. Dieses wissenschaftlich fundierte Wissen heute verfügbar zu haben, ist vor allem das Verdienst der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Uni Bremen um Prof. Dr. Heinz Rothgang, denen ich an dieser Stelle herzlich danken möchte.

Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, wünsche ich eine anregende Lektüre.

Prof. Dr. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER

Berlin, im Oktober 2017

Zusammenfassung

Eigenanteile im Pflegeheim unterscheiden sich nach Postleitzahl erheblich

Im letztjährigen Pflegereport wurde darauf hingewiesen, dass der Wohnort einen entscheidenden Einfluss auf das Pflegearrangement habe, da sich die Versorgungsangebote regional erheblich unterscheiden. Ähnliches lässt sich auch über die Finanzierung vollstationärer Pflege sagen: Die Eigenanteile variieren hier erheblich. Durch die Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE) sind Vergleiche zwischen Einrichtungen, Kommunen und Bundesländern nunmehr wesentlich einfacher möglich und aussagekräftiger.

Werden die landesdurchschnittlichen EEE verglichen, zeigt sich (für Mai 2017), dass diese von monatlich 234 Euro (Thüringen) bis zu 869 (Saarland) reichen. Der die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung übersteigende, pflegebedingte Aufwand ist im Saarland damit mehr als dreimal so hoch wie in Thüringen. Pflegebedürftige müssen zusätzlich noch die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die zusätzlich in Rechnung gestellten Investitionskosten aufbringen. Der Gesamteigenanteil ist für sie daher die wichtigere Größe. Doch auch hierbei sind die Länderunterschiede beachtlich. Mit 2.252 Euro ist der durchschnittliche monatliche Gesamteigenanteil in NRW mehr als doppelt so hoch wie in Sachsen-Anhalt (1.107 Euro).

Heimbewohner in den Pflegestufen II und III werden im Vergleich zum Status quo ante entlastet

Durch den im PSG II eingeführten einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) kommt es – im Vergleich zum Status quo ante – zu einer Umverteilung zwischen den Pflegestufen, bei der die höheren Pflegestufen entlastet und die niedrigeren Pflegestufen belastet werden. Wird untersucht, inwieweit sich der EEE im Mai des Jahres 2017 von den durchschnittlichen pflegebedingten Eigenanteilen im Dezember des Jahres 2015 unterscheidet, zeigt sich eine (bundesweit) durchschnittliche Belastung in Pflegestufe I von monatlich 61 Euro sowie eine durchschnittliche monatliche Entlastungen von 56 Euro (Pflegestufe II) beziehungsweise 286 Euro (Pflegestufe III).

Die Besitzstandswahrungsklausel des § 141 SGB XI sorgt allerdings dafür, dass kein Heimbewohner, der vor Inkrafttreten des PSG II schon stationäre Pflege bezogen hat, schlechter gestellt wird. Die entstehende Differenz wird vielmehr von der Pflegeversicherung getragen, die entsprechende Mehrausgaben verzeichnet.

Differenziert nach Ländern ist das Bild uneinheitlicher: Zwar reduzieren sich die Eigenanteile in der Pflegestufe III in allen Bundesländern und erhöhen sich in der Pflegestufe I in 15 der 16 Länder (Ausnahme: Schleswig-Holstein). In der Pflegestufe II steigen die durchschnittlichen Eigenanteile dagegen in fünf Bundesländern, während sie in elf Bundesländern sinken.

Mehrausgaben für vollstationäre Pflege führen vor allem zu Mehreinnahmen der Pflegeheime

Durch höhere Leistungsbeträge seit dem 1. Januar 2017 und den Besitzstandsschutz des § 141 SGB XI kommt es zu reformbedingten Mehrausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für vollstationäre Pflege von insgesamt knapp zwei Milliarden Euro. Diese Mehrausgaben kommen zu rund einem Drittel direkt den pflegebedürftigen Heimbewohnern zugute und führen bei diesen zu einer Reduktion der Eigenanteile (im Vergleich zu einer Situation ohne Pflegereform). Rund zwei Drittel der Mehrausgaben fließen dagegen den Pflegeeinrichtungen zu. Diese Mehreinnahmen werden zum Teil benötigt, um den Zwillingeffekt auszugleichen, der darauf beruht, dass die Bestandsfälle zu hoch übergeleitet wurden und dann die Einnahmen sinken, wenn sie durch aufwandsgleiche Heimbewohner (Zwillinge) ersetzt werden, weil diese in der Begutachtung mitunter niedrigere Pflegegrade erhalten, als sie sich aus der Überleitung ergeben. Weiterhin sehen die auf Basis des § 92 c SGB XI getroffenen Regelungen auf Länderebene zum Teil die verpflichtende Einstellung zusätzlichen Personals vor, das finanziert werden muss. Die resultierende durchschnittliche Einnahmensteigerung von mehr als acht Prozent (im Vergleich von Dezember 2015 bis Mai 2017) ist daher nicht mit einer Gewinnsteigerung in gleicher Höhe zu verwechseln.

In dem Maße, in dem Heimbewohner, die schon vor der Reform in einer Pflegeeinrichtung gelebt haben, durch Neufälle ersetzt werden, entfallen die Ausgaben für den Besitzstandsschutz. Da die Einnahmen der Einrichtungen hiervon nicht betroffen sind, führt dies zu einer Reduktion der Pflegeversicherungsleistungen bei entsprechender Erhöhung der Eigenanteile der Versicherten. Wird gedanklich ein Austausch aller Heimbewohner unterstellt, zeigt sich, dass die Entlastung der Heimbewohner dann nur noch bei rund 100 Millionen Euro pro Jahr läge, die Mehreinnahmen der Heime dagegen bei 1,2 Milliarden Euro. Mittel- und langfristig führt die Reform durch die Umstellung der Heimentgelte gemäß der landesspezifischen Regelungen auf Basis des § 92 c SGB XI somit zwar zu merklichen Mehreinnahmen der Heime, aber praktisch zu keiner Entlastung der Heimbewohner.

Nachfrage nach Pflegeleistungen gestiegen

Die Leistungsausweitungen der letzten Jahre durch die Gesetzgebung (PfWG, PNG, PSG I) haben zu einem Anstieg der Nachfrage nach Pflegeleistungen beigetragen. Anzeichen hierfür sind die Anstiege der altersspezifischen Pflegeprävalenzen unmittelbar nach Inkrafttreten der Leistungsausweitungen und überwiegend in Pflegestufe 0, die in besonderem Maße von den Leistungsausweitungen betroffen ist beziehungsweise in Pflegestufe I als mittelbare Folge des insgesamt gestiegenen Antragstellungsverhaltens. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass sich der Bezug von Pflegeleistungen vor allem in der häuslichen Pflege erhöhte, auf die die Leistungsverbesserungen des PNG und PSG I gerichtet waren. Zusätzlich fanden sich Ausweitungen des Leistungsbezugs im Zeitverlauf auch bei Vorliegen bestimmter Erkrankungen, was auf weitere, eigenständige Ursachen für die beobachtbare Ausweitung des Leistungsbezugs hindeutet.

Stark steigendes Ausgabenvolumen bei der Privaten Pflegeversicherung

Der Anteil der Pflegebedürftigen ist unter den Versicherten der Privaten Pflegeversicherung (PPV) etwa halb so groß wie bei den Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung (SPV). Aufgrund der Altersstruktur ihrer Versicherten steigt der Anteil der Pflegebedürftigen in der PPV aber deutlich stärker als in der SPV und wird

auch zukünftig in der PPV stärker steigen als in der SPV. Dies schlägt sich auch in den Leistungsausgaben der PPV nieder, die – bei im Wesentlichen gleichem Leistungsrecht – in der Vergangenheit deutlich stärker gestiegen sind als in der SPV. Dieser Prozess dürfte sich in den nächsten Jahren noch deutlich verschärfen und in 20 bis 30 Jahren sein Maximum erreichen, wenn die größte Altersgruppe in der PPV, die heute etwa 50-jährigen Männer, pflegebedürftig werden.

Zudem sind die Ausgaben pro Versicherten in der PPV höher als in der SPV. So sind die Versicherten in der PPV anteilig seltener in der Pflegestufe I und häufiger in den Pflegestufen II und III vertreten als die Gesamtheit der gesetzlich und privat Versicherten. Darüber hinaus werden in der PPV häufiger stationäre Pflegeleistungen nachgefragt als in der SPV.

Anzahl der Pflegepersonen gestiegen – Männer pflegen verstärkt im Rentenalter

Seit dem Jahr 2011 steigt die Zahl der Pflegepersonen. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen bei Männern und Frauen. Bei den Männern ist zwar die Zahl der Pflegenden mit niedrigerer Pflegeintensität (eine Stunde täglich) deutlich gestiegen (vom Jahr 2011 bis 2015 um 98 Prozent), die Zahl der Männer mit höherer Pflegeintensität (zwei Stunden und mehr täglich) dagegen in deutlich niedrigerem Ausmaß (+ 22 Prozent). Insgesamt resultiert daraus eine Steigerung von 61 Prozent. Bei den Frauen ist der zahlenmäßige Anstieg der Pflegenden etwas geringer (+ 46 Prozent), entfällt aber gleichermaßen auf Anstiege in den Zahlen der Frauen mit niedriger (+ 46 Prozent) und höherer Pflegeintensität (+ 47 Prozent).

Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich auch im Lebensverlauf. Während Frauen in der Erwerbsphase (von 20 bis etwa 59 Jahren) etwa gleich oft mit geringer und hoher Pflegeintensität pflegen, pflegen Männer in dieser Zeit überwiegend mit niedriger Pflegeintensität. Ab dem Rentenalter pflegen Männer dann aber – ebenso wie Frauen – auch mit deutlich höherer Pflegeintensität.

Bis zum 31. Dezember 2016 bedurfte es eines wöchentlichen zeitlichen Aufwands für die Pflege von 14 Stunden, um Rentenversicherungsansprüche für Pflegepersonen auszulösen. Mit dem PSG II ist der nötige zeitliche Mindestaufwand zum 1. Januar 2017 auf zehn Stunden, verteilt auf zwei Tage, gesenkt worden. Im Resultat wird es daher viele zusätzliche Bezieher von Rentenversicherungsbeiträgen geben, deren präzise Zahl aber noch nicht abgeschätzt werden kann.

Frauen werden nicht häufiger pflegebedürftig als Männer, sie sind es aber länger

Im Dezember 2015 waren gemäß Pflegestatistik drei Millionen Menschen pflegebedürftig (einschließlich Pflegestufe 0). Davon waren rund 1,9 Millionen weiblich und rund 1,1 Millionen männlich. Das Verhältnis von 64 Prozent weiblichen zu 36 Prozent männlichen Pflegebedürftigen erweckt den Eindruck, Frauen wären stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen als Männer. Tatsächlich ist die Wahrscheinlichkeit von Frauen, pflegebedürftig zu sein, ab einem Alter von 70 Jahren höher als bei den Männern. Wird jedoch die Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit betrachtet, also die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, dann zeigt sich, dass sich diese kaum von der der Männer unterscheidet. Die Wahrscheinlichkeit, in einem bestimmten Alter pflegebedürftig zu werden, ist also für Männer und Frauen annähernd gleich.

Die Tatsache, dass für Frauen die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein, dennoch höher ist als die der Männer, resultiert daraus, dass sich bei ähnlicher altersspezifischer Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, aufgrund der längeren Dauer der Pflegebedürftigkeit bei Frauen in den folgenden Lebensjahren nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit ein zusätzlicher Bestand an pflegebedürftigen Frauen aufbaut.

Mehrzahl der jungen Pflegebedürftigen ist männlich und die Altersverteilung ist U-förmig

Insgesamt 386.000 Pflegebedürftige waren nach der Pflegestatistik im Jahr 2015 jünger als 60 Jahre. Dies entspricht einem Anteil von 12,7 Prozent. Während der weitaus größere Teil der Pflegebedürftigen weiblich ist, findet sich bei den jungen Pflegebedürftigen eine andere Geschlechterverteilung. Im Alter bis zu 59 Jahren gibt es nur 175.000

weibliche, aber 211.000 männliche Pflegebedürftige. Im Gegensatz zur Pflegebedürftigkeit insgesamt tritt die Pflegebedürftigkeit bei den jungen Pflegebedürftigen und insbesondere bei den jüngsten Pflegebedürftigen somit eher bei Männern auf als bei Frauen. Im Erwachsenenalter ist das Geschlechterverhältnis unter den jungen Pflegebedürftigen relativ ausgeglichen.

Die Altersverteilung bei den jungen Pflegebedürftigen ist U-förmig. In der Gruppe der 10- bis 14-Jährigen wird ein zwischenzeitliches Hochplateau mit 41.000 Pflegebedürftigen erreicht. Anschließend sinkt die Zahl der Pflegebedürftigen in den Fünf-Jahres-Altersgruppen auf 22.000 Pflegebedürftige in der Altersgruppe der 35- bis 39-Jährigen, um dann kontinuierlich über die Altersgruppen hinweg wieder anzusteigen. Mit 85.000 Personen sind die meisten jungen Pflegebedürftigen zwischen 55 und 59 Jahre alt.

Pflegestufenverteilung junger Pflegebedürftiger unterscheidet sich von der älterer, ist aber für beide Geschlechter gleich

Zwar ist der Anteil der Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe I in allen Altersgruppen – sowohl bei den jungen als auch bei den älteren Pflegebedürftigen – am höchsten, doch sind diese Anteile bei den älteren Pflegebedürftigen größer als bei den jungen Pflegebedürftigen. Bei den älteren Pflegebedürftigen ist der Anteil mit der Pflegestufe II durchgängig am zweitgrößten. Dies ist bei den jungen Pflegebedürftigen nicht in allen Altersgruppen der Fall. So finden sich im Kindes- und Jugendalter Anteile von über 20 Prozent mit Pflegestufe 0 und im jungen Erwachsenenalter Anteile von über 20 Prozent mit Pflegestufe III, die teilweise über den Anteilen der Personen mit der Pflegestufe II liegen. Dabei zeigen sich bei den jungen Pflegebedürftigen zwischen den Geschlechtern über alle Altersgruppen hinweg kaum Unterschiede in der Verteilung der Pflegestufen.

Mehr häusliche Pflege und Pflege in Behinderteneinrichtungen bei jungen Pflegebedürftigen

Bei den Pflegebedürftigen im Kindes- und Jugendalter ist die Versorgung durch Angehörige die am häufigsten praktizierte Versorgungsart: 95 Prozent der Pflegebedürftigen im Kindesalter (Altersgruppe 0 bis 14 Jahre) und 86 Prozent im

Jugendalter (Altersgruppe 15 bis 19 Jahre) erhalten ausschließlich Pflegegeld als Hauptversorgungsleistung von der Pflegeversicherung. In den höheren Altersgruppen der jungen Pflegebedürftigen geht der Anteil der Pflegegeldbezieher auf 50 Prozent (Männer) beziehungsweise 56 Prozent (Frauen) zurück. Bei der Betrachtung der älteren Pflegebedürftigen über 60 Jahre sinken die Anteile sogar auf rund 30 Prozent (Männer) beziehungsweise rund 25 Prozent (Frauen) in den höchsten Altersgruppen. Die Pflege in einer Pflegeeinrichtung und die Pflege durch ambulante Pflegedienste (inklusive Kombinationsleistungen) ersetzen mit steigendem Alter mehr und mehr die ausschließliche Angehörigenpflege. Während die Anteile der Pflege in einer Einrichtung bei den älteren Pflegebedürftigen im Alter von über 60 Jahren in fast allen Altersgruppen über 20 Prozent liegen und bei den Frauen in der höchsten Alterskategorie sogar mehr als 50 Prozent erreichen, werden die Anteile bei den jungen Pflegebedürftigen erst in den Altersgruppen über 50 Jahre zweistellig. In jüngeren Jahren wird die Pflege in einer Pflegeeinrichtung nur selten in Anspruch genommen.

Zusätzlich zu den in der Pflegestatistik ausgewiesenen Hauptversorgungsarten Pflegegeld, Pflegesachleistung und vollstationäre Dauerpflege wird von jungen Pflegebedürftigen auch sehr häufig die Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen in Anspruch genommen. Diese Pflegebedürftigen werden in der Pflegestatistik nicht erfasst, sind aber gegenüber der Pflegeversicherung leistungsberechtigt. Die Versorgung von Pflegebedürftigen in Behinderteneinrichtungen ist gerade bei jungen Pflegebedürftigen eine der Hauptversorgungsarten. So werden je nach Altersgruppe bis zu 30 Prozent der Pflegebedürftigen auf diese Art versorgt, während diese Versorgungsart bei älteren Pflegebedürftigen kaum noch auftritt.

Weniger Pflegeeintritte, mehr Pflegeaustritte und längere Überlebenszeiten bei jungen Pflegebedürftigen

Derzeit werden pro Jahr 0,15 Prozent der Menschen bis zum Alter von 59 Jahren pflegebedürftig. Von 700 nicht pflegebedürftigen jungen Menschen wird also jährlich einer pflegebedürftig. Während Pflegebedürftigkeit bei älteren Menschen in aller Regel progressiv verläuft, ist sie bei jungen Pflegebedürftigen häufiger reversibel. So beendeten rund 7,6 Prozent der jungen Pflegebedürftigen, die im Jahr 2011 pflegebedürftig

geworden waren, im Verlauf von vier Jahren ihre Pflegebedürftigkeit. Von den älteren Pflegebedürftigen im Alter von 60 Jahren und älter beendeten dagegen nur rund 1,5 Prozent die Pflegebedürftigkeit. In der Summe sind von den Älteren nach vier Jahren rund 64 Prozent, von den Jüngeren aber nur rund 40 Prozent verstorben.

Aus der Pflegestufe 0 und aus der Pflegestufe I finden in den niedrigsten Altersgruppen bis zur Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen mehr Herabstufungen oder Austritte statt als Höherstufungen. Mit höherer Pflegestufe und mit höherem Alter werden die Höherstufungen wahrscheinlicher und die Sterberate wird größer.

Unterschiedliche Bedarfslage bei jungen Pflegebedürftigen durch andere Erkrankungen und Behinderung

Während Erkrankungen wie Demenz und Schlaganfälle die Diskussion um Krankheit und Pflegebedürftigkeit prägen, finden sich bei jungen Pflegebedürftigen eine Reihe anderer Erkrankungen und Störungen, die in der Altenpflege von deutlich geringerer Bedeutung sind. Von den jungen Pflegebedürftigen haben 35 Prozent Lähmungen, 32 Prozent zeigen eine Intelligenzminderung, 24 Prozent Epilepsie, 22 Prozent Entwicklungsstörungen und zehn Prozent haben das Downsyndrom. Bei den älteren Pflegebedürftigen ist die Prävalenz dieser Erkrankungen weitaus geringer. Bei den jungen Pflegebedürftigen sind wiederum weniger Demenzen (17 Prozent) oder Schlaganfälle (fünf Prozent) zu verzeichnen als unter den älteren Pflegebedürftigen. Aus den divergierenden Krankheitsprofilen folgt auch ein anderes Anforderungsprofil für die Versorgungssettings.

Neben den Leistungen der Pflegeversicherung stehen pflegebedürftigen Menschen mit anerkannter Behinderung weitere Leistungen auf Grundlage anderer Sozialgesetzbücher als dem SGB XI zu. Ein Teil der nach dem SGB XI leistungsberechtigten Personen wird in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen versorgt. Insgesamt haben 89 Prozent einen Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 20 und damit Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 SGB IX) und am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX). Je nach Altersgruppe und Geschlecht variiert dieser Anteil zwischen 83 und 94 Prozent. Der weit überwiegende Teil der jungen Pflegebedürftigen hat

somit Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft und könnte gegebenenfalls in Behinderteneinrichtungen versorgt werden und Leistungen nach § 43 a SGB XI erhalten. Große Teile dieser Ansprüche sind für ältere Pflegebedürftige nicht gegeben.

Unerfüllte Wünsche nach selbstbestimmtem Wohnen

Tendenziell möchten junge Pflegebedürftige individueller und selbstbestimmter wohnen und leben, können diese Wünsche jedoch teilweise nicht realisieren, da die Angebote nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind.

In den meisten Fällen entspricht die aktuelle Wohnform der Pflegebedürftigen allerdings der gewünschten Wohnform. In der BARMER-Versichertenbefragung wurde die aktuelle Wohnform mehrheitlich auch als Wunschwohnform genannt. Entsprechend äußerten sich insbesondere Alleinlebende (93 Prozent) und Paare (91 Prozent). Sehr häufig ist der Wunsch, in der aktuellen Wohnsituation zu verbleiben, zudem in betreuten Wohngemeinschaften (84 Prozent), in Behindertenwohnheimen (77 Prozent) und in Wohngruppen (76 Prozent) anzutreffen. Seltener wird der Wunsch nach konstanten Wohnverhältnissen geäußert, wenn noch mit den Eltern (73 Prozent) oder mit den Geschwistern (69 Prozent) zusammengelebt wird. Der Wunsch nach Fortsetzung der aktuellen Wohnverhältnisse ist in Pflegeeinrichtungen (63 Prozent) am geringsten.

Besteht der Wunsch nach Veränderung der Wohnsituation, wird als Ziel häufig die Wohngruppe oder die betreute Wohngemeinschaft (WG) genannt. Diese Wünsche werden insbesondere im Alter von 10 bis 29 Jahren geäußert. Mehr als 20 Prozent der 10- bis 29-jährigen Pflegebedürftigen wünschen sich, in eine Wohngruppe zu wechseln, während rund 15 Prozent gerne in eine betreute WG einziehen würden. Der Einzug in ein Behindertenwohnheim wird im Alter von 10 bis 19 Jahren bis zu 40 bis 49 Jahren relativ gleichmäßig von gut fünf Prozent gewünscht, während der Wunsch nach Einzug in ein Pflegeheim in allen Altersgruppen sehr selten ist.

Das zu geringe Angebot ist der am häufigsten genannte Grund, nicht in einer der gewünschten Wohnformen unterzukommen. Entsprechende Nennungen liegen beim Wunsch nach einer Wohngruppe über 50 Prozent und beim Wunsch nach einer

betreuten WG, beim Wunsch nach einem Umzug ins Pflegeheim oder beim Wunsch nach einem Umzug in ein Behindertenheim etwas unter 50 Prozent.

Versorgungslücke bei Kurzzeitpflege und teilstationärer Pflege

Nur knapp 13 Prozent der jungen Pflegebedürftigen nutzen laut der Befragungsergebnisse die Tagespflege, knapp 20 Prozent würden sie aber gern nutzen. Die größten Diskrepanzen zwischen Wunsch und Wirklichkeit treten dabei nicht bei der intensiven Nutzung (fünf Tage in der Woche, drei bis vier Tage in der Woche) auf, sondern bei den geringeren Versorgungsintensitäten (ein bis zwei Tage in der Woche oder seltener). Hier zeigen sich entsprechende Versorgungslücken. Aus der Differenz der insgesamt geäußerten Inanspruchnahmen zu den geäußerten Wünschen kann ein Mehrbedarf von gut 4.000 teilstationären Pflegeplätzen ermittelt werden – bei unterstellter 100-prozentiger Auslastung der Einrichtungen. Dieser Mehrbedarf wird dabei vor allem von Pflegebedürftigen im Kindes- und Jugendalter geäußert.

Rund neun Prozent der jungen Pflegebedürftigen in der häuslichen Versorgung nutzen mindestens einmal im Jahr die Kurzzeitpflege. Mindestens einmal im Jahr gewünscht wird sie aber von knapp 19 Prozent der jungen Pflegebedürftigen. Der Wunsch nach dieser Versorgungsform ist damit um mehr als 100 Prozent größer als dessen tatsächliche Realisation. Insgesamt ergibt sich eine Versorgungslücke von mehr als 3.400 Kurzzeitpflegeplätzen bei unterstellter 100-prozentiger Auslastung.

Als wesentlicher Grund, warum die teilstationäre Pflege und die Kurzzeitpflege nicht im gewünschten Maß genutzt werden, wurde vor allem der Mangel an entsprechenden Angeboten für die jeweilige Altersgruppe genannt (43 beziehungsweise 40 Prozent). Für 31 beziehungsweise 27 Prozent der betroffenen Befragten waren keine Angebote für die eigene Erkrankung vorhanden. Zudem wurden noch zu lange Wartezeiten (zehn beziehungsweise 13 Prozent) und eine zu große Entfernung genannt (15 beziehungsweise elf Prozent), was aber ebenfalls Ausdruck einer unzureichenden Angebotsstruktur ist.

Diese ergänzenden Pflegeleistungen, die die häusliche Pflege stärken sollen, würden also insgesamt mehr genutzt werden, wenn die alters- und erkrankungsspezifischen Angebote gegeben wären.

Junge Pflegebedürftige bewerten Behinderteneinrichtungen und Wohngruppen besser als Pflegeheime und Pflegedienste

Über alle abgefragten Beurteilungskriterien wurde die Versorgungsqualität in Pflegeeinrichtungen beziehungsweise durch Pflegedienste schlechter bewertet als die Versorgung im Behindertenheim oder in den Wohngruppen. Auch dies ist ein Indiz dafür, dass die Versorgung der jungen Pflegebedürftigen in Teilen am Bedarf (Wunsch nach mehr Versorgung in Wohngruppen und im Behindertenwohnheim bei entsprechender Qualität) vorbeigeht.

Pflegeeinrichtungen sind überwiegend auf geriatrische Pflege spezialisiert. Ihr Personal ist – sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich – für die Pflege junger Menschen häufig nicht ausgebildet, sodass die Pflege junger Erwachsener durch Kranken- oder Altenpfleger oft einen rein medizinischen Fokus hat.

Rund 60 Prozent der befragten jungen, pflegebedürftigen Bewohner in Wohngruppen und Behindertenwohnheimen stimmten der Aussage voll und ganz zu, dass das Personal die eigenen Bedürfnisse kenne, während diese Position nur von der Hälfte der jungen Pflegeheimbewohner und Nutzern von Pflegediensten geäußert wurde. Der Frage, ob es genug Gleichaltrige gebe, stimmten nur zwölf Prozent der Pflegeheimbewohner voll und ganz zu. In Behindertenwohnheimen stimmten hingegen 46 Prozent und in den Wohngruppen 52 Prozent voll und ganz zu. Bezüglich der ausreichenden Freizeitangebote innerhalb und außerhalb der Einrichtung gab es im Pflegeheim nur von 16 beziehungsweise vier Prozent die volle und gänzliche Zustimmung. Im Behindertenwohnheim (24 beziehungsweise 19 Prozent) und in den Wohngruppen (34 beziehungsweise 24 Prozent) gab es hingegen deutlich höhere Zustimmungsquoten. Auch bezüglich der Frage, ob die Einrichtung gut auf die Versorgung der jeweiligen Erkrankungen spezialisiert sei oder über besonders ausgebildetes Personal verfüge, weisen Wohngruppen und Behindertenwohnheime die besten Ergebnisse auf. So stimmten von den Bewohnern der Wohngruppen 54 Prozent der entsprechenden Aussage voll und ganz zu. Am zweithäufigsten mit 40 Prozent kam es in den Behindertenwohnheimen zur positiven Bewertung (voll und ganz). Bei Versorgung durch einen Pflegedienst zeigten sich mit 30 Prozent ebenso wie bei der Pflege im Pflegeheim mit 35 Prozent positiven Bewertungen deutlich schlechtere Ergebnisse.

Einleitung

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

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

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

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

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

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

Kapitel 1

Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2016/2017

1 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

2016/2017

Zum 1. Januar 2017 wurde mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und dem Inkrafttreten des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) der Abschluss der großen Pflegereform erreicht. Auch wenn mit der Verabschiedung des Pflegeberufgesetzes am 23. Juni 2017 eine weitere lang andauernde pflegepolitische Debatte ihren vorläufigen Abschluss gefunden hat, bleibt die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs doch das zentrale pflegepolitische Thema der im Sommer 2017 ausgelaufenen Legislaturperiode.

Die Pflegereform wurde in den letzten beiden Pflegereports bereits als großzügige, damit aber auch als teure Reform gekennzeichnet. So wurden für das Jahr 2017 differenzielle Zusatzkosten des PSG II in Höhe von gut sieben Milliarden Euro vorausberechnet (Rothgang et al. 2016: 50), deren Höhe allerdings nicht empirisch geprüft werden kann. Der Grund dafür ist, dass diese Berechnung auf dem kontrafaktischen Vergleich zweier Rechtsrahmen beruht, für die alles andere als gleich unterstellt wird, während etwa bei einem Vergleich der Ausgaben der Jahre 2016 und 2017 andere Faktoren, wie die Entwicklung der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen, zu berücksichtigen wären. Aufgezeigt werden konnte ebenfalls, dass die Versicherten in häuslicher Pflege mit beachtlichen Leistungssteigerungen rechnen können (Rothgang et al. 2015b: 41-48).

Nur eingeschränkt möglich war dagegen die Abschätzung der Reformfolgen im stationären Sektor – sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für die Einrichtungsträger. Zwar ist klar, dass die meisten der derzeitigen Heimbewohner in Pflegestufe II und III durch den einheitlichen Eigenanteil entlastet werden, während die meisten Heimbewohner in Pflegestufe I nur durch die Besitzstandsschutzregel des § 141 Absatz 3 SGB XI von ansonsten anfallenden höheren Eigenanteilen geschützt werden. Wie groß die Entlastungseffekte für die Heimbewohner sind, hängt aber von der Bewohnerstruktur zum 30. September 2016 ab, über die naturgemäß vorher keine Informationen vorlagen und von den zu diesem Zeitpunkt geltenden Pflegesätzen. Anhand der inzwischen

verfügbaren nach Pflegegraden gestaffelten Heimentgelte und einrichtungseinheitlichen Eigenanteile können dagegen jetzt Aussagen über die aktuellen durchschnittlichen Belastungen der Heimbewohner, deren Streuung und die regionale Verteilung getätigt werden (Kapitel 1.1). Weiterhin können diese Informationen mit der in der Pflegestatistik dokumentierten Situation im Dezember 2015 verglichen werden, um so Veränderungen nachzuzeichnen (Kapitel 1.2). In diesem Kontext kann auch untersucht werden, welche Mehrausgaben der Pflegeversicherung für den Besitzstandsschutz entstehen und in welchem Umfang die Mehrausgaben der Pflegeversicherung für die vollstationäre Pflege den Heimbewohnern und den Einrichtungen direkt zugutekommen.

1.1 Heimkosten und Eigenanteile bei stationärer Pflege im Jahr 2017

Die Heimkosten und die Eigenanteile bei stationärer Pflege unterscheiden sich regional erheblich. Um sowohl einen Überblick zu liefern als auch diesen Unterschieden gerecht zu werden, werden die nachstehenden Analysen zunächst auf Bundesebene, danach auf Landesebene und schließlich auf der Ebene der rund 400 kreisfreien Städte und Landkreise durchgeführt.

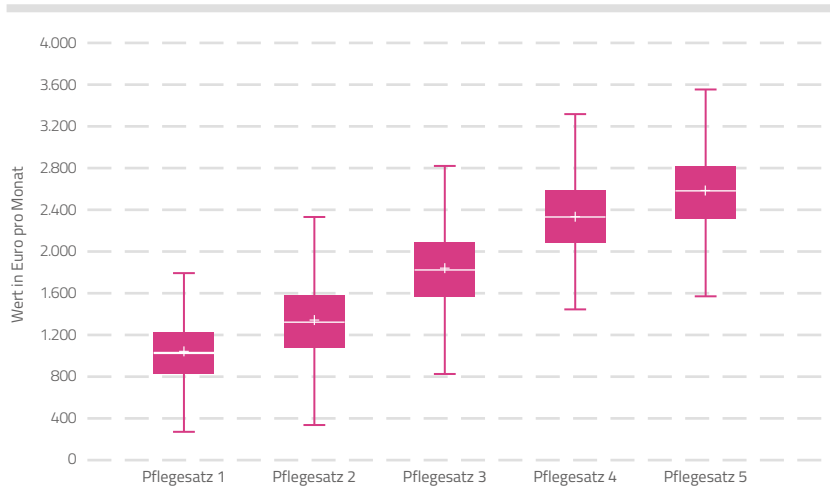
1.1.1 Bundesebene

Basierend auf den Daten von 11.129 Pflegeheimen zeigt die Abbildung 1.1 die Pflegesätze in den fünf Pflegegraden im Bundesgebiet im Mai 2017. Bei der Darstellung handelt es sich um ein sogenanntes Boxdiagramm. Neben den als Kreuz kenntlich gemachten Mittelwerten sind in diesen Diagrammen auch der Median (als waagrechte Linie in der Box) und der Interquartilsabstand (Höhe der Box) sowie die Antennen eingezeichnet, die die letzten Werte bezeichnen, die im Bereich vom 1,5-Fachen des Interquartilsabstands ober- beziehungsweise unterhalb der Box liegen. Die Box selbst umfasst die mittleren 50 Prozent der Einrichtungen und wird durch den ersten und dritten Quartilswert gebildet. Jeweils ein Viertel der Einrichtungen liegt somit unterhalb des ersten Quartils (untere Grenze der Box) und ein Viertel oberhalb des dritten Quartils (obere Grenze der Box).¹

¹ Auf die bei Boxdiagrammen übliche Darstellung der Ausreißer wurde an dieser Stelle verzichtet.

Liegen die durchschnittlichen Pflegesätze im Pflegegrad 2 bei monatlich 1.355 Euro, betragen sie im Pflegegrad 5 monatlich 2.591 Euro. Der Interquartilsabstand liegt bei den Pflegegraden 2 bis 5 bei rund 500 Euro, der Median nahe am Mittelwert. Die Hälfte aller Einrichtungen hat in diesen Pflegegraden also einen monatlichen Pflegesatz, der in einem Bereich von etwa plus/minus 250 Euro vom Mittelwert liegt.²

Abbildung 1.1: Pflegesätze vollstationärer Pflegeeinrichtungen im Mai 2017



Quelle: Daten von 11.129 vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß Angaben im Pflegelotzen, freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom vdek

Interessant ist auch die Relation der Pflegesätze zueinander. Wird der durchschnittliche Pflegesatz im Pflegegrad 2 als 1 gesetzt, liegen die durchschnittlichen Pflegesätze in den Pflegegraden 3 bis 5 um 36 Prozent, 74 Prozent beziehungsweise 91 Prozent höher (Tabelle 1.1). Die so definierten Pflegesatzrelationen entsprechen dabei äußerst genau den Aufwandsrelationen der EVIS-Studie (Rothgang et al. 2015a: 101, umgerechnet vom Relationsbezug PG1 auf Relationsbezug PG2). Tatsächlich sollte bei der Festsetzung der Leistungshöhen in § 43 SGB XI gewährleistet werden, dass die Pflegesatzrelation, die sich aus dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil und den

² Zwar ist nicht gesagt, dass der Mittelwert genau in der Mitte der Box liegt, bei den vorliegenden Verteilungen ist dies aber annähernd gegeben.

Pflegeversicherungsleistungen ergibt, den Aufwandsrelationen entspricht. Das wurde tatsächlich in erstaunlichem Ausmaß erreicht (Tabelle 1.1). Die Abweichungen liegen bei 0,5 Prozent im Pflegegrad 1 und in allen anderen Pflegegraden noch niedriger.

Tabelle 1.1: Durchschnittliche Pflegesätze und Pflegesatzrelationen sowie Aufwandsrelationen gemäß EVIS-Studie

	Durchschnittlicher Pflegesatz	Pflegesatzrelation	Aufwandsrelation gemäß EVIS-Studie
Pflegegrad 1	1.050,74	0,7756	0,7717
Pflegegrad 2	1.354,69	1,0000	1,0000
Pflegegrad 3	1.848,20	1,3643	1,3587
Pflegegrad 4	2.361,10	1,7429	1,7391
Pflegegrad 5	2.591,04	1,9126	1,9130

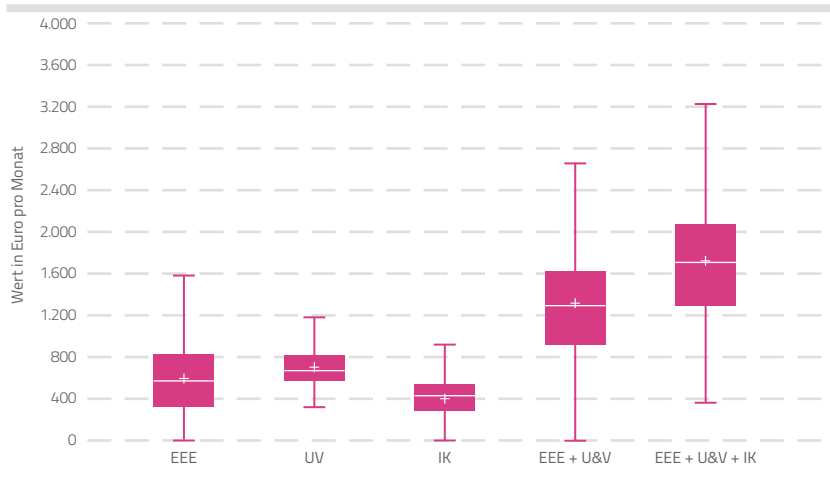
Quelle: Daten von 11.129 vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß Angaben im Pflegelotsen, freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom vdek

Wie die Abbildung 1.2 zeigt, liegt auch der durchschnittliche einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) mit einem Wert von monatlich 587 Euro (arithmetisches Mittel über alle Einrichtungen) sehr nahe an dem in den Modellrechnungen des BMG unterstellten Satz von 580 Euro.³ Für ein Viertel der Heime liegt der EEE unter 319 Euro, für das obere Viertel dagegen oberhalb von 819 Euro, sodass der Interquartilsabstand etwa dem Mittelwert entspricht. Der Maximalwert des EEE liegt dagegen bei mehr als 7.000 Euro monatlich (nicht dargestellt), und immerhin 57 Einrichtungen weisen einen Wert von mehr als 2.000 Euro auf (nicht dargestellt).

Die durchschnittlichen Kosten für die Unterkunft und Verpflegung (UV) liegen bei monatlich 703 Euro, die durchschnittlichen gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten (IK) bei 401 Euro, sodass der tatsächlich von Heimbewohnern zu tragende Betrag für den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil plus Unterkunft und Verpflegung bei durchschnittlich 1.290 Euro liegt. Bei einem Viertel der Heime liegt dieser Gesamteigenanteil jedoch bei unter 913 Euro und bei einem weiteren Viertel bei über etwa 1.600 Euro. Für die Altfälle (insbesondere in der Pflegestufe I) greift allerdings noch die Besitzstandsschutzregelung.

³ Verwendet wurde hierfür die Variable EEE im Datensatz des vdek. In dieser Variablen wird der EEE auf nicht-negative Werte beschränkt, und negative Eigenanteile werden auf null gesetzt. Werden hier die negativen Eigenanteile berücksichtigt, verändern sich die Durchschnittswerte aber nur sehr geringfügig (zwei bis drei Euro).

Abbildung 1.2: Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil, Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten sowie Gesamtheimentgelte im Mai 2017



Quelle: Daten von 11.129 vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß Angaben im Pflegelotus, freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom vdek

Für die Heimbewohner von besonderer Bedeutung ist der von ihnen insgesamt zu zahlende Betrag, der sich als Summe aus einrichtungseinheitlichem Eigenanteil, Entgelten für die Unterkunft und Verpflegung sowie den gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten ergibt.⁴ Dieser Gesamteigenanteil liegt im Durchschnitt bei monatlich 1.691 Euro. Dabei ist die Streuung beachtlich. Für ein Viertel der Einrichtungen liegt der Gesamteigenanteil unter 1.286 Euro, bei einem anderen Viertel dagegen bei über 2.053 Euro und für 121 Einrichtungen sogar bei über 3.000 Euro (nicht dargestellt).

1.1.2 Länderebene

Landesspezifische Regelungen und Traditionen können ein Grund für die Heterogenität der Entgelte sein. Interessant ist daher, wie sich EEE, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten im Ländervergleich darstellen. Tabelle 1.2 zeigt die jeweiligen Mittelwerte, Abbildung 1.3 ihre Visualisierung.

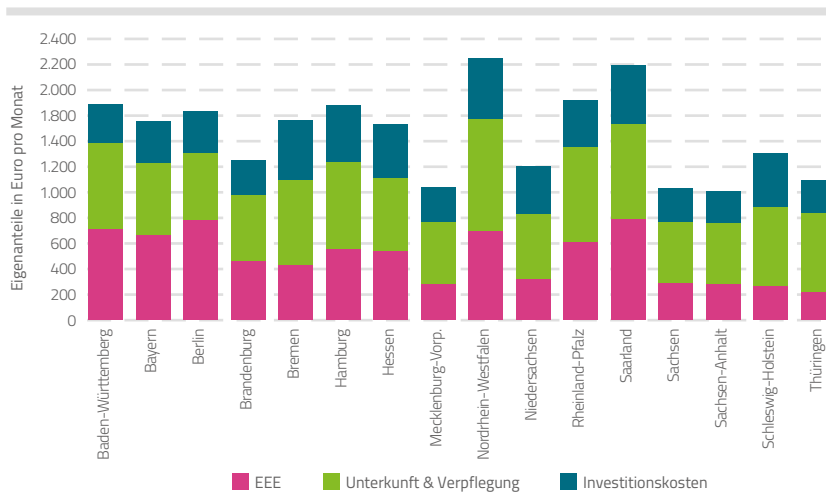
⁴ Hierbei ist für die Heimbewohner, die schon vor Inkrafttreten der entsprechenden Regelungen des PSG II Pflegeversicherungsleistungen bezogen haben, aber wiederum der Besitzstandsschutz zu beachten.

Tabelle 1.2: Durchschnittliche EEE und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten im Mai 2017 in Euro pro Monat

Bundesland	EEE	U&V	IK	EEE + U&V	EEE+U&V+IK
Baden-Württemberg	778	746	334	1.524	1.858
Bayern	728	621	364	1.349	1.713
Berlin	863	576	362	1.440	1.802
Brandenburg	503	576	302	1.079	1.381
Bremen	474	727	525	1.201	1.725
Hamburg	612	743	496	1.355	1.850
Hessen	592	624	467	1.217	1.684
Mecklenburg-Vorpommern	306	536	300	842	1.142
Nordrhein-Westfalen	766	967	520	1.733	2.252
Niedersachsen	352	561	408	913	1.321
Rheinland-Pfalz	669	815	411	1.485	1.895
Saarland	869	819	506	1.688	2.194
Sachsen	312	531	288	843	1.131
Sachsen-Anhalt	303	531	273	834	1.107
Schleswig-Holstein	293	681	466	974	1.439
Thüringen	234	684	289	918	1.206

Quelle: Daten von 11.129 vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß Angaben im Pflegegeltsen, freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom vdek

Abbildung 1.3: Eigenanteile nach Bundesländern in Euro pro Monat



Quelle: Daten von 11.129 vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß Angaben im Pflegegeltsen, freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom vdek

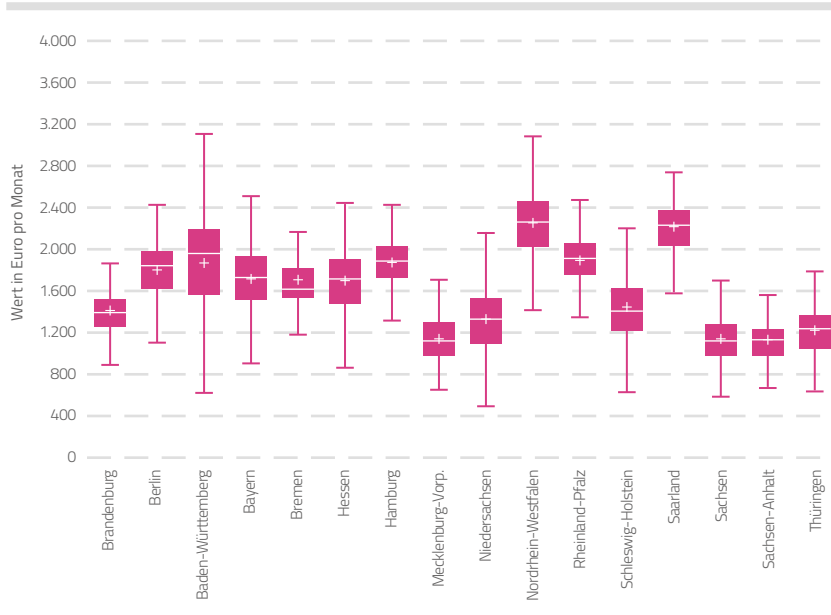
Erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern zeigen sich bei allen Bestandteilen des Gesamtentgeltes. So betragen die durchschnittlichen EEE im Saarland das 3,7-Fache derer in Thüringen, während die Investitionskosten in Bremen immerhin fast doppelt so hoch sind wie in Sachsen-Anhalt. Bezogen auf die EEE weisen das Saarland und Berlin die höchsten Werte auf, gefolgt von Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Bayern.

Dieses Ranking ändert sich, wenn die Entgelte für die Unterkunft und Verpflegung hinzugenommen werden. Dann übersteigen die Werte für Nordrhein-Westfalen schon deutlich die des Saarlandes, während Rheinland-Pfalz hinter Baden-Württemberg auf den vierten Rang aufrückt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Zurechnung von Gemeinkosten zu pflegebedingten Aufwendungen auf der einen und Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung auf der anderen Seite nicht bundeseinheitlich sind (Augurzyk et al. 2008b). Insbesondere in Nordrhein-Westfalen wird ein größerer Teil bestimmter Gemeinkosten dem Bereich der Unterkunft und Verpflegung zugeordnet, sodass eine gemeinsame Betrachtung beider Kostenblöcke sinnvoll ist. Für die Heimbewohner am aussagekräftigsten ist aber letztlich der Gesamteigenanteil (Summe der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie der Investitionskosten). Dieser Wert liegt in NRW (monatlich 2.253 Euro) und im Saarland (monatlich 2.194 Euro) deutlich über den Werten von Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Hamburg und Berlin (jeweils im Bereich von 1.800 bis 1.900 Euro). Dieser insgesamt von einem Pflegebedürftigen aufzubringende Betrag liegt in NRW damit mehr als doppelt so hoch wie in Sachsen-Anhalt (Abbildung 1.3).

Die Abbildungen 1.4 und 1.5 enthalten die Boxdiagramme für die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile beziehungsweise die gesamten privat zu erbringenden Kosten für die 16 Bundesländer. Sie verdeutlichen, dass sich nicht nur die Mittelwerte unterscheiden, sondern auch die Streuungen. So ist der Interquartilsabstand bei den EEE in Baden-Württemberg mit 490 Euro mehr als dreimal so hoch wie in Berlin (121 Euro) und der Interquartilsabstand des gesamten Eigenanteils mit 630 Euro in Baden-Württemberg mehr als doppelt so hoch wie in Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen,

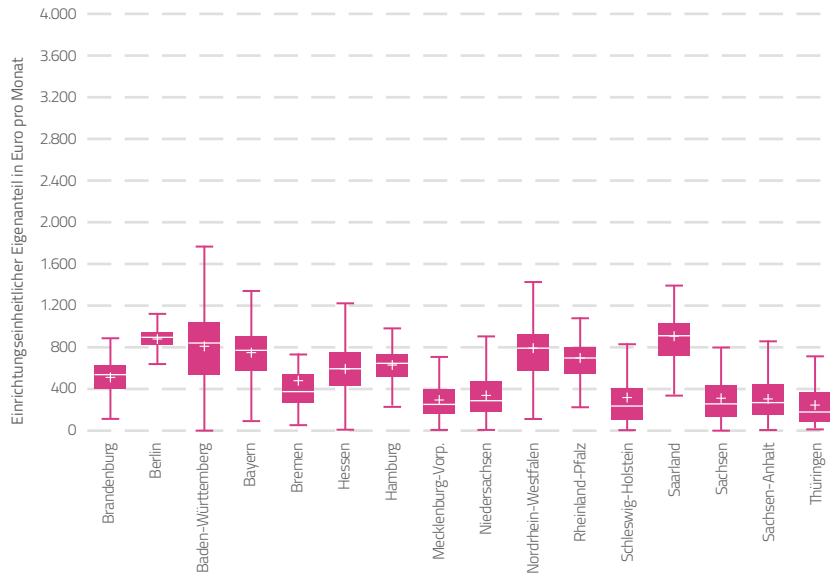
aber auch wie in Nordrhein-Westfalen. Generell ist die Streuung in den Stadtstaaten hier geringer, weil die stärkere räumliche Konzentration über die Konkurrenzsituation eine stärkere Homogenisierung bewirkt.

Abbildung 1.4: Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil nach Bundesländern im Mai 2017



Quelle: Daten von 11.129 vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß Angaben im Pflgelotsen, freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom vdek

Abbildung 1.5: Gesamteigenanteile nach Bundesländern im Mai 2017

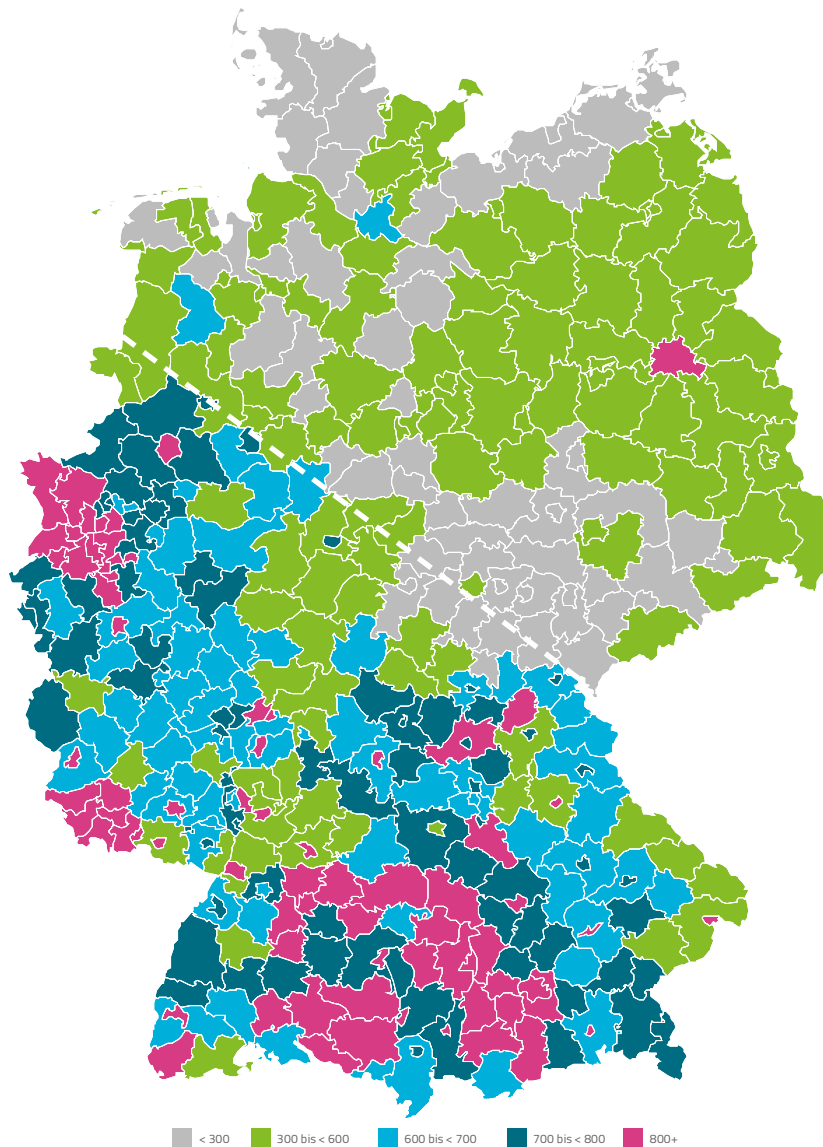


Quelle: Daten von 11.129 vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß Angaben im Pflegelotsen, freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom vdek

1.1.3 Kommunale Ebene

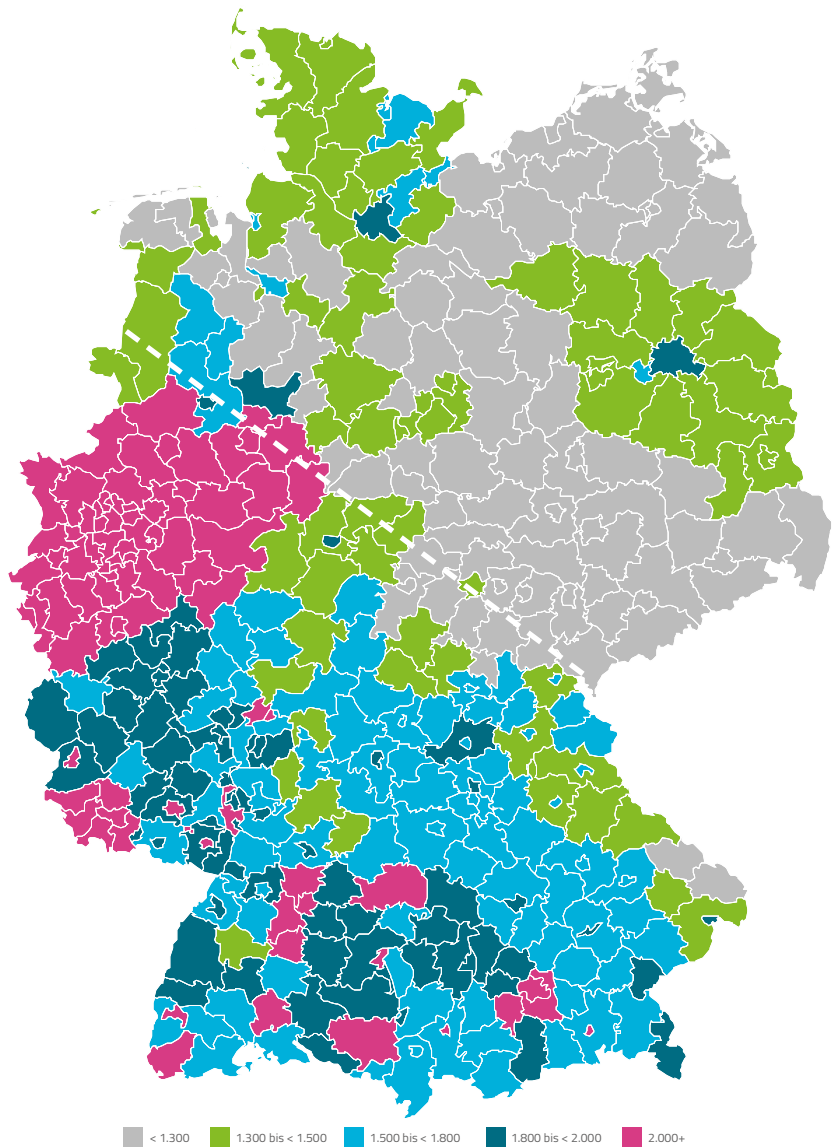
Dass die Effekte keine reinen Ländereffekte sind, sondern sich die Unterschiede auch bei einer Betrachtung der Kommunen zeigen, illustrieren die Abbildungen 1.6 und 1.7, die die EEE sowie die gesamten Eigenanteile auf Ebene der gut 400 Kreise und kreisfreien Städte enthalten. Als Klassengrenzen wurden dabei jeweils die auf ganzzahlige Hundert Euro gerundeten Quintilswerte festgesetzt, sodass jede Klasse annähernd ähnlich viele Einrichtungen enthält.

Abbildung 1.6: Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil in den Kreisen und kreisfreien Städten



Quelle: Daten von 11.129 vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß Angaben im Pflegeatlanten, freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom vdek

Abbildung 1.7: Vom Pflegebedürftigen aufzubringender Gesamteigenanteil
in den Kreisen und kreisfreien Städten



Quelle: Daten von 11.129 vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß Angaben im Pflegelotzen, freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom vdek

Bezüglich der EEE ist eine – in der Abbildung 1.6 durch eine weiße Linie angedeutete – Zweiteilung Deutschlands in einen nordöstlichen und südwestlichen Teil erkennbar. Liegen die EEE im Nordosten – mit Ausnahme der Metropole Berlin – ganz überwiegend im ersten und zweiten Quintil, also in einem Bereich bis zu einem monatlichen Betrag von 600 Euro, liegen sie im Südwesten überwiegend im dritten bis fünften Quintil bei mehr als 600 Euro. Diese Zweiteilung verstärkt sich noch, wenn auf den vom Pflegebedürftigen aufzubringende Gesamteigenanteil abgestellt wird (Abbildung 1.7). Auffällig ist hierbei aber, dass die nordrhein-westfälischen Kommunen nunmehr fast ausnahmslos im teuersten Quintil angesiedelt sind. Da die Klassengrenzen in Anlehnung an die Quintilswerte bestimmt wurden und das oberste Quintil schon weitgehend mit den nordrhein-westfälischen Kommunen gefüllt ist, finden sich die bayerischen und baden-württembergischen Kommunen nunmehr häufiger im zweithöchsten Quintil wieder.

1.2 Veränderungen im Vergleich zu 2015

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz führt im stationären Bereich zu Mehrausgaben der Sozialen Pflegeversicherung, die allein für die Bestandsfälle auf 1,35 Milliarden Euro beziffert wurden (Rothgang et al. 2015b: 50).⁵ Zusätzlich entstehen Kosten für den Besitzstandsschutz gemäß § 141 SGB XI. Nachstehend wird zunächst abgeschätzt, wie hoch diese Besitzstandskosten im Jahr 2017 sein dürften (Kapitel 1.2.1). Die Mehrausgaben für die Bestandsfälle und für den Besitzstandsschutz führen zu finanziellen Entlastungseffekten für die Heimbewohner (Kapitel 1.2.2) sowie Mehreinnahmen der Pflegeheime (Kapitel 1.2.3), die jeweils beziffert werden. Abschließend werden die finanziellen Effekte des PSG II noch einmal zusammenfassend dargestellt (Kapitel 1.2.4).

⁵ Hierbei wird implizit unterstellt, dass diese Bewohner das ganze Jahr 2017 erleben. Tatsächlich wird aber etwa ein Viertel der Heimbewohner im Laufe des Jahres versterben, sodass im Jahresdurchschnitt nur 7/8 der schon am 1. Januar 2017 in Pflegeheimen lebenden Bewohner vorhanden sind. Für diese Personen entstehen entsprechend geringere Mehrausgaben von 1,18 Milliarden Euro. Würden die versterbenden Personen durch identische Neufälle ersetzt, die – ohne Berücksichtigung des Zwillingseffektes (hierzu Rothgang et al. 2016) – gleich eingestuft würden, bliebe es bei der ursprünglichen Summe.

1.2.1 Kosten des Besitzstandsschutzes für Heimbewohner

Der Besitzstandsschutz kommt dann zum Tragen, wenn der einrichtungseinheitliche Eigenanteil von Heimbewohnern, die schon vor dem 1. Januar 2017 in einem Heim gelebt haben, höher ist als die Eigenanteile, die sie zuvor zahlen mussten. Zur Berechnung der tatsächlichen Ausgaben für diesen Besitzstandsschutz sind daher Individualdaten notwendig, die derzeit (noch) nicht vorliegen. Erste Abschätzungen können aber anhand von Mittelwerten vorgenommen werden. In der Tabelle 1.3 sind daher für alle Bundesländer die Differenzen zwischen den EEE im Mai 2017 und den Eigenanteilen angegeben, die sich für die drei Pflegestufen auf Basis der Pflegestatistik vom Dezember 2015 ergeben. Für die Zahl der Pflegebedürftigen wird – wie im letztjährigen Pflegebericht – wiederum von einem Wert von 683.116 Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) in vollstationärer Dauerpflege ausgegangen (also ohne die Kurzzeitpflege und ohne die Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe), die anhand der Pflegestatistik auf die Pflegestufen und Länder verteilt werden. Zur Ermittlung der Kosten der Besitzstandswahrung werden die negativen Eigenanteilsdifferenzen mit den jeweiligen Fallzahlen multipliziert und die Produkte dann addiert.

Tabelle 1.3: Kosten für die Besitzstandswahrung gemäß § 141 SGB XI

Bundesland	Heimbewohner			Eigenanteilsdifferenz (in Euro pro Monat)			Ausgaben für Besitzstands- wahrung (in Mio. Euro) pro Monat pro Jahr	
	Pflegestufe			Pflegestufe			pro Monat	pro Jahr
	I	II	III	I	II	III		
Baden-Württemberg	30.604	32.995	16.099	155	-71	-388	4,755	57,062
Bayern	38.181	35.101	20.071	17	-137	-166	0,646	7,752
Berlin	11.326	9.636	4.238	235	-78	-214	2,657	31,886
Brandenburg	7.731	9.755	4.048	203	114	-172	2,687	32,247
Bremen	2.263	2.020	1.113	357	-69	-249	0,808	9,698
Hamburg	5.430	5.201	2.809	288	-81	-436	1,564	18,763
Hessen	18.722	17.896	9.269	201	-77	-334	3,771	45,249
Mecklenburg-Vorpommern	6.575	7.217	3.093	82	-55	-253	0,538	6,455
Niedersachsen	31.986	31.111	16.470	53	-101	-245	1,684	20,205
Nordrhein-Westfalen	57.106	56.962	29.054	346	4	-344	19,969	239,631
Rheinland-Pfalz	12.883	12.458	5.044	242	76	-365	4,065	48,778
Saarland	4.015	3.509	1.528	203	-140	-483	0,813	9,758
Sachsen	15.417	18.862	8.785	155	42	-225	3,183	38,193
Sachsen-Anhalt	9.262	11.363	4.682	136	13	-50	1,405	16,855
Schleswig-Holstein	12.768	11.268	5.354	-43	-132	-231	0,000	0,000

Bundesland	Heimbewohner			Eigenanteilsdifferenz (in Euro pro Monat)			Ausgaben für Besitzstands- wahrung (in Mio. Euro)	
	Pfleigestufe			Pfleigestufe			pro Monat	pro Jahr
	I	II	III	I	II	III		
Thüringen	8.447	9.144	4.158	123	-29	-253	1,038	12,459
Gesamt	272.715	274.496	135.815	161	-56	-286	49,583	594,992

Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf den Werten der Abbildung 1.8 - 1.10 für die durchschnittlichen Eigenanteilssteigerungen nach Pflegestufe und Bundesland und der Pflegestatistik vom Dezember 2015 für die Verteilung der Pflegebedürftigen auf Pflegestufen nach Ländern. Für die Zahl der Pflegebedürftigen wird von 683.116 Versicherten SPV in vollstationärer Dauerpflege ausgegangen.

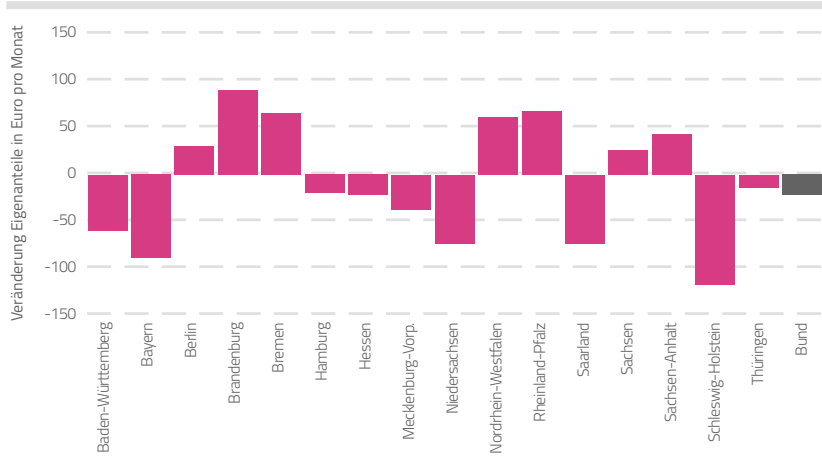
Im Ergebnis zeigt sich ein Wert von knapp 600 Millionen Euro für das Jahr 2017. Allerdings wird bei der skizzierten Berechnung unterstellt, dass alle Heimbewohner, die bereits im Januar 2017 im Heim gelebt haben, auch nach einem Jahr noch dort leben. Tatsächlich beträgt die einjährige Überlebensrate einer Prävalenzkohorte im Heim aber nur 75 Prozent. Wird daher mit einem – hier nicht weiter nach den Pflegestufen differenzierten – Jahresdurchschnitt von 87,5 Prozent gerechnet, reduzieren sich die errechneten Ausgaben für den Besitzstandsschutz auf rund 520 Millionen Euro. Dieser Wert unterschätzt andererseits aufgrund der Durchschnittswertbildung die realen Kosten. Liegt die Eigenanteilsdifferenz in einem Heim zum Beispiel bei 100 Euro, in einem zweiten (gleich großen) aber bei -100 Euro, ergibt die Durchschnittsbildung Besitzstandsschutzkosten von null Euro, während der reale Wert bei den Bewohnern des einen Heims Null, bei denen des anderen aber 100 Euro im Durchschnitt also 50 Euro beträgt. Dieser Effekt der Durchschnittsbildung zeigt sich auch schon, wenn das obige Verfahren auf Basis der Bundesdurchschnitte angewandt wird. Dann ergeben sich rechnerisch nur Besitzstandskosten von 460 Millionen Euro (bei Berücksichtigung des Versterbens), also zwölf Prozent weniger. Entsprechend ist davon auszugehen, dass die Kosten höher liegen, wenn von der Landesebene auf die Ebene der individuellen Heime übergegangen wird. Andererseits wird für die Berechnung von den durchschnittlichen Eigenanteilen ausgegangen, die sich auf Basis der Pflegestatistik für Dezember 2015 ergeben. Der bis zur Umstellung bereits erfolgte Anstieg reduziert die Besitzstandsschutzkosten, sodass hier eine Überschätzung erfolgt. Nachfolgend wird daher davon ausgegangen, dass sich die Über- und Unterschätzung in etwa die Waage halten.

1.2.2 Entlastung der Heimbewohner

Die finanziellen Effekte des PSG II für die Heimbewohner lassen sich ermitteln, indem die zuvor getragenen Eigenanteile für die pflegebedingten Kosten mit den einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen nach dem Übergang auf eine Vergütung nach Pflegegraden verglichen werden. Diese Effekte unterscheiden sich von Einrichtung zu Einrichtung und differenzieren nach der Pflegestufe. Dabei kommt es in der Pflegestufe I tendenziell zu einer Belastung, die allerdings durch die Besitzstandssicherungsklausel des § 141 SGB XI aufgefangen wird, während es in den Pflegestufen II und III in der Tendenz zu Entlastungen kommt. Um den Gesamteffekt darzustellen, wurden die durchschnittlichen Eigenanteile auf Länderebene im Dezember 2015, die sich aus der Differenz der Pflegesätze und den Pflegeversicherungsleistungen gemäß § 43 SGB XI ergeben, vom einrichtungseinheitlichen Eigenanteil im Mai 2017 (Tabelle 1.2) abgezogen. Um einen Gesamteffekt über die Pflegestufen I bis III hinweg zu ermitteln, wurden dabei die landesspezifischen Pflegestufenverteilungen gemäß der Pflegestatistik vom Dezember 2015 zugrunde gelegt. Wie die Abbildung 1.8 zeigt, sinkt der durchschnittliche Eigenanteil bundesweit um 22 Euro im Monat beziehungsweise 264 Euro im Jahr. Dieser durchschnittliche Entlastungseffekt ist somit sehr gering.

Bei einer Differenzierung nach Bundesländern zeigt sich zudem, dass es nur in neun Bundesländern zu einer Entlastung, in sieben Bundesländern aber zu einer Belastung kommt. Zu größeren durchschnittlichen Entlastungen kommt es dabei in Bayern, Niedersachsen, dem Saarland und in Schleswig-Holstein, während die größten Belastungen in Brandenburg und dann in Bremen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz zu erkennen sind. Ein gut interpretierbares Ländermuster entsteht auf diese Weise nicht. Zu vermuten ist, dass die landesspezifischen Regelungen nach § 92 c SGB XI und die jeweiligen PEA-Quoten ausschlaggebend gewesen sein dürften.

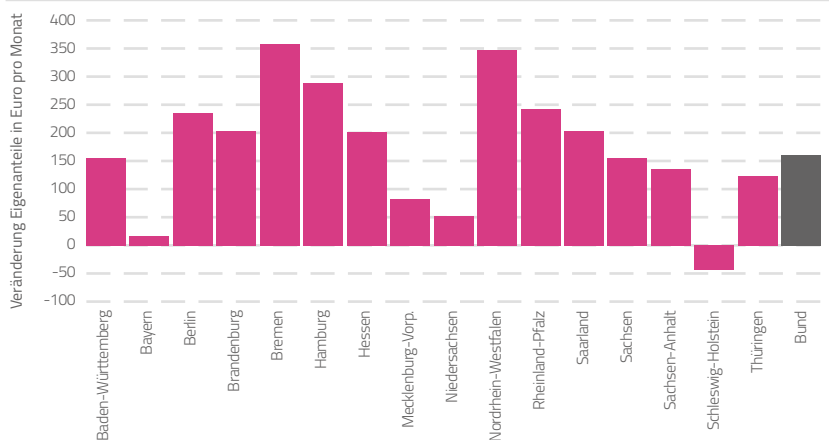
Abbildung 1.8: Veränderung der durchschnittlichen monatlichen Eigenanteile



Quelle: Daten von 11.129 vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß Angaben im Pflegegeltsen, freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom vdek

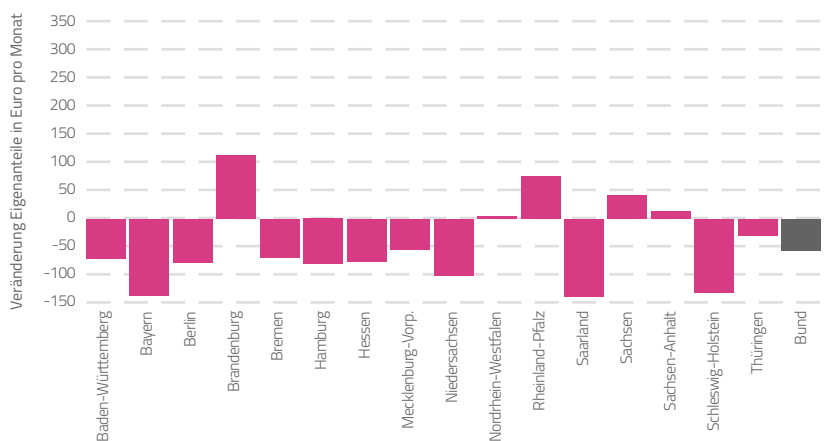
Eine Differenzierung nach Pflegestufen wird in den Abbildungen 1.9 bis 1.11 vorgenommen. Beim Vergleich der Abbildungen zeigt sich, dass sich das Länderranking zwischen den einzelnen Pflegestufen verschiebt. Ist etwa die Belastung durch die Umstellung in Pflegestufe I in Berlin höher als in Brandenburg, zeichnet sich Brandenburg in Pflegestufe II durch eine erhebliche Belastung aus, während es in Berlin zu einer Entlastung kommt. Durchgängig kommt es aber – ohne Berücksichtigung des Besitzstandsschutzes – in der Pflegestufe I (mit Ausnahme des Landes Schleswig-Holstein) zu einem reformbedingten Anstieg der Eigenanteile, während es in der Pflegestufe III in allen Bundesländern zu einer Reduktion dieser Eigenanteile kommt. In immerhin fünf Bundesländern liegen die Eigenanteile auch in der Pflegestufe II nach der Reform höher als vorher – auch wenn sich bundesweit eine Entlastung von mehr als 50 Euro pro Monat ergibt.

Abbildung 1.9: Veränderung der monatlichen Eigenanteile 2015 bis 2017, Pflegestufe I



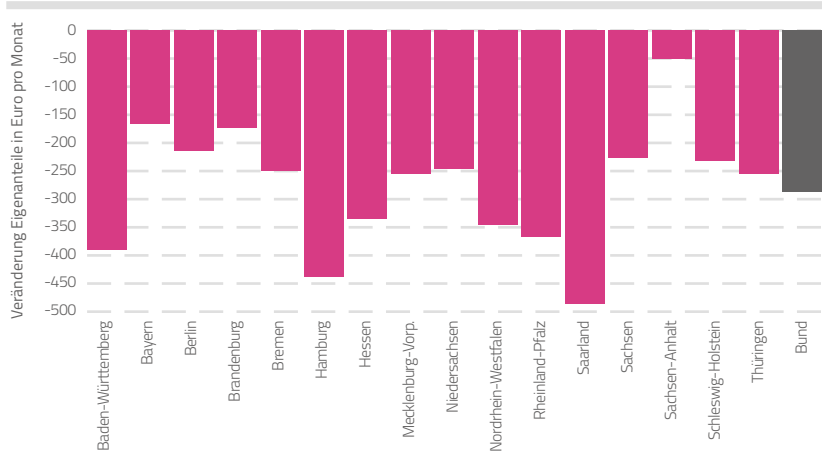
Quelle: Daten von 11.129 vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß Angaben im Pflegeleitens, freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom vdek

Abbildung 1.10: Veränderung der monatlichen Eigenanteile 2015 bis 2017, Pflegestufe II



Quelle: Daten von 11.129 vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß Angaben im Pflegeleitens, freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom vdek

Abbildung 1.11: Veränderung der monatlichen Eigenanteile 2015 bis 2017, Pflegestufe III



Quelle: Daten von 11.129 vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß Angaben im Pflegeatlanten, freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom vdek

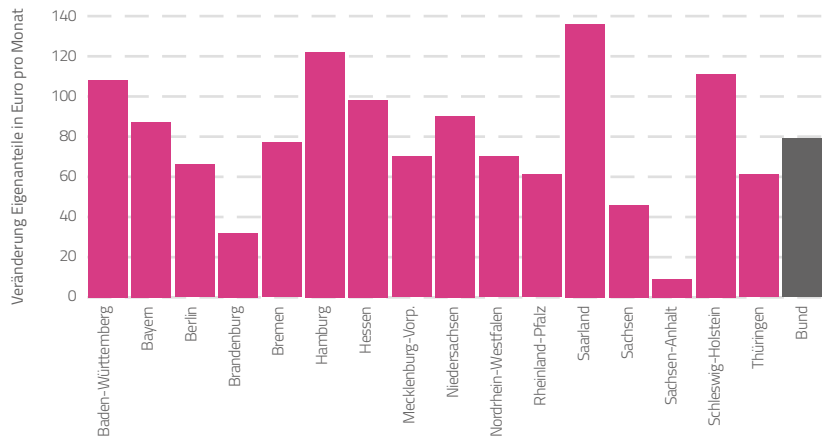
Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Belastungen regelmäßig durch die Besitzstands-sicherung ausgeglichen werden. Um die tatsächlich für die Heimbewohner wirksamen Effekte abzuschätzen, wurden in der Abbildung 1.12 nur die positiven Entlastungs-beträge in jedem Land und für jede Pflegestufe berücksichtigt. Um den Durchschnitt zu ermitteln, wurden wiederum die Pflegestufenstruktur aus der Pflegestatistik für Dezember 2015 herangezogen und die auch schon im letztjährigen Pflegereport verwendeten PEA-Quoten von 46 Prozent in der Pflegestufe I, 69 Prozent in der Pflegestufe II und 88 Prozent in der Pflegestufe III bundeseinheitlich zur Überleitung von Pflegestufen in die Pflegegrade verwendet.

Wie die Abbildung zeigt, ergibt sich nunmehr ein bundesweiter Wert von 79 Euro pro Monat beziehungsweise 952 Euro pro Jahr, der aber stark zwischen den Ländern streut und von 136 Euro im Saarland bis zu neun Euro in Sachsen-Anhalt reicht.

Werden diese Angaben entsprechend der Personenzahlen zu Beginn des Jahres auf das ganze Jahr umgerechnet, ergibt sich eine Gesamtentlastung der Heimbewohner in den

alten Pflegestufen I bis III in Höhe von insgesamt 650 Millionen Euro. Wird auch hier wieder davon ausgegangen, dass nur drei Viertel dieser Heimbewohner das ganze Jahr überleben, verbleiben immer noch Entlastungen von 569 Millionen Euro für diesen Personenkreis.

Abbildung 1.12: Durchschnittliche Entlastung der Heimbewohner durch das PSG II



Quelle: Daten von 11.129 vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß Angaben im Pflegelotus, freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom vdek

1.2.3 Mehreinnahmen der Heimbetreiber

Die Auffangregelung der §§ 92 d und 92 e SGB XI haben für die Pflegeheime im Wesentlichen eine budgetneutrale Umstellung der Heimentgelte vorgesehen. Tatsächlich haben aber die meisten Einrichtungen gemäß § 92 c SGB XI umgestellt, der in den meisten Bundesländern Zuschläge vorgesehen hat (Tabelle 1.4; Rothgang et al. 2015b: 35ff.). Für die Heimbetreiber sind die Umstellungen daher im Durchschnitt mit Mehreinnahmen verbunden.

Tabelle 1.4: Länderregelungen gemäß § 92 c SGB XI

Bundesland	Zentrale Regelungen bei Überleitung gemäß § 92c SGB XI
Baden-Württemberg	kein Zuschlag, aber Personalmehrung begründet mit dem „Rothgang-Effekt“ und den PSG II-bedingten Verbesserungen
Bayern	Vergütungszuschläge von 2,5 % bis 3,7 % (je nach EA-Quote) auf das Personalbudget, zeitlich befristet bis 30.09.17
Berlin	0,5 % Vergütungszuschlag ab 2016, dauerhaft; Personalmengensteigerung
Brandenburg	einmaliger Zuschuss für die Weiterbildung hinsichtlich des PSG II für 2017, Personalmengensteigerung
Bremen	Vergütungszuschlag zwischen 1,25 % und 3,75 % je nach EA-Quote
Hamburg	kein Vergütungszuschlag, aber Personalmengensteigerung
Hessen	Vergütungszuschlag ab 01.01.17 zur Finanzierung von Personalmengensteigerung, die aber erst später (frühestens am 01.06.17) nachgewiesen werden muss
Mecklenburg-Vorpommern	auf 6 Monate befristeter Vergütungszuschlag von 0,5 % der Grundlohnsumme für sechs Monate zzgl. 0,456 % je weiteren Monat für Einrichtungen mit im Jahr 2016 auslaufenden Pflege-satzvereinbarungen sowie 0,25 % je Monat bis zum nächsten Abschluss für andere; pflegestufenunabhängiger Personalausschlag von 1 : 50 zur Personalmengensteigerung
Niedersachsen	Zuschlag zwischen 1,3 % und 3,7 % (je nach EA-Quote), zeitlich befristet bis zur nächsten Folgerverhandlung
Nordrhein-Westfalen	Personalmengensteigerung um 6,8 % mit Nachweispflicht ab dem 2. Quartal
Rheinland-Pfalz	Vergütungszuschlag von 4,39 % zum 31.12.2016 mit Laufzeit bis zum 31.12.2018, zzgl. PSG II-Zuschlag von 1,1 bis 3,9 % in Abhängigkeit vom PEA-Anteil
Saarland	PSG II-Zuschlag von 2,85 % auf pflegebedingte Aufwendungen zum 31.12.16
Sachsen	einmaliger Zuschlag von 4 % ab 01.01.2017 auf die umgestellten Pflegesätze; Personalanpassung nach EVIS-Werten
Sachsen-Anhalt	Vergütungszuschlag von 2,7 % verbunden mit Personalmengensteigerung
Schleswig-Holstein	Steigerungsraten auf Basis vorverhandelter Werte für ein Jahr: Personalkosten 2,5 %; Fremdleistungen 2,0 %; Sachkosten 1,0 %
Thüringen	PSG II-Zuschlag von 5,0 %, ggfs. Personalmengensteigerung

Datenbezug: eigene Zusammenstellung auf Basis der Länderregelungen sowie Tybussek 2016

Für die Berechnung dieser Mehreinnahmen stellt sich wiederum das Problem, dass ein Vergleich der Einnahmen von 2017 mit denen etwa des Jahres 2015 von anderen Faktoren, insbesondere der demografisch bedingten Fallzahlsteigerung, beeinflusst wird. Nachstehend wird daher wieder eine Differenzialanalyse vorgenommen, bei der die Bewohnerzahl und -struktur im Vergleich von 2015 zu 2017 als unverändert unterstellt wird. Unter Hinzuziehung bundesweit einheitlicher PEA-Quoten (weiter oben) kann dann

die Überleitung der Heimbewohner in die Pflegegrade simuliert werden (Tabelle 1.5). Werden die Bewohnerzahlen den jeweiligen durchschnittlichen Pflegesätzen angepasst, wie sie sich aus der Pflegestatistik für Dezember 2015 und den Leistungssätzen des § 43 SGB XI zuzüglich der empirisch für Mai 2017 erhobenen EEE ergeben, resultieren die Einnahmen nach altem und neuem Recht (Tabelle 1.5, Spalte 7 und 8). Bezogen auf ein Jahr beträgt diese Differenz 1,242 Milliarden Euro (Tabelle 1.5). Dies entspricht 8,3 Prozent der Einnahmen für pflegebedingte Aufwendungen für das Jahr 2015.

Tabelle 1.5: Mehreinnahmen für Heimbetreiber

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7) = (4)*(5)	(8) = (4)*(6)	(9) = (8)-(7)
PS I	ohne EA	2	151.098	1.490	1.345	225,136	203,227	-21,909
PS I	mit EA	3	128.714	1.490	1.848	191,784	237,863	46,080
PS II	ohne EA	3	81.915	1.973	1.848	161,618	151,379	-10,239
PS II	mit EA	4	182.326	1.973	2.361	359,729	430,472	70,742
PS III	ohne EA	4	16.688	2.428	2.361	40,518	39,400	-1,118
PS III	mit EA	5	122.375	2.428	2.591	297,127	317,074	19,947
Summe			683.116			1.276	1.379	103,503
pro Jahr in Mrd. Euro						15,311	16,553	1,242

Quelle: eigene Berechnungen basierend auf Rothgang et al. 2015: 33 (Spalte 4), der Pflegestatistik 2015 (Spalte 5) und Tabelle 1.1 (Spalte 6)

Diese Einnahmensteigerung umfasst zum einen die normale Anpassung der Pflegesätze aufgrund von Lohn- und Sachkostensteigerungen. Für den Zeitraum von Dezember 2015 bis Mai 2017 wäre auf Basis der Erfahrungen der Vergangenheit hier eine Steigerung von etwa 2,4 Prozent zu erwarten gewesen.⁶ Weitere Mehreinnahmen von knapp sechs Prozent sind somit direkt oder indirekt der Umstellung selbst geschuldet. Diese Mehreinnahmen dienen dabei unter anderem der Kompensation des im letzten Pflegereports ausführlich dargestellten Zwillingeffektes (Rothgang et al. 2016: 41ff.), der in der Diskussion zum Teil auch als Rothgang-Effekt bezeichnet wird. Dieser Effekt

⁶ Von 2011 bis 2015 belief sich die durchschnittliche jährliche Steigerung der Pflegesätze auf 1,7 Prozent in Pflegestufe I und II beziehungsweise 1,3 Prozent in Pflegestufe III, insgesamt damit auf rund 1,6 Prozent. Für einen Zeitraum von 1,5 Jahren ergibt sich hieraus eine Steigerung von 2,4 Prozent. Wird ein längerer Stützzeitpunkt zugrunde gelegt, zeigen sich niedrigere durchschnittliche Steigerungen der Pflegesätze von 1,3 Prozent (Pflegestufe I und II) beziehungsweise 1,1 Prozent (Pflegestufe III) (geometrisches Mittel). Allerdings ist davon auszugehen, dass im Vorgriff auf die Neuregelungen des PSG II schon im Jahr 2016 höhere Entgeltsteigerungen verhandelt wurden. Auch diese können aber als vorgezogene Reformfolgen angesehen werden.

beschreibt, dass Pflegebedürftige durch eine Überleitung zu hoch eingestuft werden. Werden sie dann im Zeitverlauf durch andere Heimbewohner mit dem gleichem Pflegebedarf ersetzt, sinken – ceteris paribus – die Einnahmen der Heime, ohne dass sich ihr Aufwand verringert. Dieser Effekt, der auf Unterschieden zwischen einer Neueinstufung und einer Überleitung beruht und im Rahmen der Erprobungsstudien identifiziert werden konnte, wurde auf drei bis vier Prozent über einen Zeitraum von zwei Jahren geschätzt und wird durch die erzielten Mehreinnahmen (über-)kompensiert.

Zu beachten ist dabei jedoch, dass die PSG II-Zuschläge in einigen Bundesländern (Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz) zeitlich befristet sind (Tabelle 1.4). Wird der Wegfall dieser Zuschläge nicht in den Pflege-satzverhandlungen aufgefangen, kommt es – ceteris paribus – wieder zu sinkenden Heimentgelten. Schließlich ist zu beachten, dass die Zuschläge zum Teil explizit an die Vorgaben zur Personalmengenausweitung geknüpft sind. Die empirisch festgestellten Mehreinnahmen gehen daher mit Mehrausgaben einher und dürfen nicht mit einer Gewinnsteigerung verwechselt werden. Insgesamt sollten die von den Einrichtungen erzielten Mehreinnahmen im Mittel jedenfalls ausreichen, um die Umstellungskosten der Einrichtungen abzudecken.

1.2.4 Zusammenfassung der finanziellen Effekte des PSG II in vollstationärer Pflege für Pflegeversicherung, Heimbewohner und Heimbetreiber

Die Neuregelungen des PSG II führen zu Mehrausgaben der Pflegeversicherung, die sich als Mehreinnahmen der Heimbetreiber und Minderausgaben der Heimbewohner niederschlagen.

Bereits im letztjährigen Pflegereport wurden die Mehrausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für die vollstationäre Pflege (ohne die Kosten der Besitzstandswahrung) auf 1,35 Milliarden Euro geschätzt (Rothgang et al. 2016: 50). Die Berechnungsgrundlagen hierfür bildeten die Leistungshöhen der Pflegeversicherung für Leistungen nach § 43 SGB XI, die auf das Jahr 2017 hochgerechnete Zahl der Heimbewohner in der Sozialen Pflegeversicherung und ihre Verteilung auf die Pflegestufen sowie nach Pflegestufen differenzierte Anteilswerte für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

Die Leistungshöhen sind dabei vorgegeben und unstrittig. Der Anteil der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wurde dagegen empirisch aus den Daten der BARMER gewonnen. Allerdings ist nicht sicher, in welchem Umfang die Pflegeeinrichtungen im Zuge der Umstellung strategisch auf die PEA-Quoten Einfluss genommen haben und ob diese im September 2016 noch weitgehend unverändert im Vergleich zum Dezember des Jahres 2015 waren. Auch die Hochrechnung der Zahl der Pflegebedürftigen ist mit Unsicherheiten behaftet. Für Differenzialanalysen zu den Auswirkungen des PSG II pro Pflegebedürftigen ist dies weitgehend irrelevant, für die Gesamtausgabeneffekte hingegen nicht. Nichtsdestotrotz ist der Wert von 1,35 Milliarden Euro ein guter Punktschätzer für die differenziellen Mehrausgaben bei den Leistungen gemäß § 43 SGB XI.

Die Mehrausgaben für den Besitzstandsschutz gemäß § 141 SGB XI wurden in Kapitel 1.2.1 auf 595 Millionen Euro geschätzt, jedoch unter der Voraussetzung, dass die Heimbewohner das Jahr 2017 vollständig überleben. Wird dagegen berücksichtigt, dass erfahrungsgemäß etwa ein Viertel einer Bestandskohorte von Heimbewohnern innerhalb von zwölf Monaten verstirbt, reduzieren sich diese Kosten für das Jahr 2017 auf 520 Euro. Allerdings weist diese Berechnung eine methodische Schwäche auf: Die Belastung von Heimbewohnern wurde auf Basis von Landesdurchschnittswerten errechnet. Dabei werden aber die Einrichtungen, bei denen der neue Eigenanteil oberhalb des alten liegt, und solche mit gegenteiligen Relationen miteinander verrechnet. In der Realität greift der Besitzstandsschutz dagegen in jedem einzelnen Fall. Dies führt zu einer Unterschätzung der Ausgaben für den Besitzstandsschutz, die gleichzeitig dadurch überschätzt werden, dass die Eigenanteile von Dezember 2015 zum Vergleich herangezogen wurden und nicht die von Dezember 2016, die sicherlich höher liegen.

Die Mehrausgaben für die Bestandsfälle und den Besitzstandsschutz kommen den Heimbewohnern und Heimbetreibern zugute. Die Entlastung der Heimbewohner durch verringerte Eigenanteile wurde im Kapitel 1.2.2 auf rund 650 Millionen Euro geschätzt, wenn unterstellt wird, dass die Heimbewohner das ganze Jahr überleben. Wird die durchschnittliche Überlebensquote herangezogen, reduziert sich dieser Betrag auf rund 570 Millionen Euro. Allerdings bestehen auch hierbei die beiden genannten Quellen der Über- und Unterschätzung.

Für die Heimbetreiber wurden in Kapitel 1.2.3 – ceteris paribus, das heißt insbesondere bei konstanter Zahl der Heimbewohner – Mehreinnahmen in Höhe von insgesamt 1,242 Milliarden Euro berechnet. Wird auch hier die Quote der Todesfälle berücksichtigt, ergeben sich immer noch Mehreinnahmen von 1,085 Milliarden Euro.

Die Tabelle 1.6 fasst diese Zahlen noch einmal zusammen. Dabei werden drei Szenarien unterschieden:

- Szenario 1 gibt die Effekte an, die sich ergeben, wenn – kontrafaktisch – unterstellt wird, dass die Bewohner das ganze Jahr überleben,
- Szenario 2 enthält die Effekte nur für die Bestandsfälle unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Raten von Todesfällen
- Szenario 3 unterstellt, dass die Versterbenden durch identische Bewohner ersetzt werden, von denen – ohne Berücksichtigung des Zwillingseffektes – angenommen wird, dass sie im selben Pflegegrad eingestuft werden.

Tabelle 1.6: Mehrausgaben, Mehreinnahmen und Entlastungen aufgrund der Umstellung in Millionen Euro

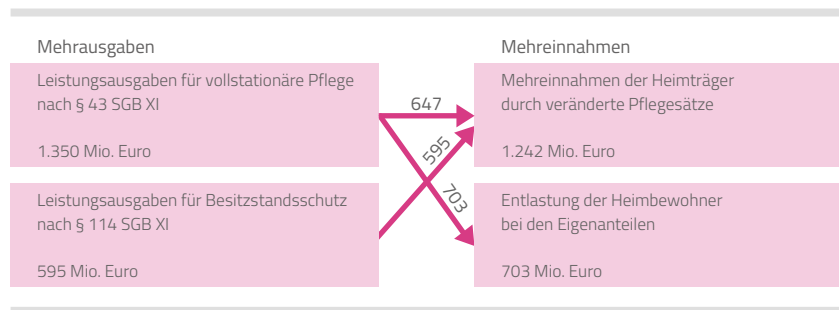
		Szenario 1: Heimbewohner überleben das ganze Jahr 2017 in der Einrich- tung	Szenario 2: Effekte nur für die jeweils überlebenden Heimbewohner	Szenario 3: Verstorbene Heimbewohner durch identische Bewohner ersetzt
(1)	Mehrausgaben der Pflegeversicherung für Leist. nach § 43 SGB XI	1.350	1.180	1.350
(2)	Mehrausgaben aufgr. der Besitzschutzregelung nach § 141 SGB XI	595	520	520
(3)	Entlastung der Heimbewohner durch niedrigere Eigenanteile	650	569	575
(4)	höhere Einnahmen der Heimbetreiber aufgr. höherer Pflegesätze	1.242	1.085	1.242
(5) = (1)+(2)	Mehrausgaben	1.945	1.700	1.870
(6) = (3)+(4)	Mehreinnahmen/Entlastung	1.892	1.654	1.817
(7) =	Saldo:			
(5)-(6)	Mehrausgaben – Mehreinnahmen	53	46	53
(3*) = (3)+(7)	korrigierte Entlastung der Heimbewohner	703	615	628

Quelle: Zusammenstellung der im Text ausgewiesenen Berechnungen

Insgesamt belaufen sich die Mehrausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für die vollstationäre Pflege im Jahr 2017 somit auf knapp zwei Milliarden Euro. Davon entfallen rund ein Drittel auf den Besitzstandsschutz (Ziffer 2), dessen Bedeutung im Zeitverlauf abnimmt, zwei Drittel aber sind den neuen Leistungshöhen geschuldet (Ziffer 1). Dieser Betrag müsste der Summe aus der Entlastung der Heimbewohner (Ziffer 3) und den Mehreinnahmen der Heime (Ziffer 4) entsprechen. Tatsächlich ergibt sich aber eine Differenz von rund 50 Millionen Euro, die auf die unterschiedlichen Ansätze verbunden mit den Datenbegrenzungen bei der Abschätzung der jeweiligen Effekte zurückzuführen ist. Unsicherheit besteht insbesondere bezüglich der Kosten der Besitzstandswahrung und spiegelbildlich bei der Entlastung der Heimbewohner, da hierbei jeweils nur Durchschnittswerte auf Landesebene berücksichtigt werden konnten. Um eine Übereinstimmung von Ausgaben und Einnahmen zu erzielen, wurde daher eine korrigierte Entlastung der Heimbewohner (Ziffer 3*) errechnet, die sich ergibt, indem auf die errechnete Entlastung noch der Saldo aus den Mehreinnahmen und -ausgaben hinzuaddiert wird. Etwa ein Drittel der Mehrausgaben kommt demnach den Pflegebedürftigen direkt zugute, rund zwei Drittel aber den Heimbetreibern, die damit in die Lage versetzt werden, den Zwillingeffekt zu (über-)kompensieren.

Die Abbildung 1.13 zeigt die auf diesen Zahlen beruhenden Zahlungsströme für Szenario 1, bei dem alle Heimbewohner Altfälle sind und unter den Besitzstandsschutz fallen.

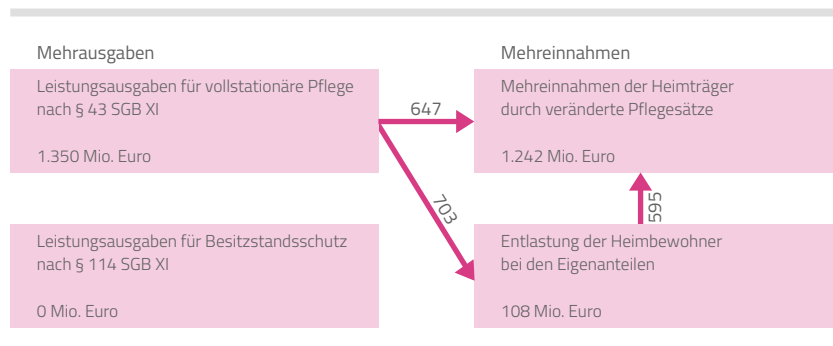
Abbildung 1.13: Zahlungsströme durch die Umstellung gemäß Szenario 1



Die Abbildung 1.14 bildet dagegen differenzialanalytisch ab, wie sich die Zahlungsströme verhalten, wenn die identische Bewohnerschaft keinen Besitzstandsschutz hat, also etwa, wenn alle Bewohner durch Neufälle ausgetauscht werden, die ansonsten gleich sind (Szenario 3). Diese Simulation bildet den langfristigen reinen Effekt der Umstellung ab, bei dem alle anderen sich im Zeitverlauf ergebenden Veränderungen durch die Ceteris-Paribus-Klausel ausgeblendet werden. Der Besitzstandsschutz ist dann weggefallen, sodass der Betrag von 595 Millionen Euro, der in Szenario 1 über den Besitzstandsschutz an die Heimbetreiber geflossen ist, nunmehr von den Heimbewohnern aufgebracht werden muss.

Für die Heimbetreiber ändert sich damit nichts, die Ausgaben der Pflegeversicherung reduzieren sich aber um diese 595 Millionen Euro, die nunmehr von den Heimbewohnern aufgebracht werden müssen. Für die Heimbewohner reduziert sich die Gesamtentlastung durch die Reform langfristig – ceteris paribus – somit auf rund 108 Millionen Euro, während die Mehreinnahmen der Einrichtungen rund zwölfmal so hoch sind. Langfristig bleiben die Eigenanteile der Heimbewohner durch die Reform somit praktisch unverändert, während sich die Einnahmesituation der Einrichtungen deutlich – und über das zur Kompensation des Zwillingseffekts benötigte Maß hinaus – verbessert, was sich insbesondere aufgrund der Zuschlagsregelungen des § 92 c SGG XI auch in einer etwas höheren Personalausstattung der Heime niederschlägt.

Abbildung 1.14: Zahlungsströme durch die Umstellung gemäß Szenario 3



Kapitel 2

Pflege im Spiegel der Statistik

2 Pflege im Spiegel der Statistik

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 die steigende Zahl der Pflegebedürftigen eher auf den demografischen Wandel zurückzuführen?

Weiterhin stellt sich die Frage nach der Zahl der pflegenden Menschen, also den informellen Pflegepersonen sowie den beruflich Pflegenden und damit auch nach 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 Beitrag werden die vorhandenen Informationen zu den genannten Fragen und Themen zusammengefasst und analysiert.

Zunächst werden dafür die Statistik der Pflegekassen und die Pflegestatistik, die vom Statistischen Bundesamt in Zusammenarbeit mit den Statistischen Landesämtern erhoben wird, sowie die weiteren verwendeten Datenquellen beschrieben (Kapitel 2.1). Kapitel 2.2 gibt einen grundlegenden Überblick über die zahlenmäßige Entwicklung der Pflegebedürftigen in Deutschland. Im Kapitel 2.3 wird auf die Versorgungsformen der Pflegebedürftigen und die Pflegeeinrichtungen eingegangen, während im Kapitel 2.4 die Finanzierung der Pflege thematisiert wird.

2.1 Datenquellen zur Pflegebedürftigkeit

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

§ 79 SGB IV. Diese Daten liefern Informationen darüber, welche Leistungen durch die SPV für die häusliche und stationäre Pflege erbracht werden. Sie werden dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt und von diesem aufbereitet und veröffentlicht. Die Pflegestatistik nach § 109 SGB XI beruht hingegen auf zwei Erhebungen der statistischen Ämter der Länder und des Bundes: eine Erhebung bei den Leistungsanbietern (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) über erbrachte Leistungen und die personelle Ausstattung der Einrichtungen sowie eine bei den Kostenträgern (den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen) über die Leistungsgewährung und die Leistungsempfänger.

Die unterschiedlichen Berichtswege, mit denen beide Statistiken verknüpft sind, verfolgen damit auch unterschiedliche Zielsetzungen: Während die Pflegestatistik vor allem dazu dient, die Situation in den Pflegeheimen und den ambulanten Diensten zu beschreiben (Statistisches Bundesamt 2008), stehen bei den Daten der SPV 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 SPV den Berichtszeitraum seit Einführung der Pflegeversicherung umfassen und jährlich erhoben werden, stellt die Pflegestatistik erst ab dem Jahr 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 Informationen über Leistungen der SPV, aber keine über Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung, sodass kein vollständiger Überblick über die Pflegebedürftigkeit in Deutschland gewonnen werden kann. Die Informationen dieser Statistik sind hinsichtlich der Pflegeeinrichtungen weniger detailliert und die Informationen über die Leistungsanbieter sind nicht enthalten. Es wird lediglich die Leistungsanspruchnahme der Versicherten beschrieben.

Nachfolgend wird die Statistik der SPV daher nur zur Darstellung der Entwicklung der Pflegeversicherung über den gesamten Zeitraum ab dem Jahr 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 unterscheidet sich die Statistik der Pflegekassen von der Pflegestatistik auch durch unterschiedliche Abgrenzungen und Definitionen. Beispielsweise sind im Berichtsjahr 2009 79.000 behinderte Menschen, die Leistungen nach § 43 a SGB XI in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen erhalten, in der Statistik der Pflegekassen enthalten, nicht jedoch in der Pflegestatistik. In der Pflegestatistik aus dem Jahr 2015 sind hingegen 9.500 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, gemäß den Daten der Pflegestatistik, in den Pflegesachleistungen beziehungsweise in den Kombinationsleistungen enthalten, die Tages- und Nachtpflege (bis zum Jahr 2007) sowie die Kurzzeitpflege hingegen 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. Dies hat zur Folge, dass sich für die in den beiden Statistiken betrachteten jeweiligen Leistungsarten auch unterschiedliche relative Häufigkeiten ergeben können. Auch die Leistungsbezieher der sogenannten Pflegestufe 0, das sind Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA), aber ohne Pflegestufe, sind in den Daten unterschiedlich berücksichtigt. Während in der Privaten Pflegeversicherung dieser Personenkreis ab dem Jahr 2012 und in der Pflegestatistik ab dem Jahr 2013 ausgewiesen wird, ist er in den Daten des BMG bislang nicht enthalten.

In der Statistik der Pflegekassen kommt es darüber hinaus auch zu zwei verschiedenen Arten der Zählung von Leistungsbeziehern. So wird einerseits die Zahl der Pflegebedürftigen überwiegend zum jeweils 31. Dezember 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 für die 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, da die Zahl der Leistungsfälle einfach addiert wird. Bei rund 2,5 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2011 zeigt sich ein Unterschied von rund 110.000 Pflegebedürftigen (BMG 2014a; 2014b).

Mehrfachzählungen durch verschiedene Erfassungsarten führen 2011 zu einem Unterschied von ≈ 110.000 Pflegebedürftigen.

Eine weitere verwendete 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 PKV ist jedoch nur wenig differenziert und bietet vor allem Informationen zur Finanzentwicklung der Privaten Pflegeversicherung. Die Differenzierung nach Pflegestufen und Pflegeleistungen ist in den Berichtsheften der Privaten Pflegeversicherung beispielsweise erst ab dem Jahr 2005 enthalten. Da die Pflegestatistik seit dem Jahr 2013 für die Geldleistungsempfänger (Geldleistung und Kombileistung) jedoch zusätzlich nach dem Träger der Leistungsgewährung differenziert, sind ab diesem Jahr potenziell auch differenzierte Angaben zur PPV mit den Daten der Pflegestatistik möglich. Damit können auch Analysen für den Großteil der Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege getroffen werden, die den vollen Satz oder anteilsweise Pflegegeld beziehen.

Eine weitere zentrale Datenquelle für diesen Report sind die Routinedaten der BARMER. Prozessproduzierte Routinedaten von Krankenkassen haben generell ein großes Potenzial für die Versorgungsforschung (Müller und Braun 2006, Swart und Ihle 2005, Swart et al. 2014, Trittin 2015, von Ferber und Behrens 1997), insbesondere weil sie tagesgenaue Informationen zum Leistungsgeschehen sehr großer Populationen enthalten. Für die Auswertungen wurden Daten von mehr als acht Millionen Versicherten der BARMER berücksichtigt. Das sind mehr als jeder Zehnte der Bundesbevölkerung beziehungsweise rund jeder Achte aller GKV-Versicherten. Die Daten setzen sich zusammen aus den Routinedaten der vormals fusionierten Krankenkassen BARMER

und GEK. Zum 1. Januar 2017 fusionierte die BARMER GEK mit der Deutschen BKK. Daten der vormals bei der Deutschen BKK Versicherten konnten im vorliegenden BARMER-Pflegereport noch nicht berücksichtigt werden.

Neben der großen Fallzahl liegt der größte Vorzug von Krankenkassendaten sicherlich in ihrer Struktur als Individualdaten, wodurch – im Unterschied zu den Daten der Kassenstatistik des BMG oder der Pflegestatistik, mit denen lediglich reine Querschnittsanalysen möglich sind – sowohl die Verknüpfung einzelner Merkmale als auch Analysen im Zeitverlauf einzelner Personen(gruppen) möglich werden. Beispielsweise lassen sich mit Daten der BARMER Pflegeverläufe bei einzelnen Erkrankungen analysieren.

Eine weitere Stärke von Routinedaten besteht darin, dass die Angaben zu den Leistungen des Versorgungssystems, soweit sie zahlungsrelevant sind, als hoch valide zu betrachten sind – ohne Verzerrungen aufgrund von unkorrekten Erinnerungen (dem sogenannten Recall Bias), die beispielsweise bei Befragungen zu beachten sind. Andererseits sind die Daten weniger valide, wenn sie nicht zahlungsrelevant sind, wie beispielsweise bei Angaben zu Bildungsabschlüssen. Da die Daten zu den Pflegeleistungen ausnahmslos zahlungsrelevant sind und die Einstufung in die Pflegestufen durch die Krankenkasse auf Basis eines Gutachtens des zuständigen MDK erfolgt, sind die hier verwendeten Daten zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen insgesamt als hoch valide anzusehen.

Ein häufig genannter Einwand in Bezug auf die Eignung der Routinedaten für Analysen bezieht sich auf die Repräsentativität der Daten für Deutschland. So unterscheidet sich die Alters- und Geschlechterstruktur der Versicherten teilweise von der Struktur der Bevölkerung Deutschlands (Rothgang et al. 2011: 116 ff.). Zur Lösung dieses Problems werden bei aggregierten Analysen die Ergebnisse nach Alter und Geschlecht auf die Bevölkerung Deutschlands hochgerechnet. Dennoch können auch darüber hinaus Unterschiede zur Bevölkerung in Deutschland bestehen, die in erster Linie durch eine unterschiedliche Morbiditätsstruktur in den unterschiedlichen Krankenkassen begründet liegt (Hoffmann und Koller 2017). Darüber hinaus ist bei Untersuchungen im Zeitverlauf zu berücksichtigen, dass sich die Kassenpopulationen hinsichtlich ihrer Morbiditätsstruktur mit der Zeit auch ändern können und damit Aussagen zur Repräsentativität zusätzlich erschwert werden.

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

Für die weiter zurückliegenden Jahre sind die Datenbestände zu den Pflegeleistungen der ehemaligen Krankenkassen GEK und BARMER getrennt gehalten und unterscheiden sich zum Teil durch die Verwaltungspraxis der Abrechnungsdaten in der jeweiligen Krankenkasse 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 daher prinzipiell erst ab dem Jahr 2010 und vollständig erst ab dem Jahr 2012 möglich. Im Bereich der Pflegeleistungen treten dabei allerdings Lücken bei der Abbildung einzelner Leistungen auf, wie etwa bei der Verhinderungspflege.

Für die bearbeiteten Fragestellungen wurde in diesem Report 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 SPV nach SGB XI. Angegeben sind die Leistungsarten und Pflegestufen mit Beginn und Ende des jeweiligen Leistungsbezugs.
- Datensatz zu Krankenhausbehandlungen: Dieser liefert taggenaue Informationen über Krankenhausaufenthalte inklusive Diagnosestellungen und Diagnose- und Behandlungsprozeduren.
- Datensatz zur ambulanten ärztlichen Versorgung: Dieser liefert quartalsweise Informationen über Diagnosestellungen und Fachgebietszugehörigkeit der behandelnden Ärzte.

Für die Auswertungen sind die zugrunde liegenden Daten verwendet worden, wenn gültige Werte bezüglich Geburtsjahr und Geschlecht vorlagen und als Wohnort eine Region in Deutschland angegeben ist. Auf dieser Basis sind auch die Hochrechnungsfaktoren versichertenbezogen auf die Bevölkerung der Bundesrepublik ermittelt.

Hinsichtlich der Inzidenzbestimmung und der Verläufe inzidenter Fälle wurden weitere Selektionen vorgenommen: Alle Versicherten außer den 0- bis Einjährigen mussten für jeden Beobachtungsmonat eine Vorversicherungszeit von mindestens einem Jahr aufweisen. Als inzidenter Fall ist eine Pflegeepisode in den Auswertungen dann bewertet, wenn in den zurückliegenden zwölf Monaten vor Beginn der Pflegebedürftigkeit keine Episode einer vorangegangenen Pflegebedürftigkeit und kein Anspruch wegen eingeschränkter Alltagskompetenz vorgelegen hat. Für die Verlaufsbestimmung über 48 Monate durfte zudem kein Krankenkassenwechsel innerhalb der nachfolgenden 48 Monate stattfinden.

In den Auswertungen erfolgt eine Zuordnung zum Leistungsbezug oder zur Pflegestufe in der Regel dann, wenn innerhalb eines Monats eine entsprechende Leistung bezogen wurde oder eine Pflegestufe (inklusive Pflegestufe 0) vorlag. Die Zuordnung erfolgt hierarchisch für die Pflegestufen und auch für die Pflegeleistungen. Liegen im Monat zwei verschiedene Pflegestufen vor, wird die höhere verwendet. Die Leistungen werden in folgender Weise hierarchisch überschrieben: vollstationäre Dauerpflege, Pflege in Behinderteneinrichtungen, Pflegesachleistungen vor Pflegegeld.

Weitere Datengrundlagen in diesem Report, die insbesondere zur Bestimmung der Zahl der Pflegepersonen (Kapitel Methodik) genutzt werden, sind die Daten der Rentenversicherung und des Sozio-ökonomischen Panels (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 und in welcher Höhe Beiträge an die Rentenversicherung entrichtet wurden. Hier erfasst sind auch die Zeiten, in denen von der Pflegeversicherung Rentenversicherungsbeiträge für eine Pflegeperson entrichtet wurden. Als weitere Datenquelle für die Zahl der Pflegepersonen kann das SOEP herangezogen werden.

Das Sozio-ökonomische Panel (SOEP) ist eine seit dem Jahr 1984 laufende jährliche Wiederholungsbefragung von Deutschen, Ausländern und Zuwanderern in den alten und neuen Bundesländern. Die Stichprobe umfasste im Erhebungsjahr 2015 etwa knapp 28.000 Personen. Themenschwerpunkte sind unter anderem Haushaltszusammensetzung, Erwerbs- und Familienbiografie, Einkommensverläufe, Gesundheit, Pflegebedürftigkeit und Lebenszufriedenheit. Im Rahmen der Erfragung der heutigen Lebenssituation wurde dabei auch die Frage nach Pfllegetätigkeiten gestellt. Darüber hinaus werden die Daten der Sozialhilfe und Kriegsopferfürsorge für die Analyse der Leistungsfinanzierung bei Pflegebedürftigkeit herangezogen.

2.2 Pflegebedürftige

Die folgenden Kapitel geben einen grundlegenden Überblick über Zahl und Struktur der Pflegebedürftigen und deren zeitliche Entwicklung bis heute. Zuerst wird auf die zahlenmäßige Entwicklung der Pflegebedürftigen im Vergleich zu verfügbaren Datenquellen eingegangen (Kapitel 2.2.1). Anschließend werden aktuelle Befunde zur Altersstruktur der Pflegebedürftigen nach Pflegestufe und Pflegeleistung (Kapitel 2.2.2) dargestellt sowie die zeitliche Entwicklung nach Pflegestufen und Leistungsarten (Kapitel 2.2.3) differenziert. Der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit wird mit den Statistiken des Medizinischen Dienstes zu den Pflegebegutachtungen (Kapitel 2.2.4) und mit den Inzidenzmessungen mittels der BARMER-Daten (Kapitel 2.2.6) beschrieben. Pflegedauer und Übergänge zwischen den Pflegestufen werden in den Kapiteln 2.2.7 und 2.2.8 dargestellt. Weiterhin werden die Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit (Kapitel 2.2.9) und ihre Entwicklung (Kapitel 2.2.10) beschrieben. Abschließend wird auf die Beendigungen der Pflegebedürftigkeit (Kapitel 2.2.11) eingegangen. Im Fazit werden die zentralen Ergebnisse zur zahlenmäßigen Entwicklung der Pflegebedürftigen noch einmal zusammengefasst (Kapitel 2.2.12).

2.2.1 Die zahlenmäßige Entwicklung der Pflegebedürftigen im Vergleich der Datenquellen

Die derzeit aktuellste Zahl der Pflegebedürftigen bietet die Kassenstatistik des BMG mit rund 2.749.000 Pflegebedürftigen für das Jahr (beziehungsweise den 31. Dezember) 2016 (Tabelle 2.1). Allerdings bezieht sich diese Zahl ausschließlich auf die Versicherten

der Sozialen Pflegeversicherung und schließt die Bezieher von Pflegeleistungen für die sogenannte Pflegestufe 0 nicht mit ein. Personen mit der bisherigen Pflegestufe 0 werden mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1. Januar 2017 aber in den Pflegegrad 2 übergeleitet und sind folglich ab diesem Zeitpunkt pflegebedürftig im Sinne des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Ihre Berücksichtigung ist für eine Langfristbetrachtung daher sinnvoll.

Die zuletzt im Dezember des Jahres 2015 erhobene Pflegestatistik bietet damit die aktuellsten Zahlen bezogen auf alle Pflegebedürftigen, das heißt sowohl für die in der SPV als auch für die in der PPV Versicherten. Danach sind rund 2,86 Millionen Menschen pflegebedürftig, haben also die Pflegestufe I, II oder III oder sind in vollstationärer Pflege, aber noch keiner Pflegestufe zugeordnet worden. Diese Menschen sind pflegebedürftig im Sinne des alten Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der bis zum 31. Dezember 2016 galt. Aufgrund der Überleitungsregelungen werden sie aber alle in den Pflegegrad 2 oder höher übergeleitet und gelten damit auch nach neuem Recht als pflegebedürftig. Darüber hinaus beziehen rund 180.000 Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA), aber ohne Pflegestufe, im Jahr 2015 Pflegeleistungen in der sogenannten Pflegestufe 0, davon sind 7.400 in der Privaten Pflegeversicherung. Insgesamt beziehen damit 3.040.500 Menschen bereits im Jahr 2015 Leistungen der Pflegeversicherung und werden daher in diesem Report – im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff – als pflegebedürftig bezeichnet. Diese mehr als drei Millionen Menschen gehören auch ab dem 1. Januar 2017 zum Kreis der Pflegebedürftigen nach dem SGB XI.

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

Jahr	Pflegerstatistik			Soziale Pflegeversicherung (SPV)		Private Pflegepflichtversicherung (PPV)				Differenz der Pflegerstatistik zur Versichertenstatistik (ohne „0“er)
	insgesamt	Pflegestufe I-III	Pflegestufe 0	Pflegestufe I-III	Veränderung zum Vorjahr in Prozent (Pflegestufe I-III)	insgesamt	Pflegestufe I-III	Pflegestufe 0	Veränderung zum Vorjahr in Prozent (Pflegestufe I-III)	
1995				1.061,4		0,0	0,0			
1996				1.546,7	45,7	0,0	0,0			
1997				1.659,9	7,3	88,4	88,4			
1998				1.738,1	4,7	97,0	97,0		9,7	
1999	2.016,1	2.016,1		1.826,4	5,1	102,9	102,9		6,2	86,8
2000				1.822,2	-0,2	106,7	106,7		3,7	
2001	2.039,8	2.039,8		1.839,6	1	111,0	111,0		4,0	89,2
2002				1.889,0	2,7	114,5	114,5		3,1	
2003	2.076,9	2.076,9		1.895,4	0,3	116,8	116,8		2,1	64,7
2004				1.925,7	1,6	122,6	122,6		4,9	
2005	2.128,6	2.128,6		1.952,0	1,4	128,3	128,3		4,7	48,3
2006				1.968,5	0,8	134,7	134,7		5,0	
2007	2.246,8	2.246,8		2.029,3	3,1	140,2	140,2		4,1	77,3
2008				2.113,5	4,1	131,1	131,1		-6,5	
2009	2.338,3	2.338,3		2.235,2	5,8	138,2	138,2		5,4	-35,2
2010				2.287,8	2,4	142,7	142,7		3,3	
2011	2.501,4	2.501,4		2.317,4	1,3	145,1	145,1		1,7	39,0
2012				2.396,7	3,4	151,1	149,9	1,2	3,3	
2013	2.734,9	2.626,2	108,7	2.479,6	3,5	161,7	156,8	4,9	4,6	-10,2
2014				2.568,9	3,6	169,3	163,8	5,6	4,4	
2015	3.040,8	2.860,3	180,5	2.665,1	3,7	178,1	170,7	7,4	4,2	24,5
2016				2.749,2						
Ø 2000-2015					2,4				3,8	

Quelle: BMG 2017b; PKV 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016; Statistisches Bundesamt 2015a, 2017d

Die Zahl der Pflegebedürftigen hat mit 2.860.000 (ohne Pflegestufe 0) beziehungsweise mit 3.041.000 Menschen (einschließlich Pflegestufe 0) im Jahr 2015 einen neuen Höchststand erreicht. Dieser Anstieg wird sich in den nächsten Jahren weiter fortsetzen,

≈ 4,5 Mio. Pflegebedürftige
bis Mitte der 2050er Jahre
durch demografischen
Wandel

bis etwa Mitte der 2050er Jahre mit etwa 4,5 Millionen Menschen (nach altem Pflegebedürftigkeitsbegriff und ohne Pflegestufe 0) die höchste Zahl an Pflegebedürftigen erreicht sein wird (Rothgang et al. 2016: S. 83ff). Ursache dieser Entwicklung ist primär der demografische Wandel, da immer mehr Menschen in das pflegerelevante Alter vorrücken und zu einem zahlenmäßigen Anstieg der Pflegebedürftigen beitragen, und nicht eine Erhöhung der altersspezifischen Pflegehäufigkeiten (Kapitel 2.2.10).

Der Anstieg bis zum Jahr 2015 hat sich jedoch in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) und in der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) nicht gleichermaßen vollzogen: Während die jährlichen Zuwachsraten im Verlauf der Jahre 2000 bis 2015 in der SPV durchschnittlich 2,4 Prozent betragen, belaufen sie sich in der PPV sogar auf 3,8 Prozent (ohne Pflegestufe 0) und liegen damit jährlich sogar um mehr als einen Prozentpunkt höher. Gründe für diesen deutlichen Anstieg in der PPV liegen darin, dass die PPV derzeit über eine jüngere Altersstruktur verfügt (Rothgang 2011), dieses Versichertenkollektiv in Zukunft aber altern wird, da eine Rückkehr der PPV-Versicherten in die SPV im höheren Alter, anders als in der Vergangenheit, inzwischen rechtlich kaum noch möglich ist. Gerade wegen der aktuell noch niedrigen Zahl älterer Menschen in der PPV wirkt sich der Eintritt der privat Versicherten in das pflegerelevante Alter überproportional aus. Dieser Prozess dürfte sich in den nächsten Jahren noch deutlich verschärfen und in 20 bis 30 Jahren sein Maximum erreichen, wenn die größte Altersgruppe in der PPV, die heute etwa 50-jährigen Männer, pflegebedürftig werden (PKV 2015: 32).

Die Zahlen der Leistungsempfänger der SPV und der PPV entsprechen annähernd den in der Pflegestatistik ausgewiesenen Zahlen, die beide Versichertenarten mit einbezieht. Dennoch gibt es immer auch Abweichungen in Höhe von knapp 15.000 in die eine Richtung (2013) bis etwa 90.000 in die andere Richtung (2001), die teilweise auf unterschiedlichen Erfassungen von behinderten Menschen oder Menschen ohne Pflegestufe in Pflegeheimen beruhen (Kapitel 2.1) oder auf der andersartigen Berücksichtigung von Leistungsbeziehern der Pflegestufe 0, die beispielsweise in den Berichtsheften der PPV ausgewiesen sind. In den letzten Jahren sind diese Differenzen jedoch deutlich kleiner geworden.

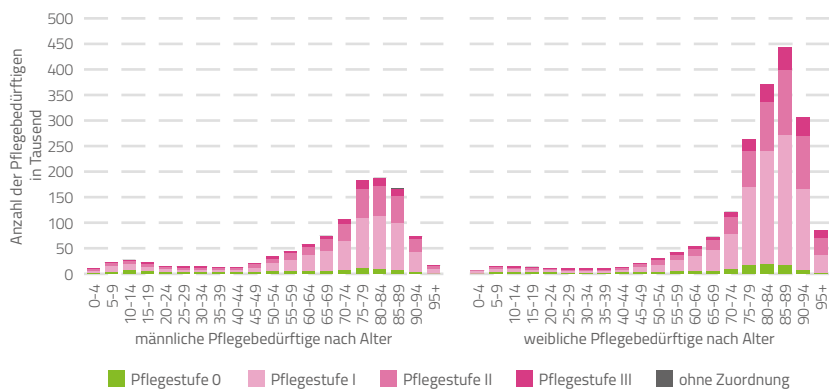
Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass alle drei Datenquellen auf Querschnitterhebungen beruhen, die per se bei unterschiedlichen Stichtagen und mitunter relativ kurzen Verweildauern in der Pflegebedürftigkeit zu unterschiedlichen Ergebnissen führen können (Müller et al. 2010). Insgesamt machen diese Unterschiede auch deutlich, dass die mit divergierenden Zielsetzungen und Berichtswegen konzipierten Datenquellen nur unter Berücksichtigung der jeweiligen spezifischen Besonderheiten der Daten verglichen werden dürfen (Statistisches Bundesamt 2011).

2.2.2 Die Struktur der Pflegebedürftigen nach Geschlecht, Alter, Pflegestufe und Pflegeleistung

Von den 3,04 Millionen Menschen, die am 31. Dezember 2015 pflegebedürftig sind (Pflegestufe 0 bis III), sind 1,93 Millionen weiblich (64 Prozent) und 1,11 Millionen männlich (36 Prozent) (Abbildung 2.1).

Die männlichen Pflegebedürftigen sind insgesamt ein wenig jünger als die weiblichen: 79,5 Prozent (41,2 Prozent) der männlichen Pflegebedürftigen sind 60 (80) Jahre und älter, während 90,5 Prozent (64,1 Prozent) der weiblichen Pflegebedürftigen 60 (80) Jahre und älter sind. Gründe für das geringere Alter der männlichen Pflegebedürftigen liegen in den geringfügig niedrigeren Pflegeprävalenzen der Männer in den oberen Altersgruppen (Kapitel 2.2.10) und an der im Vergleich zu den Männern deutlich größeren Zahl der Frauen, die überhaupt das höhere Lebensalter erreicht haben, in dem auch die höheren Prävalenzen auftreten.

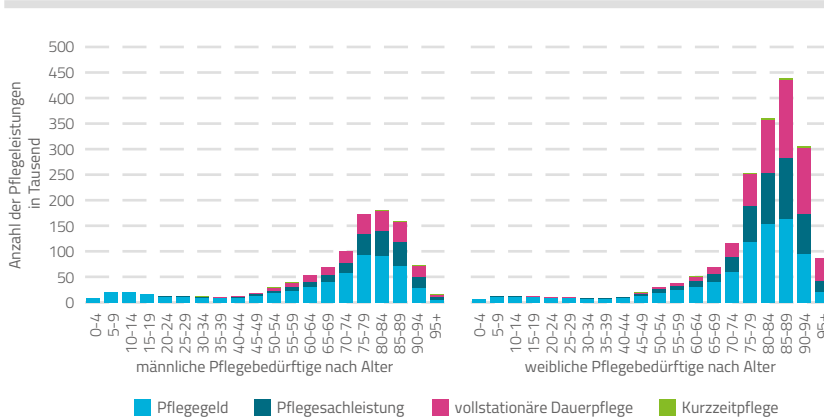
Abbildung 2.1: Absolute Verteilung der Pflegestufen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2015



Quelle: Statistisches Bundesamt 2017e

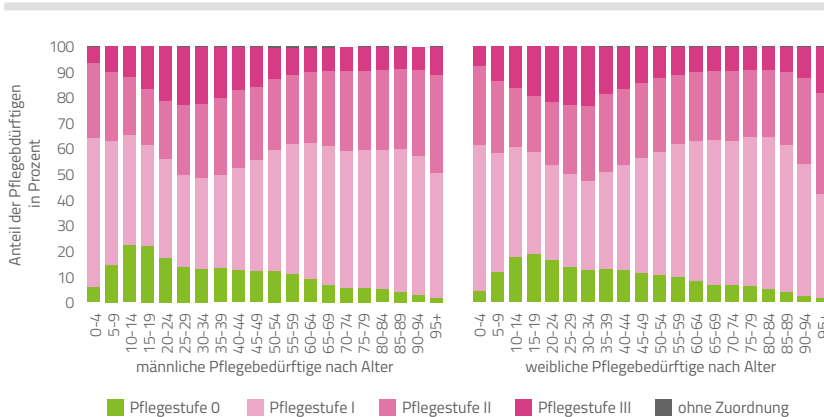
Die relative Verteilung der Pflegestufen über die Altersgruppen ist bei Männern und Frauen ähnlich (Abbildung 2.2). Mit Ausnahme der jüngsten Altersklassen nehmen die Pflegestufen I und II zusammengenommen über die Altersgruppen anteilig zu, während die Pflegestufe III tendenziell anteilig abnimmt. Leistungen für Personen in Pflegestufe 0 sind hingegen in den jüngeren Altersklassen anteilig stärker und in der Altersklasse der 15- bis 19-Jährigen mit bis zu 22 Prozent am häufigsten vertreten.

Abbildung 2.2: Relative Verteilung der Pflegestufen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2015



Quelle: Statistisches Bundesamt 2017e

Abbildung 2.3: Absolute Verteilung der Pflegeleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2015

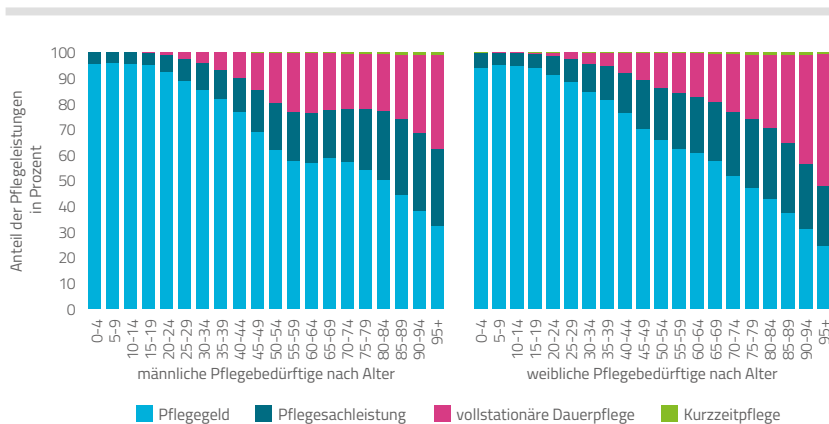


Quelle: Statistisches Bundesamt 2017e

In den jüngeren Altersgruppen (Abbildung 2.4) bis zur Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen dominiert sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen das Pflegegeld (zu etwa 95 Prozent) als Leistungsart, gefolgt von Pflegesachleistungen (zu etwa fünf Prozent), was vermutlich daran liegt, dass nur sehr wenige stationäre Pflegeeinrichtungen für junge Pflegebedürftige ausgelegt sind und/oder die vollstationäre Dauerpflege in diesem Alter von den Eltern nicht in Betracht gezogen wird (Kapitel 3).

Die relativen Häufigkeiten der Pflegeleistungen in den oberen Altersgruppen divergieren dagegen zwischen Männern und Frauen. Etwas größere Anteile der Männer beziehen Pflegegeld, da sie vermutlich öfter durch die (Ehe-)Partnerin gepflegt werden, ein Umstand, der bei Frauen aufgrund des höheren Anteils an Verwitweten und Alleinlebenden weniger stark ausgeprägt ist. Bei den Frauen dominiert in den oberen und höchsten Altersgruppen daher die vollstationäre Dauerpflege, während bei den Männern die Anteile der Pflegesachleistungen und der vollstationären Dauerpflege in etwa ausgeglichen sind. In Kurzzeitpflege befinden sich zum Erhebungszeitpunkt jeweils ungefähr ein Prozent der pflegebedürftigen Männer und Frauen.

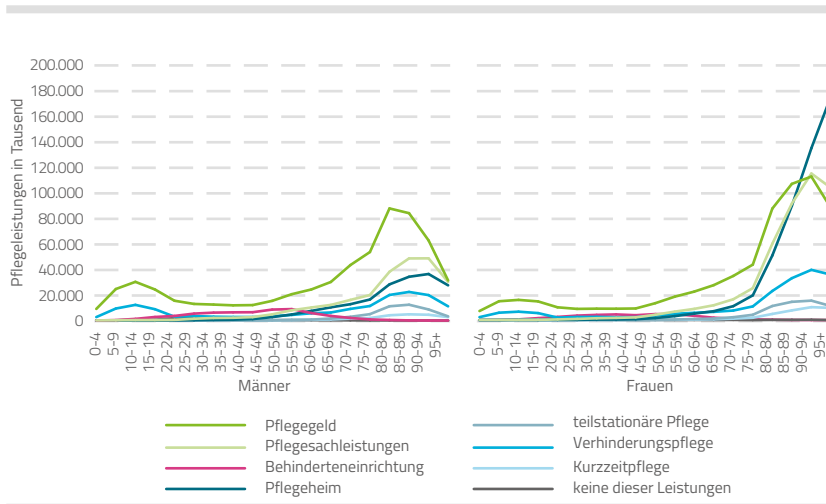
Abbildung 2.4: Relative Verteilung der Pflegeleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2015



Quelle: Statistisches Bundesamt 2017e

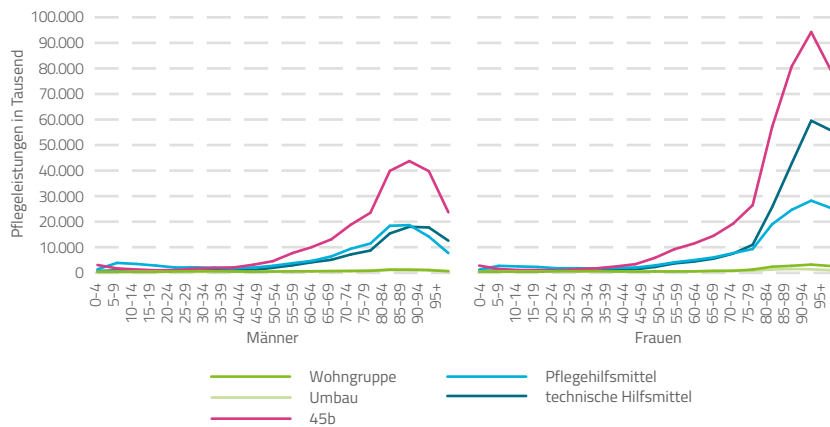
Eine differenziertere Betrachtungsweise der Pflegeleistungen nach Altersgruppen für das Jahr 2016 erlauben die Daten der BARMER. Die quantitativ bedeutendsten Pflegeleistungen entfallen auch anhand dieser Daten auf die höheren Altersgruppen: Pflegegeld, Pflegesachleistungen und stationäre Pflegeleistungen werden am häufigsten bezogen (Abbildung 2.5), aber auch zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45 b SGB XI sowie Pflegehilfsmittel und technische Hilfsmittel nach § 40 SGB XI werden sehr oft genutzt (Abbildung 2.6).

Abbildung 2.5: Pflegeleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik
Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptpflegeleistungen Pflegeheim, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld sind hierarchisch kodiert. Die Ersatz- und Ergänzungsleistungen Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege und Verhinderungspflege können zusätzlich erfasst sein. Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres.

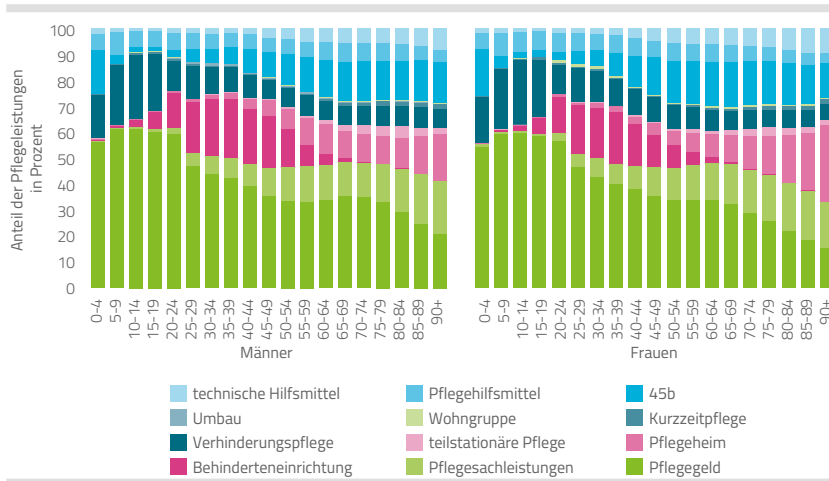
Abbildung 2.6: Pflegeleistungen (unter den Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik
Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptpflegeleistungen Pflegeheim, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld sind hierarchisch kodiert. Die Ergänzungsleistungen sind zusätzlich erfasst und werden hier nur für die Leistungsberechtigten gezählt, die weder in Einrichtungen der Behindertenhilfe noch in vollstationärer Dauerpflege versorgt sind. Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres.

Um das Ausmaß der Nutzung aller Pflegeleistungen im Lebensverlauf beurteilen zu können, ist in Abbildung 2.7 die relative Häufigkeit jeder Pflegeleistung nach Altersgruppen differenziert wiedergegeben. Da viele Pflegeleistungen simultan bezogen werden können, verringert sich mit dem Einbezug zusätzlicher Pflegeleistungen auch der relative Anteil jeder einzelnen Pflegeleistung. Pro Altersgruppe werden Leistungsfälle gezählt und auf 100 Prozent normiert. Eine Auswirkung dieser Vorgehensweise ist, dass in den unteren Altersgruppen damit nicht mehr, wie in der Pflegestatistik, Geldleistungen mit 95 Prozent ausgewiesen werden (das bedeutet 95 Prozent der Pflegebedürftigen beziehen Geldleistungen), sondern anteilig nur noch mit etwa 60 Prozent (das bedeutet 60 Prozent aller Pflegeleistungen sind Geldleistungen), da neben den Geldleistungen noch eine Reihe weiterer Leistungen nachgefragt werden.

Abbildung 2.7: Relative Verteilung der Pflegeleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten

Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptpflegeleistungen Pflegeheim, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld sind hierarchisch kodiert. Die Ersatz- und Ergänzungsleistungen Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege und Verhinderungspflege können zusätzlich erfasst sein. Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres.

In der Summe zeigen sich in Abhängigkeit vom Alter der Pflegebedürftigen deutliche Muster der Inanspruchnahme. In den jungen Altersgruppen bis etwa 25 dominieren die Geldleistungen. Sehr häufig sind in diesem Alter auch die Verhinderungspflege sowie in der jüngsten Altersgruppe die Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45 b SGB XI vertreten, die in der Summe auf eine belastende und schwierig zu bewältigende familiäre Pflegesituation im häuslichen Umfeld schließen lassen. In den mittleren Altersgruppen dominieren noch die Geldleistungen, aber viele Pflegebedürftige werden jetzt in Behinderteneinrichtungen betreut, nutzen in jungen Erwachsenenjahren die Verhinderungspflege und in älteren Erwachsenenjahren die Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45 b SGB XI. Bemerkenswert ist dabei, dass die Nutzung von Behinderteneinrichtungen schon ab den 40er Jahren rückläufig ist. In den höheren und höchsten Altersgruppen sind, insbesondere bei den Frauen, die stationären Leistungen am stärksten verbreitet, während die Geld- und Sachleistungen sowie Betreuungs- und

Bis 25. LJ Geldleistungen dominierend, danach oft Betreuung in Behinderteneinrichtungen

Entlastungsleistungen in ähnlichen Größenordnungen genutzt werden. Technische Hilfsmittel werden vor allem in den höheren Altersklassen genutzt. Die Vielfalt der Pflegeleistungen scheint damit letztlich auch der Diversität der Lebenslagen und Wohnformen geschuldet zu sein.

2.2.3 Die zahlenmäßige Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Pflegestufe und Pflegeleistung

Anstieg der Pflege-
bedürftigen von 2,02 Mio.
1999 um 51 %
auf 3,04 Mio. 2015

Mit den Daten der Pflegestatistik kann die zahlenmäßige Entwicklung der Pflegebedürftigen ab dem Jahr 1999 nachgezeichnet werden. Danach ist die Zahl der Pflegebedürftigen (bis zum Jahr 2011 ohne, ab dem Jahr 2013 aber inklusive Pflegestufe 0) von insgesamt 2,02 Millionen im Jahr 1999 um 51 Prozent auf 3,04 Millionen im Jahr 2015 angestiegen (Tabelle 2.2). Gründe für diesen Anstieg liegen vor allem in der demografischen Alterung, das heißt immer mehr Menschen rücken in das pflege-relevante Alter vor und tragen zum zahlenmäßigen Wachstum der Pflegebedürftigen bei. Weitere Gründe liegen im (geringfügigen) Anstieg der Pflegeprävalenzen, also der Wahrscheinlichkeit, in einem bestimmten Alter pflegebedürftig zu sein (Kapitel 2.2.10), sowie in der Einführung zusätzlicher Leistungen der Pflegeversicherung, insbesondere für Menschen mit Demenz, die zu einem Anstieg der (zum Teil dann auch positiven) Begutachtungen geführt hat (Rothgang et al. 2016), und in der Inklusion der Pflegestufe 0 ab 2013. In der PPV ist die Zahl der Pflegebedürftigen im gleichen Zeitabschnitt zwischen den Jahren 1999 und 2015 sogar um fast 73 Prozent angestiegen (Tabelle 2.1). Die Ursachen liegen in dem bei Einführung der Pflegeversicherung geringeren Anteil an PPV-Versicherten im höheren Alter und einem demgegenüber größeren Anteil an PPV-Versicherten, die in das pflegerelevante Alter kommen. In der SPV sind sehr viele Versicherte im höheren Alter und somit auch bereits pflegebedürftig.

Tabelle 2.2: Zahlenmäßige Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Pflegestufe in der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung in Tausend

Jahr	insgesamt	Veränderung gegenüber dem Vorvorjahr in Prozent	Pflegestufe 0	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	noch nicht zugeordnet
1999	2.016,1			926,5	784,8	289,5	19,5
2001	2.039,8	1,2		980,6	772,4	276,4	10,3
2003	2.076,9	1,8		1.029,1	764,1	276,1	7,7
2005	2.128,6	2,5		1.068,9	768,1	280,7	10,8
2007	2.246,8	5,6		1.156,8	787,5	291,8	10,8
2009	2.338,3 ¹⁾	4,1	¹⁾	1.247,6	787,0	293,1	10,6
2011	2.501,4 ¹⁾	7,0	¹⁾	1.370,0	818,2	304,7	8,5
2013	2.734,9	9,3	108,7	1.465,4	836,7	310,7	13,4
2015	3.040,8	11,2	180,5	1.637,4	890,3	324,0	8,7

¹⁾Die Leistungsempfänger der Pflegestufe 0 wurden in den Jahren 2009 bis einschließlich 2011 nicht ausgewiesen.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017d

Tabelle 2.3: Zahlenmäßige Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Pflegestufe in der Privaten Pflegeversicherung in Tausend

Jahr	insgesamt ¹⁾	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in Prozent	Pflegestufe 0	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
2005	128,3	4,7		55,7	50,3	22,3
2006	134,7	5,0		59,4	52,3	23,1
2007	140,2	4,1		62,0	54,5	23,7
2008 ²⁾	131,1	-6,5		67,7	53,2	21,2
2009 ²⁾	138,2	5,4		69,4	48,4	20,5
2010 ²⁾	142,7	3,3		72,7	49,4	20,6
2011 ²⁾	145,1	1,7		71,9	52,1	21,1
2012	151,1	4,2	1,2	74,6	53,8	21,5
2013	161,7	7,0	4,9	78,3	56,4	22,1
2014	169,3	4,7	5,6	81,8	59,0	23,0
2015	178,1	5,2	7,4	86,8	60,7	23,3

¹⁾Nach Pflegestufen differenzierte Werte werden vor dem Jahr 2005 von der PPV nicht berichtet. Für die Entwicklung der Fallzahlen insgesamt vor dem Jahr 2005 siehe Tabelle 2.1

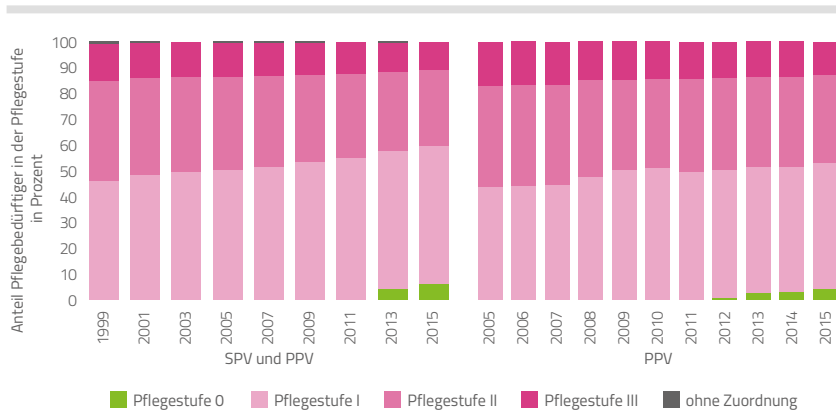
²⁾Die Leistungsempfänger der Pflegestufe 0 wurden in den Jahren 2008 (Einführung der Pflegestufe 0) bis einschließlich 2011 mit in der Pflegestufe I ausgewiesen.

Quelle: PKV 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016

Im jeweils gleichen Berichtsjahr sind die Versicherten in der PPV (Tabelle 2.2) anteilig seltener in Pflegestufe I und häufiger in Pflegestufe II und III vertreten als die Gesamtheit der gesetzlich und der privat Versicherten (Tabelle 2.3). Die Pflegestatistik, in der sowohl die Versicherten der Sozialen als auch der Privaten Pflegeversicherung abgebildet sind, weist für alle Beobachtungsjahre jeweils größere Anteile in Pflegestufe I aus (Abbildung 2.8). Auch die Pflegeleistungen der Pflegestufe 0 sind in der PPV anteilig geringer vertreten.

Im Zeitverlauf ist sowohl in der SPV als auch in der PPV ein Anstieg des Anteils der Pflegebedürftigen in der Pflegestufe I und eine Abnahme des Anteils der Pflegebedürftigen in der Pflegestufe II und III zu beobachten. Dieser Trend war auch schon auf Basis der Daten der SPV in den Jahren 1995 bis 1999 erkennbar (Rothgang et al. 2016: 65f.).

Abbildung 2.8: Verteilung der Pflegestufen nach Jahr und Versicherungsart



Quelle: PKV 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2011, 2012, 2013, 2015, 2016; Statistisches Bundesamt 2017d

Von besonderer Bedeutung sind – nicht zuletzt aus Kostengründen – neben den Pflegestufen auch 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 Pflegebedürftigen umfasst) sowie auf die Teilgruppe der Pflegebedürftigen in der PPV eingegangen (Tabelle 2.4, Tabelle 2.5 und Abbildung 2.9).

Von den 3,04 Millionen Leistungsbeziehern der beiden Zweige der Pflegeversicherung im Jahr 2015 werden 2,22 Millionen (73,6 Prozent), und damit der weitaus größte Anteil, zu Hause gepflegt. Von diesen Pflegebedürftigen erhalten 1,5 Millionen (49,5 Prozent aller Pflegebedürftigen) Pflegegeld, werden demzufolge in der Regel ohne Beteiligung zugelassener Pflegedienste durch Angehörige gepflegt. Der wichtigste Grund für die weite 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 (Kuhlmey et al. 2013). Darüber hinaus werden 734.000 Pflegebedürftige in Privathaushalten durch ambulante Pflegedienste (mit) betreut. Stationäre Leistungen beziehen hingegen 802.000 Personen. Die Leistungen für PEA mit einem Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I (Pflegestufe 0) entfallen überwiegend auf die häusliche Pflege – anteilig acht Prozent beim Pflegegeld und rund sechs Prozent bei den Sach- und Kombileistungen – und sind in der stationären Pflege mit rund zwei Prozent eher gering vertreten.

73,6 % der Leistungsbeziehern werden 2015 zu Hause gepflegt, 49,5 % erhalten Pflegegeld.

Tabelle 2.4: Zahlenmäßige Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Leistung, Pflegestufe und Jahr in der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung in Tausend

Jahr	insgesamt	Pflegegeld			Pflugesach- und Kombileistung		stationäre Leistung	
	Pflegestufe							
	0 - III	I-III	0	I-III	0	I-III	0	
1999	2.016,1	1.027,6			415,3		573,2	
2001	2.039,8	1.000,7			434,7		604,4	
2003	2.076,9	986,5			450,1		640,3	
2005	2.128,6	980,4			471,5		676,6	
2007	2.246,8	1.033,3			504,2		709,3	
2009	2.338,3	1.065,6		¹⁾	555,2	¹⁾	717,5	¹⁾
2011	2.501,4	1.182,1		¹⁾	576,3	¹⁾	743,1	¹⁾

Jahr	insgesamt	Pflegegeld			Pfllegesach- und Kombileistung		stationäre Leistung
	Pflegestufe						
	0 - III	I-III	0	I-III	0	I-III	0
2013	2.734,9	1.245,9	65,6	615,8	31,5	764,4	11,6
2015	3.040,8	1.384,6	120,4	692,3	41,7	783,4	18,4

¹⁾ Die Leistungsempfänger der Pflegestufe 0 wurden in den Jahren 2009 bis einschließlich 2011 nicht ausgewiesen.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017d

Tabelle 2.5: Zahlenmäßige Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Leistung und Jahr in der Privaten Pflegeversicherung insgesamt in Tausend

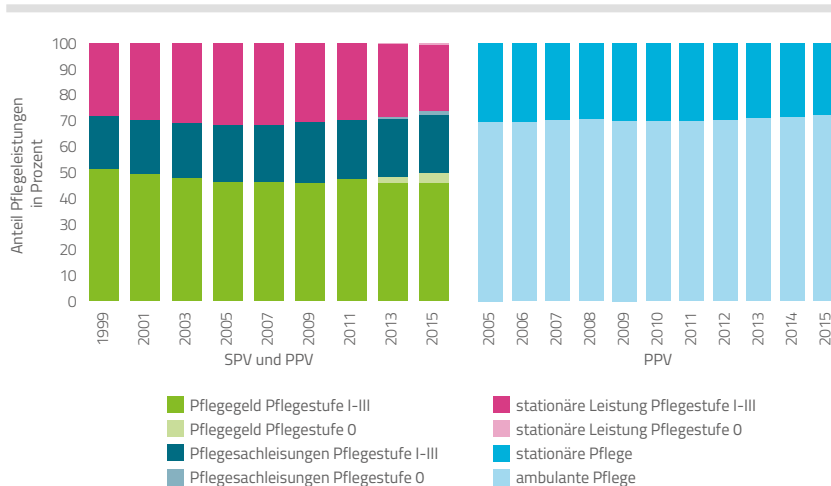
Jahr	insgesamt	ambulant	stationär
2005	128,3	89,2	39,1
2006	134,7	93,4	41,3
2007	140,2	98,4	41,9
2008	142,1	100,2	41,8
2009	138,2	96,5	41,6
2010	142,7	99,4	43,3
2011	145,1	101,2	43,9
2012	151,1	105,8	45,4
2013	161,7	114,6	47,1
2014	169,3	120,6	48,7
2015	178,1	128,1	49,9

Quelle: PKV 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016

Die Bedeutung des Pflegegeldes hat bis zum Jahr 2009, als ein Anteilswert von rund 46 Prozent erreicht wurde, abgenommen (Abbildung 2.9), steigt aber seitdem wieder an und hat, einschließlich der im Jahr 2013 hinzukommenden Geldleistungsempfänger der Pflegestufe 0, einen Anteilswert von etwa 50 Prozent erreicht. Damit liegt es nur knapp unter dem Ausgangswert des Jahres 1999 (51 Prozent). Die anteilige Bedeutung der Pfllegesachleistungen (einschließlich der Kombinationsleistungen) steigt hingegen über den gesamten Zeitraum, zuletzt – analog bei den Geldleistungen – auch durch die Leistungsempfänger der Pflegestufe 0, die erst seit dem Jahr 2013 Pflegegeld und Sachleistungen beziehen können. Die häusliche Pflege ist im Zeitraum der Berichterstattung durch die Pflegestatistik anteilig noch nie so dominant gewesen wie im Jahr 2015. Spiegelbildlich dazu war der Anteil der stationären Pflege mit rund 26 Prozent noch nie so gering wie im Jahr 2015.

Die veröffentlichten Daten der PPV erlauben nur eine relativ grobe Differenzierung in ambulante (Pflegegeld und/oder Pflegesachleistungen) und stationäre Pflege ab dem Jahr 2005. Obwohl die Anteile bei der PPV in der ambulanten Pflege – wie auch bei gemeinsamer Betrachtung von SPV und PPV – etwa 70 Prozent und in der stationären Pflege etwa 30 Prozent betragen, zeigen sich auch Unterschiede. So lag der Anteilswert in der stationären Pflege bei der PPV seit dem Jahr 2005 geringfügig unter dem gemeinsamen Wert von Pflegebedürftigen in der SPV und PPV, erreicht aber im Jahr 2011 mit 30 Prozent einen geringfügig höheren Anteilswert und liegt im Jahr 2015 mit 28 Prozent schon deutlich über dem gemeinsamen Wert von SPV und PPV (26,4 Prozent).

Abbildung 2.9: Verteilung der Pflegeleistungen nach Jahr und Versicherungsart



Datenbezug: Tabelle 2.4 und 2.5

2.2.4 Die 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 beziehungsweise Tod). Die Pflegestatistik, das BMG und die PPV informieren zwar über den Bestand, nicht aber darüber, wie viele Pflegebedürftige neu hinzukommen und wie viele Personen aus dem Kreis der Pflegebedürftigen

ausscheiden. Einen Teilzugang zu diesen Zahlen bieten die Begutachtungsstatistiken des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung wird bei der zuständigen Pflegekasse gestellt. Diese beauftragt den MDK mit der Begutachtung, ob die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI vorliegen (§ 18 SGB XI). Wenn der Antragsteller noch keine Leistungen nach dem SGB XI bezieht, handelt es sich um eine Erstbegutachtung. Der MDK spricht eine Empfehlung aus und die Pflegekasse folgt dabei in aller Regel der Begutachtung und den Empfehlungen des MDK. Es kann also von einer weitgehenden Übereinstimmung der MDK-Empfehlungen und der Bescheide der zuständigen Pflegekasse ausgegangen werden. Die positiven Erstbegutachtungen können daher als Inzidenzen interpretiert werden. Neben den Erstbegutachtungen des MDK werden auch noch Widerspruchs-, Höherstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt. Höherstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen werden auf Initiative der Versicherten oder der Pflegekassen durchgeführt, wenn etwa 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 und Wechsel der 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 PPV werden von der Medicproof GmbH bislang nicht veröffentlicht.

Nachfolgend werden zunächst die Häufigkeiten der Begutachtungen insgesamt dargestellt. Anschließend wird die Entwicklung der daraus resultierenden inzidenten Fälle nach der Pflegestufe differenziert. Dabei wird ab dem Jahr 2014 auch auf die Entwicklung der PEA ohne Pflegestufe eingegangen. Analysen der Pflegeinzidenzen nach Alter und Geschlecht sind allein mit diesen Daten jedoch nicht möglich, entsprechende Analysen werden aber im nächsten Kapitel mit den Daten der BARMER durchgeführt.

Insgesamt hat sich die Zahl der Begutachtungen von anfänglich 1,7 Millionen Gutachten im Jahr 1995 nach nur wenigen Jahren auf 1,3 Millionen verringert und blieb bis zum Jahr 2007 relativ konstant (Tabelle 2.6). Mit dem zum 1. Juli 2008 in Kraft getretenen

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) bekamen PEA auch ohne eine Einstufung in Pflegestufe I oder höher einen Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß § 45 b SGB XI. Stationäre Pflegeeinrichtungen können seither zusätzliche Betreuungskräfte für PEA einstellen und abrechnen (§ 87 b SGB XI). Seit dem Jahr 2015 können stationäre Pflegeeinrichtungen auch für PEA mit einem Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I entsprechendes Personal einstellen und abrechnen. Ab dem 1. Januar 2017 wurde mit § 43 b SGB XI eine neue Rechtsvorschrift geschaffen, durch die der Anspruch auf die zusätzliche Betreuung und Aktivierung in Form von Zahlung eines Vergütungszuschlags an die stationäre Einrichtung zu einem Individualanspruch des Versicherten wurde.

Tabelle 2.6: Zahl der Begutachtungen der MDK und der Knappschaft nach Gutachtenart in Tausend

Jahr	insgesamt	Erstgutachten	Höherstufungs-/ Wiederholungs- begutachtungen	Widersprüche
1995	1.706	¹⁾	¹⁾	¹⁾
1996	1.661	1.390	181	90
1997	1.370	905	372	93
1998	1.339	751	496	94
1999	1.248	690	482	76
2000	1.272	679	512	80
2001	1.268	671	519	78
2002	1.281	666	544	71
2003	1.301	671	552	78
2004	1.262	651	530	80
2005	1.307	674	543	89
2006	1.306	686	531	88
2007	1.326	698	538	91
2008	1.527	¹⁾	¹⁾	¹⁾
2009	1.518	829	584	106
2010	1.456	792	567	97
2011	1.466	769	598	99
2012	1.589	833	643	113
2013	1.646	876	661	110
2014	1.629	847	675	107
2015	1.723	933	685	105
2016	1.780	966	691	123

¹⁾ Werte nicht verfügbar

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

mehr Begutachtungen
nach Einführung des PFWG
im Jahr 2008 und des PSG I
im Jahr 2015

Da seit Inkrafttreten des PFWG zum 1. Juli 2008 auch dann Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gewährt werden, wenn deren Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I liegt, 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 etwa 200.000 (15 Prozent) auf etwa 1,5 Millionen gegenüber ungefähr 1,3 Millionen im Jahr 2007 an. Das zahlenmäßig hohe Niveau der Begutachtungen setzt sich auch in den Jahren 2009 bis 2016 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 dem Inkrafttreten der entsprechenden Normen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) vom 23. Oktober 2012 (BGBl I: 2246) werden zum 1. Januar 2013 erstmals auch Pflegegeld und Pflegesachleistungen für PEA ohne Pflegestufe (Pflegestufe 0) gewährt (§ 123 SGB XI neue Fassung). Dies hat womöglich zu einem Wachstum der Zahl der Begutachtungen in den Jahren 2012 und 2013 geführt. Der jüngste Anstieg auf knapp 1,7 Millionen Begutachtungen im Jahr 2015, der durch den zahlenmäßigen Anstieg der Erstbegutachtungen um 85.000 bedingt ist, ist vermutlich ebenfalls auf Leistungsausweitungen durch das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) zum 1. Januar 2015 zurückzuführen. Auffallend ist die deutliche Zunahme der Widersprüche im Jahr 2016, die möglicherweise im Vorgriff auf die Umstellung auf Pflegegrade zum 1. Januar 2017 und der damit einhergehenden Bestandsschutzregelung erfolgten.

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

Tabelle 2.7: Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch den MDK und die Knappschaft in Tausend

Jahr	Erstgutachten (N)	PEA unterhalb Pflegestufe I in Prozent ²⁾	Pflegestufe I in Prozent	Pflegestufe II in Prozent	Pflegestufe III in Prozent	nicht pflegebedürftig in Prozent
1995	1.679	–	31,4	26,5	12,5	29,6
1996	1.390	–	29,1	28,5	16,0	26,5
1997	905	–	37,3	25,7	9,4	27,6
1998	751	–	41,4	22,1	6,6	29,9
1999	690	–	43,3	21,6	6,1	29,0
2000	679	–	43,8	20,7	5,5	30,1
2001	671	–	45,5	20,1	5,0	29,4
2002	666	–	46,8	19,3	4,3	29,5
2003	671	–	46,4	19,4	4,3	29,9
2004	651	–	46,7	19,5	4,3	29,6
2005	674	–	47,1	19,1	4,5	29,3
2006	686	–	47,9	19,0	4,2	28,9
2007	698	–	49,2	17,9	3,7	29,2
2008	¹⁾	–	¹⁾	¹⁾	¹⁾	¹⁾
2009	829	–	49,2	15,9	3,3	31,7
2010	792	–	50,5	15,2	3,2	31,1
2011	769	–	49,1	15,5	3,8	31,6
2012	833	–	50,6	14,1	3,2	32,1
2013	876	–	49,0	12,8	2,8	35,4
2014	847	8,0	48,9	13,3	3,1	26,7
2015	933	8,7	47,5	12,7	3,1	28,0
2016	966	9,8	45,2	11,4	2,8	30,6

¹⁾ Werte für 2008 nicht verfügbar.

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

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

Um die Zugänge zur Pflegebedürftigkeit zu beschreiben, wird im Folgenden auf die Erstbegutachtungen eingegangen. In Tabelle 2.7 sind die Erstbegutachtungen der Anträge auf ambulante und stationäre Leistungen aufgeführt. Demnach wurden zur Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 etwa 1,7 Millionen Anträge auf ambulante Leistungen begutachtet. Obwohl in den Jahren seit 1996 zusätzlich Anträge auf stationäre Leistungen geprüft wurden, blieb der Spitzenwert des Jahres 1995 in der Folge unerreicht.

Im Wesentlichen bis zum Jahr 1999 und im geringeren Maße bis zum Jahr 2002 nahm die Anzahl der Erstbegutachtungen ab, da die Einführungseffekte ausklangen. Vom Jahr 2005 bis zum Jahr 2007 nahm die Zahl der Erstbegutachtungen dann – demografisch bedingt – wieder leicht zu. Danach sind insbesondere die bereits angesprochenen Effekte der Leistungsausweitungen auf das Antragstellungsverhalten zu beobachten.

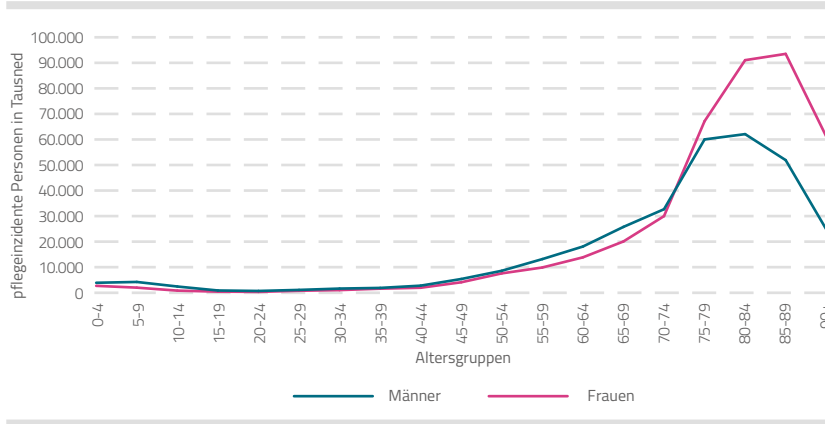
Der Anteil abgelehnter Anträge beläuft sich während des gesamten Zeitraums auf durchschnittlich etwa 30 Prozent. Auffallend ist im Zeitablauf der wachsende Anteil der Pflegestufe I bis etwa zum Jahr 2010, wobei der Anteil ab dem Jahr 2002 nur noch geringfügig steigt (MDS 2006), und der relative Rückgang der Anteile in den Pflegestufen II und III, der sich seit dem Jahr 1995 ungebrochen fortsetzt.

Ursächlich für das Wachstum des Anteils in Pflegestufe I können – insbesondere für die ersten Jahre – Einführungseffekte angesehen werden: Alle Versicherten, die vor Einführung der Pflegeversicherung Pflegeleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege nach §§ 55 ff. SGB V in der Fassung des Gesundheitsreformgesetzes aus dem Jahr 1988 erhalten haben, wurden automatisch in Pflegestufe II überleitet. Daraus resultierte eine zu hohe Pflegestufenstruktur, die durch Versterben der betroffenen Personen dann allmählich korrigiert wurde.

2.2.5 Der Eintritt in den Leistungsbezug: Pflegeinzidenzen nach Pflegestufe, Pflegeleistung und Erkrankung

Pflegebedürftigkeit tritt überwiegend in den höheren Altersgruppen erstmals auf (Abbildung 2.10). Dabei ist die Zahl der Männer, die zum ersten Mal als pflegebedürftig eingestuft werden, bis zur Gruppe der 70- bis 74-Jährigen größer als die der gleichaltrigen Frauen, in den höheren Lebensjahren dagegen meist deutlich kleiner.

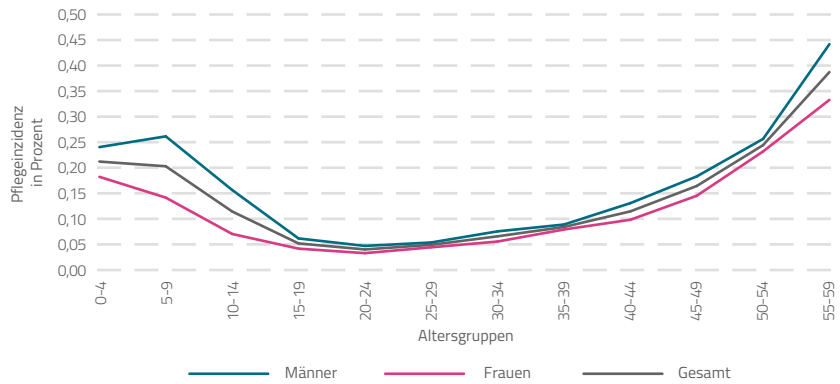
Abbildung 2.10: Pflegeinzidente Personen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



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

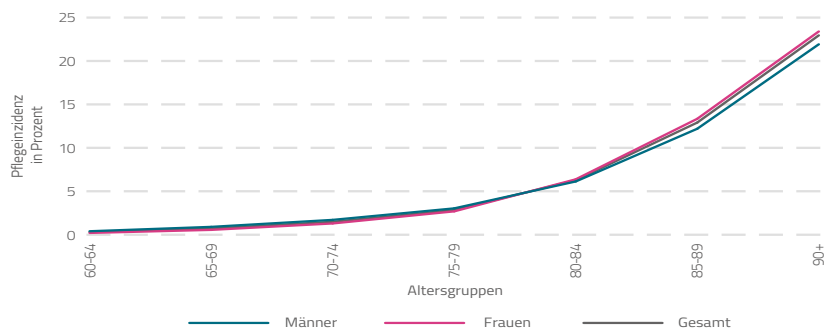
Die Anzahl der neu als pflegebedürftig eingestuften Personen ergibt sich rechnerisch aus der Zahl der Männer und Frauen im jeweiligen Alter, beziehungsweise der jeweiligen Altersgruppe in der Gesamtbevölkerung in Deutschland, und der Wahrscheinlichkeit, in diesem Alter oder dieser Altersgruppe pflegebedürftig zu werden. Diese sogenannten Pflegeinzidenzen, die die Wahrscheinlichkeit angeben, innerhalb eines Jahres pflegebedürftig zu werden, sind in Abbildung 2.11 für die unteren Altersgruppen und in Abbildung 2.12 für die oberen Altersgruppen im Vergleich der Geschlechter abgetragen.

Abbildung 2.11: Pflegeinzidenz in den unteren Altersgruppen nach Geschlecht im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten

Abbildung 2.12: Pflegeinzidenz in den oberen Altersgruppen nach Geschlecht im Jahr 2016

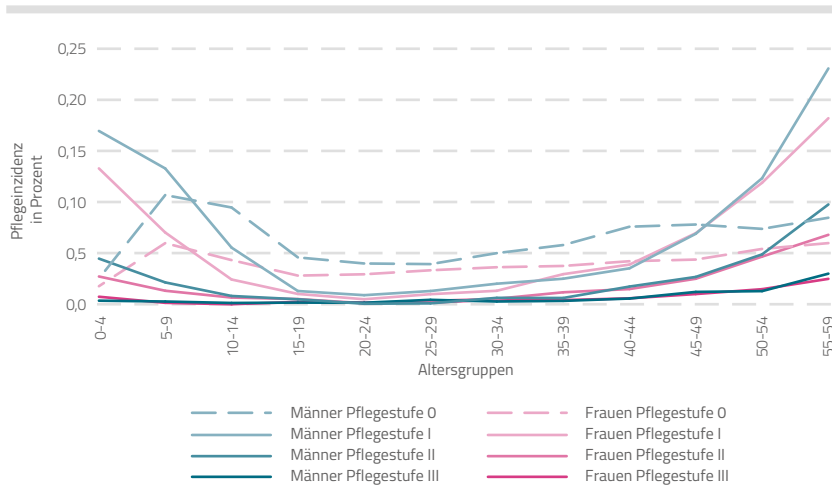


Quelle: BARMER-Daten

In den unteren Altersgruppen haben Kleinkinder von 0 bis vier Jahren eine Wahrscheinlichkeit von etwa 0,2 Prozent, pflegebedürftig zu werden. Diese Wahrscheinlichkeit nimmt danach im Altersverlauf ab, erreicht im Alter von 20 bis 24 Jahren ihr Minimum und steigt danach wieder kontinuierlich an. Die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu

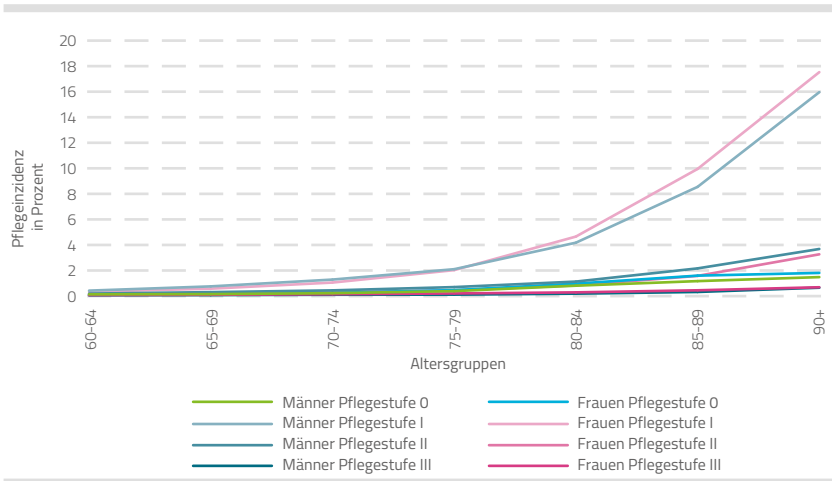
werden, ist damit für Kleinkinder etwa genauso groß wie für 50- bis 54-Jährige. Danach steigt die Wahrscheinlichkeit weiter deutlich an und beträgt in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen bereits sieben Prozent und in der Altersgruppe der über 90-Jährigen bis zu 23 Prozent. In den unteren Altersgruppen übersteigt die Inzidenzrate der Männer die der Frauen um bis zu 70 Prozent, während in den oberen Altersgruppen die Frauen eine höhere Inzidenzrate aufweisen, der Unterschied aber bei maximal acht Prozent liegt. Die Tatsache, dass sehr viel mehr Frauen als Männer im Alter ab 80 Jahren pflegebedürftig werden (Abbildung 2.10), liegt damit nicht an der größeren Wahrscheinlichkeit von Frauen dieses Alters, pflegebedürftig zu werden, sondern am ausgeprägten Frauenüberschuss in der Bevölkerung in diesen Altersgruppen.

Abbildung 2.13: Pflegeinzidenz in den unteren Altersgruppen nach Pflegestufe und Geschlecht im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten

Abbildung 2.14: Pflegeinzidenz in den oberen Altersgruppen nach Pflegestufe und Geschlecht im Jahr 2016

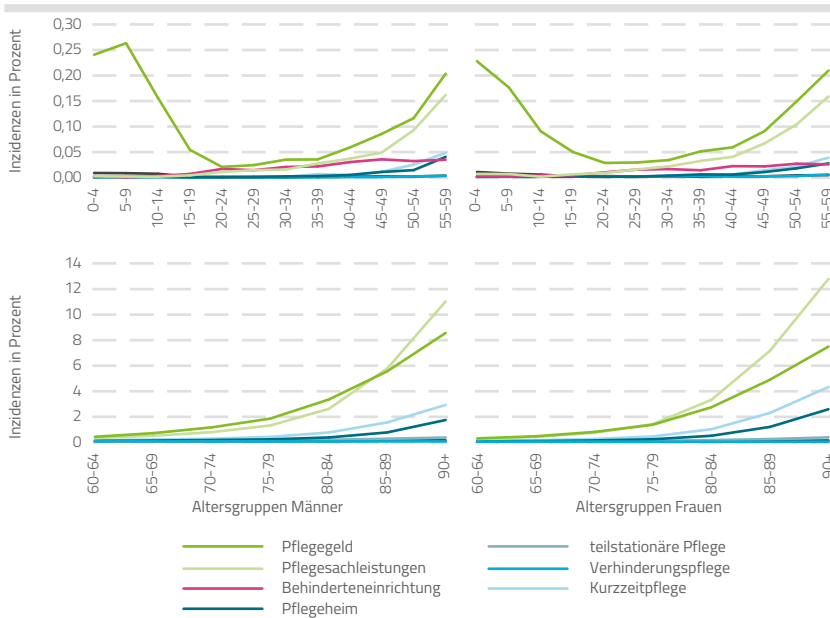


Quelle: BARMER-Daten

Unterscheidet man zusätzlich nach der Pflegestufe, dann zeigt sich im Wesentlichen die gleiche Verlaufsform wie bei der Pflegeinzidenz über alle Pflegestufen, jedoch nimmt die Inzidenz in höheren Pflegestufen deutlich ab und die Unterschiede zwischen Männern und Frauen, die in niedrigeren Pflegestufen noch stark ausgeprägt sind, gehen mit Höhe der Pflegestufe zurück (Abbildung 2.13 und 2.14).

Der bei der Analyse der Verteilung von Pflegeleistungen nach Alter (Abbildung 2.4) festgestellte Befund, dass im jüngeren Alter (bis etwa 20 Jahre) nach dem Pflegeeintritt überwiegend Geldleistungen bezogen werden, andere Leistungen hingegen fast gar nicht, zeigt sich auch bei den Pflegeinzidenzen (Abbildung 2.15). Darüber hinaus wird lediglich die Verhinderungspflege – wenn auch auf niedrigem Niveau – nachgefragt, vermutlich zur Entlastung der häuslichen Pflegesituation. Anschließend steigt bis zum Alter von 59 Jahren die Nutzungswahrscheinlichkeit aller Leistungen an, wobei auch hier die Geldleistungen überwiegen, gefolgt von den Sachleistungen, von der Pflege in Behinderteneinrichtungen und, am wenigsten ausgeprägt, von der Pflege im Heim. Die Leistungen der Kurzzeitpflege werden in einem nennenswerten Umfang erst etwa ab der Altersgruppe der 40- bis 44-Jährigen genutzt.

Abbildung 2.15: Inzidenzen der Männer und Frauen nach Altersgruppen und Pflegeleistung im Jahr 2016



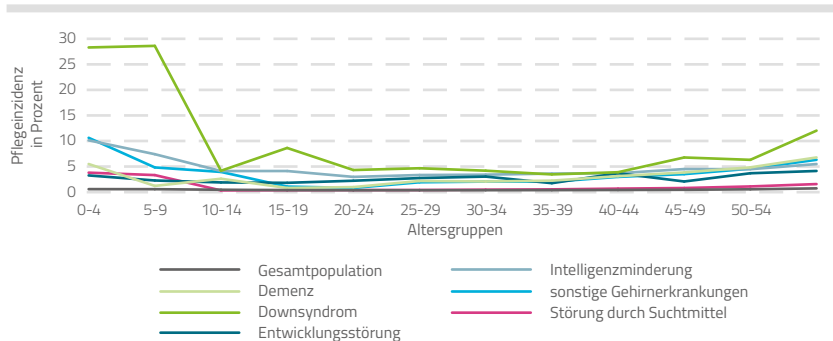
Quelle: BARMER-Daten

In den oberen Altersgruppen ab dem 60. Lebensjahr dominieren ebenfalls die Geldleistungen, werden aber in späteren Lebensjahren von den Sachleistungen übertroffen. Pflege beginnt also überwiegend im familialen Umfeld beziehungsweise unter Einbezug ambulanter Dienste. Der Pflegebeginn ist dagegen äußerst selten mit einem Heimeintritt verbunden – selbst bei den über 90-Jährigen liegt die Pflegeinzidenz mit Heimeintritt bei lediglich zwei Prozent, während die Pflegeinzidenz mit Beginn in häuslicher Pflege in diesem Alter bei rund 20 Prozent liegt. Etwa drei bis vier Prozent der noch nicht pflegebedürftigen über 90-jährigen Versicherten werden innerhalb eines Jahres pflegebedürftig und nutzen zunächst die Kurzzeitpflege. Diese kann mit einer häuslichen Pflege weitergeführt werden, aber auch in einer dauerhaften Pflege im Heim enden (Rothgang et al. 2012: 192ff.). Teilstationäre Pflege und Verhinderungspflege sind Ergänzungs- oder Ersatzleistungen, die insgesamt im Inzidenzmonat noch selten genutzt werden.

Inzidenzen nach Erkrankungen und Beeinträchtigungen

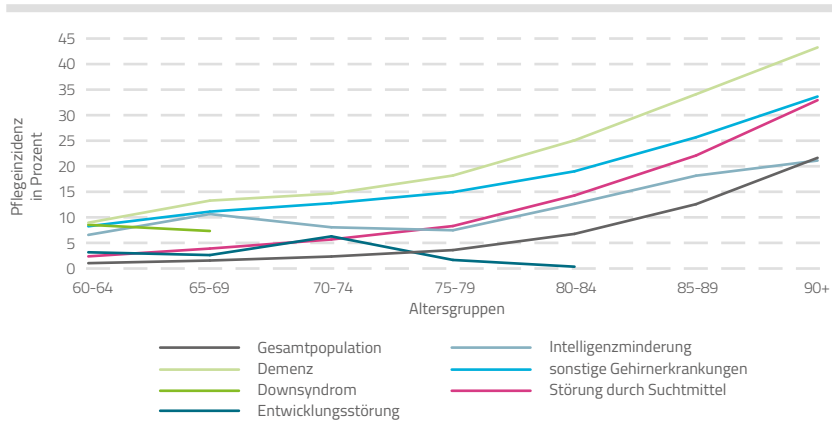
Differenziert man nach einzelnen Erkrankungen, dann zeigt sich, dass unter den psychischen Störungen in erster Linie das Downsyndrom und Intelligenzminderungen beziehungsweise sonstige Gehirnerkrankungen mit einer bis zu 50-fach höheren Wahrscheinlichkeit eines Pflegeeintritts einhergehen (etwa fünf Prozent beim Downsyndrom gegenüber 0,1 Prozent beim Durchschnitt in den jungen Altersgruppen). Im Vergleich haben bei den psychischen Erkrankungen in den höheren Altersgruppen eher die Demenz, aber auch sonstige Gehirnerkrankungen einen großen Einfluss. Im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen ist die Wahrscheinlichkeit eines Pflegeeintritts durch diese Erkrankungen jedoch wesentlich weniger stark erhöht. So geht eine Demenz lediglich mit einer Verdopplung der Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit einher.

Abbildung 2.16: Pflegeinzidenz in den unteren Altersgruppen nach psychischen Störungen im Jahr 2015



Quelle: BARMER-Daten

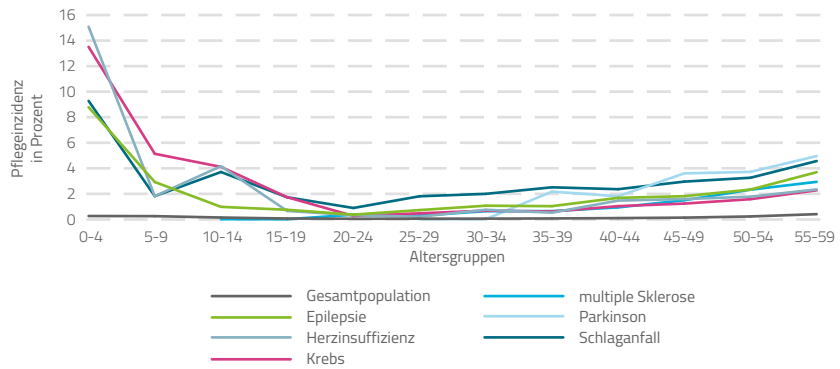
Abbildung 2.17: Pflegeinzidenz in den oberen Altersgruppen nach psychischen Störungen im Jahr 2015



Quelle: BARMER-Daten

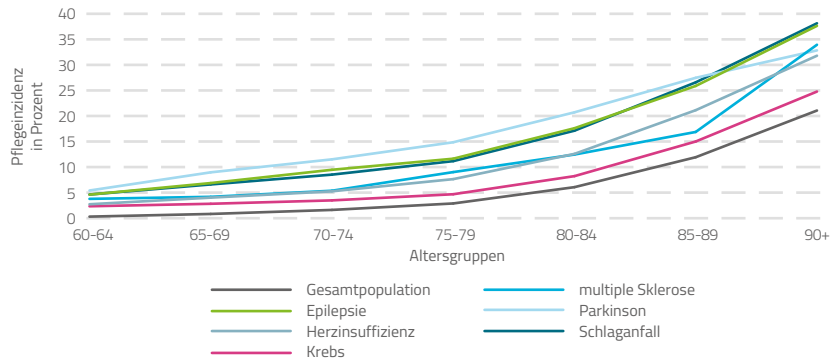
Erkrankungen, die vor allem im hohen Alter als pflegebegründend angesehen werden, haben auch in den jungen Altersgruppen einen großen Einfluss. Beispielsweise erhöhen Parkinson, Schlaganfall, Herzinsuffizienz und Krebs die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit im Mittel um etwa das 20-Fache (zwei Prozent gegenüber 0,1 Prozent Basiswahrscheinlichkeit), wobei diese Erkrankungen in den ersten Lebensjahren einen herausragenden Einfluss haben. Im Alter ab 60 Jahren führen diese Erkrankungen ebenfalls maximal zu einer Verdopplung der Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden. Eine klare Ausnahme bildet Krebs, da bei ihr der wahrscheinlichkeitserhöhende Einfluss mit dem Alter zurückgeht. So führt Krebs ab dem 90. Lebensjahr nur noch zu einer 1,25-fach höheren Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden.

Abbildung 2.18: Pflegeinzidenz in den unteren Altersgruppen nach akuten oder speziellen Erkrankungen im Jahr 2015



Quelle: BARMER-Daten

Abbildung 2.19: Pflegeinzidenz in den oberen Altersgruppen nach akuten oder speziellen Erkrankungen im Jahr 2015

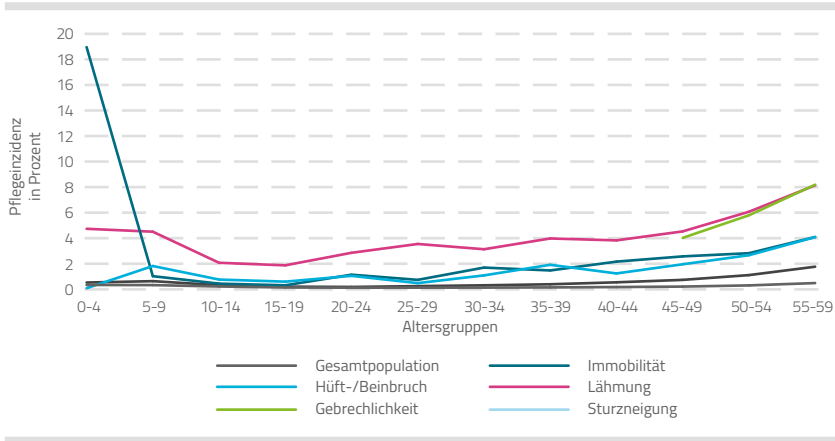


Quelle: BARMER-Daten

Mobilitätsbeeinträchtigungen wirken sich vor allem dann auf die Erhöhung der Wahrscheinlichkeit aus, pflegebedürftig zu werden, wenn sie deutlich ausgeprägt sind. So führen Lähmungen in jungen Altersklassen zu einer etwa 40-fach höheren Inzidenzrate, während die anderen Beeinträchtigungen nur mit einer etwa 10- bis 20-fach höheren Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, verbunden sind. Im höheren

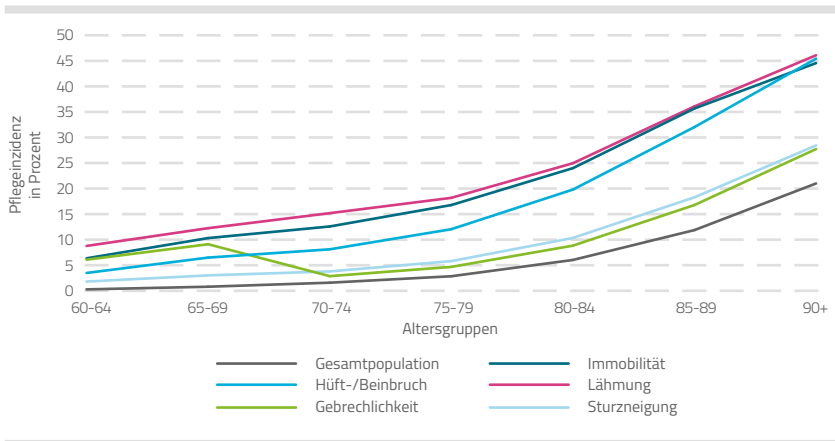
Alter führen Immobilität und hüftgelenksnahe Frakturen zu einer Verdopplung bis Verdreifachung der Inzidenzrate, während leichtere Beeinträchtigungen, wie Gebrechlichkeit und Sturzneigung – vor allem in den höchsten Altersgruppen – die altersbedingte Inzidenz kaum beeinflussen.

Abbildung 2.20: Pflegeinzidenz in den unteren Altersgruppen nach Mobilitätsbeeinträchtigungen im Jahr 2015



Quelle: BARMER-Daten

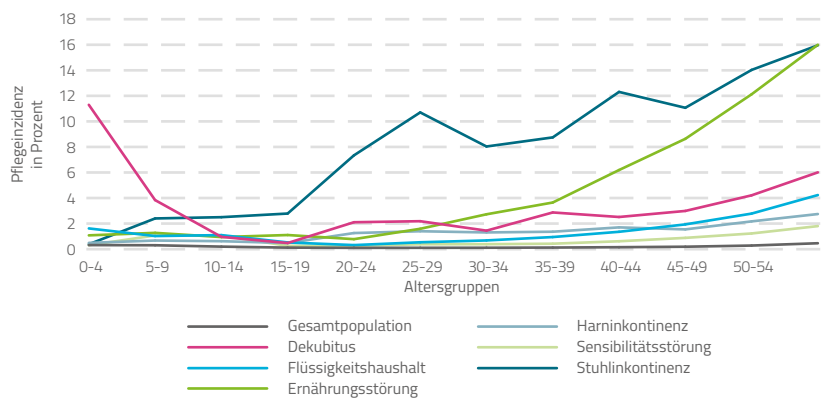
Abbildung 2.21: Pflegeinzidenz in den oberen Altersgruppen nach Mobilitätsbeeinträchtigungen im Jahr 2015



Quelle: BARMER-Daten

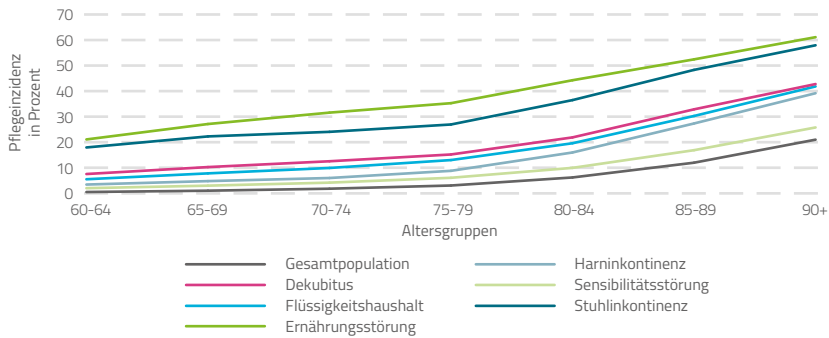
Bei den sonstigen Erkrankungen wirken sich sowohl im Erwachsenenalter von 20 bis 59 Jahren als auch in den oberen Altersgruppen vor allem Ernährungsstörungen und Stuhlinkontinenz äußerst stark auf eine Erhöhung der Wahrscheinlichkeit aus, pflegebedürftig zu werden. Insgesamt zeigt sich auch hier, dass bei einer Vielzahl von Erkrankungen der relative Einfluss mit dem Alter zurückgeht. Dies liegt vor allem daran, dass im höheren Alter die Anzahl der verschiedenen Erkrankungen steigt, sodass die einzelnen Erkrankungen in der Menge an Erkrankungen weniger allein entscheidend für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit sind.

Abbildung 2.22: Pflegeinzidenz in den unteren Altersgruppen nach sonstigen Erkrankungen im Jahr 2015



Quelle: BARMER-Daten

Abbildung 2.23: Pflegeinzidenz in den oberen Altersgruppen nach sonstigen Erkrankungen im Jahr 2015

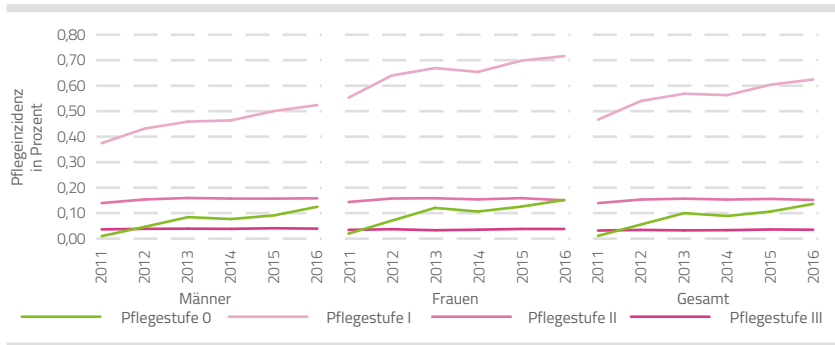


Quelle: BARMER-Daten

2.2.6 Pflegeinzidenzen im Wandel

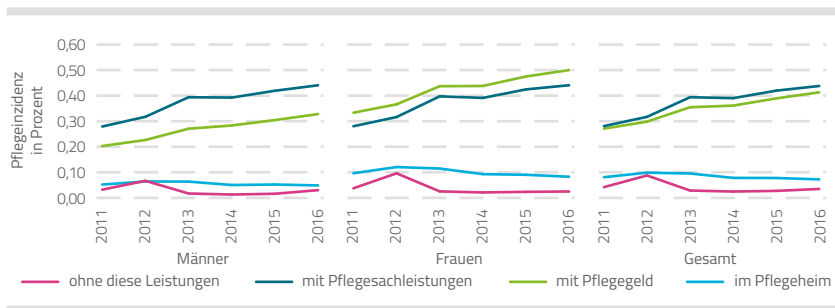
Veränderungen in den Pflegeinzidenzen können einerseits Ausdruck einer gestiegenen (pflegebegründenden) Morbidität sein, in deren Folge verstärkt Pflegeleistungen benötigt werden, andererseits kann sich aber auch das Ausmaß des Bezugs von Pflegeleistungen erhöhen, wenn Ansprüche auf Pflegeleistungen – wie beispielsweise durch das PfwG, das PNG und das PSG I – ausgeweitet werden. Aufgrund dieser Reformen ist insbesondere mit einem (vermehrten) Zugang zu Pflegestufe 0 zu rechnen. Für einige, die sich nur im Hinblick auf die Leistungen für Pflegestufe 0 einer Begutachtung unterzogen haben, dann aber doch einer Pflegestufe zugeordnet wurden, zeigen sich aufgrund dieser gesetzlichen Regelungen auch erhöhte Inzidenzen vor allem in Pflegestufe I (Rothgang et al. 2016; Schneekloth et al. 2016). Wie in der Abbildung 2.24 zu sehen ist, haben sich die Pflegeinzidenzen in den Pflegestufen 0 und I im Zeitraum zwischen den Jahren 2011 bis 2016 erkennbar erhöht, während die Inzidenzen für die Pflegestufen II und III weitgehend unverändert geblieben sind. Dieser grundlegende Befund gilt für Frauen ebenso wie für Männer – nur auf unterschiedlichem Niveau.

Abbildung 2.24: Pflegeinzidenzen nach Pflegestufen und Jahr



Quelle: BARMER-Daten

Abbildung 2.25: Pflegeinzidenzen nach Pflegeleistungen und Jahr



Quelle: BARMER-Daten

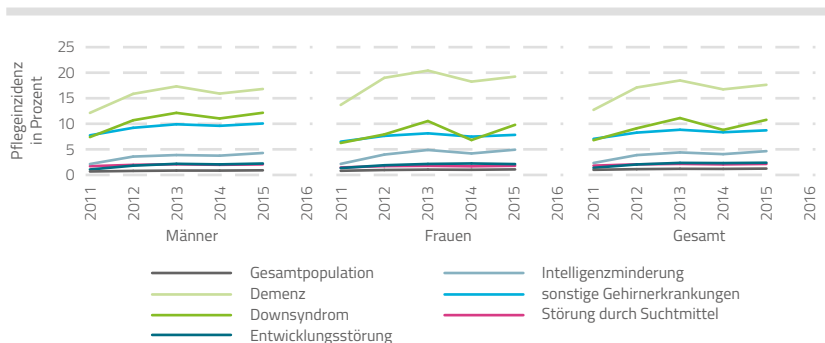
Da sich die Leistungsverbesserungen des PNG und PSG I vor allem auf die häusliche Pflege beziehen, ist insbesondere in diesen Pflegearrangements mit einer Inzidenzsteigerung zu rechnen. Abbildung 2.25 bestätigt diese Hypothese: Die Wahrscheinlichkeit, die Pflegebedürftigkeit in vollstationärer Dauerpflege zu beginnen, verändert sich im Beobachtungszeitraum kaum. Die Pflege in Behinderteneinrichtungen tritt so gut wie gar nicht als inzidenten Pflegearrangement auf. Die Inzidenzen der informellen Pflege und der formell-ambulanten Pflege steigen dagegen in diesem Zeitraum jeweils um rund ein Drittel, von 0,3 auf 0,4 Prozent (informelle Pflege) beziehungsweise von 0,3 auf 0,4 Prozent (formell-ambulante Pflege). Dabei zeigen sich zwischen Männern und Frauen zwar Niveauunterschiede – so weisen Männer mehr informelle als

formell-ambulante Pflegearrangements auf, während es bei den Frauen umgekehrt ist – der Trend ist aber bei beiden gleich.

Insgesamt zeigt sich damit – unabhängig von den demografischen Einflüssen – eine deutliche Ausweitung der Zugänge in den Leistungsbezug. Diese Ausweitung ist dabei stark durch die Leistungsausweitungen in den letzten Jahren bedingt, wie insbesondere der Anstieg in den entsprechenden Pflegestufen und -leistungen zeigt, für die diese Leistungsausweitungen gewährt werden.

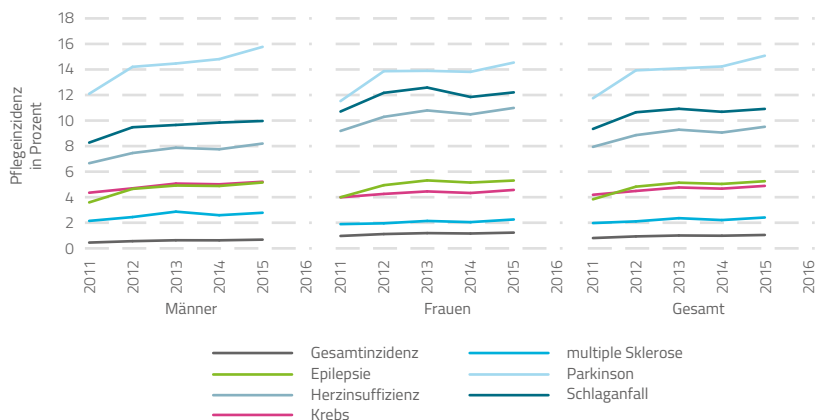
Bei den (über alle Altersgruppen) zusammengefassten Inzidenzen (Abbildung 2.26 bis Abbildung 2.29) nimmt die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden, bei Vorliegen von einzelnen Erkrankungen, im Zeitverlauf zu. Diese Ausweitungen des Leistungsbezugs beim Vorliegen von einzelnen Erkrankungen weisen damit darauf hin, dass auch andere Faktoren als die Zunahme von Erkrankungen für den Anstieg des Leistungsbezugs verantwortlich sind. So wurden 18 Prozent der demenziell erkrankten Männer und Frauen im Laufe des Jahres 2015 pflegebedürftig, während diese Rate im Jahr 2011 noch bei 13 Prozent lag (Abbildung 2.26). Die zusammengefassten Inzidenzen sind dabei für die Stuhlinkontinenz am höchsten (etwa 32 Prozent), gefolgt von denen bei Demenz und Parkinson (etwa 15 Prozent). Die übrigen aufgeführten Erkrankungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit auf 2 bis 15 Prozent, innerhalb eines Jahres pflegebedürftig zu werden.

Abbildung 2.26: Zusammengefasste Pflegeinzidenzen bei psychischen Störungen im Wandel



Quelle: BARMER-Daten

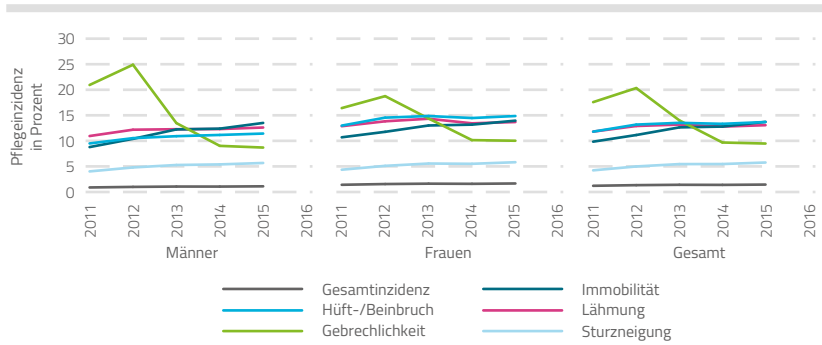
Abbildung 2.27: Zusammengefasste Pflegeinzidenzen bei akuten und speziellen Erkrankungen im Wandel



Quelle: BARMER-Daten

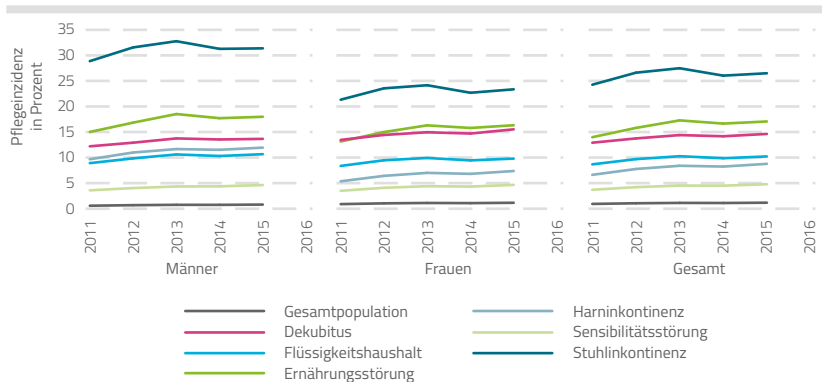
Diese Befunde von gestiegenen Inanspruchnahmen von Pflegeleistungen beim Vorliegen von einzelnen Erkrankungen im Zeitverlauf – und damit durch die Konstanzhaltung von einzelnen Erkrankungen, die als pflegebegründend angesehen werden – sprechen dafür, dass vermutlich auch Leistungsausweitungen ursächlich für den Anstieg der Pflegeinzidenzen sind. Zu welchen Anteilen die gestiegenen Pflegeinzidenzen darüber hinaus zusätzlich auf eine gestiegene Morbidität, beispielsweise durch parallel vorliegende Erkrankungen, zurückzuführen ist, kann an dieser Stelle zwar nicht beantwortet werden, muss aber ebenfalls in Betracht gezogen werden.

Abbildung 2.28: Zusammengefasste Pflegeinzidenzen bei Beeinträchtigungen der Mobilität im Wandel



Quelle: BARMER-Daten

Abbildung 2.29: Zusammengefasste Pflegeinzidenzen bei sonstigen Erkrankungen im Wandel



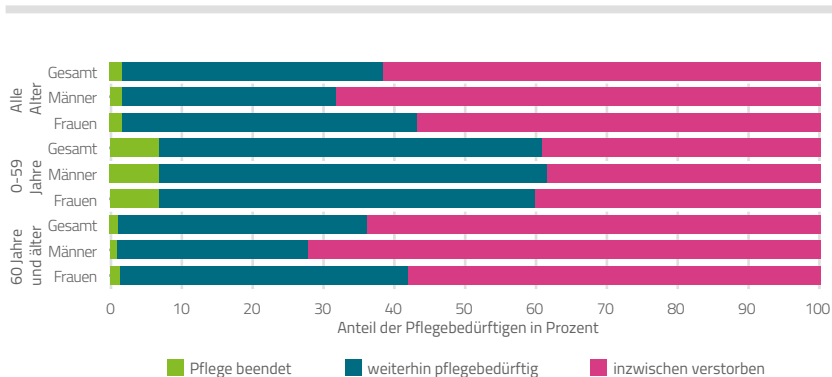
Quelle: BARMER-Daten

2.2.7 Pflegedauer und Pflegeverläufe

Nach dem erstmaligen Bezug von Pflegeleistungen stellt sich die Frage, wie lange diese Pflegeleistungen bezogen werden, beziehungsweise wie lange eine Pflegebedürftigkeit andauert. In Abbildung 2.30 werden hierzu die Pflegeeintrittskohorten von Männern und Frauen sowie in zusammenfassender Betrachtung beider Geschlechter des Jahres 2011 über 48 Monate beobachtet.

Nach 48 Monaten sind in der Altersgruppe der über 60-Jährigen ungefähr 58 Prozent der Frauen und etwa 72 Prozent der Männer verstorben. Frauen haben demnach (bis zu diesem Zeitpunkt) eine deutlich längere Pflegedauer zu erwarten als Männer. Dementsprechend ist der Anteil der Frauen, die nach 48 Monaten weiterhin pflegebedürftig sind, erheblich höher als der Anteil der weiterhin pflegebedürftigen Männer (Beendigungen des Pflegeleistungsbezugs treten in den höheren Altersgruppen mit etwa einem Prozent relativ selten auf). In den jüngeren Altersgruppen von 0 bis 59 ist der Anteil der verstorbenen (mit etwa 38 und 40 Prozent) oder weiterhin pflegebedürftigen (mit etwa 53 und 54 Prozent) Männer und Frauen relativ ausgeglichen. Im Vergleich zu den älteren Pflegebedürftigen liegt der Anteil der Personen, die aus dem Leistungsbezug ausgeschieden sind, mit rund sieben Prozent deutlich höher.

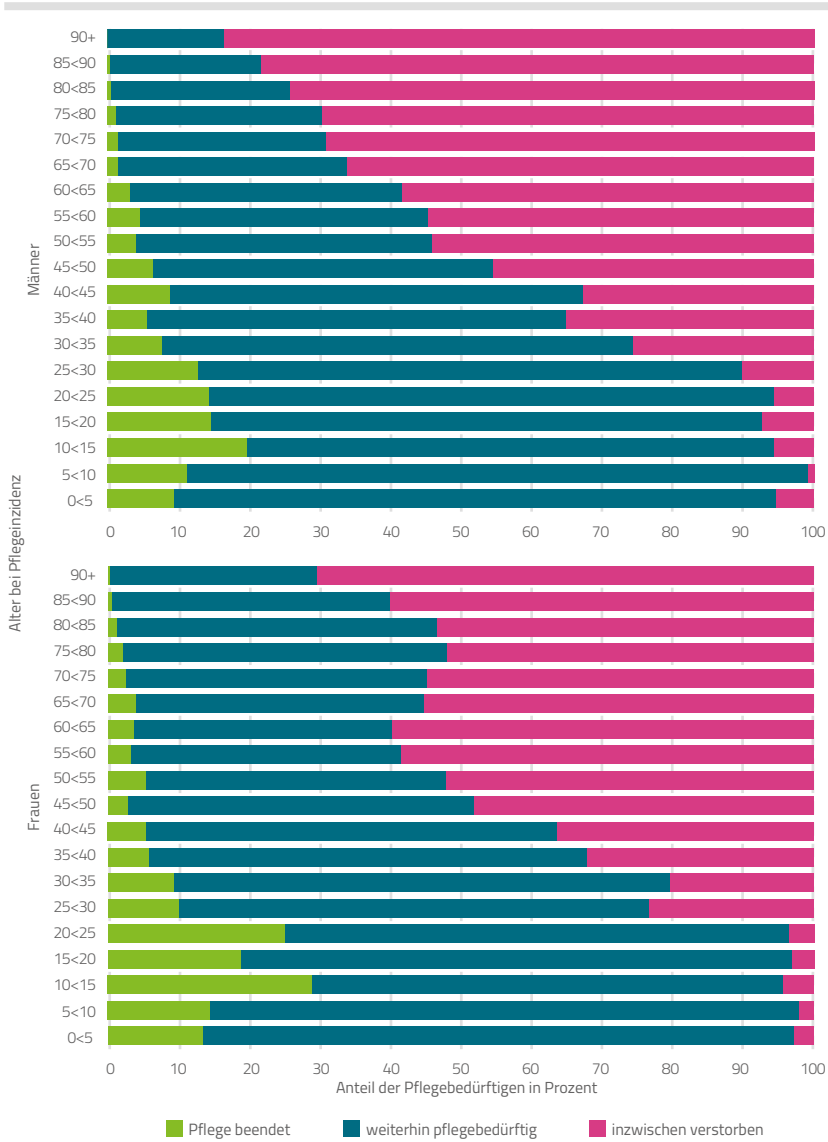
Abbildung 2.30: Zustand 48 Monate nach Pflegeeintritt im Jahr 2011 für Männer, Frauen und insgesamt nach Altersgruppen



Quelle: BARMER-Daten

Dass die Überlebensanteile der Frauen ab der Altersgruppe 50 bis 54 größer sind als die der Männer, zeigt Abbildung 2.31. Dieses einheitliche Bild findet sich in den jüngeren Altersgruppen nicht wieder. In den Altersgruppen von 0 bis 59 Jahren gibt es einen ständigen Wechsel der höheren Überlebensanteile zwischen Männern und Frauen.

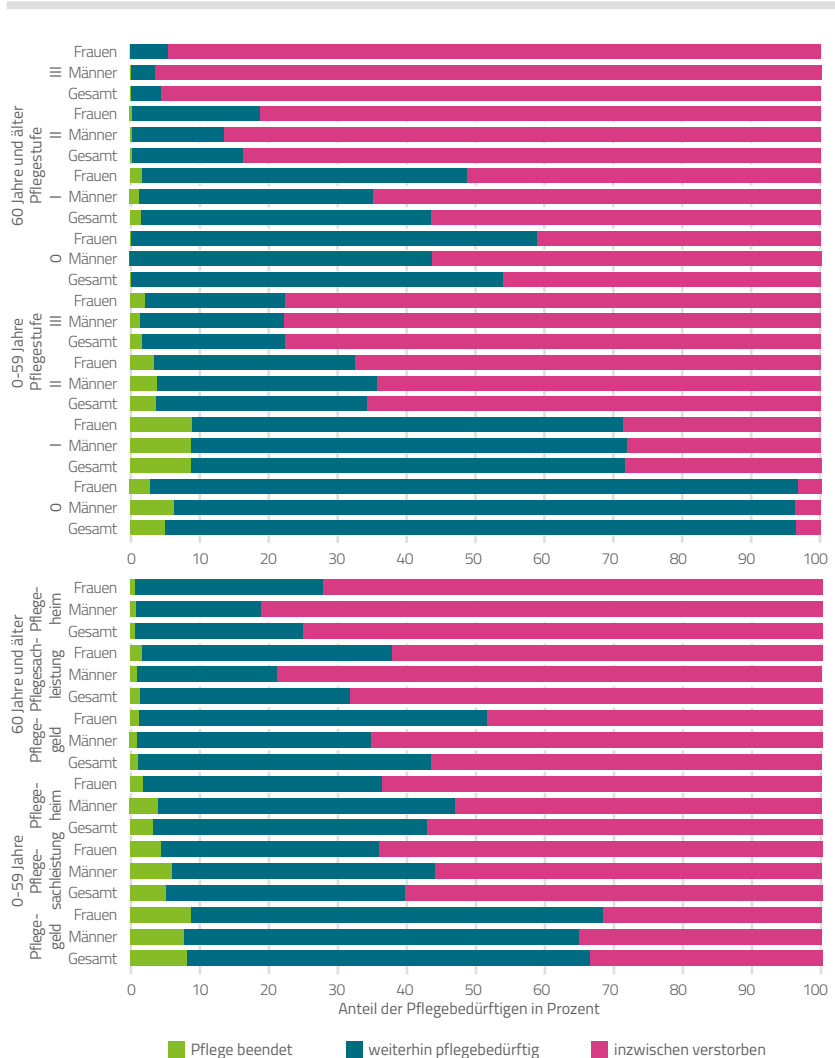
Abbildung 2.31: Zustand 48 Monate nach Pflegeeintritt im Jahr 2011 für Männer und Frauen nach Altersgruppen



Quelle: BARMER-Daten

Differenziert nach Pflegestufe und Pflegeleistung (Abbildung 2.32) zeigt sich bei den über 60-Jährigen in allen Pflegestufen und bei allen drei unterschiedenen Pflegeleistungen der Überlebensvorteil der weiblichen Pflegebedürftigen.

Abbildung 2.32: Zustand 48 Monate nach Pflegeeintritt im Jahr 2011 für Männer und Frauen nach Pflegestufe beziehungsweise Pflegeleistung und Altersgruppen



Quelle: BARMER-Daten

Im Alter von 0 bis 59 Jahren unterscheiden sich die Überlebensanteile nach 48 Monaten zwischen Männern und Frauen nach der Pflegestufe deutlich weniger. Während bei Männern in formalen Pflegearrangements (also Pflegesachleistung und Pflegeheim) geringfügig höhere Überlebensanteile zu verzeichnen sind, weisen Frauen dagegen beim Bezug von Pflegegeldleistungen geringfügig höhere Überlebensvorteile auf.

2.2.8 Übergänge zwischen den Pflegestufen

Im Verlauf der Pflegebedürftigkeit kann es durch Höherstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen zu Veränderungen in der Pflegestufe kommen. Beispielsweise waren im Jahr 2016 von insgesamt 1.780.000 Begutachtungen 691.000 und damit 39 Prozent Höherstufungs- beziehungsweise Wiederholungsbegutachtungen. Diese Höherstufungen, aber auch Rückstufungen tragen damit zu Veränderungen der Häufigkeiten bei, in einem bestimmten Alter einer bestimmten Pflegestufe anzugehören.

2016: 691.000 Höherstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen

Übergänge von Pflegestufe 0 erfolgen meist in Pflegestufe I. Bei den jüngeren Pflegebedürftigen bis zur Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen wird der Leistungsbezug aber teilweise sogar noch häufiger beendet, weil keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt (Abbildung 2.33). Ein Wechsel in die übernächste Pflegestufe II erfolgt nur in wenigen Fällen und nach Pflegestufe III sehr selten. Die Wahrscheinlichkeit einer Beendigung der Pflegebedürftigkeit durch den Tod ist äußerst klein, sie steigt aber mit dem Alter an. In Pflegestufe I kommt es (besonders in jungen Altersgruppen) ebenfalls noch oft zu Beendigungen des Pflegeleistungsbezugs. Rückstufungen in Pflegestufe 0 erfolgen in nennenswertem Ausmaß bis etwa zur Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen. Auch in Pflegestufe I erfolgen die meisten Wechsel aber in die nächsthöhere Pflegestufe, hier Pflegestufe II, während Wechsel in Pflegestufe III eher selten sind. Etwa ein Drittel aller Wechsel sind nunmehr jedoch Todesfälle. In Pflegestufe II dominieren in den höheren Altersgruppen die Todesfälle, deren Anteil auf etwa drei Viertel aller Wechsel gestiegen ist, gefolgt von den Wechseln in die nächsthöhere Pflegestufe III. Anteilig stark vertreten sind auch in Pflegestufe II in den jüngeren Altersgruppen Rückstufungen beziehungsweise Austritte aus dem Leistungsbezug. Pflegestufe III wird ab dem Alter von etwa 30 Jahren nahezu ausschließlich durch den Tod beendet, während in den jüngeren Altersgruppen nach wie vor nennenswerte Anteile der Pflegebedürftigen Rückstufungen oder sogar Austritte erfahren.

Abbildung 2.33: Übergänge (auf Monatsbasis) in andere Pflegestufen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten

In der Summe vollziehen sich Wechsel meist zwischen den angrenzenden Pflegestufen durch eine Höherstufung beziehungsweise – seltener – durch eine Rückstufung um eine Pflegestufe. Sprünge unter Auslassung einer Pflegestufe kommen dagegen kaum vor. Bei Kindern und jungen Erwachsenen finden sich allerdings in allen Pflegestufen hohe Rückstufungs- und Austrittsanteile beim Pflegeleistungsbezug. In den höheren Altersgruppen dominieren ab Pflegestufe II dagegen die Todesfälle mit bis zu drei Vierteln (Pflegestufe II) beziehungsweise fast 100 Prozent aller Wechsel (Pflegestufe III).

Differenziert man die Pflegestufenwechsel nach vorliegenden Erkrankungen (ohne Berücksichtigung von Ko- und Multimorbidität) der Pflegebedürftigen, dann ist die Intelligenzminderung mit den insgesamt wenigsten Wechseln verbunden. Stattdessen wird die aktuelle Pflegestufe in der Regel beibehalten.

Höherstufungen verteilen sich bei Ausgangspflegestufe 0 zwischen den einzelnen Erkrankungen ähnlich, wobei meist in die Pflegestufe I gewechselt wird. Die Unterschiede in den Wechselhäufigkeiten aus Pflegestufe I und II heraus fallen zwischen den begleitenden Erkrankungen etwas größer aus. Bei den jüngeren Pflegebedürftigen bis zum Alter von 59 Jahren treten bei Krebs verstärkt sowohl Höherstufungen als auch Beendigungen des Leistungsbezugs auf, während bei den älteren Pflegebedürftigen ab dem 60. Lebensjahr insbesondere Höherstufungen bei Demenz, Krebs, Schlaganfall und Lähmungen auftreten. Ein deutlicher Zusammenhang zwischen einzelnen Erkrankungen und dem Wechsel der Pflegestufe scheint damit insgesamt weniger vorzuliegen, da die Auswirkungen und Folgeerscheinungen einzelner Erkrankungen für die funktionale Gesundheit vermutlich ausschlaggebender sind, als die Diagnosen dieser Erkrankungen.

Ein deutlicher Zusammenhang zeigt sich hingegen zwischen einzelnen Erkrankungen und der Sterblichkeit. Mit den Pflegestufen steigt der Anteil der monatlich Versterbenden beträchtlich, im Alter von 0 bis 59 Jahren insbesondere bei Krebs und im Alter ab 60 Jahren bei Krebs, Demenz und Schlaganfall. Multiple Sklerose ist insgesamt im Vergleich zu diesen Erkrankungen mit einer geringeren Sterblichkeit verbunden.

Abbildung 2.34: Übergänge (auf Monatsbasis) in andere Pflegestufen bei Vorliegen einzelner Erkrankungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015



Quelle: BARMER-Daten

2.2.9 Die Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen, Pflegeleistungen und Zugehörigkeit zur Sozialen oder Privaten Pflegeversicherung

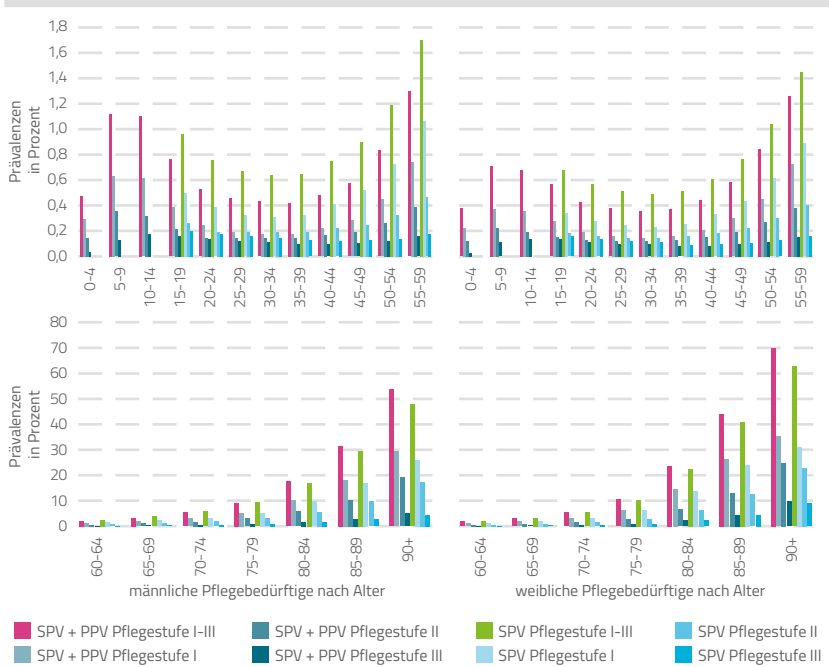
Für eine gegebene Population kann der Anteil der Pflegebedürftigen zur Zahl der Gesamtpopulation ins Verhältnis gesetzt werden. Damit wird eine Maßzahl zur Evaluation des Gesundheitszustands (bezogen auf Pflegebedürftigkeit) einer Bevölkerung generiert. Dieser Quotient gibt die Prävalenz des interessierenden Zustands, hier also der Pflegebedürftigkeit, an und kann selbst wieder nach Teilpopulationen (in diesem Fall insbesondere nach Alter und Geschlecht) differenziert werden (Kreienbrock und Schach 2005: 10). Diese Prävalenz kann als Pflegewahrscheinlichkeit oder Pflegefallwahrscheinlichkeit interpretiert werden, also als Wahrscheinlichkeit dafür, dass ein Mitglied der entsprechenden Population pflegebedürftig ist (im Unterschied zur Inzidenz, der Wahrscheinlichkeit, dass jemand pflegebedürftig wird). Die Prävalenz ist damit eine Größe, die aus der Inzidenz und der Verweildauer in Pflegebedürftigkeit resultiert. Die Prävalenz nach einzelnen Pflegestufen berücksichtigt darüber hinaus auch die Übergänge zwischen den Pflegestufen in den Pflegebiografien.

In Abbildung 2.35 sind die Pflegeprävalenzen nach Alter, Geschlecht, Pflegestufe und zusätzlich nach Versichertenart abgetragen. Es wird also zwischen Versicherten, die in der Pflegestatistik erfasst werden (Versicherte der SPV und PPV), und Versicherten in der Statistik der Pflegekassen (Versicherte der SPV) unterschieden.

Zunächst entsprechen die Pflegeprävalenzen dem bekannten Bild aus der Verteilung der Pflegeinzidenzen. Die Prävalenzen reichen in den jüngeren Altersgruppen von etwa 0,4 bis 1,0 Prozent und folgen einem leicht U-förmigen Verlauf mit (relativ) hohen Werten in den ersten zehn Lebensjahren, die dann zurückgehen und im Alter von etwa 50 Jahren wieder an das Ausgangsniveau heranreichen. Die Prävalenzen bei den Jungen liegen dabei um ungefähr 50 bis 100 Prozent (besonders in den niedrigeren Pflegestufen) höher als die der Mädchen. Dies hängt nicht nur damit zusammen, dass Jungen und Männer durchweg bis zur Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen eine höhere Pflegeinzidenz aufweisen als Mädchen und Frauen (Abbildung 2.11 und 2.12), sondern

auch in einigen jüngeren Altersgruppen länger in der Pflegebedürftigkeit verweilen (Abbildung 2.31). Eine höhere Inzidenz und eine längere Verweildauer in der Pflegebedürftigkeit tragen insbesondere zu einer größeren Prävalenz der Jungen gegenüber den Mädchen bei. Im höheren Alter, ab der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen, haben Frauen dagegen eine in jeder Altersgruppe höhere Prävalenz als die Männer (beispielsweise zehn zu neun Prozent in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen und 70 Prozent zu 53 Prozent in der Altersgruppe der über 90-Jährigen). Im Unterschied zu den jüngeren Altersgruppen resultiert hier aber die höhere Prävalenz primär aus der längeren Verweildauer der Frauen in der Pflegebedürftigkeit, da sich die Inzidenzen in diesen Altersgruppen zwischen Männern und Frauen kaum unterscheiden (Abbildung 2.12). Die höhere Prävalenz der Frauen resultiert also daraus, dass sich bei gleicher altersspezifischer Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, aufgrund der längeren Dauer der Pflegebedürftigkeit in den folgenden Lebensjahren ab Eintritt in die Pflegebedürftigkeit ein zusätzlicher Bestand an pflegebedürftigen Frauen aufbaut.

Abbildung 2.35: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit nach Altersgruppen, Geschlecht und Zugehörigkeit zur SPV oder PPV im Jahr 2015

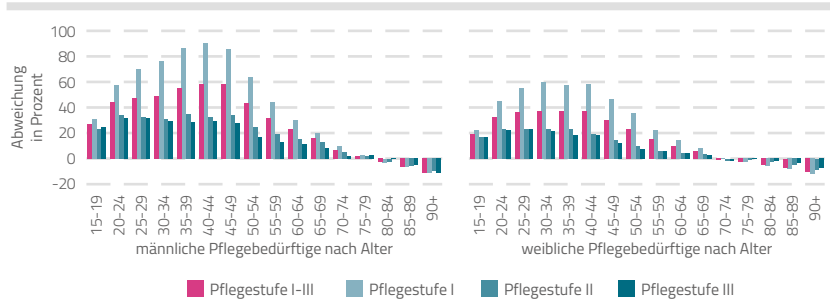


Quelle: BMG 2016a, 2016b, 2016c; Statistisches Bundesamt 2017c, 2017e

Hinsichtlich der Unterscheidung von Sozial- und Privatversicherung ergeben sich bei den Pflegeprävalenzen deutliche Muster nach dem Alter und der Pflegestufe (Abbildung 2.35). Die Pflegeprävalenzen sind vom Lebensbeginn an bis zur Altersgruppe der 75- bis 79-jährigen Männer beziehungsweise der 65- bis 69-jährigen Frauen in der SPV deutlich höher als die Pflegeprävalenzen bei gemeinsamer Betrachtung von Sozialer und Privater Pflegeversicherung. Die Pflegeprävalenzen in der Privaten Pflegeversicherung sind damit vermutlich deutlich niedriger als die der SPV-Versicherten gleichen Alters und Geschlechts. Da die Abweichungen insbesondere durch die Größenordnungen der beiden Versichertenkollektive in den entsprechenden Altersgruppen mitbestimmt werden, sind die Abweichungen in den Altersgruppen in denen die PPV anteilig auch besonders viele Versicherte aufweist, nämlich bei den 30- bis 54-jährigen Männern, am größten. Bei Frauen, die anteilig weniger stark in der PPV vertreten sind,

zeigen sich hingegen geringere Unterschiede. In den darauffolgenden Altersgruppen kehrt sich dieser Effekt um. Ab der Altersgruppe der 80- bis 84-jährigen Männer sind die Pflegeprävalenzen der SPV-Versicherten niedriger als die der PPV-Versicherten. In nahezu allen Altersgruppen ist dabei die relative Abweichung in Pflegestufe I am größten, während die Abweichungen in Pflegestufe II und III deutlich niedriger und etwa in der gleichen Größenordnung liegen.

Abbildung 2.36: Relative Abweichung der Prävalenzen von Versicherten der SPV gegenüber den Prävalenzen aller gesetzlich Pflegeversicherten



Positive Abweichungen stehen für höhere Prävalenzen in der SPV gegenüber den gemeinsamen Prävalenzen von SPV und PPV; negative gelten für den umgekehrten Fall.

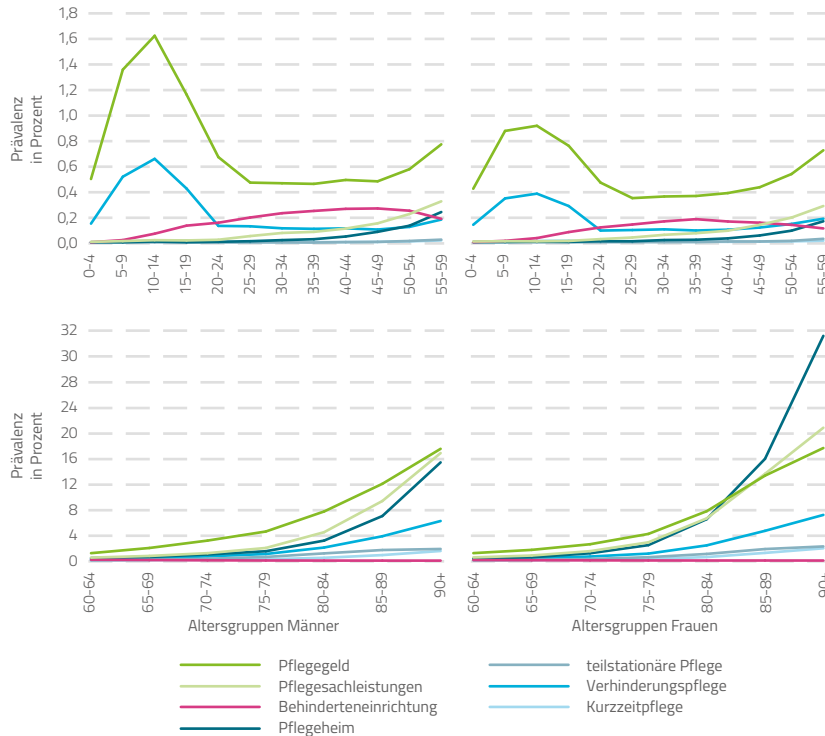
Quelle: BMG 2016a, 2016b, 2016c; Statistisches Bundesamt 2017c, 2017e

Die Daten der BARMER erlauben darüber hinaus eine genauere Analyse der Pflegeprävalenzen nach Pflegeleistungen in den einzelnen Altersgruppen. Wie Abbildung 2.37 zeigt, dominieren in den jüngeren Altersgruppen die Geldleistungen, insbesondere bis zur Volljährigkeit der Pflegebedürftigen. Darüber hinaus zeigt sich bei den Prävalenzen sehr deutlich, dass der Verhinderungspflege, die in etwa einem Drittel der Prävalenz des Pflegegelds entspricht, ein maßgeblicher Anteil bei der Bewältigung der familialen Pflegesituation zukommt. Im Inzidenzmonat wird diese Leistung nicht so sehr genutzt (Kapitel 2.2.5). Sie ist somit eine Leistung, die erst im weiteren Verlauf, dann aber häufiger in Anspruch genommen wird.

In den oberen und höchsten Altersgruppen dominieren die Geld-, Sach- und stationären Leistungen, wobei bei den Frauen die Pflege im Heim zur dominierenden Pflegeleistung wird (obwohl die wenigsten Pflegeeintritte mit stationären Leistungen erfolgen;

Abbildung 2.15). Die Verhinderungspflege wird ebenfalls nachgefragt, aber anteilig nicht mehr so stark wie in den jüngsten Altersgruppen.

Abbildung 2.37: Prävalenz von Männern und Frauen nach Altersgruppen und Pflegeleistung im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten

Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptpflegeleistungen Pflegeheim, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld sind hierarchisch kodiert. Die Ersatz- und Ergänzungsleistungen Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege und Verhinderungspflege können zusätzlich erfasst sein.

2.2.10 Die Entwicklung der altersspezifischen Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit

Die Entwicklungen der absoluten Häufigkeiten bei den Pflegebedürftigen (Kapitel 2.2.1 und 2.2.3) zeigen zwar die quantitative Verbreitung der Inanspruchnahme von

SGB XI-Leistungen auf, lassen jedoch keine Aussagen darüber zu, ob sich die altersspezifische Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit mit der Zeit geändert hat. Die Entwicklung der altersspezifischen Prävalenzen ist aber 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, 2006a und 2015). Dabei geht es um die Frage, ob mit der steigenden Lebenserwartung auch eine Verlängerung der krankheitsfreien Lebensphase einhergeht oder ob durch die verlängerte Lebenserwartung lediglich die Lebensphase in gesundheitlicher Beeinträchtigung oder 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 Untersuchungen haben dabei gezeigt, dass dieser Zugewinn an gesunden Lebensjahren von der Definition von Gesundheit und Krankheit abhängt: So ist im Hinblick auf schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigungen ein deutlicher Zugewinn der sogenannten gesunden Lebenserwartung für jüngere Geburtskohorten zu verzeichnen. Bei moderaten und leichten Beeinträchtigungen fällt dieser Zugewinn geringer aus (Cambois und Robine 1996; Robine 2003; Unger 2006b). Insgesamt beobachten diese Studien demnach überwiegend einen Rückgang der alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenz, der je nach verwendetem Gesundheitsindikator unterschiedlich stark ausfällt.

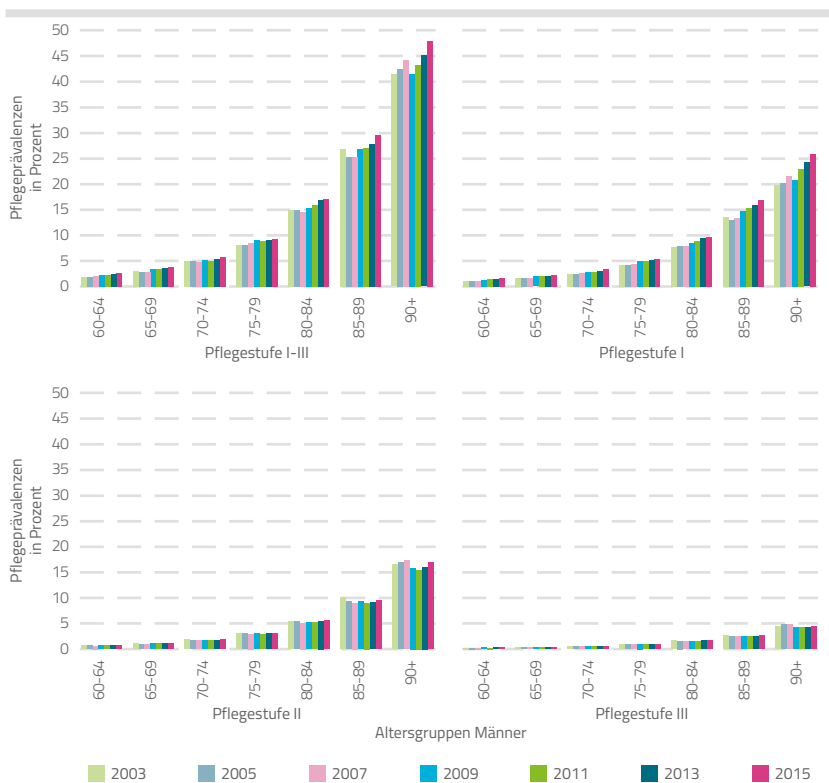
Studien, die sich der zeitlichen Veränderung der Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit widmen, liegen für Deutschland mittlerweile recht zahlreich vor (zum Überblick Unger 2015). So haben beispielsweise Unger et al. (2011) mit den Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) festgestellt, dass sich zwischen den Jahren 1999 und 2003 und den Jahren 2004 bis 2008 die Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit und die Lebenserwartung 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, sondern im Gegenteil sogar zu einer Ausweitung der Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit. Diese Befunde wurden durch eine Reihe weiterer Studien bestätigt (etwa Rothgang et al. 2016: 143ff.).

Um den Wandel der alters- und geschlechtsspezifischen Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf zu bestimmen, wurde in bisherigen Studien die Pflegeprävalenz aus den Pflegebedürftigen in den Daten der Pflegestatistik ab dem Jahr 1999 (für den Zähler der Wahrscheinlichkeit) und dem Bevölkerungsbestand in den Daten der Bevölkerungsfortschreibung der entsprechenden Jahre (für den Nenner der Wahrscheinlichkeit) berechnet. Dabei zeigte sich, dass es mit Einführung des neuen Zensus von 2011 – der zu einer deutlichen Korrektur des Bevölkerungsbestands in Höhe von etwa minus 1,5 Millionen Menschen beitrug – zu einem sprunghaften Anstieg der Pflegeprävalenzen kam, der jedoch vermutlich nahezu ausschließlich auf diese Korrektur zurückzuführen ist und dadurch zeigte, wie unsicher Verlaufsbeurteilungen auf Grundlage der Bevölkerungsfortschreibung (die auf der Volkszählung aus dem Jahr 1987 beruhen) sind, wenn der Abstand zwischen dem Jahr der Volkszählung und dem Jahr der Fortschreibung entsprechend groß ist. Unverzerrte Prävalenzen können beispielsweise ermittelt werden, wenn Kassendaten verwendet werden, bei denen auch der Nenner, nämlich die Zahl der Versicherten im jeweiligen Alter, valide ermittelt werden kann. Entsprechende Berechnungen mit den Daten der vormaligen BARMER GEK (Rothgang et al. 2016: 143ff.) sind unter Repräsentativitätsgesichtspunkten jedoch ebenfalls nicht unproblematisch, da die verschiedenen Kassen zum einen eine nach sozialen Kriterien unterschiedliche Versichertenstruktur aufweisen (Hoffmann und Koller 2017) und zum anderen für die Betrachtung von Entwicklungen weitgehend unerforscht ist, inwieweit sich diese selektive Versichertenstruktur im Zeitverlauf ändert und damit ihrerseits mögliche Prävalenzveränderungen beeinflusst.

Für eine möglichst unverzerrte Betrachtung der Pflegeprävalenzen im Zeitverlauf ist es daher notwendig, möglichst valide und unverzerrte Angaben zum Nenner der Pflegeprävalenz heranzuziehen. Dies erlauben zum einen die Daten der Sozialen Pflegeversicherung, in der die Leistungsempfänger der Pflegeversicherung (die Pflegebedürftigen im Zähler der Pflegeprävalenz) enthalten sind, die auf die SPV-Versicherten (im Nenner der Pflegeprävalenz) bezogen werden können, die jeweils einer ständigen Validierung des Versichertenstatus unterliegen. Zum anderen eignen sich die Zahlen der Pflegebedürftigen in den Daten der Pflegestatistik aus den Jahren 2011 bis 2015, da diese auf die Bevölkerungsfortschreibung dieses Zeitraums auf

Grundlage des neuen Zensus aus dem Jahr 2011 bezogen werden können, die in hohem Maße noch als unverzerrt zu betrachten sind und – im Gegensatz zur Krankenkassenstatistik – auch die PPV-Versicherten einbeziehen. Im Folgenden werden daher die Pflegeprävalenzen für den Zeitraum zwischen den Jahren 2003 und 2015 auf Grundlage der SPV und für die Zeit vom Jahr 2011 bis zum Jahr 2015 auf Grundlage der gemeinsamen Betrachtung von SPV und PPV (Pflegestatistik) analysiert. Dabei werden Männer und Frauen getrennt betrachtet.

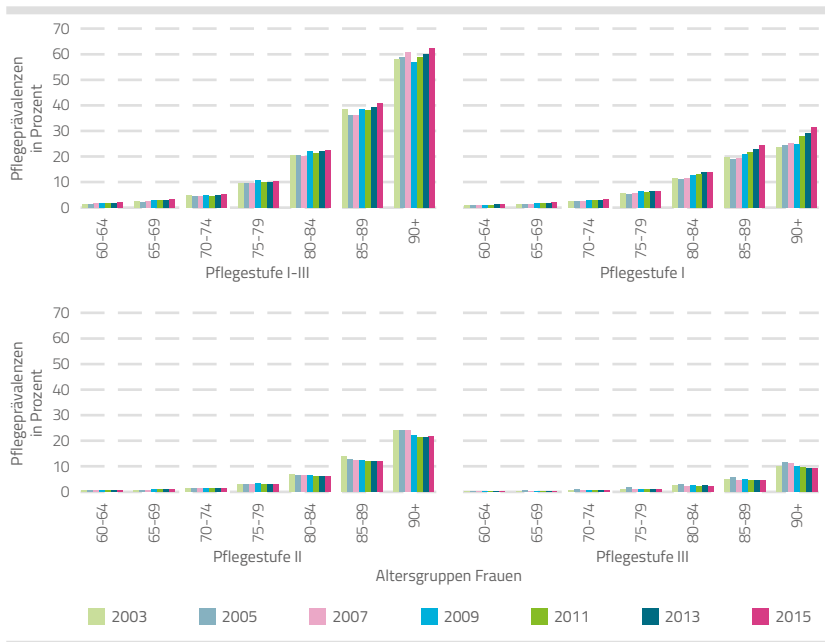
Abbildung 2.38: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Männern nach Altersgruppen und Jahr in der SPV



Quelle: BMG diverse Jahre-a, diverse Jahre-b

Die Entwicklung der Prävalenzen in den oberen Altersgruppen ist in Abbildung 2.38 zunächst für Männer und in Abbildung 2.39 für Frauen wiedergegeben. Sowohl für Männer als auch für Frauen zeigt sich dabei über die Jahre hinweg ein Anstieg der altersspezifischen Gesamtprävalenzen (Pflegestufe I bis III). Bei den Männern fällt dieser Anstieg etwas höher aus als bei den Frauen. Differenziert nach den einzelnen Pflegestufen ist der Anstieg bei Männern und Frauen primär auf einen Anstieg der Prävalenzen in Pflegestufe I zurückzuführen, während die Prävalenzen in den Pflegestufen II und III bei den Männern in etwa gleichbleiben und bei den Frauen sogar zurückgehen.

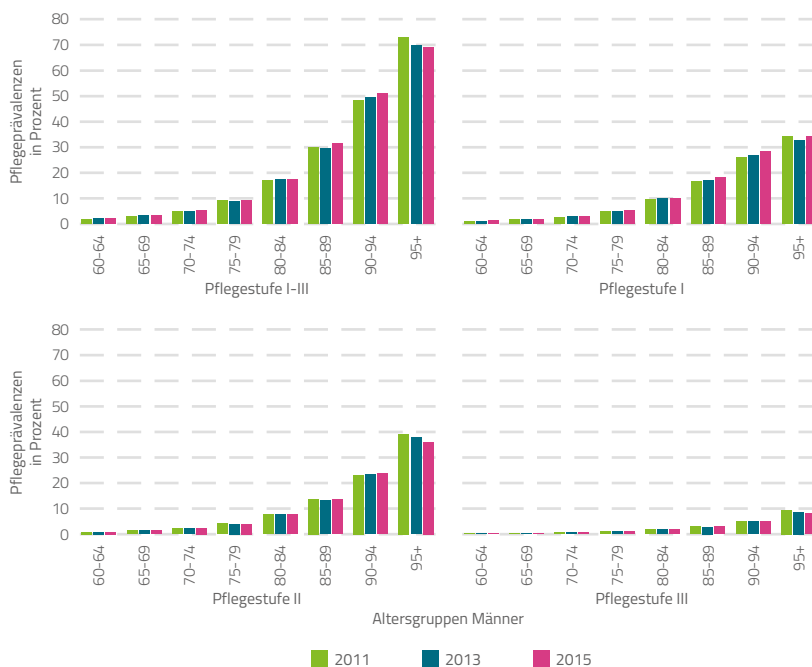
Abbildung 2.39: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Frauen nach Altersgruppen und Jahr in der SPV



Quelle: BMG diverse Jahre-a, diverse Jahre-b

Während die Krankenkassenstatistik die Betrachtung längerer Zeiträume erlaubt, kann mit den Daten der Pflegestatistik lediglich der Zeitraum ab dem Jahr 2011 bis derzeit zum Jahr 2015 untersucht werden, ohne dass die Entwicklung der Pflegeprävalenzen durch eine ungenaue Fortschreibung der Bestandsbevölkerung verzerrt wird. Im Unterschied zu den Daten der SPV erlaubt die Pflegestatistik jedoch eine genauere Differenzierung der Pflegeprävalenzen in den unteren Altersgruppen. Im Folgenden wird daher die Entwicklung der Pflegeprävalenzen anhand der Daten der Pflegestatistik für den Zeitraum vom Jahr 2011 bis zum Jahr 2015 für alle Altersgruppen analysiert.

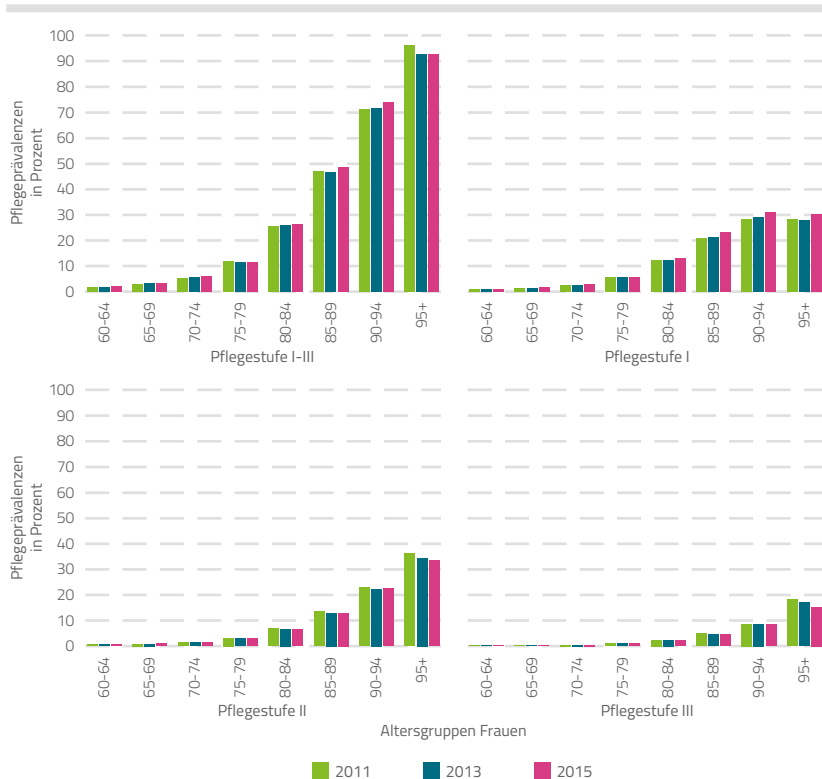
Abbildung 2.40: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Männern in den oberen Altersgruppen nach Jahr in der SPV und PPV



Quelle: Statistisches Bundesamt 2013b, 2015b, 2017c, 2017e

Mit den Daten der Pflegestatistik zeigt sich, wie auch in der Krankenkassenstatistik, ein Anstieg der Gesamtprävalenzen der Männer (Abbildung 2.40) und Frauen (Abbildung 2.41) in fast allen höheren Altersgruppen (mit Ausnahme der höchsten Altersgruppe). Auch hinsichtlich der Pflegestufen zeigt sich ein ähnliches Muster wie bei der Betrachtung der Kassenstatistik zuvor. Prävalenzen in der Pflegestufe I steigen, während Prävalenzen in den Pflegestufen II und III rückläufig sind.

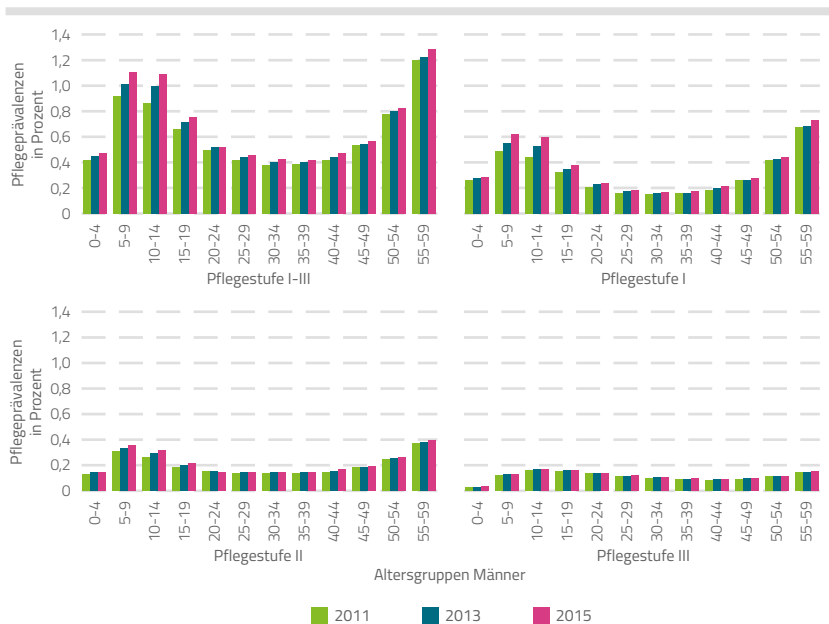
Abbildung 2.41: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Frauen in den oberen Altersgruppen nach Jahr in der SPV und PPV



Quelle: Statistisches Bundesamt 2013b, 2015b, 2017c, 2017e

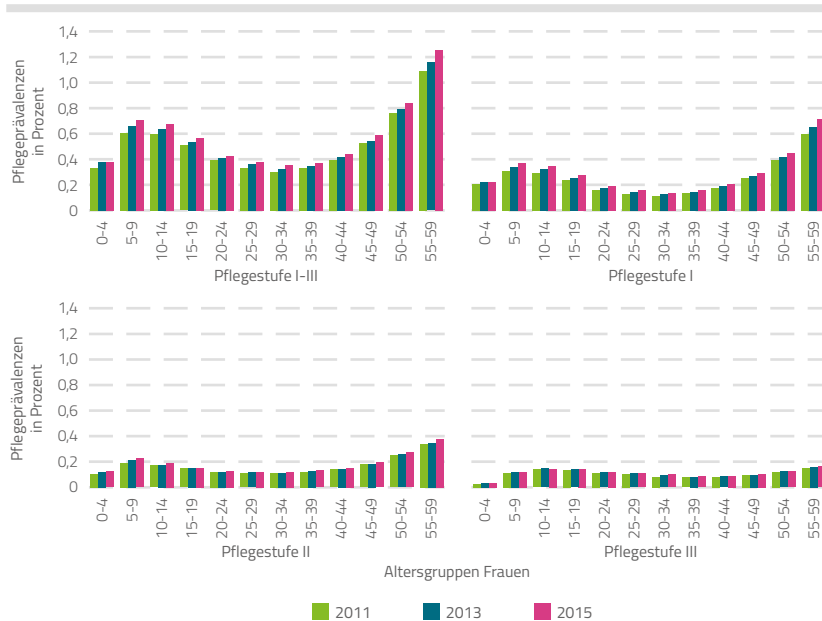
In den Altersgruppen bis unter 60 Jahre sind bei beiden Geschlechtern durchweg nur Anstiege der altersspezifischen Gesamtpflegeprävalenzen (Pflegestufe I bis III) zu finden (Abbildung 2.42 und 2.43). Bei separater Betrachtung der einzelnen Pflegestufen zeigt sich der größte Anstieg in Pflegestufe I und geringere Anstiege in Pflegestufe II und III (Abbildung 2.44).

Abbildung 2.42: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Männern in den unteren Altersgruppen nach Jahr in der SPV und PPV



Quelle: Statistisches Bundesamt 2013b, 2015b, 2017c, 2017e

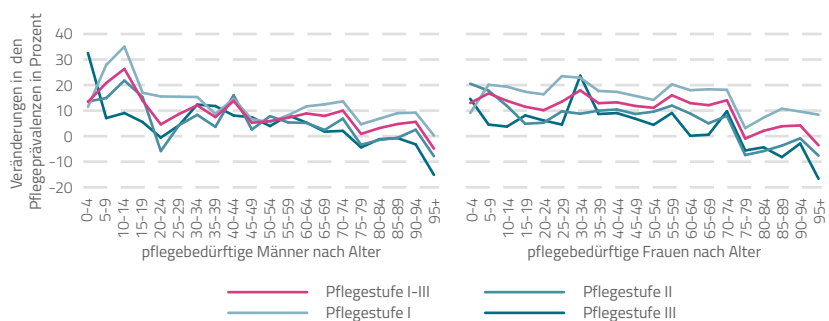
Abbildung 2.43: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Frauen in den unteren Altersgruppen nach Jahr in der SPV und PPV



Quelle: Statistisches Bundesamt 2013b, 2015b, 2017c, 2017e

Abbildung 2.44 bildet die Gesamtveränderung der alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen für den Zeitraum vom Jahr 2011 bis zum Jahr 2015 differenziert nach Pflegestufen ab: Dabei zeigen sich zwei Muster: Zum einen unterscheidet sich die Entwicklung nach Pflegestufen. Die Zunahme der Gesamtpflegeprävalenzen ist überwiegend durch einen Anstieg in der Pflegestufe I bedingt, während der Anstieg in den Pflegestufen II und III geringer ausfällt und die Prävalenzen in einzelnen Altersgruppen sogar rückläufig sind. Zum anderen geht der pflegestufenspezifische Anstieg der Pflegeprävalenzen mit zunehmendem Alter zurück: Der Anstieg fällt in den jungen Altersgruppen am größten aus und betrifft alle Pflegestufen. In den höchsten Altersgruppen etwa ab der Gruppe der 75- bis 79-Jährigen steigen hingegen lediglich die Pflegeprävalenzen der Pflegestufe I (auf einem insgesamt niedrigeren Niveau), während die der Pflegestufe II und III rückläufig werden. Die Entwicklungen sind bei Männern und Frauen überwiegend ähnlich.

Abbildung 2.44: Veränderungen in den Pflegeprävalenzen zwischen den Jahren 2011 und 2015 in der SPV und PPV nach Geschlecht



Datenbezug: Abbildung 2.40 bis 2.43

Insgesamt kann damit ein Anstieg in den Pflegeprävalenzen (mit Ausnahme der älteren Bevölkerung in Pflegestufe II und III) sowohl für die SPV-Versicherten im Zeitraum der Jahre 2003 bis 2015 als auch für den Zeitraum vom Jahr 2011 bis zum Jahr 2015 für alle Pflegeversicherten beobachtet werden.

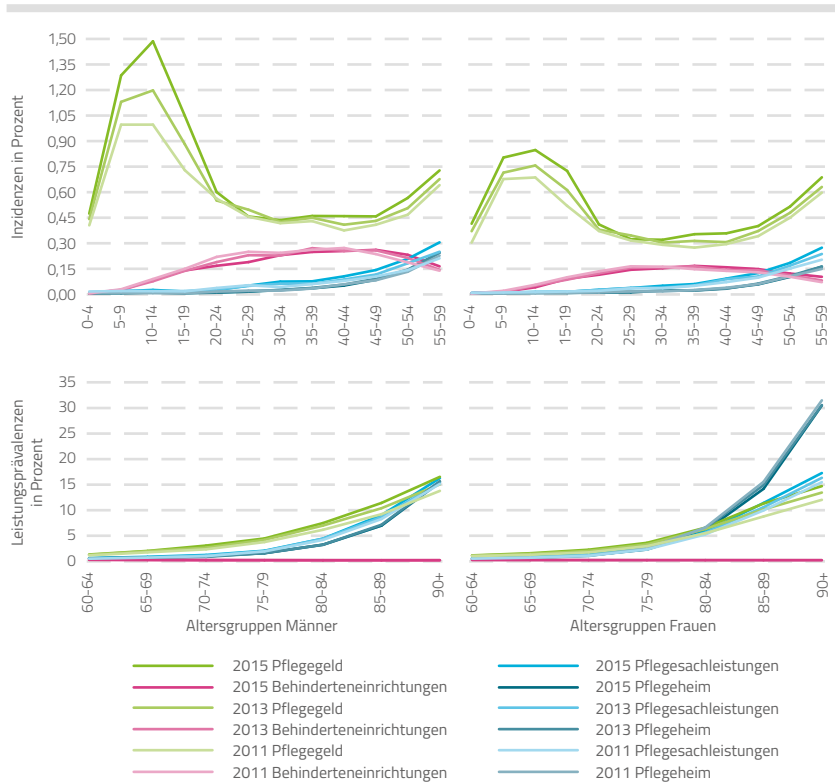
Ein Grund für die beobachteten Rückgänge in den Pflegestufen II und III in den oberen Altersgruppen kann in den aus den Studien zur Kompression von Morbidität bekannten Verbesserungen des Gesundheitszustands begründet liegen. Aus diesen Studien wurde ermittelt, dass gerade bei höheren Schweregraden der gesundheitlichen Beeinträchtigung größere Verbesserungen im Zeitverlauf erzielt wurden. Bei geringeren Schweregraden fällt die Verbesserung im Laufe der Zeit geringer aus (Unger 2015). Dafür spricht, dass die Rückgänge in den Pflegeprävalenzen in den Pflegestufen II und III erst in den obersten Altersgruppen eintreten.

Dass die steigenden Gesamtpflegeprävalenzen hauptsächlich durch Anstiege in der Pflegestufe I bedingt sind, kann dahingehend interpretiert werden, dass diese Anstiege durch niedrigschwellige Leistungsausweitungen, insbesondere ab dem Jahr 2008, (mit-)bedingt sind. Es wurden zusätzliche Leistungen für bislang nicht berücksichtigte Personengruppen gewährt (PEA mit Pflegestufe 0), wodurch es zu mehr Antragstellungen

und zusätzlichen Begutachtungen kam (Kapitel 2.2.4). Für einen Effekt der Leistungsausweitungen spricht zudem, dass zusätzliche Leistungen vor allem im ambulanten Bereich gewährt werden, die in den jüngeren Altersgruppen die überwiegende Leistungsart darstellen.

Diese Interpretation wird auch durch die Prävalenzanalyse in Bezug auf Leistungsarten gestützt (Abbildung 2.45): Durchgängig zeigt sich, dass sich die Prävalenzen derjenigen Leistungen im Laufe der Zeit erhöht haben, für die Leistungsausweitungen im Zuge der Gesetzgebung vorgesehen waren, also der Pflegegeldleistungen und der Pflegesachleistungen. Diese Erhöhungen zeigen sich in allen Altersgruppen sowohl für Männer als auch für Frauen. Anstiege der Prävalenzen für Pflegeleistungen in Behinderteneinrichtungen oder in stationären Pflegeeinrichtungen haben dagegen im Zeitverlauf nicht stattgefunden. Die Pflegeprävalenz im Pflegeheim hat bei Frauen in den höheren Altersgruppen sogar geringfügig abgenommen.

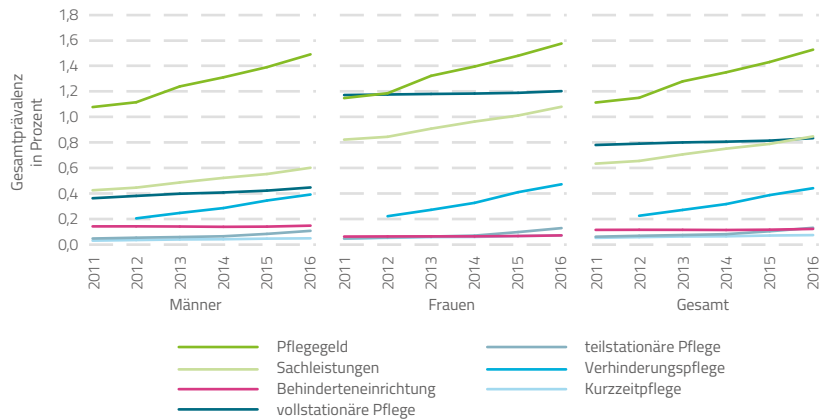
Abbildung 2.45: Prävalenzen von Männern und Frauen nach Alter und Pflegeleistung im Wandel



Anmerkung: Beim Bezug mehrerer Pflegeleistungen wird entsprechend der Hierarchieebene absteigend entweder Pflegeheim, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld gezählt.
Quelle: BARMER-Daten

Auch bei Betrachtung der zusammengefassten Prävalenzen zeigt sich dieses Bild (Abbildung 2.46): Die Prävalenz von Pflegegeldleistungen, Sachleistungen und der Verhinderungspflege sind sowohl für Männer als auch für Frauen deutlich gestiegen, während die Prävalenz von vollstationären Pflegeleistungen und für Pflegeleistungen für Menschen in Behinderteneinrichtungen nahezu unverändert sind.

Abbildung 2.46: Gesamtprävalenz für Männer und Frauen sowie insgesamt nach Pflegeleistung im Wandel



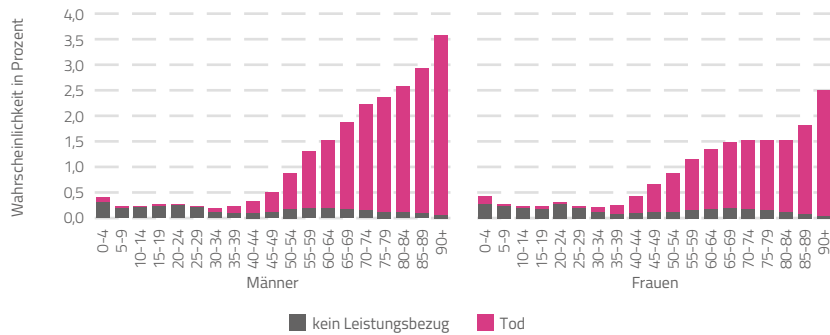
Quelle: BARMER-Daten

Anmerkung: Beim Bezug mehrerer Pflegeleistungen wird entsprechend der Hierarchieebene absteigend entweder Pflegeheim, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld gezählt. Die Ersatzleistungen teilstationäre Pflege, Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege werden separat gezählt.

2.2.11 Die Beendigung von Pflegebedürftigkeit

Da Pflegebedürftigkeit verstärkt in den hohen Altersgruppen auftritt, in denen sie oft mit einer Multimorbidität einhergeht, wird sie überwiegend durch den Tod beendet (Abbildung 2.47). Beispielsweise liegt die Wahrscheinlichkeit eines über 90-jährigen pflegebedürftigen Mannes, im nächsten Monat zu versterben, bei ungefähr 3,5 Prozent, bei einer über 90-jährigen pflegebedürftigen Frau liegt sie bei etwa 2,5 Prozent. Dennoch ist Pflegebedürftigkeit nicht in allen Fällen eine Einbahnstraße. Auch im Alter ab 60 Jahren fallen noch 0,1 bis 0,2 Prozent pro Monat aus dem Leistungsbezug heraus, was jedoch in Relation zu den Todesfällen eines Monats meist nicht mehr als 15 Prozent (60 bis 64 Jahre) bis zwei Prozent (90 Jahre und älter) entspricht.

Abbildung 2.47: Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigen im Jahr 2016, im nächsten Monat verstorben oder aus dem Leistungsbezug ausgetreten zu sein



Quelle: BARMER-Daten

Ein ganz anderes Bild zeigt sich in den unteren Altersgruppen. Bis zur Gruppe der 30- bis 34-Jährigen versterben anteilig weniger Männer und Frauen, als aus dem Leistungsbezug ausscheiden. In den Altersgruppen der Fünf- bis Neunjährigen bis zu den 24- bis 29-Jährigen versterben nur etwa 10 bis 20 Prozent derjenigen, die die Pflegebedürftigkeit beenden, während 80 bis 90 Prozent aus dem Leistungsbezug herausfallen, weil der Hilfebedarf unter die Schwelle sinkt, die überschritten werden muss, um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können. Die große Mehrheit der jungen Leistungsberechtigten ist aber auch im jeweiligen Folgemonat pflegebedürftig.

2.2.12 Fazit und Zusammenfassung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Nach aktuellen Zahlen sind derzeit (Stand 31. Dezember 2015) 3,04 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig – im Sinne des in diesem Report verwendeten erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der die Pflegestufen 0 bis III einbezieht. Die Zahl der Pflegebedürftigen hat damit einen neuen Höchststand erreicht. Auch in den nächsten Jahren – bis voraussichtlich bis Mitte der 2050er Jahre – wird die Zahl der Pflegebedürftigen weiter steigen. Bisher vollzog sich der Anstieg in der PPV (in der jedoch nur knapp sechs Prozent der derzeitigen Pflegebedürftigen versichert sind) aufgrund der

Altersstruktur ihrer Versicherten deutlich stärker als in der SPV und wird auch zukünftig in der PPV stärker sein als in der SPV. Dies schlägt sich auch in den Leistungsausgaben der PPV nieder, die – bei im Wesentlichen gleichen Leistungsrecht – in der Vergangenheit deutlich stärker gestiegen sind als in der SPV. Dieser Prozess dürfte sich in den nächsten Jahren noch deutlich verschärfen und in 20 bis 30 Jahren sein Maximum erreichen, wenn die größte Altersgruppe in der PPV, die heute etwa 50-jährigen Männer, pflegebedürftig werden.

Die Ursachen für den zahlenmäßigen Anstieg der Pflegebedürftigen liegen vorrangig im demografischen Wandel begründet, also darin, dass immer mehr Menschen in das pflegerelevante Alter vorrücken. Aber auch die Wahrscheinlichkeit, in einem bestimmten Alter pflegebedürftig zu sein (Prävalenz) beziehungsweise zu werden (Pflegeinzidenz), hat sich in den letzten Jahren etwas erhöht und trägt ebenfalls zur zahlenmäßigen Erhöhung der Pflegebedürftigen bei.

Auch wenn die verschiedenen Ursachen, die zu einer Zunahme des Bezugs von Pflegeleistungen beitragen, methodisch schwer zu bestimmen sind, spricht sehr vieles dafür, dass primär die Leistungsausweitungen der letzten Jahre durch die Gesetzgebung (PFWG, PNG, PSG I) zu einem Anstieg beigetragen haben. So erfolgten die Anstiege zum Teil in unmittelbarer zeitlicher Nähe des Inkrafttretens der Leistungsausweitungen und überwiegend in Pflegestufe 0, die in besonderem Maße von Leistungsausweitungen betroffen ist, beziehungsweise in Pflegestufe I als mittelbare Folge des insgesamt gestiegenen Antragstellungsverhaltens. Des Weiteren erhöhte sich der Bezug von Pflegeleistungen vor allem in der häuslichen Pflege, worauf ebenfalls die Leistungsverbesserungen des PNG und PSG I gerichtet waren. Zusätzlich fanden sich auch Ausweitungen des Leistungsbezugs im Zeitverlauf bei Vorliegen von einzelnen Erkrankungen, was darauf hinweist, dass auch andere Faktoren als die Zunahme von Erkrankungen für den Anstieg des Leistungsbezugs verantwortlich sind.

In den oberen Altersgruppen ab dem 60. Lebensjahr waren aber auch tendenziell Rückgänge in den Pflegestufen II und III zu verzeichnen, was eher als Verbesserung des Gesundheitszustands im Sinne einer Kompression von Pflegebedürftigkeit gedeutet

werden kann. Für die nähere Zukunft ist damit insgesamt tendenziell davon auszugehen, dass die altersspezifischen Prävalenzen – bei konstantem Leistungsrecht – nicht weiter steigen beziehungsweise sogar leicht sinken. Dies betrifft insbesondere die höheren Altersgruppen, in denen die Pflegeprävalenzen maßgeblich zur zahlenmäßigen Entwicklung der Pflegebedürftigen beitragen. Zudem kann von weiteren Rückgängen der Prävalenzen mit höheren Pflegestufen (jetzt Pflegegraden) ausgegangen werden.

Dass weitaus mehr Frauen als Männer pflegebedürftig sind, liegt zum einen an dem deutlich größeren Frauenanteil in der Bevölkerung sowie zum anderen an deren höheren Pflegeprävalenzen im pflegerelevanten Alter oberhalb des 70. Lebensjahres. Die höhere Pflegeprävalenz der Frauen in den oberen Altersgruppen ist jedoch – bei etwa gleicher altersspezifischer Eintrittswahrscheinlichkeit in die Pflegebedürftigkeit wie bei den Männern – auf deren längere Pflegedauer zurückzuführen, da sich durch die längere Pflegedauer über die Jahre ein zusätzlicher Bestand an pflegebedürftigen Frauen aufbaut. Frauen sind demnach nicht pflegebedürftiger als Männer (wie es die Prävalenz suggeriert), vielmehr sind sie es länger. In den unteren Altersklassen – insbesondere im Kindesalter – haben Jungen eine deutlich höhere Prävalenz als Mädchen, was sowohl in der höheren Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit (Inzidenz) als auch in deren längerer Pflegedauer begründet liegt.

In allen Altersgruppen geht eine Pflegebedürftigkeit oft mit ähnlichen Erkrankungen einher (beispielsweise Parkinson, Schlaganfall, Herzinsuffizienz, Krebs, Mobilitätsbeeinträchtigungen oder Inkontinenz). Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, wächst mit dem Vorliegen aller genannten Erkrankungen. Im Vergleich zur altersspezifischen Inzidenz steigt dieses Risiko aber in jüngeren Jahren bei Vorliegen der Erkrankungen sehr viel stärker als in älteren Jahren. So gibt es in jüngeren Jahren Erhöhungen mit einem Faktor vom bis zu 50-Fachen (etwa beim Downsyndrom und sonstigen Gehirnerkrankungen). In den oberen Altersgruppen erhöht sich die Inzidenz bei Vorliegen einer speziellen Erkrankung maximal um den Faktor zwei oder drei (beispielsweise Demenz oder Störungen des Elektrolyt- und Flüssigkeitshaushalts). Ein Pflegestufenwechsel, also die Höherstufung oder die Rückstufung in der Pflegestufe, steht hingegen kaum mit spezifischen Erkrankungen im Zusammenhang.

Welches Pflegearrangement bei Pflegebedürftigkeit gewählt wird, differiert im Lebensverlauf beziehungsweise innerhalb der Pflegebiografie. In den jungen Altersgruppen beginnt eine Pflegebedürftigkeit nahezu ausschließlich in der häuslichen Umgebung mit dem Bezug von Geldleistungen. Bis zur Volljährigkeit des Pflegebedürftigen wird im Durchschnitt zusätzlich in jedem dritten Monat Verhinderungspflege in Anspruch genommen und trägt damit einen maßgeblichen Anteil bei der Bewältigung der familialen Pflegesituation bei. Auch in höherem Alter beginnt eine Pflegebedürftigkeit überwiegend in häuslicher Umgebung, dort ungefähr zu gleichen Anteilen mit und ohne Hinzuziehung ambulanter Pflegedienste. Pflegebiografien, die im Pflegeheim beginnen, sind dagegen relativ selten. Im weiteren Pflegeverlauf und anteilig mehr in den oberen Altersgruppen kommt der stationären Pflege bei den Männern eine annähernd gleiche Bedeutung zu wie den Geld- und Sachleistungen. Bei den Frauen wird die stationäre Pflege sogar zur dominierenden Pflegeleistung im höheren Alter. Insgesamt kommt der stationären Pflege aktuell (im Jahr 2015) die geringste Bedeutung seit Einführung der Pflegestatistik im Jahr 1999 zu, und die häusliche Pflege durch Angehörige bleibt – nicht zuletzt auch durch die Leistungen für Menschen mit Pflegestufe 0 – das wichtigste Pflegearrangement.

Unterschiede über den Lebensverlauf zeigen sich auch bei der Beendigung des Pflegeleistungsbezugs. Während ab dem mittleren Alter eine Pflegebedürftigkeit überwiegend durch den Tod beendet wird, finden sich bei Kindern und jungen Erwachsenen anteilig sowohl viele Beendigungen des Pflegeleistungsbezugs (ohne dass diese versterben) als auch Rückstufungen in der Pflegestufe. Todesfälle treten hingegen – mit Ausnahme der an Krebs Erkrankten – in den jungen Altersgruppen vergleichsweise selten auf. In den oberen Altersklassen steigen die monatlichen Sterberaten erwartungsgemäß an und sind bei Erkrankungen an Demenz, Krebs, Schlaganfall oder Lähmungen besonders hoch.

2.3 Die Versorgungsformen der Pflegebedürftigen

Die folgenden Kapitel geben einen grundlegenden Überblick über die unterschiedlichen Versorgungsformen der Pflegebedürftigen in Deutschland. Dargestellt wird die Situation der ambulanten Pflegedienste (Kapitel 2.3.1) und der stationären Pflegeeinrichtungen

(Kapitel 2.3.2). Die Pflegepersonen zur Versorgung der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld werden im Kapitel 2.3.3 behandelt.

2.3.1 Die ambulanten Pflegedienste

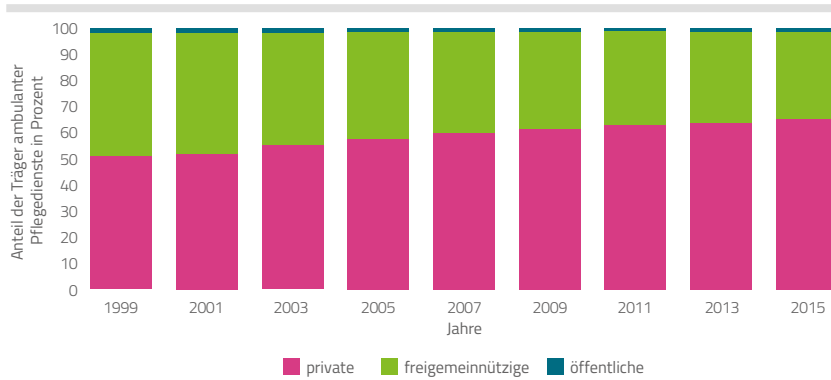
Bei den ambulanten Pflegediensten ist – im Vergleich zum stationären Bereich – nur ein moderater absoluter Anstieg der Zahl der Pflegeeinrichtungen von 10.800 im Jahr 1999 auf 13.300 im Jahr 2015 und damit um 23 Prozent zu verzeichnen (Tabelle 2.8). Auffallend ist dabei, dass das Verhältnis von privaten Trägern und freigemeinnützigen Trägern im Jahr 1999 mit 5.500 zu 5.100 noch annähernd ausgeglichen war. Seitdem ist die Zahl der Pflegedienste in privater Trägerschaft bis zum Jahr 2015 um 57 Prozent auf 8.700 angestiegen, während die Zahl der Pflegedienste der freigemeinnützigen Träger bis zum Jahr 2003 um 13 Prozent abgenommen hat und seither verhältnismäßig stabil auf diesem Niveau verharrt. Die Pflegedienste der öffentlichen Träger sind dagegen bei leicht abnehmender Tendenz nur schwach vertreten (etwa 200). Ambulante Pflegedienste in privater Trägerschaft stellen damit im Jahr 2015 65,1 Prozent aller Pflegedienste, während 33,5 Prozent in freigemeinnütziger und 1,4 Prozent in öffentlicher Trägerschaft sind (Tabelle 2.8; Abbildung 2.48).

Tabelle 2.8: Anzahl der ambulanten Pflegedienste nach Träger und Jahr in Tausend

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
insgesamt	10,8	10,6	10,6	11,0	11,5	12,0	12,3	12,7	13,3
private	5,5	5,5	5,8	6,3	6,9	7,4	7,8	8,1	8,7
freigemeinnützige	5,1	4,9	4,6	4,5	4,4	4,4	4,4	4,4	4,5
öffentliche	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001, 2003, 2005, 2007, 2008, 2011, 2013a, 2015a, 2017d

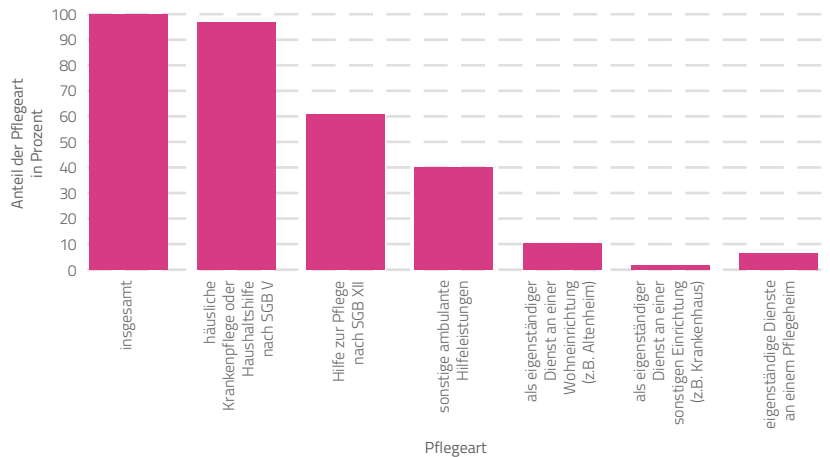
Abbildung 2.48: Anteil der Träger der ambulanten Pflegedienste nach Jahr



Datenbezug: Tabelle 2.8

Nahezu alle ambulanten Pflegedienste (96,9 Prozent) bieten im Jahr 2015 neben den Leistungen nach SGB XI auch häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V an (Abbildung 2.49). Drei Fünftel (60,8 Prozent) aller Dienste werden nicht nur durch die Sozialversicherungsträger, sondern auch durch die Sozialhilfe in Form von Hilfe zur Pflege nach SGB XII mitfinanziert. Organisatorisch sind dabei 18,3 Prozent der Wohneinrichtungen (beispielsweise Altenheime, Altenwohnheime oder betreutes Wohnen) an Krankenhäuser oder Pflegeheime angeschlossen. Bemerkenswert ist zudem, dass die Zahl der Pflegedienste als eigenständige Dienste von Wohneinrichtungen im Zeitraum vom Jahr 1999 bis zum Jahr 2015 über alle Träger mit 200 Prozent drastisch zugenommen hat.

Abbildung 2.49: Art (Angebot) der ambulanten Dienste im Jahr 2015



Quelle: Statistisches Bundesamt 2015a

12.100 Praktikanten, Schüler und Auszubildende im Pflegedienst

Die Personalentwicklung der Pflegedienste zeigt einen Anstieg von 184.000 Beschäftigten im Jahr 1999 um 93 Prozent auf 356.000 im Jahr 2015 und damit auch eine Personalzunahme in den einzelnen Pflegediensten (Tabelle 2.9). Die absolute Zahl der Vollzeitbeschäftigten bleibt dabei vom Jahr 1999 bis zum Jahr 2005 nahezu konstant und steigt erst seit dem Jahr 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 2015 dahingehend geändert, dass die Teilzeitbeschäftigten mit 50 Prozent der Regelarbeitszeit zuletzt die eindeutig größte Gruppe stellen (Tabelle 2.9; Abbildung 2.50). Die ursprünglich größte Gruppe der Vollzeitbeschäftigten rangiert im Jahr 2015 mit nur noch rund 27 Prozent auf Rang zwei. Auch innerhalb der Gruppe der sonstigen Beschäftigten, die etwa zwei bis fünf Prozent des Pflegedienstpersonals stellt, haben erhebliche Umverteilungen stattgefunden: Die Zahl der Praktikanten, Schüler und Auszubildenden ist innerhalb dieses Zeitraums von 1.800 auf 12.100 gewachsen, während die Anzahl aller Zivildienstleistenden – insbesondere aufgrund der Aussetzung des Wehrdienstes seit Juli 2011 – drastisch auf 224.000 im Jahr 2015 zurückgegangen ist (Ergebnisse nicht in der Tabelle dargestellt).

Tabelle 2.9: Pflegedienstpersonal nach Beschäftigungsverhältnis nach Jahr in Tausend

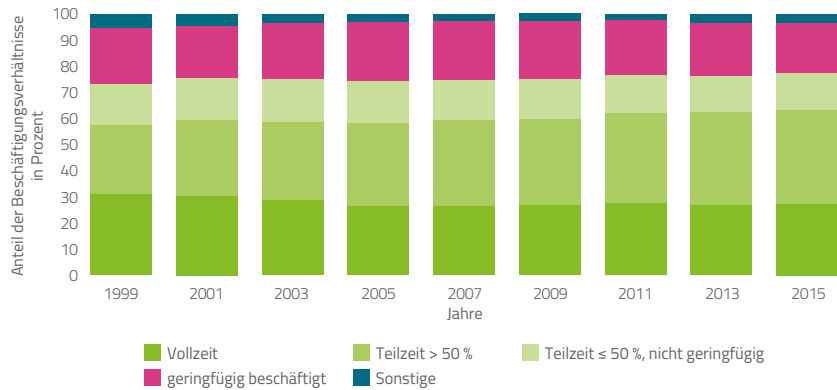
	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Personal insgesamt	184	190	201	214	236	269	291	320	356
Vollzeit	57	58	58	56	62	72	80	86	97
Teilzeit > 50 %	49	55	61	68	78	89	101	114	128
Teilzeit ≤ 50 %	29	31	33	35	37	40	42	44	49
geringfügig beschäftigt	39	37	43	48	53	60	62	65	69
Sonstige ¹⁾	10	9	7	7	6	7	6	11	13

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

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001, 2003, 2005, 2007, 2008, 2011, 2013a, 2015a, 2017d

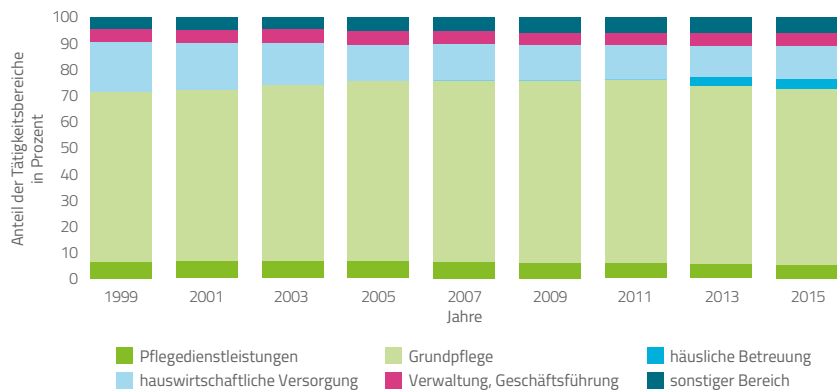
Für 65 Prozent der Beschäftigten im Jahr 1999 und – nahezu unverändert – rund 67 Prozent der Beschäftigten im Jahr 2015 war der überwiegende Tätigkeitsbereich die Grundpflege (Abbildung 2.51). Der Anteil der Beschäftigten, die in hauswirtschaftlicher Versorgung tätig sind, ging von 19 Prozent auf rund 13 Prozent zurück, was mit einer Auslagerung dieser Dienstleistung an externe Anbieter zusammenhängen könnte. Der Anteil der Beschäftigten in der Pflegedienstleitung (von sechs abnehmend auf fünf Prozent), in der Verwaltung und Geschäftsführung (fünf Prozent) sowie in sonstigen Bereichen (von fünf auf sechs Prozent ansteigend) blieb bei leichten Schwankungen nahezu konstant. Seit dem Jahr 2013 wird zusätzlich die häusliche Betreuung nach § 45 b SGB XI für PEA erhoben, die im Jahr 2013 von drei Prozent und im Jahr 2015 von vier Prozent der in den ambulanten Pflegediensten Beschäftigten geleistet wurde.

Abbildung 2.50: Beschäftigungsverhältnisse in den ambulanten Pflegediensten nach Jahr



Datenbezug: Tabelle 2.9

Abbildung 2.51: Tätigkeitsbereiche in den ambulanten Pflegediensten nach Jahr



Quelle: Statistisches Bundesamt 2001, 2003, 2005, 2007, 2008, 2011, 2013a, 2015a, 2017d

Der schwache zahlenmäßige Anstieg der Pflegedienste überdeckt den tatsächlichen Ausbau der Kapazitäten. Dies kann an der Entwicklung der Beschäftigtenzahlen abgelesen

werden, präziser noch an der zahlenmäßigen Entwicklung 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 Prozent der Arbeitszeit nur als halbe beschäftigte Person. Die Zahl der Pflegedienste ist vom Jahr 1999 bis zum Jahr 2015 zwar nur um ungefähr 26 Prozent gestiegen, die Zuwachsraten der Beschäftigtenzahlen liegen aber deutlich höher. So nahm die Zahl der Beschäftigten um etwa 88 Prozent zu, aber auch die Zahl der Vollzeitäquivalente stieg um rund 84 Prozent (Tabelle 2.10). Die Zahl der Pflegedienste steigt somit nur begrenzt. Durch das Wachstum erhöhen sich ihre Kapazitäten aber deutlich stärker. Im Vergleich dazu wächst die Anzahl der durch ambulante Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen nur um etwa 67 Prozent. Der Kapazitätsausbau bei den ambulanten Pflegediensten (+ 84 Prozent mehr Vollzeitäquivalente) ist demnach im Zeitraum vom Jahr 1999 bis zum Jahr 2015 um rund 26 Prozent größer als der mengenmäßige Anstieg der Pflegebedürftigen, die durch sie versorgt werden (+ 67 Prozent). Im Vergleich dazu übersteigt der Kapazitätsausbau in der stationären Pflege (+ 44 Prozent mehr Betten zwischen den Jahren 1999 und 2015) den zahlenmäßigen Anstieg der Pflegebedürftigen, die stationär versorgt werden, lediglich um etwa 19 Prozent (+ 37 Prozent).

88 Prozent mehr
Beschäftigte in ambulanten
Pflegediensten seit 1999

Tabelle 2.10: Kapazitäten im ambulanten Bereich im Vergleich zum stationären Bereich

Jahr	ambulant			stationär		nachrichtlich Pflegebedürftige	
	Pflegedienste	Beschäftigte	Vollzeit- äquivalente	Pflegeheime	Betten	ambulant	stationär
Anzahl in Tausend							
1999	10,8	183,8	125,4	8,9	645,5	415,3	573,2
2001	10,6	189,6	130,0	9,2	647,3	434,7	604,4
2003	10,6	200,9	134,5	9,7	713,2	450,1	640,3
2005	11,0	214,3	140,3	10,4	757,2	471,5	676,6
2007	11,5	236,2	155,0	11,0	799,1	504,2	709,3
2009	12,0	268,9	176,9	11,6	845,0	555,2	717,5
2011	12,3	290,7	192,9	12,4	875,5	576,3	743,1

Jahr	ambulant			stationär		nachrichtlich Pflegebedürftige	
	Pflegedienste	Beschäftigte	Vollzeit- äquivalente	Pflegeheime	Betten	ambulant	stationär
2013	12,7	320,1	213,0	13,0	902,9	615,8	764,4
2015	13,3	355,6	238,8	13,6	928,9	692,3	783,4
Veränderung in Prozent							
1999-2001	-2,1	3,1	3,6	3,5	0,3	4,7	5,4
1999-2003	-1,9	9,3	7,3	10,0	10,5	8,4	11,7
1999-2005	1,5	16,6	11,9	17,7	17,3	13,5	18,0
1999-2007	6,6	28,5	23,6	24,5	23,8	21,4	23,7
1999-2009	11,1	46,3	41,0	31,3	30,9	33,7	25,2
1999-2011	14,1	58,2	53,8	39,5	35,6	38,8	29,6
1999-2013	17,8	74,2	69,9	47,1	39,9	48,3	33,4
1999-2015	25,8	87,6	83,8	48,3	43,5	66,7	36,7

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001, 2003, 2005, 2007, 2008, 2011, 2013a, 2015a, 2017d

2.3.2 Die stationären Pflegeeinrichtungen

In diesem Kapitel werden Infrastruktur und personelle Ausstattung der stationären Pflegeeinrichtungen in ihrer Entwicklung vom Jahr 1999 bis zum Jahr 2015 dargestellt. Zunächst wird die Entwicklung der Trägerstruktur betrachtet. Daran schließt sich eine Beschreibung des Personals an, das in den Pflegeeinrichtungen eingesetzt wird. Weiterhin 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 bei den ambulanten Pflegediensten verglichen. Des Weiteren erfolgt eine Darstellung der Heimentgelte, also der Kosten, die durch eine Heimunterbringung entstehen.

53 Prozent mehr
Pflegeheime seit 1999

Die Zahl der Pflegeheime ist seit dem Jahr 1999 von 8.900 um 53 Prozent auf rund 14.000 im Jahr 2015 angestiegen (Tabelle 2.11). Die Mehrzahl, nämlich 7.200 beziehungsweise 53 Prozent der Heime (Abbildung 2.52), befand sich im Jahr 2015 in freigemeinnütziger Trägerschaft. Der Anteil der Heime in privater Trägerschaft belief

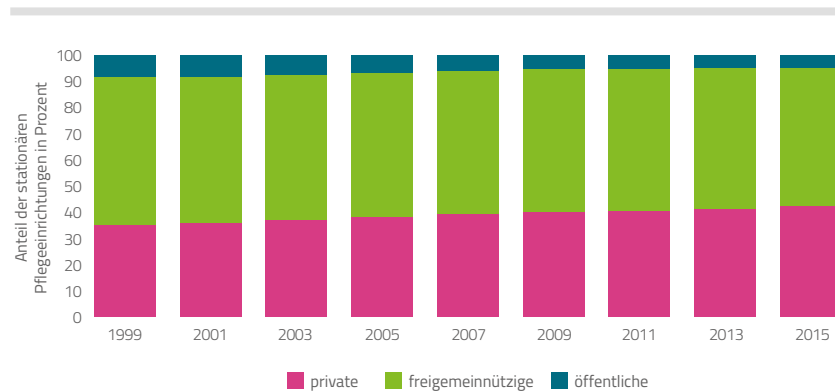
sich mit 5.700 Heimen auf 42 Prozent, und weitere 700 Heime beziehungsweise etwa fünf Prozent aller Heime befanden sich in öffentlicher Trägerschaft. Pflegeheime sind somit zu rund einem Drittel weniger in privaten Händen als ambulante Pflegedienste (42,2 gegenüber 65,1 Prozent). Analog zu den ambulanten Pflegediensten ist jedoch auch bei den stationären Pflegeeinrichtungen der größte Zuwachs bei den privaten Trägern erfolgt.

Tabelle 2.11: Anzahl der stationären Pflegedienste nach Träger und Jahr in Tausend

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
insgesamt	8,9	9,2	9,7	10,4	11,0	11,6	12,4	13,0	13,6
private	3,1	3,3	3,6	4,0	4,3	4,6	5,0	5,3	5,7
freigemeinnützige	5,0	5,1	5,4	5,7	6,1	6,4	6,7	7,1	7,2
öffentliche	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001, 2003, 2005, 2007, 2008, 2011, 2013a, 2015a, 2017d

Abbildung 2.52: Anteil der stationären Pflegeeinrichtungen nach Träger und Jahr in Prozent



Datenbezug: Tabelle 2.11

Betrachtet man die Entwicklung des Heimpersonals in Tabelle 2.12, zeigt sich ein Anstieg der Beschäftigtenzahl von 440.900 im Jahr 1999 um 66 Prozent auf 730.100 im Jahr 2015. Dieses Wachstum beruht ausschließlich auf dem Anstieg der in Teilzeit oder geringfügig Beschäftigten und den sonstigen Beschäftigten. Die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten bleibt dagegen mit Schwankungen zwischen 203.000 und 219.000 weitgehend konstant. Relativ betrachtet hat sich dadurch der Anteil der Vollzeitbeschäftigten von 48 Prozent im Jahr 1999 kontinuierlich auf rund 29 Prozent im Jahr 2015 reduziert. Die Zahl der Praktikanten, Schüler und Auszubildenden, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr sowie der Helfer im Bundesfreiwilligendienst ist innerhalb dieses Zeitraums von 31.000 auf rund 58.000 angewachsen, wobei die Zahl der Praktikanten, Schüler und Auszubildenden am stärksten gewachsen ist und die Zahl der Helfer im Bundesfreiwilligendienst beziehungsweise vormals der Zivildienstleistenden, deutlich abgenommen hat (Tabelle 2.12, Abbildung 2.53).

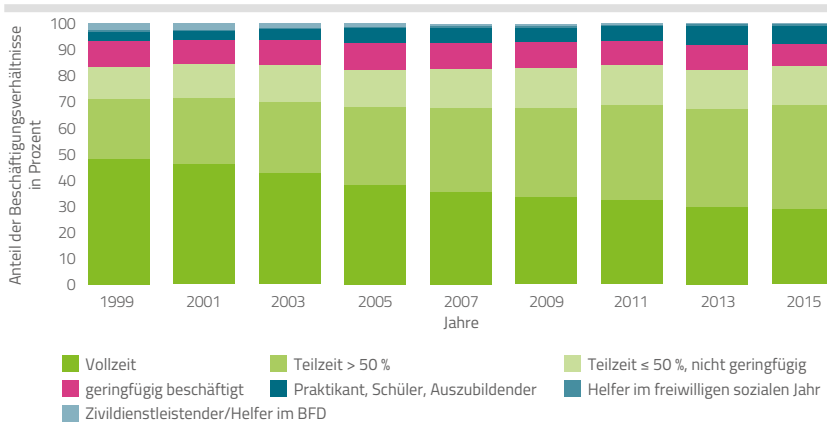
Tabelle 2.12: Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Jahr in Tausend

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Personal insgesamt	440,9	475,4	510,9	546,4	573,5	621,4	661,2	685,4	730,1
Vollzeit	211,5	218,9	216,5	208,2	202,8	207,1	212,4	203,7	209,9
Teilzeit > 50 %	100,9	120,2	140,5	162,4	184,6	212,5	241,0	257,8	293,0
Teilzeit ≤ 50 %	54,7	61,8	71,1	78,5	84,7	96,2	101,9	101,9	107,2
geringfügig beschäftigt	42,8	44,4	49,2	55,2	58,7	60,7	62,4	64,5	61,8
Sonstige ¹⁾	31,0	30,0	33,6	42,1	42,8	44,9	43,5	57,6	58,2

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

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001, 2003, 2005, 2007, 2008, 2011, 2013a, 2015a, 2017d

Abbildung 2.53: Beschäftigungsverhältnisse in stationären Einrichtungen nach Jahr in Prozent

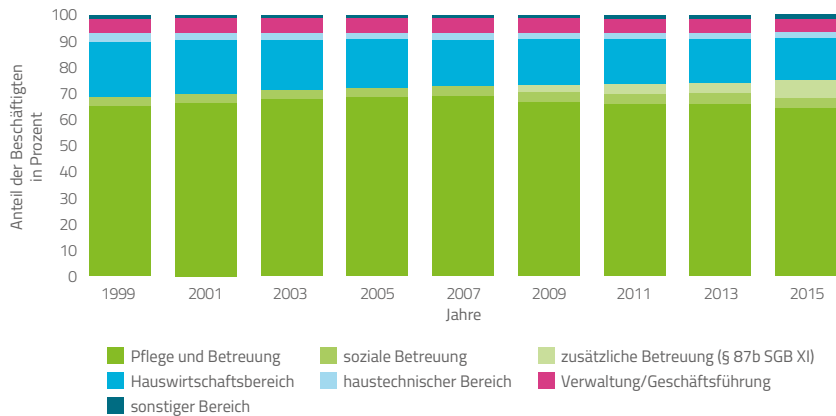


Datenbezug: Tabelle 2.12

Der überwiegende Tätigkeitsbereich des Heimpersonals (rund 64 Prozent) lag im Jahr 2015 auf Pflege und Betreuung der Bewohner. Die soziale Betreuung der Bewohner nimmt darüber hinaus vier Prozent der zeitlichen Ressourcen in Anspruch, allerdings mit leicht steigender Tendenz. Ab dem Jahr 2009 wurden die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 87 b SGB XI aufgenommen, nach denen Pflegeheimen, zweckgebunden für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, Vergütungszuschläge zustehen, wenn entsprechendes Personal eingestellt wird. Der Anteil der hierfür zusätzlich eingestellten Betreuungskräfte an allen Beschäftigten stieg von etwa drei Prozent im Jahr 2009 drastisch auf rund sieben Prozent im Jahr 2015.

Die Zahl der Beschäftigten im hauswirtschaftlichen und haustechnischen Bereich nahm dagegen absolut betrachtet zwar leicht zu, in Relation zur Gesamtbeschäftigung nahm sie jedoch ab. Der Anteil des überwiegend in diesem Bereich eingesetzten Personals reduzierte sich von insgesamt rund 24 Prozent im Jahr 1999 auf etwas mehr als 18 Prozent im Jahr 2015. Auf Verwaltung und Geschäftsführung entfielen im Jahr 2015 bei leicht abnehmender Tendenz fünf Prozent aller Tätigkeiten.

Abbildung 2.54: Tätigkeitsbereich in den stationären Pflegeeinrichtungen nach Jahr



Quelle: Statistisches Bundesamt 2001, 2003, 2005, 2007, 2008, 2011, 2013a, 2015a, 2017d

Zur Beurteilung der Kapazitäten in der stationären Versorgung werden in der Regel die Platzzahlen (Bettenzahlen) herangezogen. Bei einem zahlenmäßigen Wachstum der Heime, das größer ist als das Wachstum der Bettenzahl, hat sich die Größe der Heime gemessen an ihrer Platzzahl im Zeitraum vom Jahr 1999 bis zum Jahr 2015 von durchschnittlich rund 73.000 auf 63.000 erheblich reduziert (Tabelle 2.13). Die Bettenzahl erhöhte sich zwischen den Jahren 1999 und 2015 um rund 44 Prozent deutlich. Dieser Anstieg liegt aber unter dem zahlenmäßigen Anstieg der Vollzeitäquivalente in der ambulanten Pflege (84 Prozent), was mit dem unterschiedlichen Wachstum der Zahl der Pflegebedürftigen in den beiden Sektoren korrespondiert (Tabelle 2.10).

Tabelle 2.13: Heime nach Angebot und Auslastung

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Pflegeheime insgesamt in Tausend	8,9	9,2	9,7	10,4	11,0	11,6	12,4	13,0	13,6
verfügbare Plätze in Tausend									
Heimplätze insgesamt	645,5	674,3	713,2	757,2	799,1	845,0	875,5	902,9	928,9
vollstationäre Pflege	631,4	658,3	694,9	737,8	777,0	818,6	841,6	858,8	877,1
davon Dauerpflege	621,5	648,5	683,9	726,4	765,7	808,2	830,8	847,7	866,3

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
davon Kurzzeitpflege	9,9	13,6	11,0	11,4	11,3	10,4	10,8	11,1	37,3
Tagespflege	13,3	15,5	17,8	19,0	21,6	26,0	33,5	43,6	51,4
Nachtpflege	0,7	0,5	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,6	0,4
durchschnittliche Platzzahl	72,9	73,6	73,2	72,6	72,5	72,6	70,9	69,0	63,0
Auslastung in Prozent									
vollstationäre Dauerpflege	89,2	89,8	89,5	88,7	87,6	86,6	87,1	89,0	89,3
vollstationäre Kurzzeitpflege	1)	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	143,6
Nachtpflege	23,5	12,1	6,8	5,5	7,6	5,7	4,3	7,6	10,1

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 Prozent liegen.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001, 2003, 2005, 2007, 2008, 2011, 2013a, 2015a, 2017d

Die überwiegende Mehrheit der Heimplätze von 96 auf 93 Prozent abnehmend steht für die vollstationäre Dauerpflege zur Verfügung. Auf die vollstationäre Kurzzeitpflege und auf die Tagespflege entfallen bis zum Jahr 2009 lediglich 10.000 beziehungsweise 26.000 Heimplätze und auf die Nachtpflege nur wenige Hundert. Im Jahr 2011 hat sich dagegen die Zahl der Tagespflegeplätze drastisch auf 33.000 erhöht, und im Jahr 2015 beläuft sich die Platzzahl in der Tagespflege auf 51.400. Vom Jahr 1999 bis zum Jahr 2015 hat die Zahl der vollstationären Dauerpflegeplätze um 39 Prozent zugenommen und die Zahl der Tagespflegeplätze sogar um 285 Prozent. Der augenfällige Bedarf an Tagespflegeplätzen zeigt sich zusätzlich an der hohen Auslastung der Tagespflegeplätze, der ungebrochen ansteigt.

Die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung ist für den Bereich der stationären Pflege durch das PFWG nur zum Teil angepasst worden. Sie beläuft sich im Jahr 2013 in Pflegestufe I und Pflegestufe II weiterhin auf 1.023 beziehungsweise 1.279 Euro. Die Leistungen in Pflegestufe III sind dagegen zum 1. Juli 2008, zum 1. Januar 2010 und bis zum Berichtsjahr 2013 letztmals zum 1. Januar 2012 angepasst worden. Vom 1. Januar 2012 bis zum 31. Dezember 2014 betragen sie in Pflegestufe III 1.550 und 1.918 Euro

für Härtefälle. Erst durch das Pflegestärkungsgesetz I (PSG I) werden die Leistungen in Pflegestufe I und II zum 1. Januar 2015 erstmals erhöht auf 1.064 Euro in der Pflegestufe I und 1.330 Euro in der Pflegestufe II. In Pflegestufe III betragen sie jetzt 1.612 Euro, für Härtefälle 1.995 Euro. 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 § 87 a SGB XI), liegen jedoch erheblich höher. Sie enthalten die Pflegesätze, also die „Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die soziale Betreuung und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 SGB V besteht, für die medizinische Behandlungspflege“ (§ 84 Absatz 1 SGB XI). Zudem beinhalten sie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die sogenannten Hotelkosten, sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten (Rothgang et al. 2009: 35f.).

Die Leistungen der Pflegeversicherung decken durchschnittlich weniger als die Hälfte des Gesamtheimentgelts ab.

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

Hieraus ergibt sich dann gegebenenfalls eine Leistungspflicht der Sozialhilfeträger: Ein Teil der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege ist nämlich nicht in der Lage, die Gesamtkosten des Heimaufenthalts aus eigenem Einkommen oder Vermögen zu finanzieren und ist daher auf die Hilfe zur Pflege als SGB XII-Leistung angewiesen. Dies ist tendenziell eher der Fall, wenn die Pflegestufe höher 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 III sinken, würde dies – ebenfalls ceteris paribus – tendenziell die Ausgaben für die Sozialhilfe senken. Durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) wird es ab dem 1. Januar 2017 einen einrichtungseinheitlichen pflegebedingten Eigenanteil für die Pflegegrade zwei bis fünf geben, der von der

jeweiligen Einrichtung mit den Pflegekassen oder dem Sozialhilfeträger ermittelt wird. Mit einer Erhöhung des Pflegegrads wird der Eigenanteil nunmehr nicht mehr steigen.

Tabelle 2.14: 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	1.156	548	355	2.059	1.023	133	1.036
	II	1.521	548	355	2.424	1.279	242	1.145
	III	1.977	548	355	2.880	1.432	545	1.448
2001	I	1.186	578	362	2.126	1.023	163	1.103
	II	1.582	578	362	2.522	1.279	303	1.243
	III	2.008	578	362	2.948	1.432	576	1.516
2003	I	1.247	578	369	2.194	1.023	224	1.171
	II	1.673	578	369	2.620	1.279	394	1.341
	III	2.099	578	369	3.046	1.432	667	1.614
2005	I	1.277	578	376	2.231	1.023	254	1.208
	II	1.702	578	376	2.656	1.279	423	1.377
	III	2.128	578	376	3.082	1.432	696	1.650
2007	I	1.307	608	383	2.298	1.023	284	1.275
	II	1.733	608	383	2.724	1.279	454	1.445
	III	2.158	608	383	3.149	1.432	726	1.717
2009	I	1.362	617	391	2.370	1.023	339	1.347
	II	1.792	617	391	2.800	1.279	513	1.521
	III	2.249	617	391	3.257	1.470	779	1.787
2011	I	1.369	629	398	2.396	1.023	346	1.373
	II	1.811	629	398	2.838	1.279	532	1.559
	III	2.278	629	398	3.305	1.510	768	1.795
2013	I	1.414	651	406	2.471	1.023	391	1.448
	II	1.875	651	406	2.933	1.279	596	1.654
	III	2.365	651	406	3.423	1.550	815	1.873
2015	I	1.490	681	413	2.584	1.064	426	1.520
	II	1.973	681	413	3.066	1.330	643	1.736
	III	2.485	681	413	3.578	1.612	873	1.966

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001, 2003, 2005, 2007, 2008, 2011, 2013a, 2015a, 2017d

Wie hoch die Gesamtentgelte in der stationären Pflege (bestehend aus Pflegekosten, Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten) insgesamt ausfallen und welche Eigenanteile daraus resultieren, zeigt Tabelle 2.14. Die Höhe der Pflegekosten (Vergütung für allgemeine Pflegeleistungen und soziale Betreuung) richtet sich nach den einzelnen Pflegeklassen, denen die Pflegestufen entsprechen: Im Jahr 2015 belaufen sich die (bundes-)durchschnittlichen Pflegesätze bei Pflegestufe I auf 49,02 Euro, bei Pflegestufe II auf 64,89 Euro und bei Pflegestufe III auf 81,73 Euro pro Tag (Statistisches Bundesamt 2017d).

Zusätzlich sind Entgelte für Unterkunft und Verpflegung zu zahlen, die für alle Pflegestufen einheitlich sind und die sich im Jahr 2015 im (Bundes-)Durchschnitt auf 22,39 Euro pro Tag belaufen. Zudem fallen 13,59 Euro pro Tag für gesondert in Rechnung gestellte Investitionskosten an. Von jedem pflegebedürftigen Heimbewohner der Pflegestufe I, der im Jahr 2015 eine vollstationäre Dauerpflege beansprucht, sind also durchschnittlich insgesamt 71,41 Euro pro Tag für Pflege, Unterkunft und Verpflegung an das Heim zu entrichten. Zuzüglich der Investitionskosten sind das bei durchschnittlich 30,4 Tagessätzen 2.584 Euro pro Monat. Bei Pflegestufe II ergeben sich Monatsbeträge von 3.066 Euro, bei Pflegestufe III liegen die Beiträge bei 3.578 Euro.

2015: Zu erbringende Eigenanteile liegen je nach Pflegestufe zwischen 1.520 und 1.966 Euro.

Waren bei Einführung der Pflegeversicherung die Versicherungsleistungen noch teilweise ausreichend, um die Pflegesätze zu decken, lag der durchschnittliche Pflegesatz selbst in Pflegestufe I im Jahr 1999 schon mehr als 100 Euro über den Versicherungsleistungen. Aufgrund der unzureichenden Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen (Rothgang und Jacobs 2013) waren im Jahr 2015 bereits Eigenanteile von durchschnittlich 426 Euro (Pflegestufe I) bis 873 Euro (Pflegestufe III) zu verzeichnen. Die Eigenanteile, die von den Pflegebedürftigen insgesamt zu erbringen sind (einschließlich Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten), liegen im Jahr 2015 bei 1.520 Euro (Pflegestufe I) bis 1.966 Euro (Pflegestufe III).

Tabelle 2.15: Monatliche Pflegekosten in der stationären Pflege im Jahr 2015 nach Träger

	Pflegekosten			Unterkunft/ Verpflegung
	I	II	III	
insgesamt	1.490	1.973	2.485	681
private	1.378	1.817	2.277	623
freigemeinnützige	1.547	2.058	2.605	717
öffentliche	1.645	2.139	2.643	695

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017e

Unterschiede in den Pflegekosten bestehen auch zwischen den einzelnen Trägern der stationären Einrichtungen. Wie Tabelle 2.15 demonstriert, liegen insbesondere die durchschnittlichen Pflegekosten bei den Einrichtungen in privater Trägerschaft in allen Pflegestufen erkennbar unter den Pflegekosten der Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft. Diese wiederum liegen unter den Pflegekosten der Einrichtungen der öffentlichen Träger. Allerdings unterscheiden sich die Pflegekosten der Einrichtungen in freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft vor allem in den höchsten Pflegeklassen weniger voneinander als die Pflegekosten der freigemeinnützigen und der privaten Träger.

Die Trägerschaft der Pflegeeinrichtung, also die Unterscheidung zwischen öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Einrichtungen, steht dabei auch im engen Zusammenhang mit einer unterschiedlichen Personalstruktur und begründet unter anderem dadurch 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 jüngerer 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. 2008a: 25 ff.).

2.3.3 Die Pflegepersonen

Ein zentrales Anliegen der Pflegeversicherung ist die Stärkung der häuslichen Pflege. So besagt § 3 SGB XI ausdrücklich: „Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn

unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.“ Um die Entwicklung der Familienpflege genauer bewerten zu können, ist eine Bestimmung der Zahl der Pflegepersonen erforderlich. Einen ersten Anhaltspunkt für die Anzahl von Pflegepersonen bietet die Zahl der Leistungsempfänger von Pflegegeld und Sachleistungen. Hier wird deutlich, dass die Zahl der Pflegegeldempfänger und die Zahl der insgesamt häuslich gepflegten Pflegebedürftigen kontinuierlich steigen. Demnach wäre eine stetige Erhöhung der Zahl der Pflegepersonen zu erwarten.

Die Anzahl der an der häuslichen Pflege beteiligten Personen ist deutlich höher als die Anzahl der Pflegebedürftigen, unter anderem weil sich mehrere Personen die Pflege aufteilen können. So werden gemäß einer Repräsentativerhebung von Infratest im Jahr 2010 zwar 30 Prozent aller Pflegebedürftigen von einer Hauptpflegeperson gepflegt, dem stehen aber 26 Prozent der Pflegebedürftigen gegenüber, die von zwei Pflegepersonen, 17 Prozent, die von drei Pflegepersonen und 20 Prozent, die von vier und mehr privaten Pflegepersonen versorgt werden (Schmidt und Schneekloth 2011: 26). Nach einer Repräsentativerhebung von Infratest für das Jahr 2016 verringerte sich die Gesamtzahl der Pflegepersonen etwas. So werden 32 Prozent von einer und 28 Prozent von zwei Pflegepersonen gepflegt, jedoch nur noch 15 Prozent von drei und 16 Prozent von vier Pflegepersonen (Schneekloth et al. 2017: 53).

Es können zwar einige Untersuchungen, gestützt auf kleinere Befragtengruppen von pflegenden Angehörigen, angeführt werden, die deren spezifische Situation darstellen¹; Informationen über die zahlenmäßige Entwicklung der Pflegepersonen im Zeitverlauf liegen bislang jedoch nur vereinzelt vor. Die Gründe liegen vor allem darin, dass repräsentative Erhebungen zur Anzahl von Pflegepersonen und zum Ausmaß von Pflegetätigkeiten fehlen. Um diese Lücke zu schließen, wird im nächsten Unterkapitel auf Basis des SOEP auf die Zahl der Pflegepersonen in der häuslichen Pflege eingegangen

¹ Zu nennen ist hier insbesondere die EUROFAMCARE-Studie, bei der in sechs Ländern (Deutschland, Griechenland, Italien, Polen, Schweden, Vereinigtes Königreich) jeweils etwa 1.000 pflegende Angehörige älterer Menschen ab 65 Jahren befragt wurden (Döhner et al. 2007). Auch die MUG I und MUG III-Studie erlaubten zwar einen Vergleich von Merkmalen der Hauptpflegepersonen über eine Dekade hinweg, jedoch nur zu zwei Zeitpunkten.

und über die zeitliche Entwicklung und die Altersverteilung der Pflegepersonen berichtet. Dabei wird zwischen einer geringen (eine Stunde Pflege täglich) und einer höheren (zwei und mehr Stunden Pflege täglich) Pflegeintensität unterschieden ².

Pflegepersonen im Sozio-ökonomischen Panel

Im SOEP werden Pfllegetätigkeiten von mindestens einer Stunde pro Tag – repräsentativ für Deutschland – abgebildet. Damit kann ein umfassender Überblick über die Verbreitung von Pfllegetätigkeiten gewonnen werden. Die Pfllegetätigkeiten wurden über folgende Frage erhoben: Wie viele Stunden pro Tag entfallen bei Ihnen an einem durchschnittlichen Werktag (beziehungsweise Samstag/Sonntag) auf die folgenden Tätigkeiten: Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Personen? Hochgerechnet auf die Bevölkerung der BRD wurden etwa 4,5 Millionen Pflegepersonen ermittelt (Tabelle 2.16 für Männer, Tabelle 2.17 für Frauen), die den 2,08 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2015 (Kapitel 2.2), die zu Hause gepflegt werden (also Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistungen beziehen), gegenüberstehen. Es gibt somit mehr als doppelt so viele Pflegenden, von denen 1,8 Millionen Männer und 2,7 Millionen Frauen sind, wie Pflegebedürftige.

2015: mehr als doppelt so viele Pflegepersonen wie Pflegebedürftige

Neben der eindeutigen zahlenmäßigen Dominanz der weiblichen gegenüber den männlichen Pflegepersonen zeigt sich ein geschlechtsspezifisches Muster in der Pflegeintensität: Männer pflegen im Jahr 2015 – vermutlich aufgrund deren höherer Erwerbsbeteiligung – überwiegend eine Stunde täglich (1,14 Millionen, entspricht 3,6 Prozent der männlichen Bevölkerung ab 18 Jahren), während lediglich 670.000 Männer und damit etwas mehr als die Hälfte davon zwei und mehr Stunden täglich pflegen (entspricht 2,1 Prozent der männlichen Bevölkerung ab 18 Jahren). Frauen üben gegenüber den Männern längere Pfllegetätigkeiten aus. Im Jahr 2015 pflegen sie überwiegend zwei und mehr Stunden täglich (1,53 Millionen, entspricht 4,6 Prozent der weiblichen Bevölkerung ab 18 Jahren), während lediglich 1,23 Millionen Frauen (dies entspricht 3,7 Prozent der weiblichen Bevölkerung ab 18 Jahren) eine Stunde täglich pflegen.

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

Tabelle 2.16: Männliche Pflegepersonen nach Pflegeintensität, Jahr und Anteil an der Bevölkerung in Tausend¹⁾

	insgesamt	eine Stunde Pflege täglich	Anteil an der männlichen Bevölkerung über Alter 18	zwei und mehr Stunden Pflege täglich	Anteil an der männlichen Bevölkerung über Alter 18
2001	1.118	572	1,9	546	1,9
2002	1.242	637	2,2	605	2,1
2003	1.292	671	2,3	621	2,1
2004	1.394	721	2,4	673	2,3
2005	1.200	567	1,9	633	2,1
2006	1.271	621	2,1	650	2,2
2007	1.338	576	1,9	762	2,6
2008	1.358	688	2,4	670	2,3
2009	1.104	550	1,9	554	1,9
2010	1.323	704	2,4	619	2,1
2011	1.124	577	1,9	547	1,8
2012	1.483	884	2,9	599	1,9
2013	1.313	725	2,5	588	2,1
2014	1.737	992	3,1	745	2,3
2015	1.810	1.140	3,6	670	2,1
Ø 2001-2015	1.340	708	2,4	632	2,1

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

Quelle: SOEP, V32, Ergebnisse hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik

Kleine Unterschiede in der zahlenmäßigen Entwicklung der Pflegenden zeichnen sich auch zwischen den Geschlechtern ab. Zwar sind die Zahlen der pflegenden Männer und Frauen – unter starken Schwankungen – insgesamt im Verlauf der letzten 15 Jahre gestiegen, jedoch entstand der größte Zuwachs, insbesondere bei den Männern, erst in den letzten Jahren ab etwa dem Jahr 2012. Dabei ist der Anstieg der Zahl der pflegenden Männer vor allem auf einen Anstieg derjenigen Männer mit geringer Pflegeintensität (eine Stunde täglich) zurückzuführen, während die Zahl der Männer, die zwei und mehr Stunden täglich Pflege leisten, vergleichsweise stabil geblieben ist. Bei den Frauen hat sich der zahlenmäßige Anstieg der Pflegenden recht gleichmäßig auf diejenigen Frauen mit geringerer und diejenigen mit höherer Pflegeintensität aufgeteilt.

Für die Entwicklung vor dem Jahr 2001 zeigt ein Vergleich der MUG I-Studie mit der MUG III-Studie einen Anstieg des Anteils pflegender Männer an allen Pflegenden von 17 Prozent im Jahr 1991 auf 27 Prozent im Jahr 2002 (Schneekloth und Wahl 2005: 77). Die Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes stellt über den Zeitraum vom Jahr 1998 (20 Prozent) bis zum Jahr 2016 (31 Prozent) ebenfalls einen kontinuierlichen Anstieg des Anteils pflegender Männer fest (Schneekloth et al. 2017: 57). Im Unterschied dazu weisen die Ergebnisse des SOEP auf im Zeitverlauf zwar stabile, aber etwas höhere Anteile von etwa 38 Prozent pflegender Männer an allen Pflegenden hin. Weitere Vergleichsstudien zur repräsentativen Verbreitung der Pflegepersonen zwischen dem Jahr 2000 und heute liegen bislang nicht vor.

Tabelle 2.17: Weibliche Pflegepersonen nach Pflegeintensität, Jahr und Anteil an der Bevölkerung in Tausend¹⁾

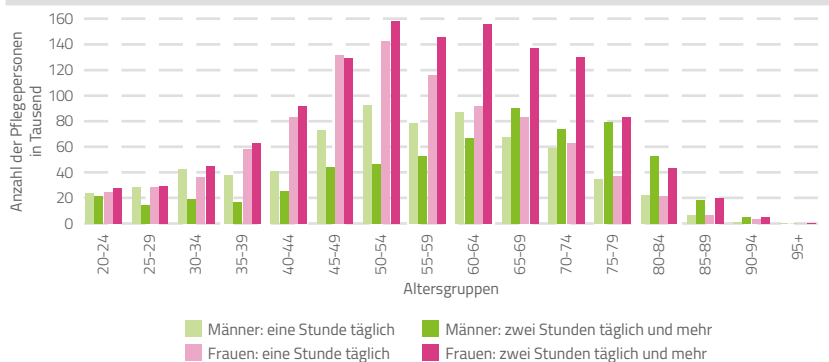
	insgesamt	eine Stunde Pflege täglich	Anteil an der weiblichen Bevölkerung über Alter 18	zwei und mehr Stunden Pflege täglich	Anteil an der weiblichen Bevölkerung über Alter 18
2001	1.945	703	2,2	1.242	4,0
2002	1.962	840	2,7	1.122	3,6
2003	2.160	882	2,8	1.278	4,1
2004	2.148	854	2,7	1.294	4,1
2005	1.979	779	2,4	1.200	3,8
2006	2.124	891	2,9	1.233	3,9
2007	2.146	832	2,6	1.314	4,2
2008	2.356	1.049	3,4	1.307	4,3
2009	2.150	799	2,6	1.351	4,4
2010	2.424	1.088	3,6	1.336	4,4
2011	1.883	845	2,6	1.038	3,2
2012	2.337	1.051	3,2	1.286	3,9
2013	2.073	980	3,2	1.093	3,6
2014	2.660	1.193	3,5	1.467	4,4
2015	2.758	1.230	3,7	1.528	4,6
Ø 2001-2015	2.207	934	2,9	1.273	4,0

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

Quelle: SOEP, V32, Ergebnisse hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik

Abbildung 2.55 zeigt die Übernahme von Pflegetätigkeiten im Lebenszyklus. In der Summe pflegen Frauen deutlich häufiger als Männer (Tabelle 2.16 und Tabelle 2.17). Dabei ist die Anzahl pflegender Frauen vor allem im Alter von 40 bis 74 Jahren höher als die Anzahl pflegender Männer. Im höheren Alter gibt es ähnlich viele Männer wie Frauen, die pflegen. Dass Männer im höheren Alter anteilig mehr pflegen, liegt vermutlich daran, dass sie ihre Partnerinnen pflegen, die insgesamt eine höhere Lebenserwartung als Männer aufweisen, jedoch anteilig mehr Lebensjahre in Krankheit verbringen als Männer (Unger 2015). Vor allem aber sind Männer in den höheren Altersgruppen – 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.

Abbildung 2.55: Pflegepersonen nach Alter, Geschlecht und Pflegeintensität



Quelle: SOEP, V32

Im Lebenszyklus zeigen sich auch deutliche Geschlechtsunterschiede in der Pflegeintensität: Während Frauen in der Erwerbsphase (von 20 bis etwa 59 Jahren) mehrheitlich zu ähnlichen Anteilen eine Stunde beziehungsweise zwei und mehr Stunden täglich pflegen, pflegen Männer in dieser Zeit – auch bedingt durch ihre höheren Erwerbsquoten

– überwiegend eine Stunde täglich. Erst ab dem Rentenalter pflegen Männer dann, ebenso wie Frauen, auch mit deutlich höherer Pflegeintensität, was dadurch zu erklären ist, dass Männer eher ihre Partnerinnen pflegen als ihre Eltern. Ab einem Alter von 75 Jahren wird die Pflege von Männern und Frauen dann sowohl in ähnlichem Umfang als auch in vergleichbarer Intensität geleistet.

Mit Inkrafttreten des PSG II wurden die Hürden, nach denen Sozialversicherungsleistungen für Pflegepersonen an die Rentenversicherung gezahlt werden, gesenkt. Damit wurde die Grenze von wenigstens 14 Stunden wöchentlicher Pflege auf zehn Stunden gesenkt. Darüber hinaus dürfen die Pflegepersonen aber weiterhin nicht mehr als 30 Stunden erwerbstätig sein und müssen das erwerbsfähige Alter haben. Wie sich das auf den Kreis der Leistungsberechtigten auswirkt, kann anhand Abbildung 2.55 näherungsweise (da hier sieben Stunden wöchentliche Pflege abgetragen sind) bestimmt werden. Demnach sind zusätzlich fast genauso viele Frauen bis zum 64. Lebensjahr anspruchsberechtigt (Frauen, die eine Stunde täglich pflegen), wie bereits jetzt Leistungen beziehen (Frauen, die zwei Stunden täglich pflegen). Bei den Männern kämen dagegen anteilig wesentlich mehr Anspruchsberechtigte hinzu, da Männer in den unteren Altersgruppen bislang überwiegend Pfl egetätigkeiten bis zu einer Stunde täglich übernommen haben.

2.3.4 Fazit zu den Versorgungsformen der Pflegebedürftigen

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

Nahezu zwei Drittel der insgesamt 13.300 ambulanten Pflegedienste sind im Jahr 2015 in privater Trägerschaft (65 Prozent), wobei sich diese Anzahl seit dem Jahr 1999 überproportional um 57 Prozent (bei zuletzt verlangsamtem Anstieg) erhöht hat. Die Wachstumsprozesse der Zahl der ambulanten Pflegedienste gehen damit fast ausschließlich auf das zahlenmäßige Wachstum privater Einrichtungen zurück, die den Prozess vorantreiben. Gleichzeitig verändert sich damit der Charakter der Anbieterlandschaft. Analog zu den ambulanten Pflegediensten ist auch bei den stationären Pflegeeinrichtungen der größte Zuwachs bei den privaten Trägern erfolgt, wenngleich

2015: zwei Drittel der
13.300 ambulanten
Pflegedienste in privater
Trägerschaft

auf deutlich geringerem Niveau. So lag der Anteil der stationären Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft im Jahr 2015 mit rund 42 Prozent etwa ein Drittel unter dem Level der ambulanten Pflegedienste. Die steigenden Anteile privater Träger haben nicht zuletzt Auswirkungen auf die Kosten, die bei einer Pflegebedürftigkeit anfallen. So liegen die durchschnittlichen Gesamtheimentgelte privater Träger um bis zu zehn Prozent unter den Kosten für Einrichtungen anderer Träger.

Zusätzlich zur steigenden Zahl der Pflegedienste hat im ambulanten Bereich ein deutlicher Kapazitätsausbau durch ein Größenwachstum der Einrichtungen stattgefunden. Während die Anzahl der ambulanten Pflegedienste vom Jahr 1999 bis zum Jahr 2015 nur um etwa 26 Prozent zugenommen hat, ist das Pflegedienstpersonal mit 356.000 Beschäftigten um rund 88 Prozent und umgerechnet in Vollzeitäquivalente um rund 84 Prozent angewachsen und hat damit zu einer deutlichen Personalzunahme in den einzelnen Pflegediensten geführt. Diese Zunahme ist vor allem auf einen zahlenmäßigen Anstieg der Teilzeitkräfte und geringfügig Beschäftigten zurückzuführen. Im gleichen Zeitraum, in dem bei den ambulanten Pflegediensten die Zahl der Vollzeitäquivalente um rund 84 Prozent zugenommen hat, stieg die Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen lediglich um etwa 67 Prozent. Ein Kapazitätsausbau wie bei den ambulanten Pflegediensten hat bei den stationären Pflegeeinrichtungen in etwas kleinerem Ausmaß stattgefunden. Legt man die für den Kapazitätsausbau in der stationären Pflege relevante Bettenzahl zugrunde, zeigen sich Zuwachsraten von rund 44 Prozent zwischen den Jahren 1999 und 2015, gegenüber nur 37 Prozent mehr Pflegebedürftigen, die stationär versorgt werden. Der Kapazitätsausbau bei den ambulanten Pflegediensten (+ 84 Prozent Vollzeitäquivalente) ist demnach im Zeitraum vom Jahr 1999 bis zum Jahr 2015 um rund 26 Prozent größer als der zahlenmäßige Anstieg der durch ambulante Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen (+ 67 Prozent). Im Vergleich dazu ist der Kapazitätsausbau in der stationären Pflege (+ 44 Prozent mehr Betten zwischen den Jahren 1999 und 2015) lediglich um rund 19 Prozent größer als der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen, die stationär versorgt werden (+ 37 Prozent).

Reduktion der Heimplätze
bis 2015 von rund 73.000
auf 63.000

Insgesamt hat sich die Größe der Heime gemessen an ihrer Platzzahl im Zeitraum vom Jahr 1999 bis zum Jahr 2015 von 72.900 auf 63.000 erheblich reduziert. Die Heime

werden damit kleiner und flexibler, was sich beispielsweise auch an der Bedeutung einzelner Pflegeleistungen zeigt. So ist zwischen den Jahren 1999 und 2015 die Zahl der vollstationären Dauerpflegeplätze um 39 Prozent, die Zahl der Tagespflegeplätze, die zudem sehr hohe Auslastungsquoten zeigen, aber um 285 Prozent gestiegen.

Durchschnittlich liegen die monatlichen Gesamtheimentgelte in Pflegestufe I im Jahr 2015 bei 2.584 Euro. In Pflegestufe II ergeben sich Monatsbeiträge von 3.066 Euro und in Pflegestufe III Beiträge von 3.578 Euro. Waren bei Einführung der Pflegeversicherung die Versicherungsleistungen noch teilweise ausreichend, um die Pflegesätze zu decken, sind im Jahr 2015 bereits durchschnittliche Eigenanteile von 426 Euro (Pflegestufe I) bis 873 Euro (Pflegestufe III) zu verzeichnen. Die Eigenanteile, die von den Pflegebedürftigen insgesamt zu erbringen sind (einschließlich Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten), lagen im Jahr 2015 sogar zwischen 1.520 Euro (Pflegestufe I) und 1.966 Euro (Pflegestufe III). Durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) wird es ab dem 1. Januar 2017 einen einheitlichen pflegebedingten Eigenanteil für die Pflegegrade zwei bis fünf 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.

Seit dem Jahr 2012 steigt die Zahl der Pflegepersonen. Dabei zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen bei Männern und Frauen. Bei Männern entfallen die Anstiege überwiegend auf die Zahl der Männer mit niedrigerer Pflegeintensität (eine Stunde täglich), wohingegen die Zahl der Männer mit höherer Pflegeintensität verhältnismäßig stabil geblieben ist. Bei den Frauen entfällt der zahlenmäßige Anstieg der Pflegenden zu etwa gleichen Teilen auf die Anzahl der Frauen mit niedriger (eine Stunde täglich) und höherer Pflegeintensität (zwei Stunden und mehr täglich). Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich auch im Lebensverlauf. Während Frauen in der Erwerbsphase (von 20 bis etwa 59 Jahren) mehrheitlich zu ähnlichen Anteilen eine Stunde beziehungsweise zwei und mehr Stunden täglich pflegen, pflegen Männer in dieser Zeit überwiegend eine Stunde täglich. Erst ab dem Rentenalter pflegen Männer dann ebenso wie Frauen auch mit deutlich höherer Pflegeintensität.

Ab dem 1. Januar 2017 dürfte es mit Absenkung der Hürden durch das PSG II von 14 Stunden auf zehn Stunden wöchentliche Pflege viele zusätzliche Bezieher von Rentenversicherungsbeiträgen unter den Pflegepersonen geben.

2.4 Die Finanzierung der Pflegebedürftigkeit

Die Kosten, die durch Pflegebedürftigkeit entstehen, werden zum Teil durch die Pflegeversicherung, zu großen Teilen aber auch durch private Ausgaben abgedeckt. Dabei können weitere Deckungslücken entstehen – insbesondere im Bereich der stationären Pflege –, wenn der Pflegebedürftige oder 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 (beziehungsweise der Kriegsopferfürsorge) in Anspruch genommen werden.

Das folgende Kapitel 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 sowie der Sozialhilfe. Dieser Beitrag endet mit einem Überblick über die Gesamtausgaben zur Finanzierung von Langzeitpflege, in dem zusätzlich auf die Kriegsopferfürsorge und die privaten Ausgaben eingegangen wird.

2.4.1 Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung

Die Kosten der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit werden wesentlich durch die SPV getragen. Deren Einnahmen resultieren dabei fast ausschließlich aus Beiträgen, die im Umlageverfahren aufgebracht werden. Wie in Tabelle 2.18 zu sehen ist, stiegen die Einnahmen von zunächst 8,4 Milliarden Euro im Jahr 1995 auf 32 Milliarden Euro im Jahr 2016 an. Diese Anstiege sind primär auf mehrere Anhebungen des Beitragssatzes zurückzuführen. Der erste Beitragsanstieg von 1,0 auf 1,7 Prozent im Juli 1996 zur Finanzierung der dann eingeführten stationären Pflege war bereits bei Einführung der Pflegeversicherung geplant. Bis zum Jahr 2008 blieb der allgemeine Beitragssatz konstant, allerdings wurde mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz vom 15. Dezember 2004 (BGBl I, S. 3448) ab dem 1. Januar 2005 ein Zusatzbeitragssatz für Kinderlose in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten eingeführt. Im Rahmen des PfwG wurde der

2016: Einnahmen der SPV
auf 32 Milliarden Euro
gestiegen

Beitragssatz zum 1. Juli 2008 um 0,25 Prozentpunkte von 1,7 Prozent auf 1,9 Prozent erhöht. Für Kinderlose stieg der Beitragssatz ebenfalls um 0,25 Prozentpunkte auf 2,20 Prozent. Ab dem 1. Januar 2013 lag der Beitragssatz bei 2,05 Prozent und bei 2,3 Prozent für Kinderlose. Mit dem 1. Januar 2015 wurde der Beitragssatz um weitere 0,3 Prozentpunkte auf 2,4 beziehungsweise 2,6 Prozent für Kinderlose angehoben. Mit Inkrafttreten des PSG II zum 1. Januar 2017 stieg der Beitragssatz auf dann 2,55 Beitragssatzpunkte beziehungsweise 2,8 Beitragssatzpunkte für Kinderlose.

Bei den Ausgaben handelt es sich überwiegend um Leistungsausgaben, der Anteil der Verwaltungskosten lag im Jahr 2016 bei lediglich 3,3 Prozent der Gesamtausgaben. Selbst wenn die Kosten des MDK hinzugerechnet werden, liegt der Ausgabenanteil, der nicht für Leistungen verwendet wird, immer noch unter fünf Prozent.

Die jüngsten Ausgabensteigerungen zwischen den Jahren 2008 und 2016 sind vor allem auf die Anhebung der Leistungssätze zum 1. Juli 2008, zum 1. Januar 2010, zum 1. Januar 2012 und zum 1. Januar 2015 sowie auf die echten Leistungsausdehnungen (2008, 2015) und die Schaffung neuer Leistungstatbestände (2013) für PEA zurückzuführen. Dementsprechend ist der Anteil der Ausgaben für zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45 b SGB XI) von einem Prozent im Jahr 2009 – bei zuletzt stark steigender Tendenz – auf 3,3 Prozent im Jahr 2016 gestiegen. Ebenfalls deutlich gestiegen ist der Anteil der Ausgaben für stationäre Vergütungszuschläge (§ 87 b SGB XI) von 1,1 Prozent im Jahr 2009 auf vier Prozent im Jahr 2016. Von den Leistungsausgaben entfallen rund 39 Prozent auf die Leistungen bei vollstationärer Pflege. Dieser Anteil sinkt, da sich der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen seit dem Jahr 2007 verringert und die Leistungssätze für vollstationäre Pflege für die Pflegestufen I und II in den Dynamisierungsrunden 2008, 2010 und 2012 nicht erhöht wurden. Die Ausgaben für Pflegegeld betragen rund 24 Prozent der Gesamtausgaben und etwa 14 Prozent für Pflegesachleistungen. In diesen Leistungen sind seit dem Jahr 2013 ebenfalls das Pflegegeld (123 Euro) und die Sachleistungen (231 Euro) für PEA in Pflegestufe 0 sowie die erhöhten Leistungsbeträge für PEA der Pflegestufe I und II nach § 123 SGB XI enthalten. Zudem wurden dem Pflegeversorgungs fonds im Jahr 2015 erstmals 1,1 Milliarden Euro und im Jahr 2016 1,29 Milliarden Euro zugeführt.

Die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben zeigt, dass die Soziale Pflegeversicherung in den letzten Jahren Überschüsse erzielt hat. Zwar hat es in den Jahren nach 2007 mit den Pflegereformen 2008 (PfWG) und 2012 (PNG) Leistungsverbesserungen gegeben und damit verbunden einen deutlichen Ausgabenzuwachs; da aber zeitgleich auch die Beitragssätze angehoben wurden, konnten weiterhin Einnahmeüberschüsse erzielt und die Rücklagen aufgestockt werden. In den Jahren 2015 und 2016 war zudem die gute konjunkturelle Lage ausschlaggebend für zusätzliche Beitragseinnahmen aus abhängiger Beschäftigung, durch die die bislang größten Überschüsse von 1,68 Milliarden Euro beziehungsweise 1,03 Milliarden Euro seit Einführung der Pflegeversicherung erzielt wurden. Da die Mehrausgaben des PSG II die Mehreinnahmen durch den Beitragssatzanstieg um 0,2 Beitragssatzpunkte, der ebenfalls im PSG II beschlossen wurde, deutlich übersteigen wird, ist für das Jahr 2017 mit einem Defizit und einem deutlichen Abschmelzen der Rücklagen zu rechnen (Beitrag eins und Rothgang et al. 2016).

Tabelle 2.18: Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung in Milliarden Euro

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Einnahmen: Beitragseinnahmen	8,31	11,90	15,77	15,80	16,13	16,31	16,56
sonstige Einnahmen	0,09	0,14	0,17	0,20	0,19	0,23	0,25
Einnahmen insgesamt	8,41	12,04	15,94	16,00	16,32	16,54	16,81
Ausgaben:							
Leistungsausgaben	4,42	10,25	14,34	15,07	15,55	15,86	16,03
davon Geldleistung	3,04	4,44	4,32	4,28	4,24	4,18	4,11
Pflegesachleistung	0,69	1,54	1,77	1,99	2,13	2,23	2,29
Pflegeurlaub	0,13	0,13	0,05	0,06	0,07	0,10	0,11
Tages-/Nachtpflege	0,01	0,03	0,04	0,05	0,05	0,06	0,07
zusätzliche Betreuungsleistung	–	–	–	–	–	–	–
Kurzzeitpflege	0,05	0,09	0,10	0,11	0,12	0,14	0,15
soziale Sicherung der Pflegeperson	0,31	0,93	1,19	1,16	1,13	1,07	0,98
Pflegehilfsmittel, technische Hilfsmittel	0,20	0,39	0,33	0,37	0,42	0,40	0,35
vollstationäre Pflege	0,00	2,69	6,41	6,84	7,18	7,48	7,75
vollstationäre Pflege im Behindertenheim	0,00	0,01	0,13	0,22	0,20	0,21	0,21
Stat. Verg.-Zuschläge	–	–	–	–	–	–	–
Pflegeberatung	–	–	–	–	–	–	–
Verwaltungskosten	0,32	0,36	0,55	0,56	0,55	0,56	0,57
Kostenanteil für MDK	0,23	0,24	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
sonstige Kosten	0,00	0,01	0,01	0,02	0,01	0,02	0,02
Ausgaben insgesamt	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87
Liquiditätsüberschuss	3,44	1,18	0,80	0,13	-0,03	-0,13	-0,06
Investitionsdarlehen an den Bund	-0,56	-	-	-	-	-	-
Mittelbestand	2,87	4,05	4,86	4,99	4,95	4,82	4,76

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

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Einnahmen:								
Beitragseinnahmen	21,19	21,64	22,13	22,92	24,86	25,83	30,61	31,96
sonstige Einnahmen	0,12	0,14	0,11	0,13	0,09	0,08	0,08	0,07
Einnahmen insgesamt	21,31	21,78	22,24	23,04	24,69	25,91	30,69	32,03
Ausgaben:								
Leistungsausgaben	19,33	20,43	20,89	21,85	23,17	24,24	26,64	28,29

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
davon Geldleistung	4,47	4,67	4,74	5,08	5,69	5,94	6,46	6,84
Pflegesachleistung	2,75	2,91	2,98	3,11	3,37	3,56	3,70	3,83
Pflegeurlaub	0,34	0,40	0,44	0,50	0,59	0,68	0,88	1,05
Tages-/Nachtpflege	0,15	0,18	0,21	0,25	0,28	0,31	0,41	0,52
zusätzliche Betreuungsleistung	0,19	0,28	0,33	0,38	0,44	0,48	0,68	1,01
Kurzzeitpflege	0,31	0,34	0,35	0,38	0,41	0,43	0,50	0,57
soziale Sicherung der Pflegeperson	0,88	0,88	0,87	0,89	0,88	0,94	0,96	0,99
Pflegehilfsmittel, technische Hilfsmittel	0,44	0,44	0,41	0,44	0,55	0,66	0,76	0,81
vollstationäre Pflege	9,29	9,56	9,71	9,96	10,06	10,26	10,74	10,91
vollstationäre Pflege im Behindertenheim	0,25	0,26	0,26	0,26	0,26	0,27	0,28	0,29
Stat. Verg.-Zuschläge	0,21	0,45	0,50	0,54	0,58	0,63	1,03	1,23
Pflegeberatung	0,03	0,07	0,08	0,07	0,07	0,08	0,09	0,09
Verwaltungskosten	0,68	0,71	0,71	0,75	0,79	0,84	0,89	1,02
Kostenanteil für MDK	0,31	0,30	0,32	0,34	0,36	0,37	0,37	0,39
Pflegeversorgungsfonds	–	–	–	–	–	–	1,10	1,29
Ausgaben insgesamt	20,33	21,45	21,92	22,94	24,33	25,45	29,01	31,00
Liquiditätsüberschuss	0,99	0,34	0,31	0,10	0,63	0,46	1,68	1,03
Investitionsdarlehen Bund	–	–	–	–	–	–	–	–
Mittelbestand	4,80	5,13	5,45	5,55	6,17	6,63	8,31	9,34

Quelle: BMG 2017a

2.4.2 Die Finanzentwicklung der Privaten Pflegeversicherung

Die PPV umfasst im Jahr 2015 einen Versichertenbestand von 9,4 Millionen Menschen gegenüber 70,7 Millionen Menschen in der SPV. Knapp zwölf Prozent der insgesamt Versicherten sind damit privat pflegepflichtversichert. Die Versicherungsprämien werden in der PPV wie in der Privaten Krankenversicherung unabhängig vom Einkommen des Versicherten kalkuliert (Rothgang et al. 2007). Wegen der unterschiedlichen Finanzierungsverfahren von SPV (Umlageverfahren) und PPV (Kapitaldeckungsverfahren) ist ein Vergleich der beiden Versicherungszweige nur eingeschränkt möglich. Im Folgenden werden daher nur wenige zentrale Kennzahlen der PPV beschrieben.

2015: Einnahmen der PPV
liegen bei 2,2 Mrd. Euro

Die jährlichen Einnahmen der PPV erreichten nach einem Anstieg in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1997 mit 2,17 Milliarden Euro ihren

zwischenzeitlichen Höhepunkt, gingen anschließend bis zum Jahr 2003 zurück und lagen bis 2007 nahezu konstant bei 1,87 Milliarden Euro (Tabelle 2.19). Diese Entwicklung wurde insbesondere durch Prämienreduktionen in der Privatversicherung bei steigender Versichertenzahl verursacht. Ab dem Jahr 2008 kam es bei geringfügigen Schwankungen zu einem Anstieg der Prämieinnahmen auf 2,0 bis 2,1 Milliarden Euro. Die Prämieinnahmen bewegten sich bis zum Jahr 2014 in diesem Korridor, im Jahr 2015 kam es zu einem deutlichen Anstieg auf etwa 2,2 Milliarden Euro. Insgesamt stiegen die Prämieinnahmen seit dem Jahr 2000 etwa durchschnittlich 0,7 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Demgegenüber sind die Versicherungsleistungen mit durchschnittlich etwa 4,8 Prozent pro Jahr stärker gestiegen, da immer mehr privat pflegepflichtversicherte Menschen in das pflegerelevante Alter vorrücken. Ausgehend von 450 Millionen Euro in den Jahren 1997 und 1998 haben sich die Versicherungsleistungen bis zum Jahr 2007 kontinuierlich erhöht. In den vergangenen Jahren erfolgten sprunghafte Anstiege der Leistungsausgaben von 618 Millionen Euro im Jahr 2008 auf 967,8 Millionen Euro im Jahr 2015 und damit um insgesamt knapp 57 Euro in den letzten sieben Jahren. Hier zeichnet sich die demografische Alterung des Versichertenbestands der PPV ab, nach der sich die Zahl der Leistungsempfänger in der PPV in den nächsten Dekaden proportional deutlich stärker erhöhen wird als in der SPV (Kapitel 2.2.1). Insgesamt 31,04 Milliarden Euro Altersrückstellungen wurden seit Einführung der Pflegeversicherung angesammelt.

Tabelle 2.19: Finanzentwicklung der Privaten Pflegeversicherung in Millionen Euro

Jahr	Beitrags- einnahmen	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in Prozent	Versiche- rungsleistun- gen	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in Prozent	Altersrück- stellungen
1995	1.253,0		92,8		521,5
1996	1.697,0	35,4	300,8	224,1	1.356,9
1997	2.166,5	27,7	446,8	48,5	2.543,2
1998	2.149,1	-0,8	449,8	0,7	3.486,0
1999	1.974,5	-8,1	462,9	2,9	5.316,4
2000	2.008,6	1,7	471,1	1,8	6.532,6
2001	1.955,1	-2,7	486,1	3,2	8.585,8
2002	1.985,2	1,5	496,9	2,2	9.889,5
2003	1.847,9	-6,9	517,9	4,2	11.797,7

Jahr	Beitrags- einnahmen	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in Prozent	Versiche- rungsleistun- gen	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in Prozent	Altersrück- stellungen
2004	1.871,4	1,3	528,5	2,0	12.956,7
2005	1.867,5	-0,2	549,8	4,0	14.623,2
2006	1.871,3	0,2	563,8	2,5	15.871,4
2007	1.882,9	0,6	578,1	2,5	17.150,5
2008	1.970,2	4,6	617,7	6,9	19.188,2
2009	2.074,2	5,3	667,7	8,1	20.401,2
2010	2.096,0	1,1	698,8	4,7	22.534,0
2011	2.105,1	0,4	720,5	3,1	24.022,8
2012	2.010,7	-4,5	779,3	8,2	25.708,3
2013	2.062,1	2,6	857,1	10,0	27.108,5
2014	2.013,6	-2,4	880,1	2,7	28.486,9
2015	2.196,1	9,1	967,8	10,0	31.038,3
Ø 2000-2015		0,7		4,8	

Quelle: PKV 2005, 2016

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 SPV im Jahr 2013 je Versicherten rund 350 Euro pro Jahr betragen, beliefen sich die Leistungsausgaben in der PPV im selben Jahr auf 90 Euro pro Jahr. Selbst wenn berücksichtigt wird, dass ein großer Teil der PPV-Versicherten als Beamte auch beihilfeberechtigt ist und daher noch diese Beihilfeausgaben addiert werden müssen, wenn der Wert mit den SPV-Versicherten verglichen wird, bleiben die jährlichen Ausgaben pro SPV-Versicherten immer noch etwa dreimal so hoch wie die Ausgaben pro PPV-Versicherten (Rothgang et al. 2013). Weiterhin sind die Privatversicherten deutlich einkommensstärker. So liegt das beitragspflichtige Einkommen der Privatvollversicherten um gut 60 Prozent über dem der GKV-Versicherten (Arnold und Rothgang 2010). Ein Finanzausgleich zwischen PPV und SPV würde daher zu einer Entlastung der SPV in Höhe von bis zu zwei Milliarden Euro führen (Arnold und Rothgang 2010).

2.4.3 Die Finanzierung 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 (oder die unterhaltspflichtige[n] Person[en]) dabei nicht über ausreichende Mittel, um die verbleibenden Aufwendungen zu tragen, können ergänzende Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Der Anspruch auf die Hilfe zur Pflege (§§ 51 ff. SGB XII) geht dabei 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 ausreichen, um Hilfe zur Pflege zu erhalten, die schließlich auch Verrichtungen umfassen kann, die im alten bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht abgedeckt sind³.

Tabelle 2.20 gibt zunächst einen Überblick über die zahlenmäßige Entwicklung der Empfänger von Hilfe zur Pflege. Diese hat sich nach Einführung der Pflegeversicherung von 574.000 im Jahr 1995 auf 289.000 im Jahr 1998 innerhalb weniger Jahre nahezu halbiert. In den Folgejahren stieg die Empfängerzahl wieder an und liegt zuletzt im Jahr 2015 bei 451.000. Dabei bezieht die Mehrzahl der Leistungsempfänger die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen. Der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen an allen Empfängern von Hilfe zur Pflege schwankte bis zum Jahr 2007 zwischen 22 und 30 Prozent, liegt aber seit dem Jahr 2008 bei etwa konstant 28 Prozent.

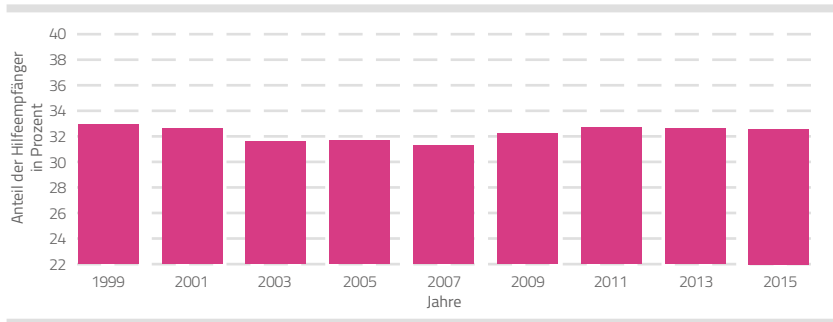
Die Summen der Nettoausgaben im ambulanten und stationären Bereich haben sich über den gesamten Zeitraum stark angenähert: Da sich die Ausgaben der Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich nahezu verdoppelt und im stationären Bereich in etwa halbiert haben, ist das Verhältnis von 1:11 (1995) bereits nach wenigen Jahren auf 1:5 (1998) und ungefähr seit dem Jahr 2006 auf etwa 1:3 gesunken. Die Ausgaben pro Leistungsempfänger belaufen sich schließlich im Jahr 2015 im ambulanten Bereich auf 7.565 Euro und im stationären auf 7.929 Euro im Jahr. Insgesamt sind die Nettoausgaben für die Hilfe zur Pflege von 6,3 Milliarden Euro im Jahr 1995 auf 2,3 Milliarden Euro im

³ Durch das PSG II wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI und durch das PSG III im SGB XII verankert. Immer noch ist die Leistungspflicht im SGB XII aber breiter als im SGB XI, da etwa weiterhin Leistungen gewährt werden, auch wenn die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich weniger als sechs Monate andauert.

Jahr 2000 gesunken und steigen seitdem wieder an, zuletzt auf 3,6 Milliarden Euro im Jahr 2015. Die Sozialhilfeausgaben für die Pflege haben sich damit nach Einführung der Pflegeversicherung sehr viel stärker reduziert als die Sozialhilfeempfängerzahlen in der Pflege (Roth und Rothgang 2001).

Der Anteil der Sozialhilfeempfänger an allen Pflegebedürftigen liegt im stationären Bereich jedoch bei leichten Schwankungen seit einigen Jahren wieder weitgehend konstant zwischen etwa 31 und 33 Prozent (Tabelle 2.5; Abbildung 2.56). Eine deutliche Ausweitung des Sozialhilfeempfängeranteils kann in der stationären Pflege daher in den letzten 15 Jahren nicht festgestellt werden.

Abbildung 2.56: Relation der Empfänger von Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen zu allen Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen



Werte zu den Empfängern von Hilfe zur Pflege und zu den stationär versorgten Pflegebedürftigen jeweils zum 31. Dezember

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017b; Tabelle 2.5

Tabelle 2.20: Empfänger und Nettoausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege

Jahr	Empfänger im Berichtsjahr insgesamt in Tausend			Nettoausgaben in Millionen Euro		
	insgesamt*	ambulant	stationär	insgesamt	ambulant	stationär
1995	574	214	365	6.264	509	5.754
1996	426	95	333	4.823	370	4.453
1997	328	88	242	2.509	375	2.133
1998	289	85	205	2.284	390	1.894

Jahr	Empfänger im Berichtsjahr insgesamt in Tausend			Nettoausgaben in Millionen Euro		
	insgesamt*	ambulant	stationär	insgesamt	ambulant	stationär
1999	310	82	229	2.320	397	1.923
2000	324	80	246	2.308	421	1.896
2001	332	83	249	2.349	439	1.910
2002	313	86	229	2.421	474	1.948
2003	323	87	238	2.420	515	1.905
2004	328	89	241	2.513	525	1.988
2005	340	80	262	2.611	547	2.064
2006	360	87	276	2.530	601	1.929
2007	351	90	266	2.666	624	2.043
2008	397	110	291	2.751	667	2.085
2009	392	108	289	2.878	714	2.164
2010	411	115	301	2.967	763	2.204
2011	423	121	308	3.104	802	2.302
2012	439	128	317	3.245	850	2.395
2013	444	130	320	3.339	859	2.479
2014	453	131	327	3.502	903	2.599
2015	451	129	327	3.569	976	2.593

*Abweichungen durch Mehrfachzählungen

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017a, 2017b

2.4.4 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit im Überblick

Das folgende Kapitel gibt abschließend einen Überblick über die zuvor genannten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit im Jahr 2015. Zusätzlich zu den bisher behandelten Kostenträgern werden die Ausgaben der Kriegsopferfürsorge und die privaten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Es handelt sich hierbei nur um die Ausgaben für die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit und nicht um die Ausgaben für die Pflegebedürftigen. Ausgaben, die etwa in der Krankenversicherung für Pflegebedürftige anfallen, werden daher hier nicht berücksichtigt. Differenziert wird zwischen öffentlichen und privaten Ausgaben. Die PPV wird für den Zweck dieser Übersicht dem öffentlichen Sektor zugerechnet, da auch sie per Gesetz gegründet wurde und ihre Mitglieder einer Versicherungspflicht unterliegen.

Die öffentlichen Ausgaben können den Berichterstattungen aus den jeweiligen Organisationen (Pflegeversicherung, Sozialhilfe, Kriegsopferversorgung) entnommen

werden. Bei diesem institutionellen Zugang werden damit auch die Ausgaben für Pflegegeld berücksichtigt. Für die privaten Ausgaben für Pflege im Pflegeheim wurden die Leistungsempfänger (entsprechend ihrer Pflegestufe) mit dem zu tragenden Anteil pro Kopf an den Gesamtheimentgelten, die nicht von der Pflegeversicherung getragen werden, multipliziert.

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

Tabelle 2.21: Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2015

Ausgabenquelle	in Milliarden Euro	in Prozent der öffentlichen/ privaten Ausgaben	in Prozent aller Ausgaben
öffentliche Ausgaben	33,706	100	63,7
Soziale Pflegeversicherung	29,01	86,1	54,8
Private Pflegeversicherung	0,97	2,9	1,8
Sozialhilfe	3,57	10,6	6,7
Kriegsopferfürsorge ¹⁾	0,156	0,5	0,3
private Ausgaben*	19,22	100,0	29,5
Pflegeheim ²⁾	8,1	57,4	16,9
häusliche Pflege ³⁾	6,02	42,6	12,6
insgesamt	47,826		

* Schätzungen (siehe Text)

¹⁾ Werte für das Jahr 2014

²⁾ Zu den Angaben zu Heimentgelten und Investitionskosten bei der Berechnung der privaten Ausgaben im Pflegeheim siehe Tabelle 2.14.

³⁾ Die monatlichen privat getragenen Pflegekosten in der häuslichen Pflege betragen für Pflegestufe I (II, III) 169 (326, 540) Euro (SOEP, Durchschnittswerte der Wellen 2010 bis 2013).
Quelle: BMG 2017a; PKV 2016; Statistisches Bundesamt 2017d; SOEP, V30

Die Ausgaben betragen insgesamt rund 47,8 Milliarden Euro. Wie in Tabelle 2.21 weiterhin zu sehen ist, wird knapp ein Drittel der Ausgaben privat finanziert. Hiervon entfallen etwa zwei Fünftel (rund 13 Prozent der Gesamtkosten) auf den häuslichen und drei Fünftel (rund 17 Prozent der Gesamtkosten) auf den stationären Bereich. Bei den öffentlichen Ausgaben wird mit 86 Prozent der bei Weitem größte Teil von der SPV abgedeckt, während auf die Sozialhilfe etwa elf Prozent entfallen. Demgegenüber ist der Anteil der öffentlichen Ausgaben, der jeweils von der PPV und der Kriegsopferversorgung getragen wird, mit rund drei Prozent beziehungsweise 0,5 Prozent relativ gering. Die SPV ist damit der wichtigste Kostenträger, der daher auch das gesamte Pflegesicherungssystem prägt. Gleichzeitig deckt die SPV aber nur gut die Hälfte der entstehenden Kosten und Ausgaben ab (ohne die Opportunitätskosten der familialen Pflege zu berücksichtigen). Gemeinsam finanzieren beide Zweige der Pflegeversicherung, also SPV und PPV, rund 57 Prozent der hier betrachteten Ausgaben. Damit zeigt sich der Teilversicherungscharakter der Pflegeversicherung sehr deutlich.

Kapitel 3

Junge Pflegebedürftige

3 Junge Pflegebedürftige

2015: ~ 385.900 junge
Pflegebedürftige,
80.000 jünger als 15 Jahre

Die Pflegebedürftigkeit tritt häufig durch die Folgen altersbedingter Einschränkungen ein. Durch angeborene Behinderungen oder früh erworbene Erkrankungen können aber auch Kinder und junge Erwachsene von Pflegebedürftigkeit betroffen sein. Die im Rahmen der Pflegeversicherung verfügbaren Angebote sind vorwiegend auf die geriatrische Versorgung ausgerichtet. Insofern sind die bestehenden Angebote nur zum Teil auf den Bedarf und die Bedürfnisse von Familien mit pflegebedürftigen Kindern oder von pflegebedürftigen jungen Erwachsenen ausgerichtet. Tatsächlich waren jedoch im Jahr 2015 etwa 385.900 Personen im Alter von 0 bis 59 Jahren pflegebedürftig (13,5 Prozent der Pflegebedürftigen), darunter mehr als 80.000 Kinder unter 15 Jahren (2,8 Prozent der Pflegebedürftigen) (Statistisches Bundesamt 2017d: 9). Die Pflegebedürftigen in den Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen sind dabei noch nicht berücksichtigt. Das BMG weist für das Jahr 2016 91.000 Fälle von vollstationärer Pflege in Behindertenheimen aus (BMG 2017e).

In der Versorgungsforschung wurde dieser mehr als 400.000 Personen umfassenden Gruppe der jungen Pflegebedürftigen bislang wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Existieren zu pflegebedürftigen Kindern noch einige wenige Untersuchungen, liegen zur Pflege junger Erwachsener neben den amtlichen Statistiken kaum Informationen vor. Ziel dieses Kapitels ist es daher, zunächst einen vertiefenden Einblick in die Bedarfs- und Versorgungslage zu geben und daran anschließend gegebenenfalls auf die Versorgungslücken oder Problemlagen hinzuweisen.

Im Kapitel 3.1 werden zunächst die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die die jungen Pflegebedürftigen betreffen, und die Informationen aus bisher vorliegenden Studien vorgestellt, bevor im Kapitel 3.2 anhand der Pflegestatistik für das Jahr 2015 und der Routedaten der BARMER statistische Kenngrößen zu den jungen Pflegebedürftigen hinsichtlich der Pflegestufen und der in Anspruch genommenen Pflegeversicherungsleistungen berichtet werden. Dabei werden sowohl spezifische Prävalenzen, Inzidenzen, die Pflegedauer und die Übergänge auch vor dem Hintergrund von Erkrankungen, die

eine Pflegebedürftigkeit begleiten, beleuchtet. Da die Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen neben der Pflegegeldleistung die bedeutendste Leistung der Pflegeversicherung für junge Pflegebedürftige ist, wird ein besonderer Einblick in diesen Leistungsbereich gegeben. Auf Basis des Mikrozensus und einer eigens für diese Studie durchgeführten Befragung von Versicherten der BARMER werden zudem die gesundheitlichen Einschränkungen sowie die Haushaltsstrukturen und Einkommenssituationen intensiver beleuchtet. In der BARMER-Versichertenbefragung (Details zu dieser Befragung im Anhang) wurden zudem die Pflegesituation, der Bedarf und die Hinderungsgründe bei der Nutzung spezifischer Leistungen erfasst. Diese werden im Kapitel 3.3 dargestellt. Im Kapitel 3.4 werden die Hauptversorgungslagen und Hauptproblemlagen zusammengefasst und diskutiert.

3.1 Hintergrund

Im Folgenden werden die Besonderheiten pflegebedürftiger Kinder (im Vergleich zu pflegebedürftigen älteren Menschen) aufgezeigt. Im Anschluss daran wird auf die Versorgungssituation pflegebedürftiger Kinder und junger Erwachsener eingegangen. Zudem wird beschrieben, wie sich Betroffene informiert fühlen, wie der Ausbildungsstand des Pflegepersonals eingeschätzt wird und welchen Zusammenhang es mit den Leistungen des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) gibt.

3.1.1 Pflegebedürftige Kinder

Ob ein Kind pflegebedürftig im Sinne des SGB XI ist, basiert auf den gleichen gesetzlichen Grundlagen, die auch für Erwachsene gelten (§ 15 SGB XI). Jedoch sind auch gesunde Kinder – je nach Alter in unterschiedlichem Maße – auf fremde Hilfe bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung angewiesen. Aus diesem Grund wird bei der Pflegebegutachtung eines Kindes der durch die Erkrankung oder Behinderung ausgelöste Hilfebedarf im Vergleich zu einem gesunden gleichaltrigen Kind untersucht; dies galt in der Begutachtung bis zum 31. Dezember 2016 und anhand der geänderten Begutachtungsrichtlinien auch ab dem 1. Januar 2017 (MDS und GKV-SV 2013: 57; 2017: 146).

Seit 2017 wird der Grad der Selbstständigkeit bei Pflegebegutachtung eines Kindes festgestellt.

Bis zum 31. Dezember 2016 wurde der Hilfebedarf in Minuten festgestellt, und ab dem 1. Januar 2017 wird der Grad der Selbstständigkeit des Kindes in den Lebensbereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit Anforderungen und Belastungen sowie die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte geprüft. Um einem Pflegegrad oder vormals einer Pflegestufe zugeordnet zu werden, müssen die Kinder also einen pflegerischen Mehraufwand von den in § 15 SGB XI festgelegten Kriterien aufweisen. Zur Berechnung des Mehraufwandes enthielt die Begutachtungsrichtlinie für die Begutachtungen bis zum 31. Dezember 2016 eine Tabelle zum durchschnittlichen Pflegeaufwand eines gesunden Kindes. Mit der Begutachtungsrichtlinie ab dem 1. Januar 2017 werden die einzelnen Module der Bewertung oder Teile von ihnen bei bestimmten Altersklassen nicht berücksichtigt.

Erreichen kranke und behinderte Kinder die Entwicklungsstufen nicht oder erst verspätet, kann es zu einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI kommen. Die Eltern von Kindern mit Pflegebedarf sollten also die Entwicklungsmeilensteine gesunder Kinder kennen, um rechtzeitig einen Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu stellen und die Leistungsansprüche zu erhalten. Möglicherweise stellen Eltern keinen solchen Antrag, weil sie nicht wissen, dass ihr Kind (mittlerweile) einen Anspruch haben könnte. Darüber hinaus empfinden einige Eltern die Beantragung von Unterstützungs- und Ausgleichsleistungen als so anstrengend, dass sie gänzlich darauf verzichten (Kofahl et al. 2017: 31). In der amtlichen Statistik könnte die Zahl der Kinder mit Pflegebedarf deshalb unterschätzt werden.

Durch das Erreichen eines Entwicklungsmeilensteins oder durch die Verbesserung beziehungsweise Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands kann sich jedoch auch der Pflegebedarf verändern. Der MDK Bayern hat dazu 3.245 Wiederholungsbegutachtungen auf die Veränderung der Pflegestufe bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren untersucht. Verschlechtert hat sich der Zustand (ausgedrückt in einer höheren Pflegestufe als zuvor) in sieben Prozent der Fälle – genauso häufig wurde auch eine niedrigere Pflegestufe festgestellt. Bei 14 Prozent der begutachteten Kinder

lag keine Pflegebedürftigkeit mehr vor. In 72 Prozent (n = 2.334) der Begutachtungen wurde die gleiche Pflegestufe festgestellt wie zuvor (Beck-Ripp und Dressel 2015: 408).

Neben den abweichenden Zugangskriterien unterscheiden sich pflegebedürftige Kinder in erster Linie durch die Ursachen, die die Pflegebedürftigkeit begründen, von pflegebedürftigen jungen Erwachsenen und älteren Menschen. Sind es bei Kindern angeborene Erkrankungen oder Behinderungen, handelt es sich bei jungen Erwachsenen um psychische Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen, Krebserkrankungen, aber auch Krankheiten des Kreislauf- und Nervensystems. Ältere Menschen werden im Gegensatz dazu beispielsweise durch Schlaganfälle oder Demenzerkrankungen pflegebedürftig (Eisenhardt und Heinrich 2016; MDS 2013: 15ff.). Die pflegebegründenden Grunderkrankungen im Kindesalter sind vielfältig (beispielsweise Muskeldystrophien, Stoffwechselerkrankungen, Querschnittslähmungen, Chromosomenanomalien oder bösartige Neubildungen). Viele Kinder leiden unter mehr als einer Krankheit, sodass Expertenwissen bei der Versorgung unerlässlich ist (Beck-Ripp und Dressel 2015: 408; Eisenhardt und Heinrich 2016; Kofahl und Lüdecke 2014; MDS 2013: 15ff.).

Durch den medizinisch-technischen Fortschritt der letzten Jahre haben viele pflegebedürftige Kinder eine deutlich höhere Lebenserwartung als noch vor zehn Jahren (Eisenhardt und Heinrich 2016: 3). Dies führt dazu, dass der Personenkreis der jungen Pflegebedürftigen wächst und damit einhergehend die Relevanz an passgenauen Pflegeleistungen für diese Personengruppe zunimmt.

3.1.2 Versorgungsformen junger Pflegebedürftiger

Nahezu alle pflegebedürftigen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden in der eigenen Häuslichkeit gepflegt (bei den Eltern oder alleinlebend), die Mehrheit ausschließlich durch Angehörige (zu den Anteilen Kapitel 3.2.1). Während die Leistungen nach SGB XI von Familien in guter wirtschaftlicher Lage als zufriedenstellend bewertet werden, reichen die Geldleistungen den schlechter situierten Familien nicht aus (Kofahl et al. 2017: 33). Mit zunehmendem Alter der Pflegebedürftigen steigt zum einen die Häufigkeit der Inanspruchnahme eines Pflegedienstes, zum anderen steigt aber auch die Zahl der stationär versorgten jungen Pflegebedürftigen. Einen den Wünschen und

geringes Angebot
angemessener Heimplätze

dem Bedarf junger Pflegebedürftiger angemessenen Heimplatz zu finden, gestaltet sich aufgrund des geringen Angebots an Heimplätzen für diese Altersgruppe jedoch schwierig (Diakonisches Werk Gladbeck-Bottrop-Dorsten et al. 2014: 18). Familien, in denen ein Pflegedienst an der Pflege beteiligt ist, beklagen, dass das Personal in der Regel zu wenig Zeit hat und kaum über Kenntnisse zur Behandlung chronisch kranker und behinderter Kinder verfügt. Die Pflegedienste scheinen ebenfalls überwiegend auf geriatrische Pflege spezialisiert zu sein (Kofahl und Lüdecke 2014: 16).

Nebenden drei Hauptpflegearten Pflegegeld, Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen können im ambulanten Bereich auch ergänzende Leistungen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen in Anspruch genommen werden. Da im Rahmen der Verhinderungspflege private Betreuungspersonen engagiert werden können, scheint dies eine passende Entlastungsleistung für pflegebedürftige Kinder beziehungsweise deren Bezugspersonen zu sein. Im Gegensatz dazu wird die Kurzzeitpflege wesentlich weniger genutzt, weil sie wegen der Fremdbetreuung in stationären Einrichtungen – häufig für Senioren – nicht zu den Bedürfnissen des Kindes passt. Viele Kurzzeitpflegeeinrichtungen nehmen Kinder aufgrund ihres besonderen Bedarfs aber auch nur in Ausnahmesituationen auf (Eisenhardt und Heinrich 2016: 29).¹

3.1.3 Information

Viele Eltern fühlen sich über die Erkrankung ihres Kindes und deren Konsequenzen nicht ausreichend informiert. Bei dem Großteil der Familien existiert ein verhältnismäßig großer Bedarf an allgemeinen Informationen zu den Themenbereichen der Leistungsansprüche, der Versorgungsmöglichkeiten sowie der Entlastungs- und Unterstützungsangebote, der häufig unberücksichtigt bleibt (Englert et al. 2016; GKV-SV 2013: 108ff.; Klie und Bruker 2016: 31; Kofahl und Lüdecke 2014: 14f.). Darüber hinaus ist das Potenzial der bereits gesetzlich verankerten Unterstützungsleistungen, wie die Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege, häufig nicht bekannt und sollte durch die Pflegekassen offensiver beworben werden (Kofahl und Lüdecke 2014: 33).

Eltern haben großen
Bedarf an Informationen
zu Leistungsansprüchen
und Angeboten.

¹ Ergebnisse einer nicht repräsentativen Untersuchung in Berlin

3.1.4 Ausbildung

Das Pflegepersonal – sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich – ist für die Pflege junger Menschen häufig nicht speziell ausgebildet, sodass die Pflege junger Erwachsener durch Kranken- oder Altenpfleger übernommen wird und eher einen medizinischen Fokus hat (Diakonisches Werk Gladbeck-Bottrop-Dorsten et al. 2014: 18). Um dem entgegenzuwirken, wurden die Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für die ambulante und stationäre Pflege von jungen pflegebedürftigen Menschen angepasst. Demnach sollen die Pflegekräfte junger Pflegebedürftiger Wissen über die Persönlichkeitsentwicklung und Identität von jungen, pflegebedürftigen Menschen erwerben sowie Kompetenzen zur Kommunikation, zur Aktivierung und zur Körperpflege junger Pflegebedürftiger ausbilden (Diakonisches Werk Gladbeck-Bottrop-Dorsten et al. 2014: 18). Da junge Pflegebedürftige oft auch körperlich oder geistig behindert sind, werden Forderungen laut, dass die Pflege von Menschen mit Behinderung in der Pflegepraxis, -ausbildung, -qualifizierung und -wissenschaft ebenfalls viel umfassender Beachtung finden sollte (Tiesmeyer 2017: 46).

Zusammenfassend zeigen sich deutliche Indizien für ein vorwiegend geriatrisch ausgerichtetes Pflegeversicherungssystem, das dem Bedarf pflegebedürftiger Kinder oder junger Erwachsener auf verschiedenen Ebenen entsprechend weniger gerecht wird.

3.1.5 Zusammenhang mit Leistungen nach dem SGB IX

Bei Pflegebedürftigkeit liegt regelmäßig auch ein Ausmaß an Behinderung vor, aus dem Ansprüche nach weiteren Sozialgesetzbüchern als dem SGB XI entstehen können. Nach § 2 Absatz 1 SGB IX liegt eine Behinderung dann vor, wenn die körperliche Funktion, die geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit eines Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Die Auswirkungen auf diese Teilhabe werden als Grad der Behinderung (GdB), nach Zehnergraden abgestuft, festgestellt. Um als behindert im Sinne des SGB IX eingestuft zu werden, muss ein GdB von mindestens 20 vorliegen (§ 69 SGB IX). Ab einem GdB von 50 liegt eine Schwerbehinderung vor (§ 2 Absatz 2 SGB IX).²

² zur Feststellung siehe LWL-Integrationsamt Westfalen (2014)

Liegt ein GdB von mindestens 20 vor, können Menschen mit Behinderung nach SGB IX verschiedene Leistungen in Anspruch nehmen, um am Leben in der Gemeinschaft teilhaben zu können. Werden bestimmte Einkommens- und Vermögensgrenzen nicht überschritten, ergeben sich für die Behinderten ebenfalls Leistungsansprüche nach dem SGB XII. Das SGB XII regelt die Sozialhilfe und teilt sich in die Hilfe zum Lebensunterhalt und in sechs weitere Bereiche, die vor der Umwidmung des Bundessozialhilfegesetzes in das SGB XII als Hilfe in besonderen Lebenslagen bezeichnet wurden. Dazu gehören die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfen zur Gesundheit, die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, Hilfe in anderen Lebenslagen sowie die jeweils gebotene Beratung und Unterstützung. Soweit die Einkommens- und Vermögensgrenzen nicht überschritten werden, haben Menschen mit Behinderung Anspruch auf die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Pflegebedürftige haben bei bestimmten Einkommens- und Vermögensverhältnissen (im Falle einer Behinderung zusätzlich) Anspruch auf Hilfe zur Pflege.

Nach § 5 SGB IX können Menschen mit einem GdB von mindestens 20 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 SGB IX), unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (§§ 44, 45 SGB IX) sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX) in Anspruch nehmen.

Für pflegebedürftige Menschen mit Behinderung in den Einrichtungen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse zehn Prozent des vereinbarten Heimentgeltes, aber maximal 266 Euro pro Monat. Für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden, kann ein anteiliges Pflegegeld bezogen werden (§ 43 a SGB XI). Bedingung für diesen Leistungsanspruch ist die Feststellung, dass mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 (vormals die Voraussetzungen der Pflegestufe I) erfüllt werden.

3.2 Junge Pflegebedürftige: Ausmaß und Situationsbeschreibung

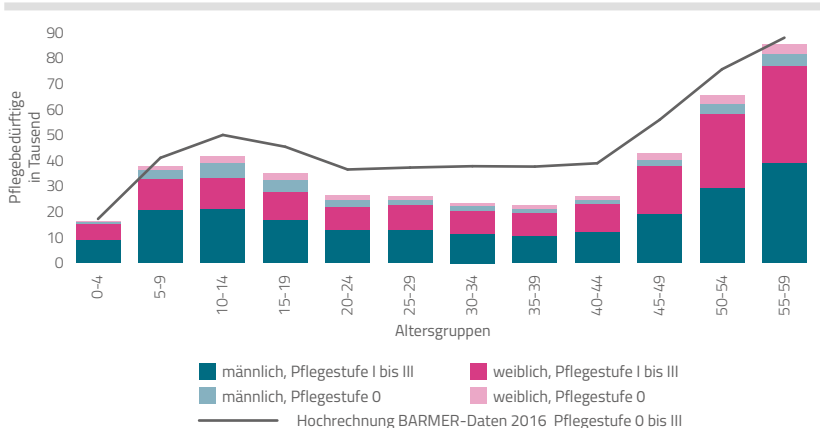
3.2.1 Häufigkeit und Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit

Statistiken zu den jungen Pflegebedürftigen bis zu einem Alter von unter 60 Jahren, speziell auch zu Kindern und Jugendlichen, liegen bislang kaum vor. In den Berichtsheften des Statistischen Bundesamtes zur Pflegestatistik wird beispielsweise lediglich nach der Gruppe der unter 15-Jährigen und der 15- bis 60-Jährigen differenziert, obwohl erstere rund 80.000 und damit 2,8 Prozent und letztere rund 305.000 und damit sogar 10,7 Prozent aller 2,86 Millionen Pflegebedürftigen stellen (Statistisches Bundesamt 2017d: 9).

80.000 Pflegebedürftige
(2,8 %) jünger als 15 Jahre,
305.000 (10,7 %) im Alter
von 15 - 60 Jahren

Die Pflegebedürftigkeit wird überwiegend als Pflegebedürftigkeit von älteren Menschen verstanden, und die unterschiedlichen Anforderungen und Bedürfnisse jüngerer Pflegebedürftiger gegenüber älteren und hochbetagten Pflegebedürftigen werden so meist ausgeblendet. Die folgenden Auswertungen auf Basis der Pflegestatistik (auf Anfrage erhältliche ergänzende Standardtabellen zu den Berichtsheften) und der Routinedaten der BARMER geben daher einen umfassenden und repräsentativen Überblick über die jungen Pflegebedürftigen bis zum Alter von unter 60 Jahren und deren Versorgungssituation.³

Abbildung 3.1: Pflegebedürftige im Jahr 2015 und 2016 nach Altersgruppe in Tausend



Quelle: Standardtabellen zur Pflegestatistik 2015 und BARMER-Daten 2016

³ Die Leistungsempfänger von Pflegeleistungen zur Pflege behinderter Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen sind in den Routinedaten der BARMER berücksichtigt, aber nicht in der Pflegestatistik.

- 15.000 pflegebedürftige
Kinder von 0 - 5 Jahren,
Zunahme bis ins
Jugendalter

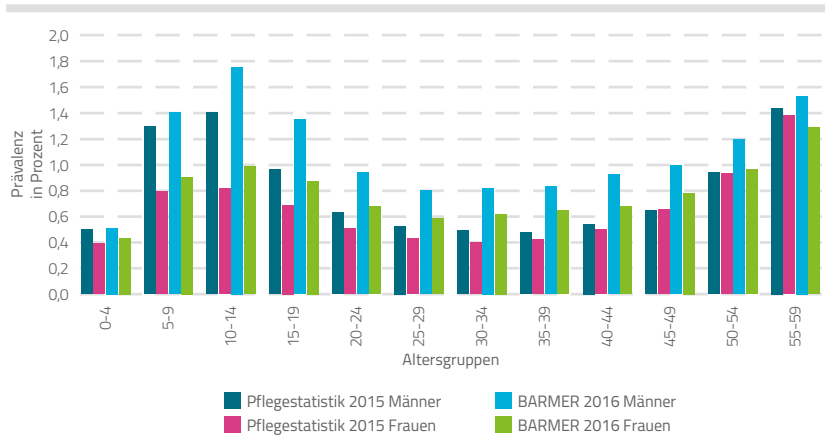
Differenziert man die jungen Pflegebedürftigen nach Altersgruppen in Abständen von fünf Jahren (Abbildung 3.1), dann zeigt sich, dass die Pflegebedürftigkeit bereits in den ersten Lebensjahren eintreten kann. Im Jahr 2015 sind in der Altersgruppe der 0- bis unter Fünfjährigen 15.000 Kinder pflegebedürftig, und weitere 800, die nach SGB XI zwar nicht pflegebedürftig sind, beziehen trotzdem Pflegeleistungen (PEA mit Pflegestufe 0). Noch mehr leistungsberechtigte Kinder finden sich im Alter von fünf bis neun Jahren und im Alter von 10 bis 14 Jahren mit 37.000 beziehungsweise 41.000. Weitere 35.000 Pflegebedürftige finden sich im Jugendalter und jüngsten Erwachsenenalter von 15 bis 19 Jahren, wobei mit einem Verhältnis von rund 60 zu 40 deutlich mehr Jungen als Mädchen pflegebedürftig sind. In den anschließenden Altersgruppen bis unter 40 Jahren nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen kontinuierlich ab, wobei sich das Ungleichgewicht zwischen Jungen und Mädchen nahezu auflöst. Mit dem Alter ab 40 Jahren nimmt die Anzahl der Pflegebedürftigen dann wieder deutlich zu – bei noch ausgeglichenem Geschlechterverhältnis. Die auf die Bevölkerung der Bundesrepublik hochgerechneten Zahlen der BARMER-Daten zeigen insbesondere in den Altersgruppen für das Jugend- und Erwachsenenalter eine deutlich höhere Fallzahl. Dies beruht zum Teil auf der Berücksichtigung der Pflegebedürftigen in den Einrichtungen zur Pflege von behinderten Menschen in den BARMER-Daten, nicht aber in der Pflegestatistik.

3.2.1.1 Die Pflegeprävalenz junger Pflegebedürftiger

Der in der Abbildung 3.1 erkennbare Unterschied zwischen den Zahlen der Pflegebedürftigen in den verschiedenen Altersstufen kann in einer unterschiedlichen Kohortenstärke und/oder den abweichenden altersspezifischen Pflegeprävalenzen begründet sein. Der ähnliche Verlauf der in Abbildung 3.2 angegebenen altersabhängigen Pflegeprävalenzen deutet darauf hin, dass weniger die Unterschiede in den Kohortenstärken entscheidend sind als vielmehr die Prävalenzverläufe. Dabei liegt die Pflegeprävalenz gemäß der Pflegestatistik 2015 für Jungen bei 0,5 Prozent und für Mädchen bei 0,4 Prozent. Die Prävalenz ist im Kindes- und Jugendalter von 5 bis 19 Jahren besonders hoch. In diesem Alter zeigt sich auch der höchste Geschlechtsunterschied. Die Prävalenz beträgt bei Jungen 1,2 Prozent und bei Mädchen 0,8 Prozent und sinkt dann auf ein deutlich niedrigeres Niveau zwischen 0,4 und 0,6 Prozent in den Altersgruppen von 20 bis 44 Jahren. Inwieweit diese Abnahme auf eine hohe Sterblichkeit dieser Kinder oder auf eine hohe Austrittswahrscheinlichkeit (Wahrscheinlichkeit, nicht mehr

pflegebedürftig zu sein) zurückgeführt werden kann, wird in Kapitel 3.2.5 untersucht. Ab einem Alter von etwa 45 Jahren steigt die Pflegeprävalenz bei beiden Geschlechtern erneut stark an und erreicht wieder das hohe Niveau des Kindesalters von fünf bis neun Jahren. In der ältesten Altersgruppe der jungen Pflegebedürftigen, den 55- bis 59-jährigen, werden dann die bisherigen Höchstwerte, die im Kindesalter erreicht wurden, von den Frauen erstmals deutlich überschritten. Auffällig ist hierbei die Ähnlichkeit zwischen den Pflegeprävalenzen von Männern und Frauen in den Altersgruppen von 40 bis 59 Jahren.

Abbildung 3.2: Prävalenz von Pflegebedürftigkeit im Jahr 2015 und 2016 nach Alter und Geschlecht



Quelle: Standardtabellen zur Pflegestatistik 2015 und BARMER-Daten 2016

Die BARMER-Daten aus dem Jahr 2016 zeigen im Vergleich zur Pflegestatistik des Jahres 2015 durchgängig höhere Prävalenzen, was zum Teil auf die Berücksichtigung der Pflege in Behinderteneinrichtungen zurückgeführt werden kann.

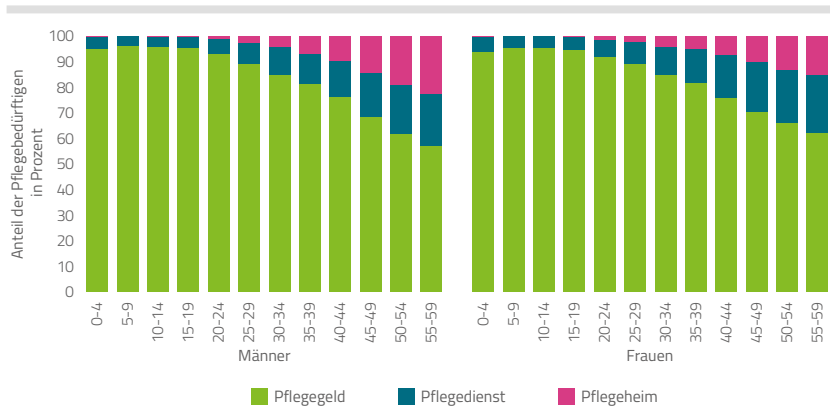
3.2.1.2 Die Verteilung nach Leistungsarten

Die ausschließliche Pflegegeldleistung, also die Pflege im häuslichen Umfeld ohne die Beteiligung ambulanter Pflegedienste in Form von Pflegesachleistungen, ist bei den jungen Pflegebedürftigen durchweg die dominierende Leistungsart (Abbildung 3.3). Die Pflege wird dabei meist von den Eltern der leistungsberechtigten Kinder und Jugendlichen geleistet. Im Kindes- und Jugendalter spielen die Pflegesachleistungen nach der Pflegestatistik

vermehrt stationäre
Versorgung ab dem 20. LJ

des Jahres 2015 mit etwa vier bis fünf Prozent Verbreitung eine untergeordnete Rolle, und lediglich etwa 0,3 Prozent der leistungsberechtigten Kinder und Jugendlichen erhalten Leistungen zur Pflege im Pflegeheim. Bei den für die vollstationäre Pflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen kann es sich um Altenpflegeheime wie auch um Hospize oder Pflegeheime für behinderte oder psychisch kranke Menschen beziehungsweise Kinder handeln.⁴ Von den rund 16.000 Kindern im Alter von 0 bis vier Jahren werden rund 0,3 Prozent, also weniger als 50 Kinder, im Pflegeheim versorgt. Ab der Altersgruppe der 20- bis 24-jährigen steigt der Anteil der stationären Leistungen kontinuierlich an: von 1,2 Prozent bei den Männern und 1,5 Prozent bei den Frauen auf 23 Prozent bei den Männern und auf 16 Prozent bei den Frauen in der Altersgruppe von 55 bis 59 Jahren. Die Ursache hierfür könnte sein, dass die Pflegeheime die Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Menschen oftmals erst ab 18 Jahren anbieten. Die Anteile der Sachleistungs- und Kombileistungsbezieher steigen ebenfalls deutlich mit dem Alter auf bis zu 20 beziehungsweise 23 Prozent an.

Abbildung 3.3: Verteilung der Leistungsarten bei jungen Pflegebedürftigen nach Altersgruppe und Geschlecht 2015



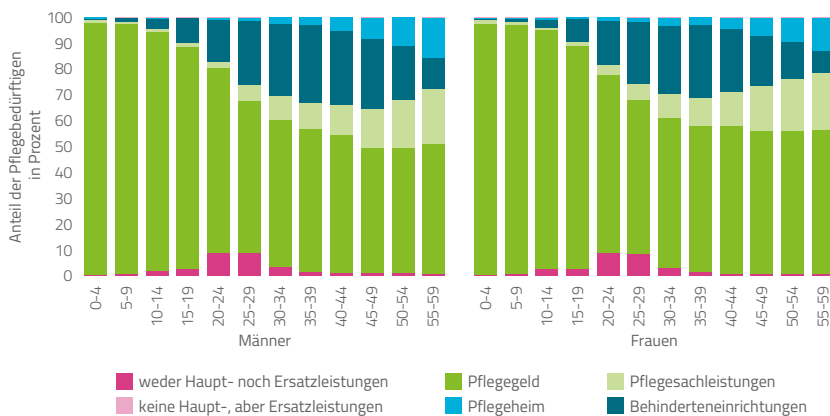
Quelle: Standardtabellen zur Pflegestatistik 2015

Anmerkung: Als Pflegedienst wird auch die Verhinderungspflege erfasst; unter Pflegeheim wird hier sowohl die Dauerpflege als auch die Kurzzeitpflege gefasst.

⁴ Die Daten der Pflegestatistik enthalten Informationen über die Art des Pflegeheims auf Grundlage der dort überwiegender Personengruppen (für ältere Menschen, für behinderte Menschen, für psychisch Kranke und für Schwerkranke und Sterbende). Nicht berücksichtigt bleiben die Leistungen nach § 43 a SGB XI für Pflege behinderter Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen.

Da die Pflegestatistik nicht die Pflegebedürftigen in den Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen ausweist, ergeben sich auf Grundlage der BARMER-Daten etwas andere Verteilungen unter den Pflegebedürftigen. Gerade im jüngeren Erwachsenenalter bis ins mittlere Alter hinein zeigen sich große Anteile von 15 bis 30 Prozent an Pflegebedürftigen, die in Behinderteneinrichtungen versorgt werden (Abbildung 3.4). Außerdem zeigt sich ein Anteil von fast neun Prozent unter den 20- bis 29-Jährigen, die keine der Haupt- oder Ersatzleistungen in Anspruch nehmen. Ob dies im Zusammenhang mit einer gleichzeitigen Behinderung und einer umfangreicheren Sicherung durch andere Sozialgesetzbücher steht, kann auf Grundlage der Daten nicht beantwortet werden. Die Inanspruchnahme von Heimpflege steigt mit dem Alter, aber auch in der Altersklasse von 55 bis 59 Jahren weisen die BARMER-Daten nur 16 Prozent der leistungsberechtigten Männer und nur 13 Prozent der leistungsberechtigten Frauen als Bewohner von Pflegeheimen aus.

Abbildung 3.4: Verteilung der Leistungsarten bei jungen Pflegebedürftigen nach Altersgruppe und Geschlecht 2016 (inklusive Pflege in Behinderteneinrichtungen)



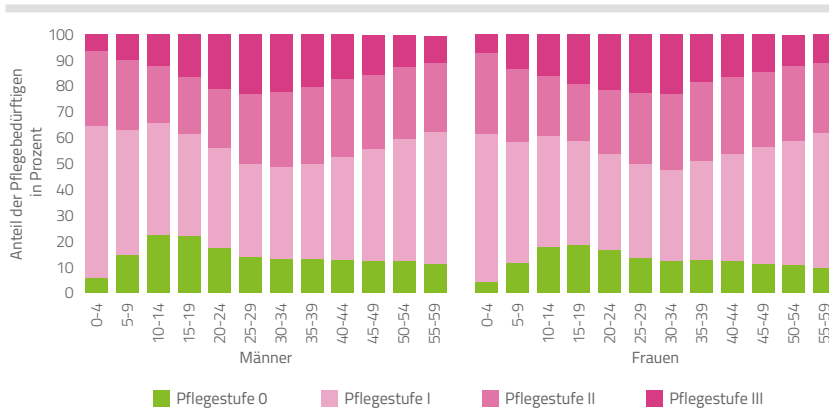
Quelle: BARMER-Daten 2016

Anmerkung: Unter Pflegedienst wird die Verhinderungspflege hier nicht erfasst; unter Pflegeheim ist nur die Dauerpflege und nicht die Kurzzeitpflege gefasst.

3.2.1.3 Die Verteilung nach Pflegestufen

Im Kindes- und Jugendalter wie auch in der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen sind knapp zwei Drittel der Pflegebedürftigen in der Pflegestufe I oder 0 (Abbildung 3.5). In den Altersgruppen um 30 bis 34 Jahre beträgt dieser Anteil hingegen nur rund 50 Prozent. Dabei ist der Anteil mit der Pflegestufe 0 in den Altersgruppen von 10 bis 19 mit etwa 20 Prozent am höchsten. Der Anteil mit Pflegestufe II sinkt von rund 30 Prozent im frühesten Kindesalter auf rund 22 Prozent im Jugendalter, um dann nachfolgend im Erwachsenenalter zwischen 23 und 30 Prozent zu schwanken. Der Anteil mit der Pflegestufe III ist im frühesten Kindesalter mit etwa sieben Prozent relativ gering, steigt dann aber auf bis zu 23 Prozent bei den 25- bis 34-Jährigen, um dann wieder deutlich auf unter elf Prozent in der letzten Altersgruppe zurückzugehen.

Abbildung 3.5: Verteilung der Pflegestufen bei jungen Pflegebedürftigen nach Altersgruppe und Geschlecht 2015

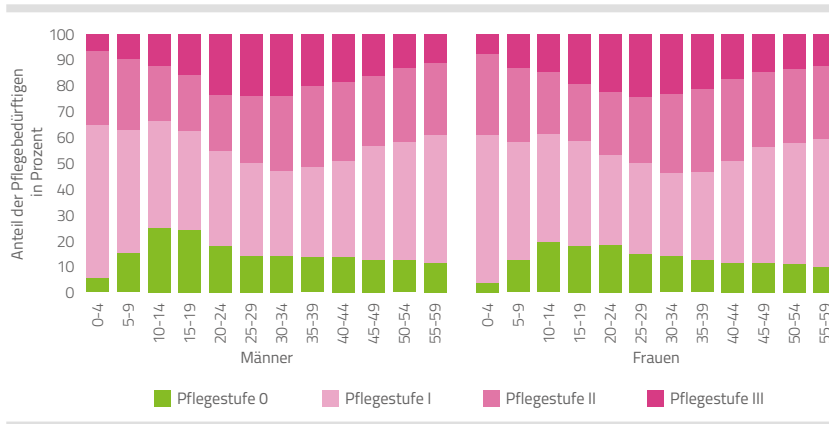


Quelle: Standardtabellen zur Pflegestatistik 2015

Die Gründe für diesen Verlauf können prinzipiell in einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation pflegebedürftiger Kinder in ihrem Lebensverlauf vermutet werden, aber auch im Nichterreichen von Entwicklungsmeilensteinen (Kapitel 3.1.1) und einer damit verbundenen Höherstufung. Zudem können die Austritte aus der Pflegebedürftigkeit durch den Tod oder durch die Beendigung der Pflegebedürftigkeit eine

Ursache für andere Pflegestufenverteilungen in höheren Altersgruppen sein (Kapitel 3.2.5). Der Anstieg der Anteile mit geringeren Pflegestufen, etwa ab einem Alter von 35 bis 39 Jahren, kann auf Selektionsprozessen beruhen, nach denen die eher Gesünderen überleben, während die gesundheitlich stärker Beeinträchtigten versterben. Gleichzeitig kommt es über den Lebensverlauf auch zu immer mehr Neuzugängen in die Pflegebedürftigkeit, die tendenziell in einer niedrigen Pflegestufe in die Pflegebedürftigkeit eintreten (Kapitel 3.2.3).

Abbildung 3.6: Verteilung der Pflegestufen bei jungen Pflegebedürftigen nach Altersgruppe und Geschlecht 2016 (inklusive Pflege in Behinderteneinrichtungen)



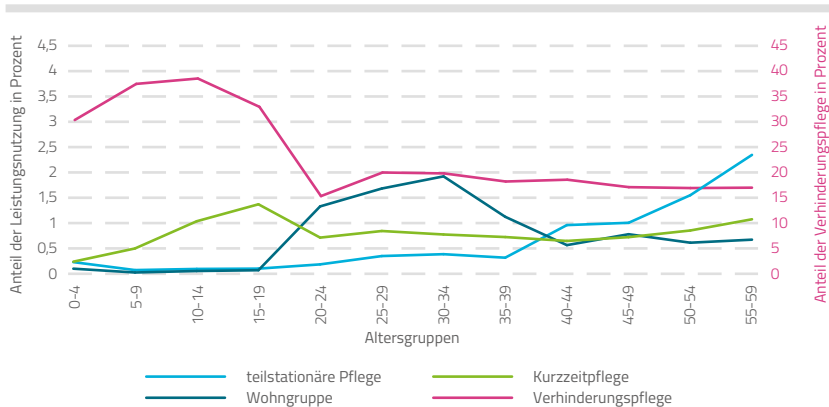
Quelle: BARMER-Daten 2016

Während die Daten der Pflegestatistik 2015 und die BARMER-Daten aufgrund der fehlenden Erfassung eines Teils der Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich der Verteilung nach Versorgungsarten darbieten, sehen die Ergebnisse im Hinblick auf die Verteilung nach Pflegestufen sehr ähnlich aus (zum Vergleich Abbildung 3.6). Gravierende Unterschiede sind nicht festzustellen. Es ist daher davon auszugehen, dass anhand der BARMER-Daten repräsentative Aussagen über die Verteilung der Pflegestufen und die Verläufe getroffen werden können.

3.2.2 Nutzung von Ergänzungs- und Ersatzleistungen in häuslicher Pflege

Aus den Hochrechnungen der BARMER-Daten des Jahres 2016 ergibt sich, dass in einem durchschnittlichen Monat 3.482 Pflegebedürftige mindestens einen Tag die teilstationäre Pflege in Anspruch nehmen. Von den Pflegebedürftigen nutzen 102.912 mindestens einmal im Monat die Verhinderungspflege, 3.624 mindestens einen Tag im Monat die Kurzzeitpflege und 2.834 Pflegebedürftige beziehen Leistungen zur Unterstützung von Wohngruppen.

Abbildung 3.7: Nutzung ausgewählter Ersatz- und Ergänzungsleistungen durch junge Pflegebedürftige in häuslicher Pflege im Durchschnittsmonat 2016 nach Altersgruppe und Geschlecht



Quelle: BARMER-Daten 2016

Anmerkung: Unter häuslicher Pflege ist gefasst, wer nicht in vollstationärer Dauerpflege ist und nicht Pflege in Behinderteneinrichtungen erhält. Es zählt der Bezug innerhalb eines Monats.

Der Anteil der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege, die in einem Durchschnittsmonat für mindestens einen Tag die Kurzzeitpflege nutzen, ist im jüngsten Kindesalter noch sehr gering und liegt ab dem Eintritt ins Jugendalter bei ungefähr einem Prozent (Abbildung 3.7). Die teilstationäre Pflege ist im Kindes- und Jugendalter durchweg sehr selten und liegt im jüngeren Erwachsenenalter bei rund 0,3 Prozent, steigt dann aber deutlich auf über zwei Prozent in der letzten Altersgruppe an. Die Verhinderungspflege kann sowohl von Pflegediensten als auch von anderen Pflegepersonen geleistet

werden. Weit über 30 Prozent der leistungsberechtigten Kinder und Jugendlichen sowie etwa 18 Prozent der leistungsberechtigten Erwachsenen nehmen diese Leistung in Anspruch. Die Pflegestatistik des Jahres 2015 weist Leistungen der Pflegedienste inklusive der Verhinderungspflege aus und kommt für diese Kombination dennoch nicht auf vergleichbare Prozentzahlen. Ein Großteil der mit den Routinedaten der BARMER erfassten Verhinderungspflege wird also nicht von den Pflegediensten, sondern von weiteren Pflegepersonen erbracht. Das Leben in Wohngruppen findet wie die teilstationäre Versorgung im Kindes- und Jugendalter kaum statt. Im jüngeren Erwachsenenalter ist dies aber für rund 1,5 Prozent der Pflegebedürftigen eine gelebte Option. Auch in den Altersgruppen der 40- bis 59-Jährigen sind noch rund 0,6 Prozent in Wohngruppen versorgt.

Verhinderungspflege bei
> 30 % leistungsberechtigter
Kinder und Jugendlicher,
teilstationäre Pflege
sehr selten

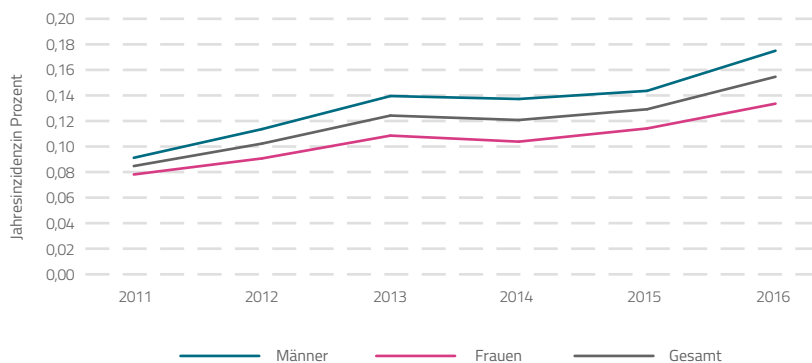
3.2.3 Eintritt in die Leistungsberechtigung nach SGB XI

Trotz gestiegener Begutachtungszahlen und der steigenden Zahlen von Pflegebedürftigen ist die Zahl der jungen und jüngsten Leistungsempfänger, vor allem deren Eintritt in den Leistungsbezug, bislang wenig beachtet worden. Die Inzidenzen werden daher im Folgenden differenziert nach Alter, Geschlecht und Erkrankungen dargestellt.

3.2.3.1 Die Pflegeinzidenz junger Pflegebedürftiger

Mehr als jeder Tausendste der jungen noch nicht leistungsberechtigten Personen wird innerhalb eines Jahres pflegebedürftig (Abbildung 3.8). In dem gleichen Maß, in dem die Prävalenzen in den letzten Jahren gestiegen sind, erfolgte auch für die Inzidenzen der Pflegebedürftigkeit in den Jahren 2011 bis 2013 ein Anstieg von 0,09 Prozent auf 0,12 Prozent der jungen Bevölkerung pro Jahr. Im Jahr 2015 folgte dann ein weiterer geringer Anstieg auf 0,13 Prozent, im Jahr 2016 fiel er etwas größer auf und stieg auf 0,15 Prozent. Dabei entwickelten sich die Gesamtinzidenzen bei den Jungen und Männern auf einem höheren Niveau von 0,09 auf 0,17 Prozent und die der Mädchen und Frauen auf einem geringeren Niveau von 0,08 auf 0,13 Prozent.

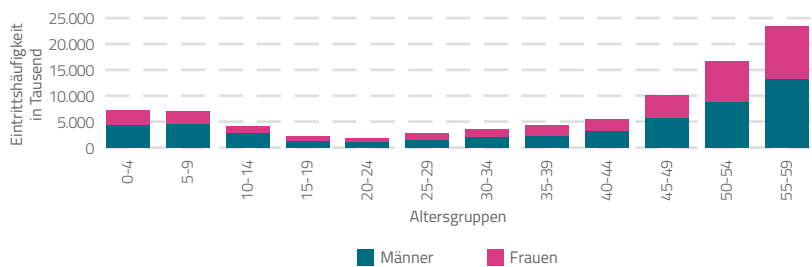
Abbildung 3.8: Jahresinzidenz von Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung im Alter bis 59 Jahre in den Jahren 2011 bis 2016



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

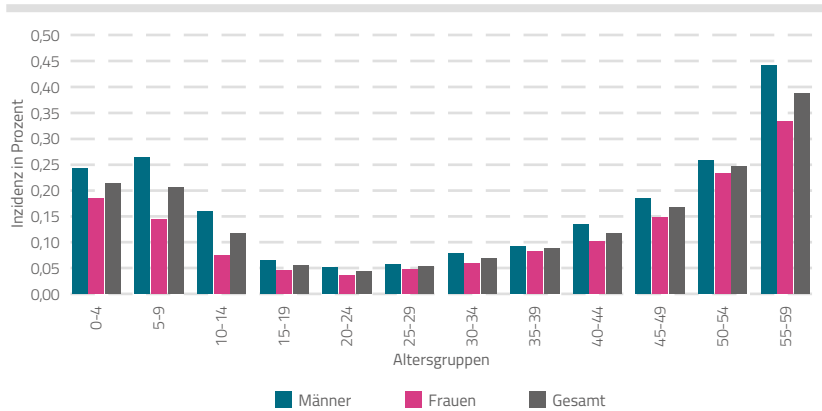
Die Zahl der Neuzugänge ist im jüngsten Kindesalter höher als im jungen Erwachsenenalter. Angeborene Einschränkungen, Störungen und Erkrankungen spielen dabei eine Rolle. Eine Pflegebedürftigkeit, die erst im jungen Erwachsenenalter eintritt, wird in der Regel Gründe haben, die zuvor noch nicht vorhanden waren. Mit steigendem Alter werden solche Gründe (wie zum Beispiel Erkrankungen, Störungen oder Unfälle) häufiger, wodurch die Inzidenz mit steigendem Erwachsenenalter zunimmt (Abbildung 3.9 und 3.10).

Abbildung 3.9: Eintrittshäufigkeit in die Pflegebedürftigkeit für Männer und Frauen im Alter bis 59 Jahre im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016

Abbildung 3.10: Jahresinzidenz der Pflegebedürftigkeit für Männer und Frauen im Alter bis 59 Jahre im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016

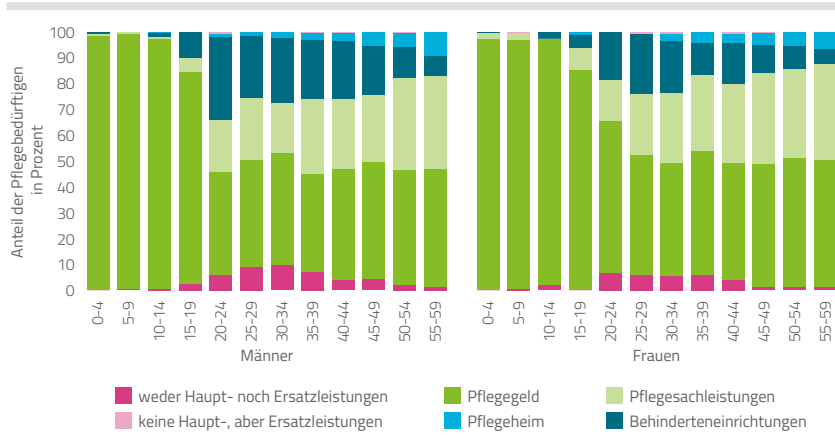
Auch bei den Inzidenzen zeigt sich der gleiche kurvilineare Verlauf mit zunächst bis ins Alter von 20 bis 24 sinkenden Werten, die danach wieder ansteigen. Während die Zahl der neuen Fälle in den Altersgruppen von 0 bis vier Jahren und von fünf bis neun Jahren noch geringer ausfällt als in der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen (Abbildung 3.9), liegt die Inzidenz bei den 0- bis Neunjährigen deutlich höher, als es bei der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen (Abbildung 3.10) der Fall ist. Dies ist auf die unterschiedlichen Kohortenstärken der 0- bis Neunjährigen und der zum Vergleich herangezogenen 45- bis 49-Jährigen zurückzuführen.

3.2.3.2 Verteilung der Inzidenzen nach Eintrittsleistung

Die Inzidenzverteilung nach der Leistung im Eintrittsmonat unterscheidet sich nicht wesentlich von der Verteilung der Prävalenzen im Durchschnittsmonat. Die häusliche Pflege ohne Pflegedienst ist bei Kindern und Jugendlichen die absolut prägende Versorgungsform, während sich im jungen Erwachsenenalter erhöhte Anteile von Pflegebedürftigen finden, die keine der Hauptleistungen in Anspruch nehmen. Der Anteil der Pflegebedürftigen, die durch Pflegedienste oder in Pflegeheimen versorgt werden, steigt mit dem Alter langsam an. Die Versorgung in Behinderteneinrichtungen

ist vor allem im jungen und mittleren Erwachsenenalter sehr hoch, reduziert sich aber schon ab der Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen mit steigendem Alter wieder (Abbildung 3.11).

Abbildung 3.11: Verteilung der Leistungsarten inzidenter junger Pflegebedürftiger nach Altersgruppe und Geschlecht 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016

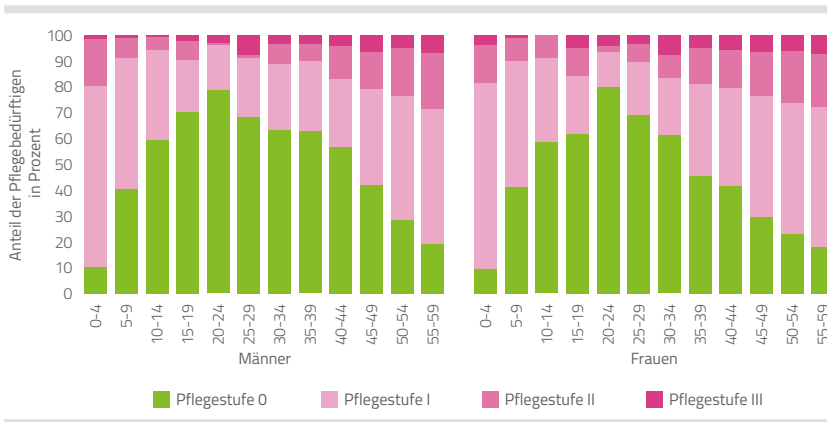
Anmerkung: Unter Pflegedienst ist hier nicht die Verhinderungspflege gefasst; unter Pflegeheim wird hier nur die Dauerpflege und nicht die Kurzzeitpflege verstanden.

Dennoch bleiben einige kleine Unterschiede festzustellen. Der Eintritt in die Leistungsberechtigung geht im jungen Erwachsenenalter deutlich stärker mit der Nutzung von Behinderteneinrichtungen einher. Die geringere Nutzung der Behinderteneinrichtungen durch prävalente Leistungsberechtigte ergibt sich daraus, dass jüngere Pflegebedürftige nur in geringem Umfang aus ihrer häuslichen Pflege in die Behinderteneinrichtungen wechseln. Die Nutzungsanteile für Pflegedienste sind bei den Neufällen höher als bei den prävalenten Pflegebedürftigen. Dies kann mit den vergleichsweise plötzlich eintretenden Veränderungen in diesem Alter zusammenhängen, auf die im häuslichen Umfeld durch die Angehörigen nicht so schnell reagiert werden kann, wodurch zunächst ein Pflegedienst eingeschaltet, dieser dann aber doch wieder durch eigene Pflegeleistungen der Angehörigen ersetzt wird. In einem Pflegeheim finden sich hingegen weniger neue als prävalente Pflegebedürftige, da das Pflegeheim in der Regel erst eine spätere Phase der pflegerischen Versorgung darstellt.

3.2.3.3 Verteilung der Inzidenzen nach Pflegestufen

Mit den verschiedenen Gesetzen zur Reform und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung sind die Leistungsansprüche auch für PEA ohne eine Pflegestufe geschaffen und weiterentwickelt worden. In der Konsequenz finden sich unter den Neuzugängen des Jahres 2016 sehr hohe Anteile mit der Pflegestufe 0. Dieser Anteil beträgt in der Altersgruppe der 20- bis 24-jährigen Pflegebedürftigen sogar rund 80 Prozent (Abbildung 3.12). Selbst in der Altersgruppe der 55- bis 59-jährigen liegt der Anteil noch bei 18 bis 19 Prozent. Ein sehr großer Teil der jungen Pflegebedürftigen kommt also aufgrund kognitiver Einschränkungen und nicht wegen verrichtungsbezogener Hilfebedürftigkeit in den Leistungsbezug.

Abbildung 3.12: Verteilung der Pflegestufen inzidenter junger Pflegebedürftiger nach Altersgruppe und Geschlecht 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016

Von den Pflegebedürftigen mit Pflegestufe ist die Pflegestufe I zu Beginn der Pflegebedürftigkeit in allen Altersklassen und bei beiden Geschlechtern am häufigsten vertreten. Seltener gibt es die Pflegestufe II und am seltensten die Pflegestufe III. Die höheren Pflegestufen kommen somit bei den Neufällen weniger häufig vor als beim Bestand der Leistungsberechtigten. Dies folgt aus dem in der Regel progredienten Verlauf der Pflegebedürftigkeit, resultiert aber auch daraus, dass junge Pflegebedürftige gerade mit niedrigeren Pflegestufen vermehrt wieder aus der Leistungsberechtigung ausscheiden (Kapitel 3.2.5).

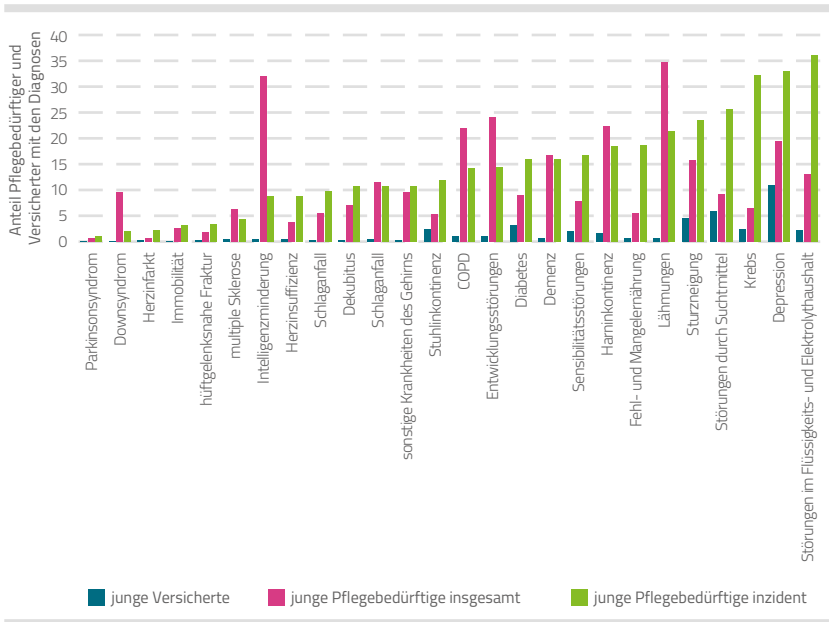
3.2.4 Gesundheitszustand bei jungen Pflegebedürftigen

3.2.4.1 Erkrankungen bei Pflegebedürftigkeit

In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, welche Erkrankungen zu einer Pflegebedürftigkeit führen oder sie begleiten. Dargestellt werden die Verteilungen ausgewählter Erkrankungen, die mindestens bei einem Prozent der erstmaligen Pflegeleistungsbezieher im Alter von 0 bis 59 Jahren in den BARMER-Daten dokumentiert sind und welche mindestens dreimal so häufig vorkommen wie bei der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung. Dabei wird die Erkrankungshäufigkeit bei den Neufällen, bei allen Pflegebedürftigen und in der Gesamtbevölkerung – jeweils im Alter bis 60 Jahre – verglichen. Anschließend werden diesem Vergleich die subjektiven Einschätzungen aus der BARMER-Versichertenbefragung, welche Erkrankungen oder Beeinträchtigungen die Pflegebedürftigkeit begründen, gegenübergestellt.

Die Abbildung 3.13 zeigt die Häufigkeit der Erkrankungen und Störungen beim Pflegeeintritt. Zu den drei häufigsten erfassten Erkrankungen zählen zwei somatische Erkrankungen und Störungen, nämlich die Störung des Flüssigkeits- und Elektrolyt-haushaltes (Dehydrierung und Ähnliches) (36 Prozent) und Krebs (32 Prozent). Der Anteil der inzidenten Pflegebedürftigen mit Demenz (16 Prozent), Entwicklungsstörungen (13 Prozent), einer Intelligenzminderung (acht Prozent), Downsyndrom (zwei Prozent) oder sonstigen Krankheiten des Gehirns (elf Prozent), die zu einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz führen können, sind dagegen deutlich seltener. Als weitere psychische Erkrankung mit sehr häufigem Auftreten kommen Depressionen (33 Prozent) und Störungen durch Suchtmittel (26 Prozent) vor.

Abbildung 3.13: Anteil Pflegebedürftiger und Versicherter im Alter bis 59 Jahre mit ausgewählten Diagnosen



Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf Bundesbevölkerung der Jahre 2011 bis 2015

Diese Häufigkeitsverteilung unterscheidet sich deutlich von der Verteilung der bereits Pflegebedürftigen. Die für die letztgenannte Gruppe häufigsten Erkrankungen (Lähmungen, Intelligenzminderung, Harninkontinenz, Epilepsie, Entwicklungsstörungen) treten somit häufig erst ein, nachdem die betreffende Person schon pflegebedürftig geworden ist, oder werden erst später festgestellt.

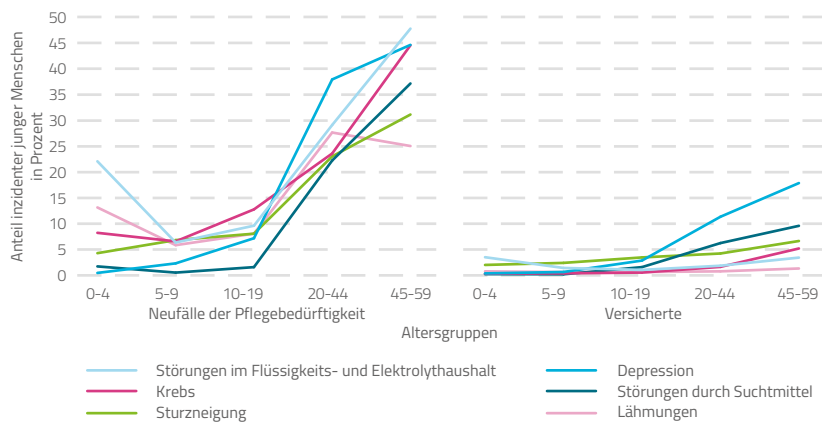
Um zu erkennen, welche Erkrankungen in welchem Alter als pflegebegründend verstanden werden können, werden die Häufigkeiten der Erkrankungen bei inzident Pflegebedürftigen mit den Häufigkeiten der Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung verglichen. Die Erkrankungen und Störungen treten nicht in allen Altersgruppen in gleicher Weise auf, sondern verteilen sich altersspezifisch recht unterschiedlich (Abbildung 3.14 bis 3.17). In der zweiten Altersgruppe (fünf bis neun Jahre) sind die

steigende und vergleichs-
weise hohe Krankheitsprä-
valenz ab ~ 5 bis 9 Jahren

Krankheitshäufigkeiten bei den inzidenten Pflegebedürftigen meist höher als in der ersten Altersgruppe (0 bis vier Jahre). Mit Ausnahme von Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderungen und dem Downsyndrom, die einen deutlich anderen Verlauf haben, zeigt sich ab dem Alter von fünf bis neun Jahren überwiegend eine mit dem Alter steigende Krankheitsprävalenz. Gleichzeitig sind die Krankheitsprävalenzen in der Regel – und meist erheblich – höher als bei den altersgleichen Nicht-Pflegebedürftigen. Sonstige Erkrankungen des Gehirns und das Downsyndrom sind die für die PEA-Einstufung relevantesten Erkrankungen, die besonders in den ersten Lebensjahren für den Eintritt in den Leistungsbezug von Bedeutung sind. Die Suchterkrankungen (Abbildung 3.14) gewinnen ebenso wie Demenz (Abbildung 3.15) erst im Erwachsenenalter an Bedeutung. Entwicklungsstörungen sind im gesamten Kindes- und Jugendalter besonders häufige Erkrankungen, die den Eintritt in den Leistungsbezug begleiten. Eine Intelligenzminderung ist hingegen bei den Inzidenzen zur Pflegebedürftigkeit ganz besonders im Jugendalter dominant. Eine Sucht oder Demenz determinieren somit zu einem großen Teil die Eintritte im mittleren Erwachsenenalter, während Entwicklungsstörungen, eine Intelligenzminderung und das Downsyndrom vornehmlich die Eintritte von Kindern in die Pflegebedürftigkeit determinieren.

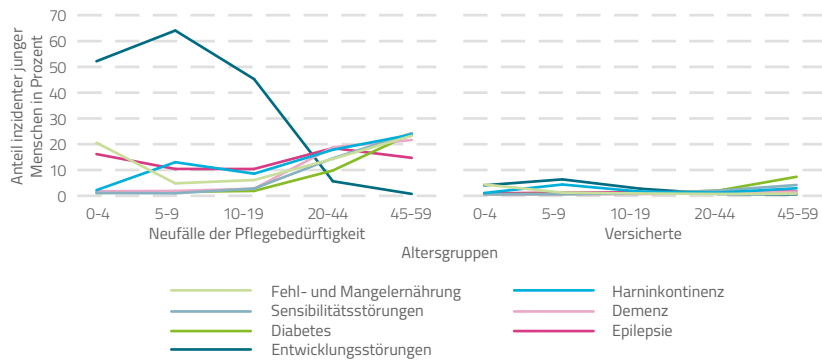
Einige Erkrankungen oder Symptome lassen sich insbesondere in den jüngsten Altersgruppen häufig (noch) nicht als leistungsbegründend anführen. Wie im Kapitel 3.1.1 beschrieben, muss der Hilfebedarf für Kinder den üblichen Bedarf an Pflege und Fürsorge gleichaltriger Gesunder deutlich übersteigen, um Ansprüche auf die Pflegeversicherungsleistungen auszulösen. So gibt es beispielsweise für Kleinkinder einen generellen Bedarf sowohl bei der Nahrungsaufnahme als auch beim Umgang mit der Darm-/Blasenentleerung. Eine Harninkontinenz oder Stuhlinkontinenz ist dementsprechend bei der jüngsten Altersgruppe ein seltener Befund, sie gewinnt jedoch mit zunehmendem Alter eine größere Bedeutung im Zusammenhang mit dem Eintritt in den Leistungsbezug (Abbildung 3.15 und 3.16).

Abbildung 3.14: Anteil pflegeinzidenter junger Menschen mit regelmäßigen Diagnosen (20+ Prozent) an allen Inzidenzen im Vergleich zur Bevölkerung



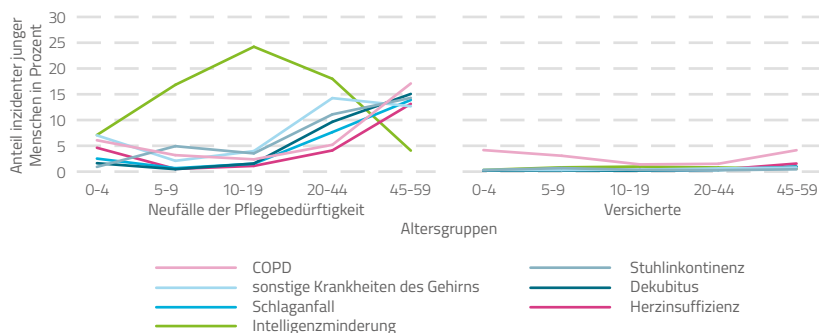
Quelle: BARMER-Daten 2011 bis 2015, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik

Abbildung 3.15: Anteil pflegeinzidenter junger Menschen mit sehr häufigen Diagnosen (13 bis 20 Prozent) im Vergleich zur Bevölkerung



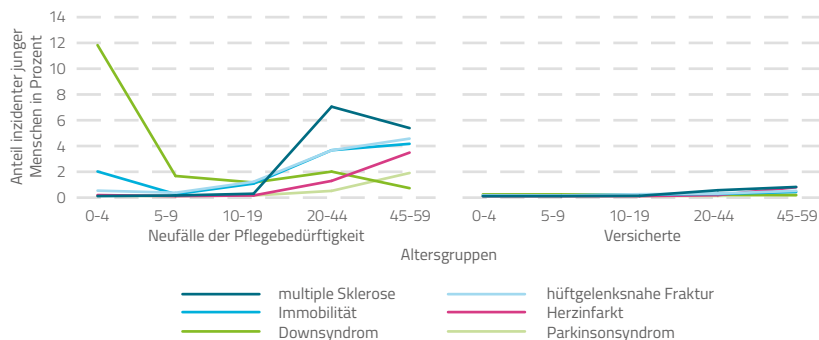
Quelle: BARMER-Daten 2011 bis 2015, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik

Abbildung 3.16: Anteil pflegeinzidenter junger Menschen mit häufigen Diagnosen (5 bis 13 Prozent) im Vergleich zur Bevölkerung



Quelle: BARMER-Daten 2011 bis 2015, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik

Abbildung 3.17: Anteil pflegeinzidenter junger Menschen mit selteneren Diagnosen (1 bis 5 Prozent) im Vergleich zur Bevölkerung

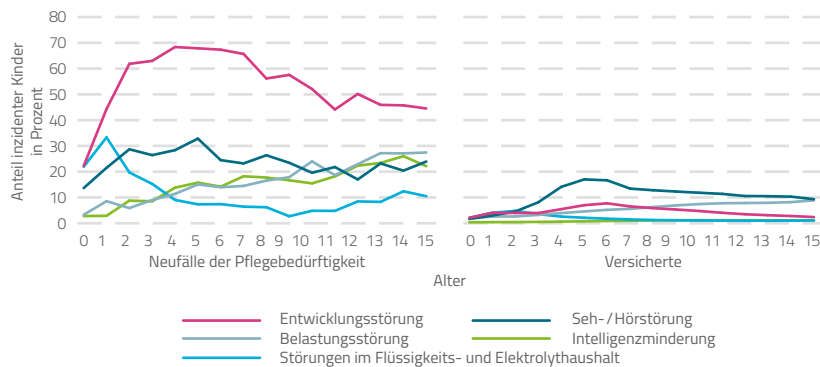


Quelle: BARMER-Daten 2011 bis 2015, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik

Im Detail weichen aber für Kinder die Häufigkeiten von Krankheitsbefunden, die den Pflegeeintritt begleiten, auch nach einzelnen Jahren deutlich voneinander ab. Entwicklungsstörungen werden in den ersten beiden Lebensjahren sehr viel seltener festgestellt, was auch in der Schwierigkeit der Diagnosestellung begründet sein kann. Störungen in der Versorgung (Flüssigkeitshaushalt wie Ernährung) treten dagegen bei inzidenten Pflegebedürftigen auffallend häufig in den ersten beiden Lebensjahren auf,

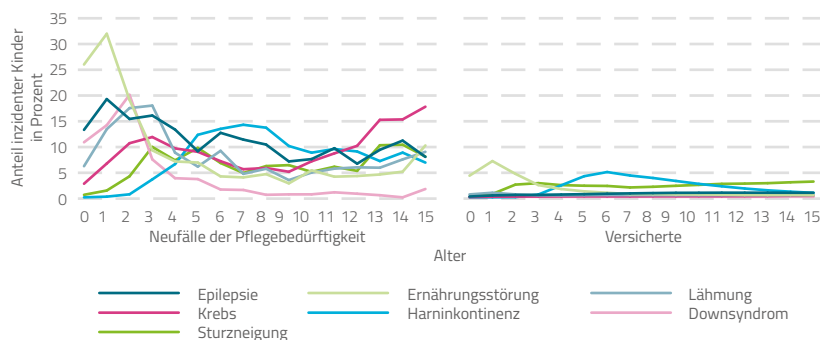
wobei – wie bei allen hier betrachteten Befunden – die jeweilige Erkrankungsprävalenz im ersten Lebensjahr geringer ist als im zweiten. Schon in den allerersten Lebensjahren sind das Downsyndrom und die Herzinsuffizienz zu nennen. Eine Inkontinenz (Harn und Stuhl) werden erst ab einem Alter von fünf Jahren häufiger genannt. Gesunde Kinder werden im Alter von vier bis fünf Jahren kontinent und nutzen verlässlich die Toilette (Abbildung 3.18 bis 3.21).

Abbildung 3.18: Anteil pflegeinzidenter Kinder mit sehr häufigen und regelmäßigen Diagnosen (über 13 Prozent) im Vergleich zur Bevölkerung



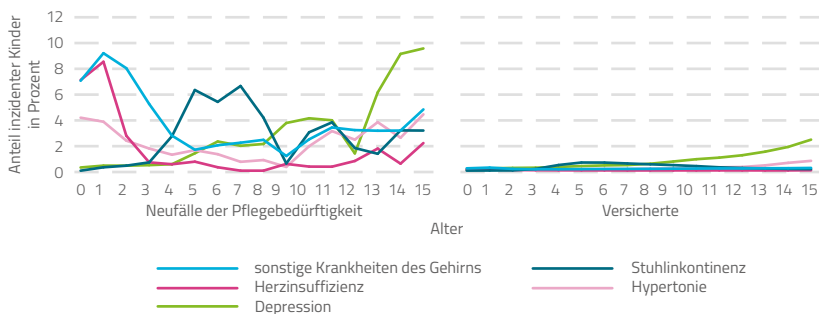
Quelle: BARMER-Daten 2011 bis 2015

Abbildung 3.19: Anteil pflegeinzidenter Kinder mit häufigen Diagnosen (5 bis 13 Prozent) im Vergleich zur Bevölkerung



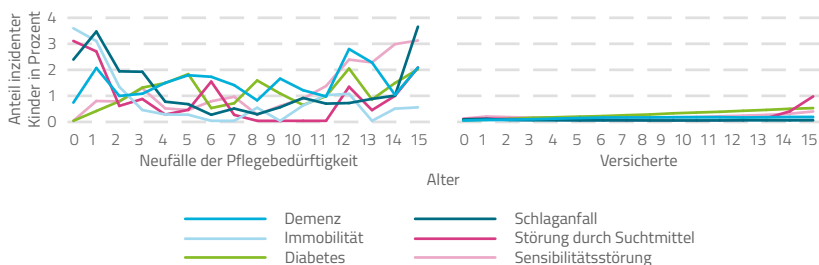
Quelle: BARMER-Daten 2011 bis 2015

Abbildung 3.20: Anteil pflegeinzidenter Kinder mit selteneren Diagnosen (2 bis 5 Prozent) im Vergleich zur Bevölkerung



Quelle: BARMER-Daten 2011 bis 2015

Abbildung 3.21: Anteil pflegeinzidenter Kinder mit seltenen Diagnosen (1 bis 2 Prozent) im Vergleich zur Bevölkerung



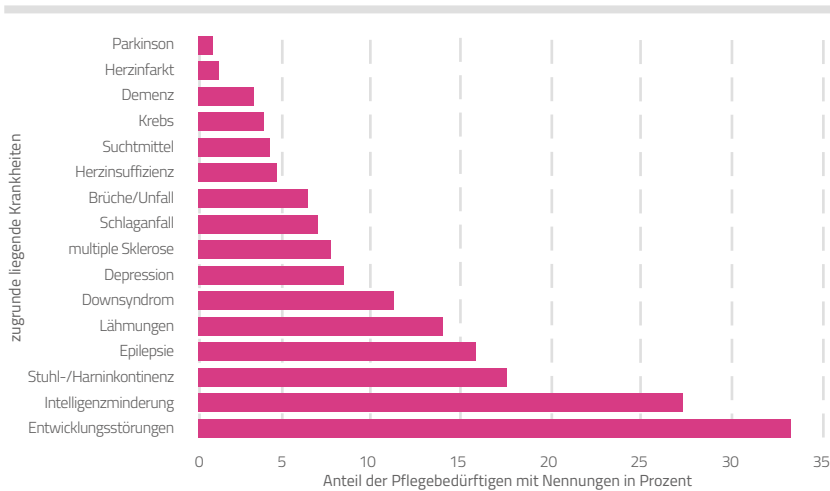
Quelle: BARMER-Daten 2011 bis 2015

Insgesamt finden sich mit den schon bei der Geburt erkennbaren langfristigen Störungen auch sehr frühzeitige Eintritte in die Pflegebedürftigkeit (beispielsweise beim Downsyndrom und einer Herzinsuffizienz). Die Störungen, die zwar schon angelegt, aber erst später erkennbar sind oder zu besonderen Unterschieden führen, haben erst im späteren Kindesalter eine Auswirkung auf die Pflegeinzidenz (beispielsweise Entwicklungsstörungen, eine Intelligenzminderung oder Inkontinenz). Andere Erkrankungen und Störungen entstehen erst im Lebensverlauf und haben daher teilweise erst im

späteren Erwachsenenalter einen Einfluss auf die Pflegeinzidenz (beispielsweise Sucht, Demenz, multiple Sklerose oder das Parkinsonsyndrom). Diese Phänomene, die sehr früh im Leben erkennbaren, oft angeborenen Störungen und Erkrankungen auf der einen Seite und die erst später im Lebensverlauf auftretenden oder erkennbaren Erkrankungen auf der anderen Seite, liefern eine wesentliche Begründung für die U-förmige Verlaufskurve der Inzidenzen mit dem Alter von Menschen in die Pflegebedürftigkeit.

Nicht jede Erkrankung, die bei Pflegebedürftigen häufiger diagnostiziert wurde als bei nicht leistungsberechtigten Personen, wird von den Betroffenen als maßgeblich für ihre Pflegebedürftigkeit angesehen. Daher wurde den Pflegebedürftigen in der BARMER-Versichertenbefragung des Jahres 2017 die Frage gestellt, welche Erkrankungen oder Beeinträchtigungen aus ihrer Sicht die Pflegebedürftigkeit begründen.

Abbildung 3.22: Erkrankungen und Beeinträchtigungen, die die Pflegebedürftigkeit begründen



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

Anmerkung: wegen Mehrfachangaben in der Summe über 100 Prozent

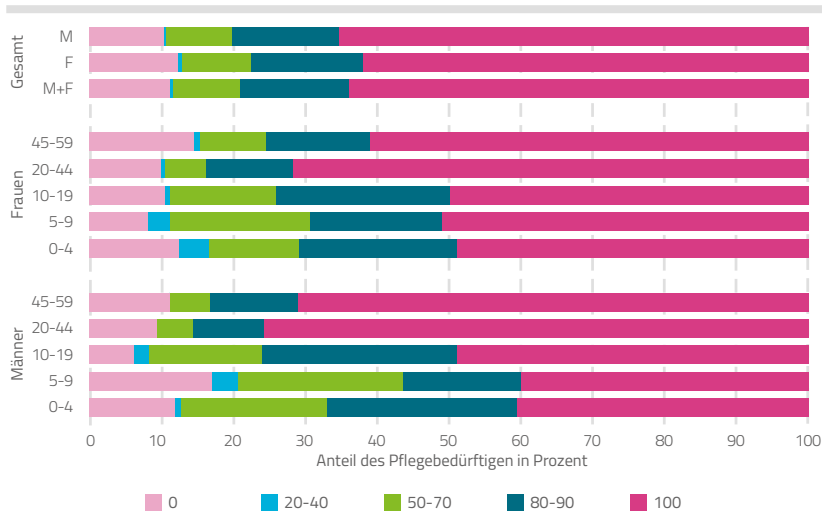
Die in der Befragung am häufigsten genannten Störungen und Erkrankungen sind auch in den Routinedaten mehrheitlich für die prävalenten Pflegebedürftigen zu finden. Anscheinend haben sich die Befragten bei ihren Antworten vom aktuellen Krankheitsbild leiten lassen und nicht von dem, welches zum Zeitpunkt des Auftretens ihrer Pflegebedürftigkeit entscheidend war. Hier werden vor allem Entwicklungsstörungen und eine Intelligenzminderung genannt – gefolgt von einer Stuhl- oder Harninkontinenz, Epilepsie, Lähmungen und dem Downsyndrom.

Im Vergleich zur Erfassung der Erkrankungen bei Pflegeinzidenz auf Basis der Routinedaten ergeben sich aus unterschiedlichen Gründen Verschiebungen in den Verteilungen bei der Befragung. Zum einen unterscheiden sich Art und Zeitpunkt der Erfassung, und zum anderen ergeben sich aus den verschiedenen Grunderkrankungen auch andere Wahrscheinlichkeiten, längere Zeit pflegebedürftig zu sein, seinen Zustand zu verbessern, aus der Pflegebedürftigkeit auszusteigen oder aber zu versterben (Kapitel 3.2.5).

3.2.4.2 Grad der Behinderung

Die Pflegebedürftigkeit und die Behinderung sind im Sozialgesetz als längerfristige Zustände definiert, aus denen unterschiedliche Leistungsansprüche an verschiedene Adressaten resultieren. In Kapitel 3.2.1 wurde schon gezeigt, dass ein Teil der nach dem SGB XI leistungsberechtigten Personen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen versorgt wird. Um darzustellen, wie groß der Anteil der Menschen mit einer Behinderung ist, der potenziell in solchen Einrichtungen versorgt werden könnte, wird in der Abbildung 3.23 die Verteilung der jungen Pflegebedürftigen nach den verschiedenen Graden der Behinderung dargestellt. Datengrundlage ist die Hochrechnung der BARMER-Versichertenbefragung des Jahres 2017.

Abbildung 3.23: Verteilung der Pflegebedürftigen nach dem Grad der Behinderung (GdB)



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

Insgesamt haben 64 Prozent der jungen Pflegebedürftigen einen Grad der Behinderung (GdB) von 100, und weitere 24 Prozent weisen einen GdB auf, der über 50 Prozent, aber unter 100 Prozent liegt. Insgesamt 88 Prozent haben somit einen GdB von mindestens 50 und gelten als schwerbehindert. Ab einem GdB von 20 ergeben sich Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 SGB IX) und am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX). Der Anteil der potenziell Leistungsberechtigten (GdB von 20 oder mehr Prozent) liegt unter den jungen Pflegebedürftigen somit bei 89 Prozent. Je nach Altersgruppe und Geschlecht schwankt dieser Anteil zwischen 83 und 94 Prozent. Der weit überwiegende Teil der jungen Pflegebedürftigen hat folglich Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft.

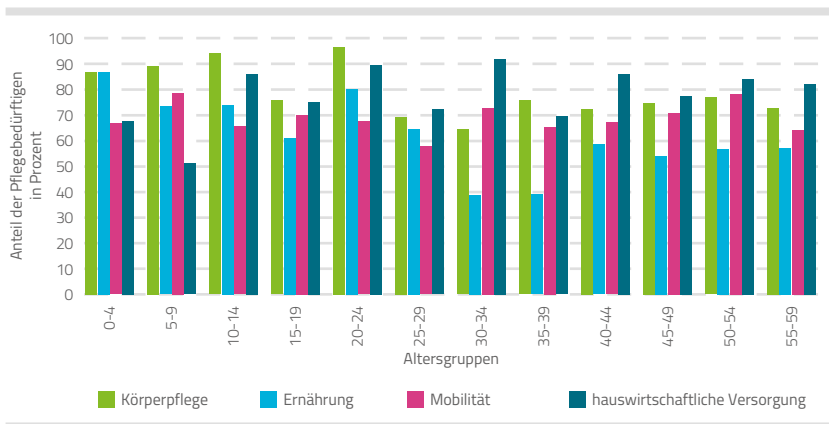
> 80 % der jungen Pflegebedürftigen haben Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

3.2.4.3 Hilfebedürftigkeit und Fähigkeiten bei der Verrichtung einzelner alltäglicher Dinge

Für pflegende Angehörige ist von besonderer Bedeutung, welche Arten von Hilfe bei den pflegebedürftigen Menschen geleistet werden müssen. Je nach Art der zu leistenden Hilfen ergeben sich unterschiedliche Belastungen und entsprechend auch andere Übergangswahrscheinlichkeiten von der Angehörigenpflege zur Nutzung des Pflegedienstes oder dem Umzug in ein Pflegeheim (Rothgang et al. 2009: 162ff.).

Bis zum 24. Lebensjahr ist die Unterstützung bei der Körperpflege die häufigste Hilfeleistung (Abbildung 3.24). Diese Art der Hilfe ist also nicht auf den naturgegebenen Mehrbedarf von Kleinkindern beschränkt, sondern wird bis in das Erwachsenenalter geleistet. Ab der Altersgruppe von 25 bis 29 ist dann der Hilfebedarf in der hauswirtschaftlichen Versorgung am häufigsten, der eventuell auch durch die höheren Anteile von Ein-Personen-Haushalten unter den Pflegebedürftigen bedingt ist (Kapitel 3.2.7). Insgesamt sind aber sowohl die Hilfe bei der Körperpflege als auch bei der Ernährung, bei der Mobilität und bei der hauswirtschaftlichen Versorgung sehr häufige Leistungen, die durch die Angehörigen erbracht werden. Geringere Anteile finden sich nur im Erwachsenenalter bei der Unterstützung der Ernährung mit rund 40 bis 60 Prozent.

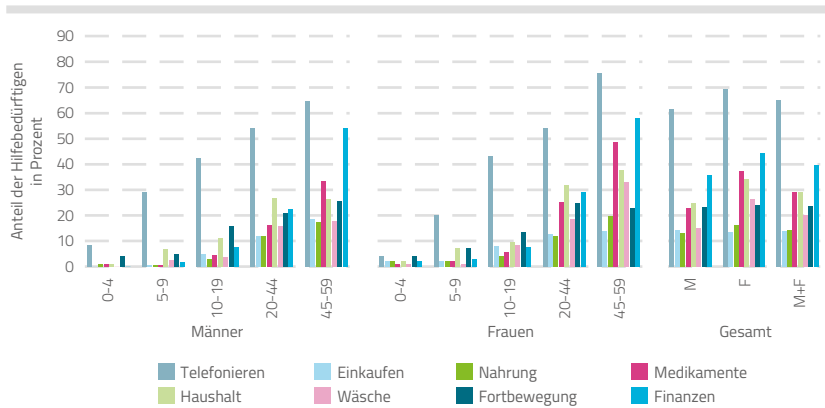
Abbildung 3.24: Häuslich versorgte junge Pflegebedürftige nach benötigter Hilfe bei ... nach Altersgruppen



Quelle: Mikrozensus 2003 (SUF)

Um zu ermitteln, in welchem Umfang Menschen mit einer Pflegebedürftigkeit und einem hohen Grad der Behinderung ihr Leben selbstständig gestalten können, wurden in der BARMER-Versichertenbefragung 2017 die instrumentellen Aktivitäten (IADL) nach Lawton und Brody (1969) abgefragt. Dazu gehören die Nutzung des Telefons, das Einkaufen, die Nahrungszubereitung, die Medikamenteneinnahme, die Haushaltsführung, die Wäsche, die Nutzung von Transportmitteln und die Erledigung finanzieller Angelegenheiten. Sofern eine gewisse Selbstständigkeit gelebt wird, wird ein Punkt vergeben; insgesamt sind in der Erfassung der IADL somit acht Punkte erreichbar. Männer benötigten in der Zeit der Entwicklung dieses Messinstruments aufgrund der traditionellen Rollenverteilung in der Regel weniger Punkte als Frauen (Lawton und Brody 1969: 182). Frauen wurden daher mit acht Punkten als vollständig befähigt in der Bewältigung der Alltagsangelegenheiten angesehen; für Männer reichten bereits fünf Punkte. Bis heute haben sich die Rollenbilder zwar deutlich gewandelt, doch sind auch heute noch geschlechtsspezifische Anteile in der Verrichtung der alltäglichen Dinge erhalten.

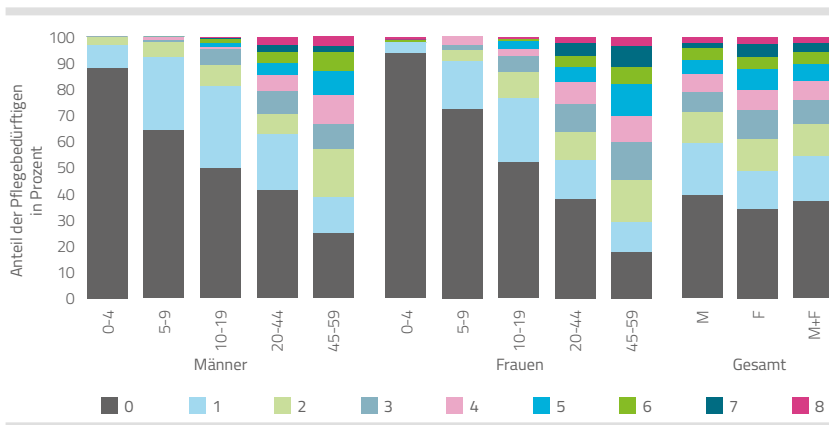
Abbildung 3.25: Eigenständige Verrichtung einzelner alltäglicher Dinge (IADL) nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

Generell steigt bei den jungen Pflegebedürftigen mit dem Alter auch die Fähigkeit zur Verrichtung einzelner alltäglicher Dinge (Abbildung 3.25). Während naturgemäß der Anteil der Kinder mit entsprechenden Fähigkeiten in allen Belangen (außer bei der Nutzung des Telefons) sehr gering ist, steigen die Anteile unter den erwachsenen Pflegebedürftigen, die die einzelnen Aktivitäten zumindest in Teilen verrichten können, in der Regel bis auf etwa 20 Prozent oder höher an. Insgesamt sehr ausgeprägt ist die Fähigkeit zur Nutzung des Telefons. Von allen jungen Pflegebedürftigen sind deutlich über 50 Prozent in der Lage, das Telefon zu nutzen. Aus der ältesten Altersgruppe kann mehr als die Hälfte der Befragten ihre finanziellen Angelegenheiten selbstständig regeln, und ein Großteil kann zudem die notwendigen Medikamente eigenständig einnehmen. Dennoch bleibt in fast allen Belangen und in jeder Altersgruppe der überwiegende Teil auf Hilfe angewiesen.

Abbildung 3.26: Fähigkeiten bei der Verrichtung alltäglicher Dinge - Summenscore des IADL nach Altersgruppen und Geschlecht



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

Die Abbildung 3.26 verdeutlicht noch einmal in Summe, wie viele der acht Tätigkeiten von den Pflegebedürftigen selbstständig ausgeführt werden können. Im Kindesalter ist die Zahl naturgegeben sehr gering. Aber auch im Alter von zehn bis unter 20 Jahren ist nur rund jeder Zweite in der Lage, mindestens eine der Verrichtungen selbstständig

durchzuführen. Im Alter von 45 bis unter 60 Jahren sind immerhin über 40 Prozent der Männer und über 50 Prozent der Frauen in der Lage, mindestens drei Verrichtungen selbstständig zu erledigen, während diese Raten für mindestens fünf Tätigkeiten bei insgesamt etwa 20 Prozent (Frauen) beziehungsweise rund 15 Prozent (Männer) liegen. Frauen sind dem Rollenbild entsprechend gerade in den höheren Altersgruppen zu mehr Ausführungen alltäglicher Dinge befähigt.

3.2.5 Pflegeverläufe

Nicht nur die Inzidenzen (Kapitel 3.2.3) haben für die jungen Menschen einen U-förmigen Verlauf mit dem Alter, sondern auch die Prävalenzen (Kapitel 3.2.1). Es stellt sich somit die Frage, ob die jüngsten Pflegebedürftigen so schnell versterben, dass es zu der abnehmenden Prävalenz zum jungen Erwachsenenalter kommt oder ob die jüngsten Pflegebedürftigen wieder aus dem Leistungsbezug ausscheiden. Wie hoch die Anteile der Versterbenden und der Ausscheidenden in den verschiedenen Altersgruppen sind, beschreibt das Kapitel 3.2.5.1. Das Kapitel 3.2.5.2 beschreibt zusätzlich, bei welchen Erkrankungen eine Beendigung der Pflegebedürftigkeit oder ein zeitnahes Versterben häufiger ist. Im Kapitel 3.2.5.3 werden zudem auch die Übergänge zwischen den verschiedenen Pflegearrangements und in Kapitel 3.2.5.4 die Übergänge zwischen den verschiedenen Pflegestufen beschrieben.

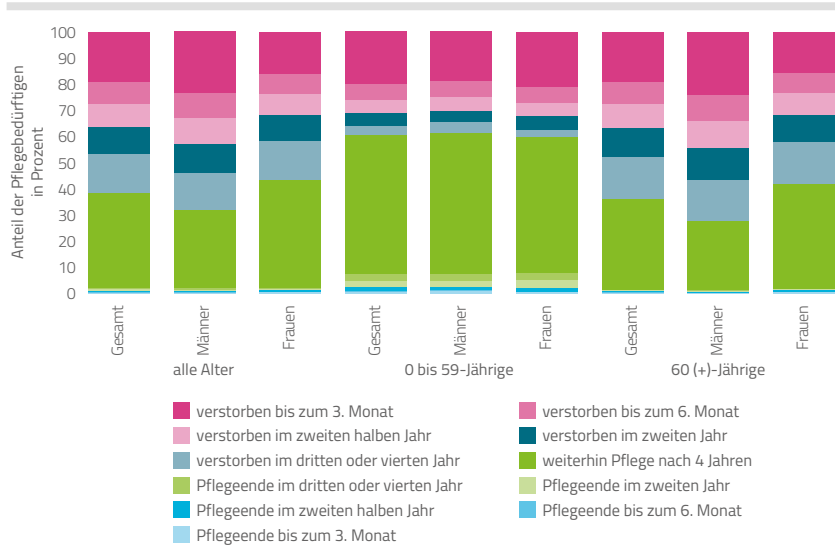
3.2.5.1 Beendigung der Pflegebedürftigkeit oder Tod

In welchem Umfang die Pflegebedürftigkeit durch die Reversibilität oder durch den Tod beendet wird, wird im Folgenden anhand zweier unterschiedlicher Methoden dargestellt. Zum einen wird die Eintrittskohorte des Jahres 2011 über 48 Monate beobachtet und die Verteilung der Dauer in Pflegebedürftigkeit bis zum Austritt oder bis zum Tod betrachtet (Abbildung 3.27 und 3.28). Zum anderen wird für die gesamten erfassbaren Monate in Pflegebedürftigkeit der Jahre 2011 bis 2015 der Zustand im jeweiligen Folgemonat – also die monatliche Austritts- beziehungsweise Sterbewahrscheinlichkeit – erfasst (Abbildung 3.29).

Die Wahrscheinlichkeit, den Zustand der Pflegebedürftigkeit zu verlassen, ist bei den jungen Pflegebedürftigen weitaus größer als bei den älteren Pflegebedürftigen

(Abbildung 3.27). Rund acht Prozent der jungen Pflegebedürftigen treten im Verlauf von vier Jahren aus diesem Zustand aus. Von den alten Pflegebedürftigen, die 60 Jahre und älter sind, gelingt das nur rund 1,5 Prozent.

Abbildung 3.27: Pflegedauern nach Inzidenz im Jahr 2011 im Vergleich mit den älteren Pflegebedürftigen

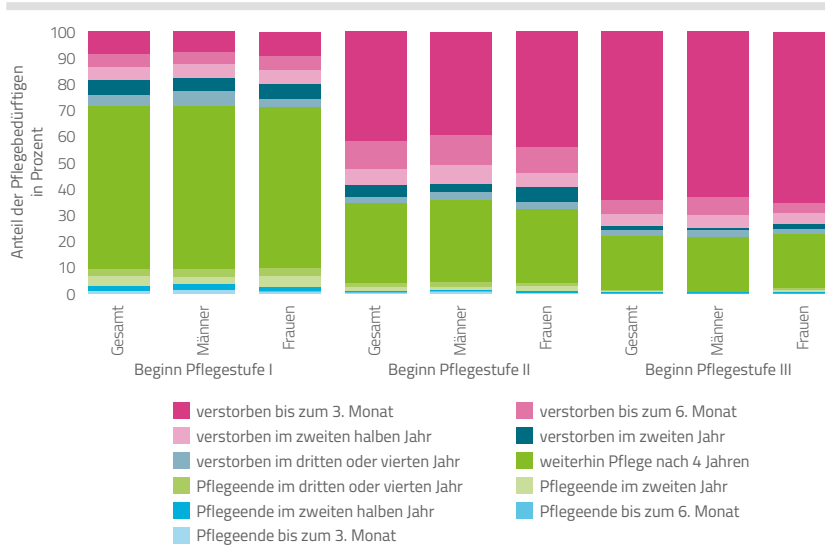


Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik 2011

Insgesamt dauert die Pflegebedürftigkeit für die jungen Pflegebedürftigen deutlich länger an als für die älteren Pflegebedürftigen. In der Summe sind von den Älteren nach vier Jahren etwa 64 Prozent, von den Jüngeren aber nur rund 40 Prozent verstorben.

Während bei den älteren Pflegebedürftigen eindeutige Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu erkennen sind, zeigen sich diese Geschlechterunterschiede bei den jüngeren Pflegebedürftigen nicht. Dies liegt an der unterschiedlichen Altersverteilung bei den älteren pflegebedürftigen Männern und Frauen. Dagegen ist die Altersverteilung bei den jungen Pflegebedürftigen beider Geschlechter viel ähnlicher.

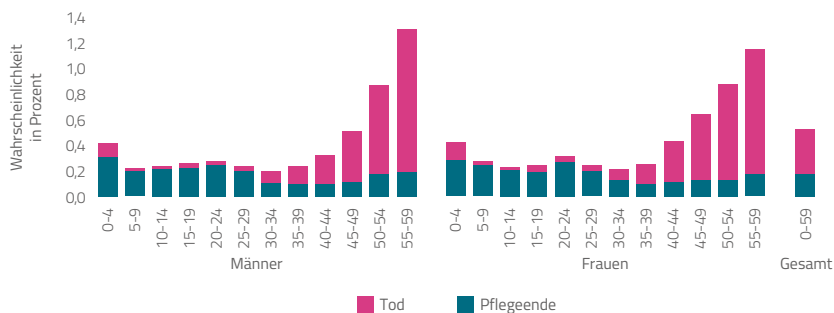
Abbildung 3.28: Dauer der Pflegebedürftigkeit bei jungen Menschen (0 bis 59 Jahre) bei Inzidenz im Jahr 2011 nach Eintrittspflegestufe



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

Ausschlaggebend für die Dauer in Pflegebedürftigkeit beziehungsweise die Überlebenszeit ist auch die Eintrittspflegestufe. Von den jungen Pflegebedürftigen, die mit Pflegestufe I beginnen, scheiden knapp zehn Prozent innerhalb von vier Jahren wieder aus der Pflegebedürftigkeit aus. Von den Pflegebedürftigen, die mit Pflegestufe II oder Pflegestufe III beginnen, sind es nur rund vier Prozent beziehungsweise 1,3 Prozent. Auf der anderen Seite versterben von den Pflegebedürftigen, die mit Pflegestufe I in die Pflege eintreten, nur knapp 29 Prozent als Pflegebedürftige innerhalb von vier Jahren. Beginnt die Pflege in der Pflegestufe II, versterben in diesem Zeitfenster knapp 66 Prozent und bei einem Pflegebeginn in der Pflegestufe III sogar knapp 78 Prozent. Die meisten Pflegebedürftigen, die mit Pflegestufe III starten, sind sogar schon innerhalb der ersten drei Monate nach ihrem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit verstorben (Abbildung 3.28).

Abbildung 3.29: Wahrscheinlichkeit, im nächsten Monat verstorben zu sein oder aus dem Leistungsbezug ausgetreten zu sein



Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik 2011 bis 2015
Anmerkung: ohne Monate mit nachfolgendem Kassenwechsel

viele Pflegeaustritte bei
jungen Erwachsenen,
Sterberate bis 30 Jahre
gering

Die Abbildung 3.29 verdeutlicht die Unterschiede im Ausstieg aus der Pflegebedürftigkeit zwischen den Altersgruppen. Gerade im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter gibt es sehr hohe Raten von Personen, die die Pflegebedürftigkeit wieder beenden. Die Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen – nach der sich der deutliche Rückgang in der Prävalenz einstellt (Kapitel 3.2.1) – weist entsprechend die höchste Austrittsrate auf. Nur im Alter von null bis zu einem Jahr ist bei den Kindern eine monatliche Sterberate von 0,1 bis 0,2 Prozent zu finden. In den darauffolgenden Jahren der Kindheit und des jungen Erwachsenenalters bleiben die Sterberaten jedoch klar unter diesem Wert. Erst ab der Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen steigt die Sterberate wieder deutlich an.

Bis zur Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen ist der Austritt aus dem Leistungsbezug somit weniger auf die Todesfälle zurückzuführen als vielmehr vor allem darauf, dass die Pflegebedürftigkeit nicht länger vorliegt. So sind im Zeitraum von 2011 bis 2015 in der Gruppe der 0- bis 29-Jährigen insgesamt 2.542 Wechsel vom Leistungsbezug in den Nicht-Leistungsbezug zu verzeichnen. Davon gehen 2.150 (entspricht 85 Prozent) auf die Beendigung der Pflegebedürftigkeit zurück, aber nur 392 (entspricht 15 Prozent) auf den Tod.

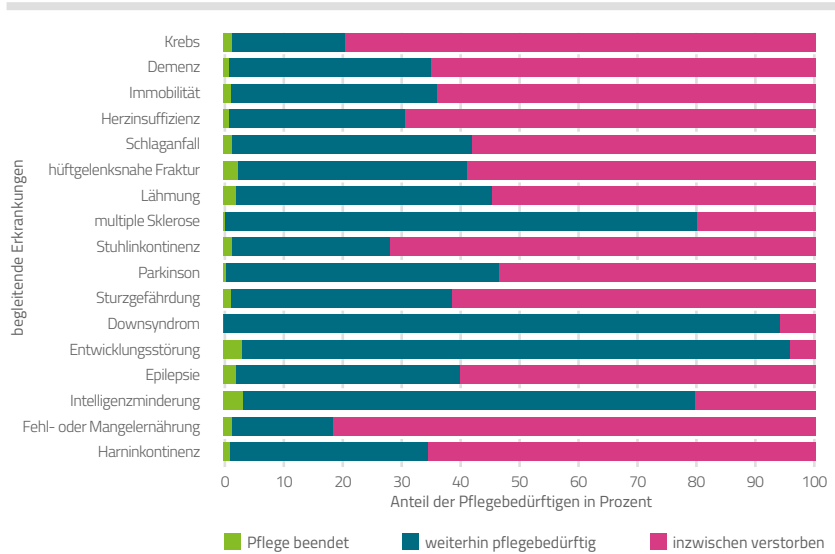
3.2.5.2 Beendigung der Pflegebedürftigkeit oder Tod nach Erkrankungen

Im Kapitel 3.2.4.1 wurde schon dargestellt, dass mit verschiedenen Altersstufen auch verschiedene Erkrankungen verbunden sind, die die Pflegebedürftigkeit einleiten oder begleiten. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit sich die Austritts- und Überlebenswahrscheinlichkeiten voneinander unterscheiden, wenn beim Pflegeeintritt unterschiedliche Erkrankungen vorliegen. Bei welchen zugrunde liegenden Erkrankungen ist eher mit einer Beendigung zu rechnen und bei welcher Erkrankung verstirbt ein größerer Anteil innerhalb einer gegebenen Zeitspanne?

Zu beachten ist bei dieser Frage, dass es altersspezifische Sterberaten gibt (Abbildung 3.29), die in der Interpretation der Sterberaten nach Erkrankungen berücksichtigt werden müssen. Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung und das Downsyndrom sind aber allesamt Erkrankungen, die in den höheren Altersgruppen seltener als pflegebegründend auftreten, in denen sich aber auch hohe Sterberaten zeigen. Trotzdem finden sich für diese drei Erkrankungen unterschiedliche Wahrscheinlichkeiten, innerhalb von 48 Monaten die Pflegebedürftigkeit zu beenden oder zu versterben (Abbildung 3.31). Während bei den Pflegebedürftigen mit Downsyndrom keine Beendigung der Pflegebedürftigkeit zu erwarten ist, ist in diesem Zeitfenster bei drei Prozent der Pflegebedürftigen mit einer Entwicklungsstörung und bei vier Prozent der Pflegebedürftigen mit einer Intelligenzminderung eine Beendigung der Pflegebedürftigkeit zu verzeichnen.

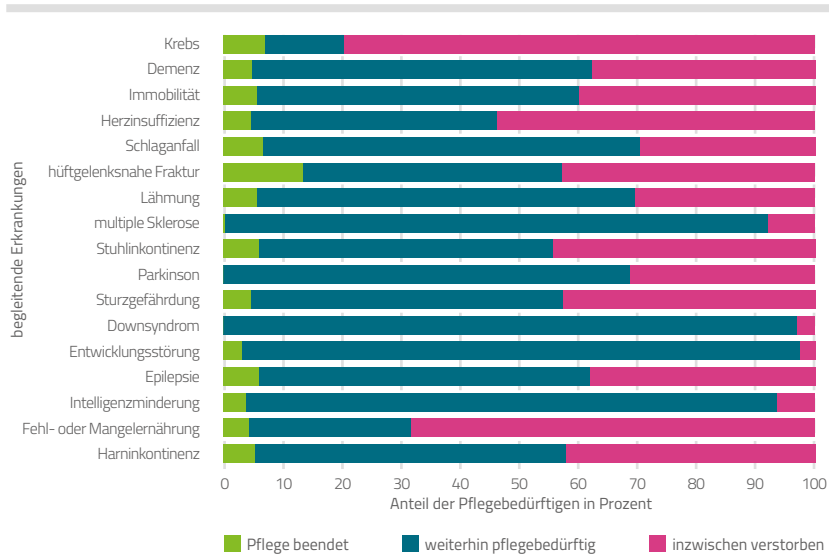
Bei Krebs, Lähmungen, Schlaganfall, multipler Sklerose oder Parkinson, die überwiegend erst oder sehr verstärkt in der ältesten Altersgruppe die Pflegeinzidenz begründen, gibt es ebenfalls Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit, die Pflege zu beenden. Bei Krebs oder einem Schlaganfall wird in sieben Prozent der Fälle die Pflegebedürftigkeit innerhalb der folgenden 48 Monate wieder beendet (Abbildung 3.31). Auch bei Lähmungen kommt es noch in sechs Prozent der Fälle zu einem Pflegeaustritt. Anders sieht es bei Parkinson oder multipler Sklerose aus. Wenn der Pflegeeintritt mit diesen Erkrankungen verbunden ist, findet eine Beendigung der Pflegebedürftigkeit praktisch nicht mehr statt. Auf der anderen Seite liegt der Anteil der Verstorbenen bei multipler Sklerose im Zeitfenster von 48 Monaten nur bei acht Prozent, während er bei den Krebskranken bei 80 Prozent liegt.

Abbildung 3.30: Zustand nach 48 Monaten nach Pflegeinzidenz im Jahr 2011 nach begleitenden Erkrankungen bei allen Pflegebedürftigen (alle Altersgruppen)



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

Abbildung 3.31: Zustand nach 48 Monaten nach Pflegeinzidenz im Jahr 2011 nach begleitenden Erkrankungen bei jungen Pflegebedürftigen (Alter 0 bis 59)



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

Die Altersabhängigkeit der Sterberaten wird im Vergleich der jungen Pflegebedürftigen (Abbildung 3.31) zur Gesamtheit der Pflegebedürftigen (Abbildung 3.30) deutlich: Für jüngere Pflegebedürftige lassen sich bei gleichen begleitenden Erkrankungen und Einschränkungen in aller Regel längere Überlebenszeiten feststellen. Eine Ausnahme bilden hierbei allerdings die Krebserkrankungen. Liegt eine Krebserkrankung bei der Pflegeinzidenz vor, liegt der Anteil der Überlebenden insgesamt und ebenso bei den jungen Pflegebedürftigen nach 48 Monaten bei nur etwa 20 Prozent. Die Wahrscheinlichkeit, die Pflegebedürftigkeit wieder zu beenden, ist in der Gesamtpopulation der Pflegebedürftigen mit gleicher Erkrankung jeweils geringer als in der Teilgruppe der jungen Pflegebedürftigen. Unabhängig von der Erkrankung, die die Inzidenz begleitet, wird also mit höherem Alter ein Pflegeaustritt unwahrscheinlicher.

3.2.5.3 Übergänge in andere Pflegearrangements

Die eingangs gewählte Art der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit kann sich auch ändern. Innerhalb der Pflegeverläufe kann ein Wechsel vom reinen Bezug des Pflegegeldes zur formell-ambulanten Pflege stattfinden (Pflegesachleistung, Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege oder Verhinderungspflege im Monat) oder ein Umzug in ein Pflege- oder Behindertenheim stattfinden. Ebenso kann ein Wechsel zwischen diesen Pflegearrangements oder zurück zum ausschließlichen Bezug von Pflegegeld erfolgen. In diesem Kapitel soll nun der Frage nachgegangen werden, aus welchen Pflegearrangements häufig gewechselt wird und wohin diese Wechsel oft erfolgen.

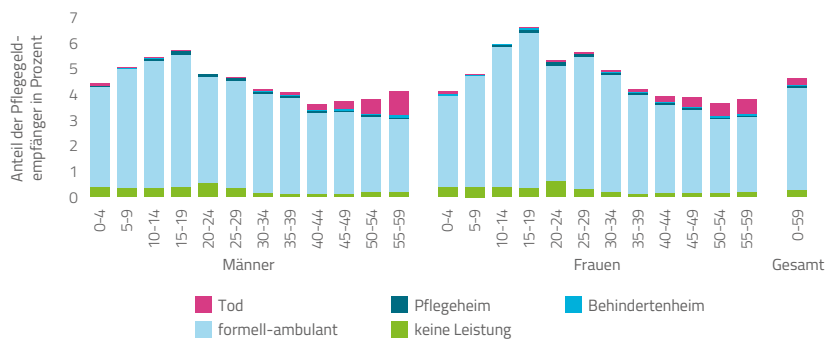
Aktuelles Pflegearrangement bleibt i. d. R. erhalten, Wechsel nach Bedarf.

Ein jeweils aktuelles Pflegearrangement bleibt für junge Pflegebedürftige in den meisten Fällen auch im jeweiligen Folgemonat erhalten. Die Abbildungen 3.32 bis 3.34 zeigen für die Pflegearrangements, also für den ausschließlichen Bezug von Pflegegeld (Abbildung 3.32), für die formell-ambulante Pflege (Abbildung 3.33) und für das Pflegeheim (vollstationäre Dauerpflege) (Abbildung 3.34), in welchem Umfang und in welche Richtung dennoch Wechsel stattfinden.⁵

Mehr als 95 Prozent der Pflegebedürftigen eines Monats mit ausschließlichem Bezug von Pflegegeld beziehen auch im Folgemonat nur Pflegegeld. Bis zum Alter von 35 bis 39 Jahren ist die Wahrscheinlichkeit, im Folgemonat nicht mehr pflegebedürftig zu sein, größer als die Sterberate, in höherem Alter kehrt sich dieses Verhältnis um. Die meisten Wechsel aus dem Eingangspflegearrangement finden in die formell-ambulante Pflege statt. Diese Wechselquoten liegen je nach Altersgruppe und Geschlecht zwischen rund drei und sechs Prozent. Ein Wechsel in Behindertenheime oder in die vollstationäre Dauerpflege (jeweils 0,0 bis 0,1 Prozent) ist im Folgemonat hingegen sehr selten (Abbildung 3.32).

⁵ Die Pflege in Behinderteneinrichtungen wird im Kapitel 3.2.6.2 behandelt.

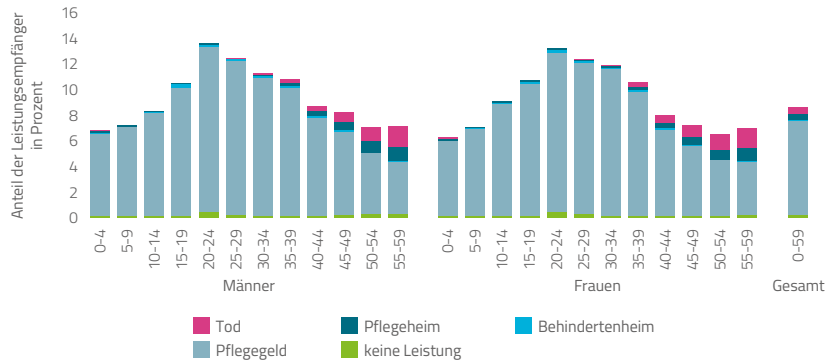
Abbildung 3.32: Anteil der jungen Pflegegeldempfänger (0 bis 59 Jahre) eines Monats mit einem Wechsel im Folgemonat in ein anderes Pflegearrangement



Quelle: BARMER-Daten 2011 bis 2015

Ähnlich gestalten sich die Wechselwahrscheinlichkeiten ausgehend von der formell-ambulanten Pflege (Abbildung 3.33). Die Wahrscheinlichkeit, dass im Folgemonat das gleiche Pflegearrangement umgesetzt wird, liegt je nach Altersgruppe bei etwa 86 bis 93 Prozent. Der Fall, dass im Folgemonat wegen der Revision der Pflegebedürftigkeit keine Leistungen mehr aus der Pflegeversicherung bezogen werden, ist deutlich seltener als bei den Pflegegeldbeziehern. Die Wahrscheinlichkeit liegt hier nur noch bei 0,1 bis 0,4 Prozent, ist damit bis zur Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen aber immer noch höher als die Sterberate. Die meisten Wechsel erfolgen in ein Arrangement mit ausschließlichem Pflegegeldbezug. Die häusliche Pflege wird also in der Regel beibehalten. In den höheren Altersgruppen zeigen sich aber auch leicht erhöhte Übergangsraten in die vollstationäre Dauerpflege. Während diese Rate in den jüngeren Altersgruppen durchgängig bei nur etwa 0,1 Prozent liegt, steigt sie auf rund ein Prozent bei den Männern und ein Prozent bei den Frauen im Alter von 55 bis 59 Jahren. Mit zunehmendem Alter steigt demzufolge die Wahrscheinlichkeit, nach der formell-ambulanten Pflege in die vollstationäre Pflege zu wechseln. Trotz dieser erhöhten Übergangsrate, die im Vergleich zu den Raten aus dem Pflegegeldbezug in die vollstationäre Pflege festzustellen ist, sind die Sterberaten in beiden Pflegearrangements recht ähnlich.

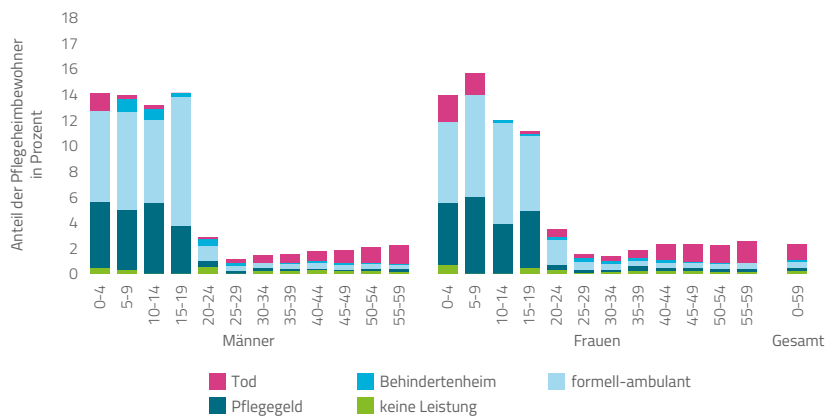
Abbildung 3.33: Anteil der jungen Leistungsempfänger (0 bis 59 Jahre) bei Pflegediensten eines Monats mit einem Wechsel im Folgemonat in ein anderes Pflegearrangement



Quelle: BARMER-Daten 2011 bis 2015

Besonders unterschiedlich sind die Übergangsraten aus der vollstationären Pflege heraus. Hierzu sind in bisherigen Berichterstattungen zumeist sehr stabile Verläufe bekannt. Wer einmal vollstationär gepflegt wird, wird es in der Regel auch bis zum Tod (Rothgang et al. 2010b: 142ff.; 2011: 164). Dieses Phänomen zeigt sich auch bei den jungen Pflegebedürftigen ab dem mittleren Alter (Abbildung 3.34) – es kommt häufiger vor, dass Personen sterben, als dass Personen in andere Pflegearrangements wechseln. Deutlich häufiger erfolgt allerdings ein Wechsel aus der vollstationären Dauerpflege im Kindesalter. Hier liegt die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels in ein anderes Pflegearrangement zwischen 10 und 14 Prozent pro Monat. Zwar sind die Häufigkeiten von vollstationärer Dauerpflege im Kindesalter insgesamt sehr gering (Abbildung 3.3), wenn es jedoch dazu kommt, wird dieser Zustand auch schnell wieder geändert. Das Pflegeheim scheint damit kein Ort zu sein, an dem Kinder dauerhaft versorgt werden.

Abbildung 3.34: Anteil der jungen Pflegeheimbewohner (0 bis 59 Jahre) eines Monats mit einem Wechsel im Folgemonat in ein anderes Pflegearrangement

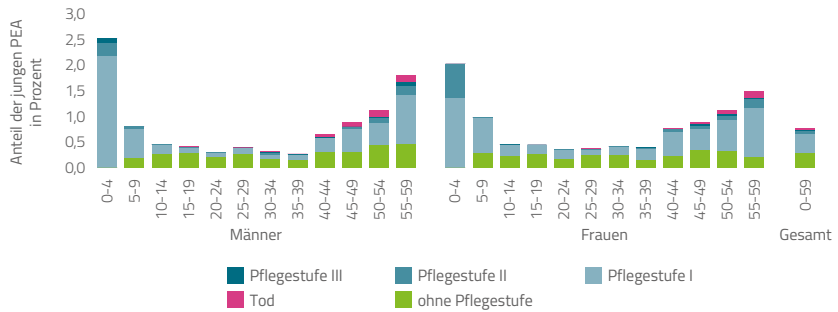


Quelle: BARMER-Daten 2011 bis 2015

3.2.5.4 Übergänge in andere Pflegestufen

Bei Betrachtung der Gesamtheit oder nur der älteren Pflegebedürftigen stellt sich der weit überwiegende Teil der Veränderung als Intensivierung der Pflegebedürftigkeit dar (Rothgang et al. 2009: 156). Dies ist bei jungen Pflegebedürftigen anders. Zwar sind die monatlichen Übergangsraten von der Pflegestufe 0 in die Pflegestufe I im jüngsten Kindesalter mit über zwei Prozent noch sehr hoch, sie sinken dann aber, sodass in den Altersgruppen der Zehn- bis 14-Jährigen bis zu den 25- bis 29-Jährigen der Anteil der jungen Pflegebedürftigen, die aus der Leistungsberechtigung austreten, größer ist als der Anteil derer, die in eine höhere Pflegestufe wechseln (Abbildung 3.35). Auch in höheren Altersgruppen bleibt die Austrittsrate mit bis zu 0,4 Prozent pro Monat sehr hoch, allerdings steigen die Anteile mit Übergängen in höhere Pflegestufen wieder deutlich an.

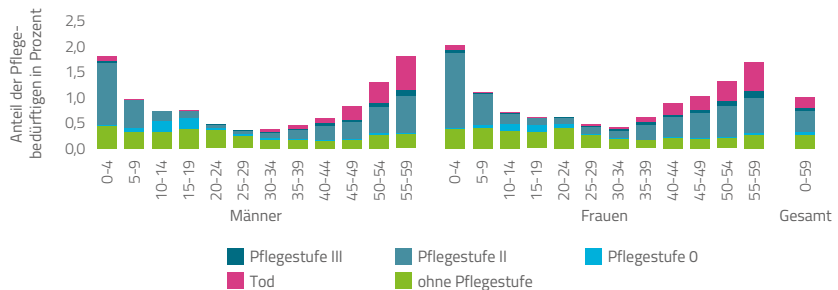
Abbildung 3.35: Anteil der jungen PEA mit Pflegestufe 0 eines Monats mit einem Wechsel im Folgemonat in eine andere Pflegestufe



Quelle: BARMER-Daten 2011 bis 2015

Ähnliche Tendenzen zeigen sich auch ausgehend von der Pflegestufe I. Eine Herabstufung auf die Pflegestufe 0 oder der Austritt aus der Leistungsberechtigung ist in den Altersgruppen der Zehn- bis 14-Jährigen bis zu den 25- bis 29-Jährigen häufiger als eine Höherstufung (Abbildung 3.36). Anschließend steigt die Wahrscheinlichkeit einer Höherstufung mit den Altersgruppen allerdings an. Im Vergleich zu den PEA mit der Pflegestufe 0 wird es in den höheren Altersgruppen deutlich wahrscheinlicher, in der Pflegestufe I zu versterben.

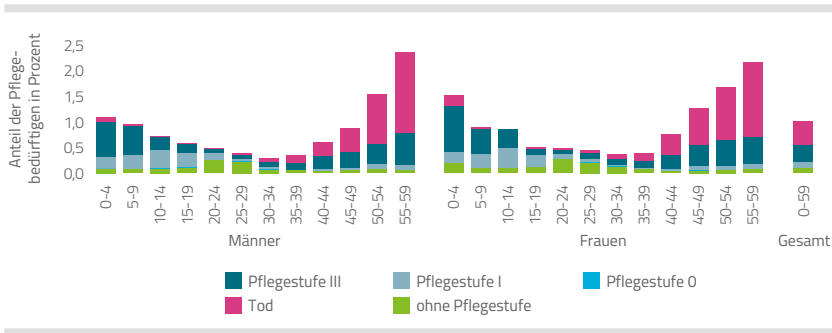
Abbildung 3.36: Anteil der jungen Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I eines Monats mit einem Wechsel im Folgemonat in eine andere Pflegestufe



Quelle: BARMER-Daten 2011 bis 2015

Eine Herabstufung aus der Pflegestufe II oder der Austritt aus der Leistungsberechtigung ist in den besagten Altersgruppen ebenfalls häufiger der Fall als eine Höherstufung (Abbildung 3.37). Die Wahrscheinlichkeit, im nächsten Monat zu versterben, ist aber insgesamt, vor allem in den älteren Altersgruppen, noch ausgeprägter als bei der Pflegestufe I. Während es in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen in der Pflegestufe 0 nur 0,1 Prozent pro Monat sind, die versterben, und in der Pflegestufe I rund 0,6 Prozent, so versterben in dieser Altersgruppe in der Pflegestufe II schon 1,5 Prozent der Pflegebedürftigen im folgenden Monat.

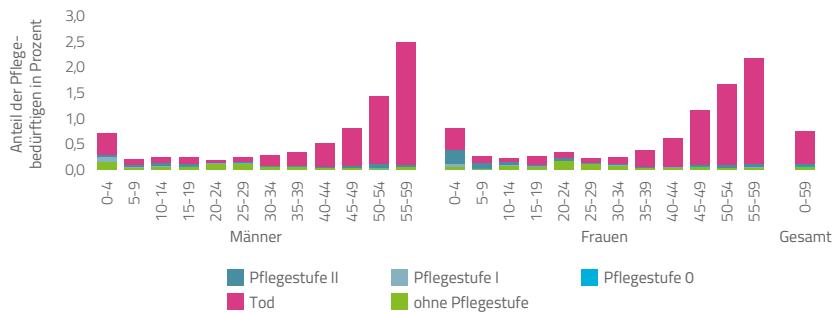
Abbildung 3.37: Anteil der jungen Pflegebedürftigen mit Pflegestufe II eines Monats mit einem Wechsel im Folgemonat in eine andere Pflegestufe



Quelle: BARMER-Daten 2011 bis 2015

Noch einmal deutlich höher ist die Sterberate in der Pflegestufe III (Abbildung 3.38). In der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen versterben im Folgemonat 2,4 Prozent der männlichen und 2,1 Prozent der weiblichen Pflegebedürftigen. Insgesamt liegt die Sterberate in der Gruppe der jungen Pflegebedürftigen bei 0,6 Prozent. Höherstufungen aus der Pflegestufe III kann es nicht mehr geben, doch auch der Anteil der Herabstufungen oder Austritte aus dem Leistungsbezug ist in der Pflegestufe III weitaus geringer als aus den Pflegestufen 0 bis II. Insgesamt gibt es in den Pflegestufen 0 und I jeweils einen monatlichen Anteil von 0,3 Prozent mit Herabstufungen oder Austritten, in Pflegestufe II einen Anteil von 0,2 Prozent, in der Pflegestufe III jedoch nur noch einen Anteil von 0,1 Prozent. Je höher die erreichte Pflegestufe ist, desto wahrscheinlicher ist also ein sich verschlechternder Zustand.

Abbildung 3.38: Anteil der jungen Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III eines Monats mit einem Wechsel im Folgemonat in eine andere Pflegestufe



Quelle: BARMER-Daten 2011 bis 2015

Besonders auffällig sind die hohen Veränderungsraten der Pflegestufen bei den jüngsten Kindern. Bei den 0- bis Vierjährigen gibt es sehr viel mehr Veränderungen als bei den älteren Kindern oder den jungen Erwachsenen. Zumeist handelt es sich dabei um Höherstufungen, aber auch die Sterberate ist in diesem Alter größer als im späteren Kindes- oder jungen Erwachsenenalter. Auch das schon aus der Betrachtung der älteren Pflegebedürftigen bekannte Phänomen steigender Sterberaten und wachsender Anteile von Höherstufungen mit dem Alter fällt hier auf.

Korrelation mit den
Ergebnissen der
Wiederholungs-
begutachtungen
des MDK Bayern

Das Besondere bei den Wechseln der Pflegestufen ist aber ein Effekt, der sich im Alter von 10 bis 29 Jahren zeigt: Die Anteile der Herabstufungen und Austritte aus dem Leistungsbezug fallen insgesamt höher aus als die Anteile der Höherstufungen. Dieses Ergebnis korreliert auch mit den Ergebnissen, zu denen der MDK Bayern bei der Analyse von Wiederholungsbegutachtungen kam. Der MDK Bayern hat 3.245 Wiederholungsbegutachtungen auf die Veränderung der Pflegestufe bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren untersucht. Verschlechtert (ausgedrückt in einer höheren Pflegestufe als zuvor) hat sich der Zustand in sieben Prozent der Fälle – genauso häufig wie auch eine niedrigere Pflegestufe festgestellt wurde. Bei 14 Prozent der begutachteten Kinder lag keine Pflegebedürftigkeit mehr vor, und in 72 Prozent (n = 2.334) der Begutachtungen wurde die bestehende Pflegestufe bestätigt (Beck-Ripp und Dressel 2015: 408).

3.2.6 Leistungsempfänger in Behinderteneinrichtungen

Wie im Kapitel 3.2.4.2 dargestellt, hat ein Großteil der jungen Pflegebedürftigen einen anerkannten Grad der Behinderung (GdB) von 80 bis 100, woraus sich Leistungsansprüche nach SGB IX und SGB XI ergeben (Kapitel 3.1.5). Leben pflegebedürftige Menschen mit Behinderung in Einrichtungen, in denen die Teilhabe am Arbeitsleben und der Gesellschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (kurz: Pflege in Behinderteneinrichtungen), übernimmt die Pflegekasse zehn Prozent (maximal 266 Euro pro Monat) des vereinbarten Heimentgelts (§ 43 a SGB XI). Dabei muss der pflegebedürftige Mensch mit Behinderung Tag und Nacht, also vollstationär, untergebracht und gepflegt sein. Die häusliche Pflege mit einer Erwerbstätigkeit in einer Behindertenwerkstatt ist damit nicht gemeint.

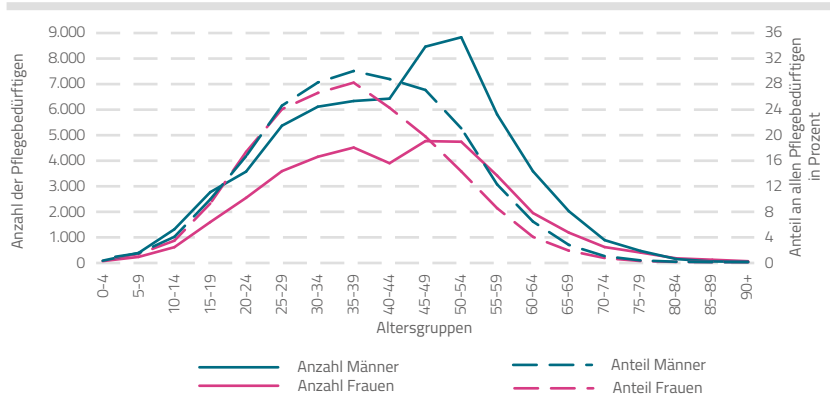
Im Folgenden wird dargestellt, wie häufig diese Leistung genutzt wird und wo diese Versorgungsart in der Pflegebiografie angesiedelt ist, das heißt in welche anderen Pflegearrangements aus dieser Versorgungsart heraus gewechselt wird. Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn die Integration in den Arbeitsmarkt aus Altersgründen nicht mehr möglich ist.

3.2.6.1 Quantitative Bedeutung der Pflege in Behinderteneinrichtungen

Die Pflege in Behinderteneinrichtungen ist eine Leistung, die fast ausschließlich von jungen Pflegebedürftigen genutzt wird. Diese Altersverteilung hängt damit zusammen, dass die Behinderteneinrichtungen auch den Zweck der beruflichen Integration und der schulischen (Weiter-)Bildung erfüllen. Für Menschen im nacherwerbsfähigen Alter müssen daher andere Pflegearrangements gefunden werden. Pflegebedürftige im höheren Alter werden in aller Regel nicht mehr in Behinderteneinrichtungen versorgt (Abbildung 3.39). Während die Versorgungsanteile in diesem Pflegearrangement im jüngeren bis mittleren Erwachsenenalter bei etwa 30 Prozent liegen, finden sich im höheren Alter von über 80 Jahren nicht einmal mehr 0,1 Prozent, die dieses Pflegearrangement nutzen. Insgesamt werden im Jahr 2016 rund 89.000 Pflegebedürftige im Alter von 0 bis 59 Jahren in Behinderteneinrichtungen versorgt, aber nur 11.000 im Alter von über 60 Jahren und davon die meisten im Rentenübergangsalter.

30 % im jüngeren bis
mittleren Erwachsenenalter
in Behinderteneinrichtung
gepflegt

Abbildung 3.39: Anzahl der Pflegebedürftigen in Behinderteneinrichtungen und Anteil an allen Pflegebedürftigen je Altersgruppe und Geschlecht

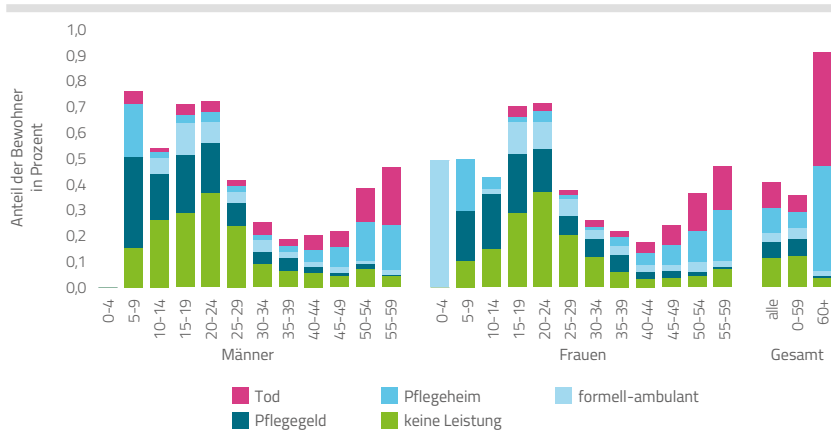


Quelle: BARMER-Daten 2016, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik

3.2.6.2 Was kommt nach der Behinderteneinrichtung? Übergang ins Rentenalter

In den jüngsten Altersgruppen ist der Anteil der Pflegebedürftigen in Behinderteneinrichtungen sehr gering (Abbildung 3.40). Wenn dennoch eine Versorgung in einer Behinderteneinrichtung stattfindet, kommt es sehr häufig zu einer Revision der Pflegebedürftigkeit oder aber zu einem Wechsel des Pflegearrangements – am häufigsten zur häuslichen Pflege mit ausschließlichem Bezug von Pflegegeld. Im jüngeren bis mittleren Erwachsenenalter sind die Wechsel- und Austrittswahrscheinlichkeiten weitaus geringer. Im fortgeschrittenen Erwachsenenalter gestaltet sich ein Wechsel des Pflegearrangements fast durchweg als Übergang in die vollstationäre Dauerpflege. Im Alter von 50 bis 59 Jahren tritt der Tod vergleichsweise häufig ein. In den Altersgruppen von 40 bis 64 Jahren geht die Prävalenz der Pflege in Behinderteneinrichtungen am stärksten zurück. In diesen Altersgruppen liegen die Wechselquoten zur vollstationären Pflege bei 0,1 bis 0,4 Prozent pro Monat. Die Sterbequoten liegen derweil bei 0,1 bis 0,3 Prozent pro Monat. Von denjenigen, die im Alter von über 60 Jahren noch in Behinderteneinrichtungen versorgt werden, versterben 0,4 Prozent im Folgemonat, und weitere 0,4 Prozent wechseln in ein Pflegeheim.

Abbildung 3.40: Anteil der Bewohner von Behinderteneinrichtungen eines Monats mit einem Wechsel im Folgemonat in ein anderes Pflegearrangement



Quelle: BARMER-Daten 2011 bis 2015

3.2.6.3 Inanspruchnahme anderer Leistungen von Pflegebedürftigen in Behinderteneinrichtungen

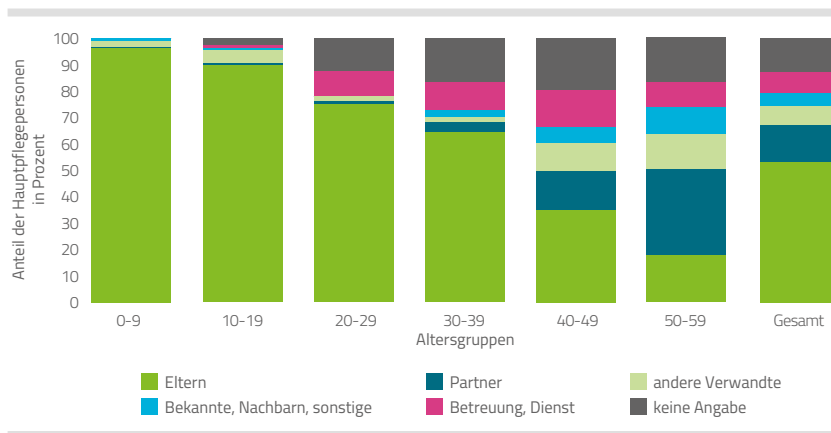
Der Aufenthalt in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen kann auch unterbrochen werden. Es ist beispielsweise möglich, das Wochenende zu Hause bei der Familie zu verbringen. Für solche Tage sind dann auch Leistungsansprüche wie das Pflegegeld oder Pflegesachleistungen, die Verhinderungspflege, die teilstationäre Pflege oder sogar die Kurzzeitpflege möglich. In den Monaten, in denen die Pflegebedürftigen in Behinderteneinrichtungen versorgt sind, werden diese anderen Leistungen aber insgesamt sehr selten in Anspruch genommen. Andere Leistungen wie die Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege werden während des Aufenthalts in Behinderteneinrichtungen fast gar nicht genutzt. Pflegesachleistungen und Pflegegeld kommen zuletzt nur in 0,1 Prozent beziehungsweise 0,4 Prozent der Monate mit Leistungen in Behinderteneinrichtungen vor. Nur die Verhinderungspflege wird in den Monaten mit Aufenthalt in einem Behindertenheim zu drei bis vier Prozent manchmal zusätzlich in Anspruch genommen – insbesondere bei der Versorgung von Pflegebedürftigen im Kindes- oder Jugendalter. Die Pflege in Einrichtungen der Hilfe für Behinderte ist somit ein eigenständiges Pflegearrangement, das sich inhaltlich deutlich von den anderen Pflegearrangements unterscheidet.

3.2.7 Pflegepersonen, Haushaltsgröße und Haushaltseinkommen

Um die Pflegesituation bei jungen Pflegebedürftigen weiter auszuleuchten, werden im Folgenden die Wohnbedingungen anhand der Haushaltsgröße, die überwiegende Lebensunterhaltsquelle der jungen Pflegebedürftigen und das Haushaltseinkommen betrachtet. Zunächst wird aber auf die Hauptpflegeperson(en) eingegangen.

Die Abbildung 3.41 zeigt diesbezüglich, dass weit über 90 Prozent der pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen (im Alter bis zu 19 Jahren) von ihren Eltern versorgt werden. Bei drei Prozent (0- bis Neunjährige) beziehungsweise fünf Prozent (Zehn- bis 19-Jährige) wird die Versorgung durch andere Verwandte gewährleistet. In diese Kategorie eingeschlossen sind auch Pflegeeltern. Im Erwachsenenalter ist der Anteil der Pflegebedürftigen, die durch ihre Eltern versorgt werden, zwar zunehmend rückläufig, liegt aber selbst in der Altersgruppe von 40 bis 49 Jahren noch bei mehr als einem Drittel. Besonders in den beiden höchsten Altersgruppen sind die Partnerpflege und die Versorgung durch andere Verwandte bedeutsamer. So liegt der Anteil der Partnerpflege bei den 50- bis 59-Jährigen bei etwa einem Drittel. Insgesamt werden aber mehr als die Hälfte der jungen Pflegebedürftigen von ihren Eltern gepflegt, die damit die größte Gruppe unter den Hauptpflegepersonen darstellen. Bei den Personen, die keine Angaben gemacht haben, findet die Versorgung oftmals in einer Wohngruppe oder einem Behindertenheim statt, sodass beruflich Pflegende die Rolle der Hauptpflegeperson einnehmen.

Abbildung 3.41: Hauptpflegeperson nach Alter der zu versorgenden Person



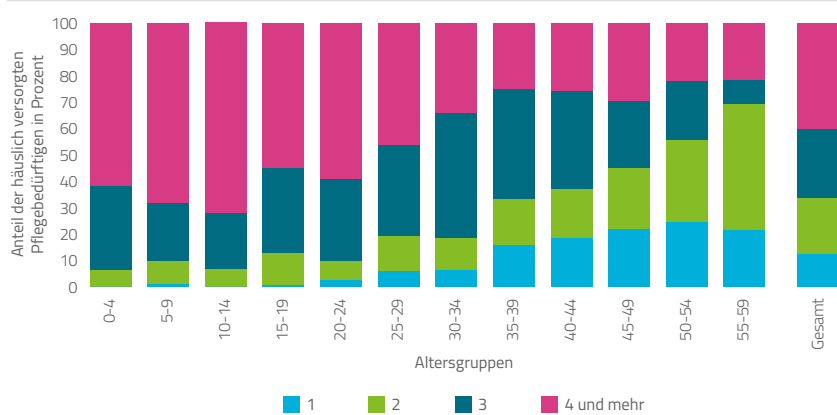
Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017

Die Verteilung der Haushaltsgrößen stellt sich in den verschiedenen Altersgruppen der jungen Pflegebedürftigen unterschiedlich dar (Abbildung 3.42). Erwartungsgemäß wohnen die 0- bis 19-jährigen Pflegebedürftigen nur in Ausnahmefällen allein. Sechs Prozent (0- bis Neunjährige) beziehungsweise zwölf Prozent (Zehn- bis 19-Jährige) dieser Altersgruppe leben in Haushalten mit zwei Personen, bei denen es sich vermutlich zum größten Teil um Haushalte mit einem alleinerziehenden Elternteil handelt. Hochgerechnet auf Deutschland sind das etwa 10.000 Pflegebedürftige, die in Alleinerziehenden-Haushalten leben. Im Kindes- und Jugendalter leben je nach Altersgruppe zwischen 21 Prozent (Zehn- bis 14-Jährige) und 32 Prozent (15- bis 19-Jährige) der Pflegebedürftigen in Haushalten mit drei Personen und 55 Prozent (15- bis 19-Jährige) bis 72 Prozent (Zehn- bis 14-Jährige) in den jüngsten Altersgruppen leben in Haushalten mit vier oder mehr Personen, in denen in der Regel auch Geschwister zur Sicherstellung der Versorgung beitragen können. Ab der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen steigt die Zahl der Ein- und Zwei-Personen-Haushalte an. Entsprechend gehen die Anteile, die auf Drei-, Vier- und Mehrpersonen-Haushalte entfallen, mit dem Alter zurück, da in den höheren Altersgruppen die Eltern seltener im gleichen Haushalt leben, sondern häufig die Partnerpflege in den Vordergrund tritt.

~ 10.000 Pflegebedürftige
in Alleinerziehenden-
Haushalten

Insgesamt leben zwölf Prozent der jungen Pflegebedürftigen in Ein-Personen-Haushalten, 22 Prozent in Haushalten mit zwei Personen, 26 Prozent in Drei-Personen-Haushalten und 40 Prozent in größeren Haushalten.

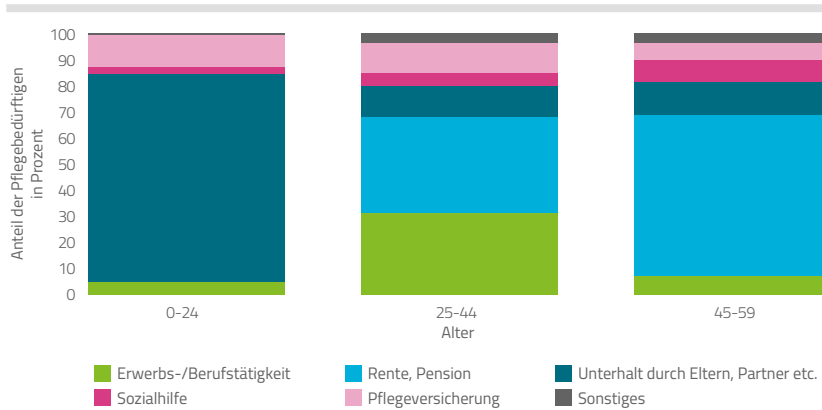
Abbildung 3.42: Häuslich versorgte junge Pflegebedürftige nach Haushaltsgröße 2017



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017

Die Abbildung 3.43 enthält die überwiegenden Quellen über die Sicherung des Lebensunterhalts junger Pflegebedürftiger. Bis zum Alter von 0 bis 24 Jahren dominiert der Unterhalt durch die Eltern. Die zweite, aber mit knapp zwölf Prozent anteilig deutlich geringer vertretene überwiegende Einkommensquelle stellen die Leistungen der Pflegeversicherung dar, insbesondere das Pflegegeld. In der Altersgruppe der 25- bis 44-Jährigen sind Renten mit knapp 37 Prozent die häufigste hauptsächliche Quelle für den Lebensunterhalt. Bei jedem dritten Pflegebedürftigen dieses Alters ist es aber das Einkommen aus einer eigenen Erwerbs- beziehungsweise Berufstätigkeit. Unterstützungsleistungen seitens der Eltern oder Partner sind mit knapp zwölf Prozent dagegen von geringerer Bedeutung. Schon bei den 25- bis 44-Jährigen sind Renten die meistgenannte Kategorie, und bei den 45- bis 59-Jährigen sind Renten für fast zwei Drittel der Befragten die überwiegende Quelle ihres Lebensunterhalts. Auch die Sozialhilfe gewinnt mit zunehmendem Alter an Bedeutung, wird aber auch in der höchsten Altersgruppe nur von weniger als neun Prozent als überwiegende Quelle des Lebensunterhalts genannt.

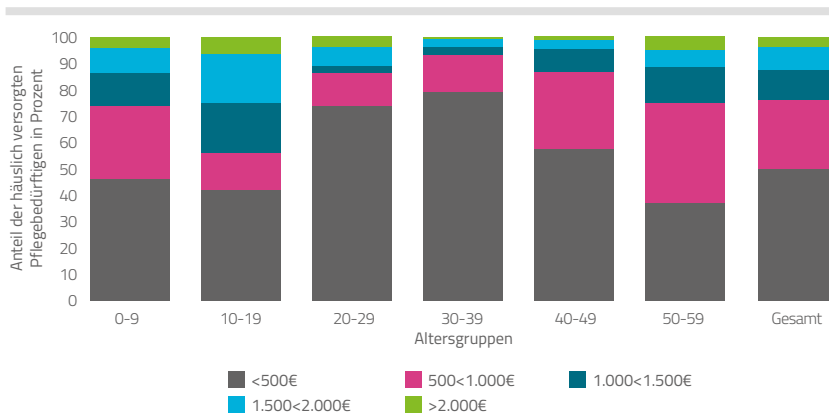
Abbildung 3.43: Häuslich versorgte junge Pflegebedürftige nach überwiegender Lebensunterhaltsquelle im Jahr 2003



Quelle: Mikrozensus 2003 (SUF)

Das Äquivalenzeinkommen – also das nach Haushaltszusammensetzung auf die Einzelperson heruntergewichtete Einkommen – ist in den Haushalten mit pflegebedürftigen Kindern am höchsten (Abbildung 3.44). Pflegebedürftige im Alter ab 20 Jahren leben sehr oft auch in eigenen Haushalten, in Wohngruppen oder Behinderteneinrichtungen. Das Erwerbseinkommen, das sie erzielen können, ist entsprechend der geringeren Erwerbsbeteiligung (Abbildung 3.43) kleiner. Besser situiert sind dann die Pflegebedürftigen im höheren Erwerbsalter durch eigene Rentenansprüche und mögliche bessere Einkommen ihrer Partner.

Abbildung 3.44: Monatliches Äquivalenzeinkommen häuslich versorgter junger Pflegebedürftiger 2017



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017

Anmerkung: Äquivalenzeinkommen berechnet nach der OECD-Äquivalenzskala: erste Person mit Gewicht 1, jede weitere Person über 14 Jahre mit Gewicht 0,5 und Kinder mit Gewicht 0,3. Das Äquivalenzeinkommen berechnet sich aus dem Haushaltseinkommen dividiert durch die Summe der Gewichte aller Haushaltsmitglieder.

3.3 Bedarf junger Pflegebedürftiger – Wunsch und Wirklichkeit

Zur Feststellung der Versorgungssituation und der Versorgungswünsche wurde im Frühjahr des Jahres 2017 eine Befragung von insgesamt 7.692 jungen Pflegebedürftigen durchgeführt, die bei der BARMER versichert sind. In die Auswertung eingeflossen sind die Befragungsergebnisse von 1.746 Pflegebedürftigen. Der Fokus der Befragung liegt darauf zu ermitteln, inwieweit sich die Lebens- und Versorgungssituation mit den Wünschen der Befragten decken und – insoweit Wunsch und Wirklichkeit auseinanderfallen – die Ursachen hierfür zu ermitteln. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Befragung wiedergegeben.

3.3.1 Wohnformen

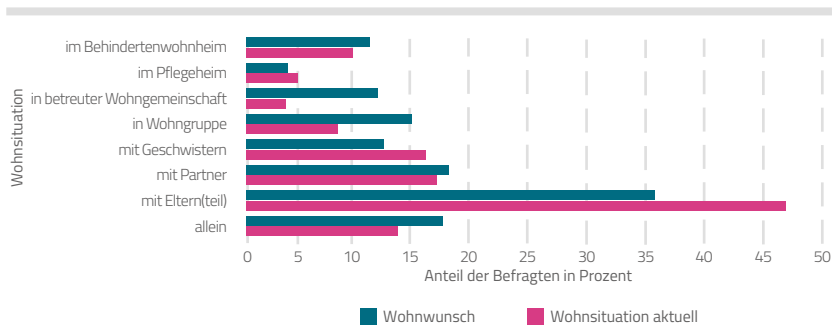
Üblicherweise wohnen jüngere pflegebedürftige Menschen mit ihren Eltern oder ihren Partnern zusammen oder wohnen sogar allein. Das Pflegeheim wird im Vergleich zu den älteren pflegebedürftigen Menschen von dieser Gruppe seltener genutzt. Neben diesen Wohnformen haben sich aber weitere durch die Pflegeversicherung unterstützte

Pflegeheime selten von jungen Pflegebedürftigen genutzt

Wohnformen, wie eine betreute Wohngemeinschaft oder eine Wohngruppe für Pflegebedürftige, etabliert. Auch in einem Behindertenwohnheim zu wohnen ist relativ häufig (Abbildung 3.45).

Die Verteilung der aktuellen Wohnformen entspricht aber nicht der Verteilung der gewünschten Wohnformen. Es leben mehr junge Pflegebedürftige bei ihren Eltern, mit Geschwistern oder im Pflegeheim als von den Pflegebedürftigen insgesamt gewünscht. So leben rund 48 Prozent der jüngeren Pflegebedürftigen mit ihren Eltern zusammen, obwohl nur etwa 36 Prozent dies wünschen. In Wohngruppen, betreuten Wohngemeinschaften, Behindertenwohnheimen, mit dem Partner oder alleine zu wohnen wird häufiger angestrebt als gelebt. Die Wohngruppe wird beispielsweise von 15 Prozent gewünscht, während nur rund acht Prozent der jungen Pflegebedürftigen in einer solchen wohnen. Insgesamt zeigt sich damit ein Wunsch zu mehr Eigenständigkeit und Eigenverantwortung, der aber bei der gegebenen Versorgungslandschaft nicht vollumfänglich realisiert werden kann.

Abbildung 3.45: Aktuelle Wohnsituation und Wohnwunsch



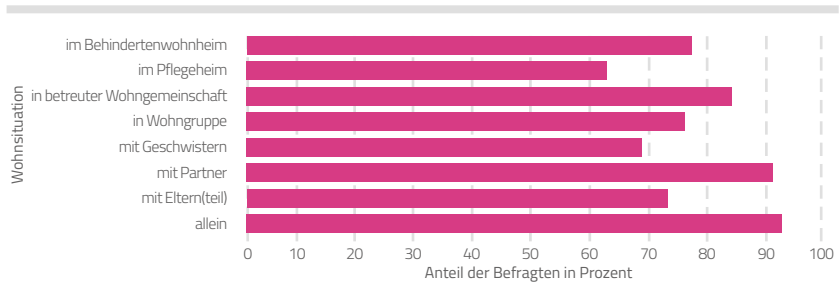
Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

Anmerkung: wegen Mehrfachangaben über 100 Prozent

In den meisten Fällen entspricht die aktuelle Wohnform jedoch der gewünschten Wohnform. Es wurde geäußert, die Situation soll so bleiben, oder die aktuelle Wohnform wurde explizit als Wunschwohnform angekreuzt (Abbildung 3.46). Der Wunsch nach

Stabilität äußert sich insbesondere bei Alleinlebenden und Paaren. Der Wunsch, in der aktuellen Wohnsituation zu verbleiben, wurde zudem in Behindertenwohnheimen, in betreuten Wohngemeinschaften und in Wohngruppen häufig ausgedrückt. Wenn die jungen Pflegebedürftigen noch mit den Eltern oder mit den Geschwistern zusammenleben, wird der Wunsch nach konstanten Wohnverhältnissen seltener geäußert. In einem Pflegeheim ist der Wunsch, die aktuellen Wohnverhältnisse beizubehalten, am geringsten.

Abbildung 3.46: Wunsch, dass die aktuelle Wohnsituation erhalten bleibt, nach aktueller Wohnsituation



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

häufig angestrebte

Wohnformen:

Wohngruppen, betreute

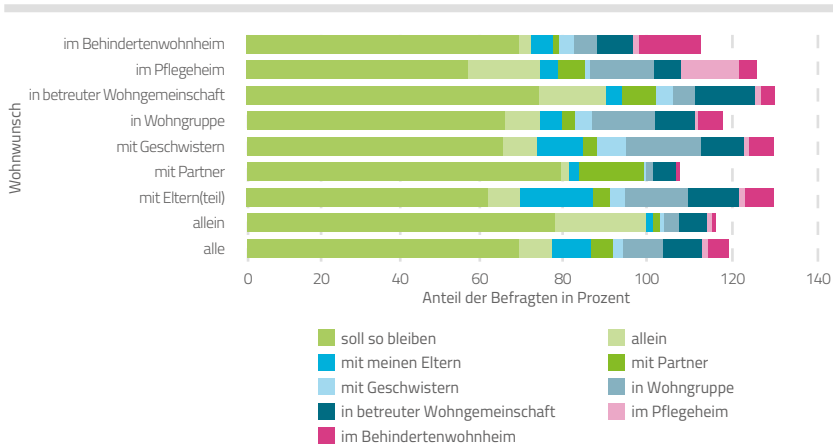
Wohngemeinschaften und

Behindertenwohnheime

Im Pflegeheim unterzukommen ist allgemein nicht der vordringlichste Wunsch. Selbst von denen, die im Pflegeheim leben, geben nur 55 Prozent an, dass dies so bleiben sollte, und nur 14 Prozent nennen das Pflegeheim als die gewünschte Wohnsituation. Ein deutlich größerer Anteil als in den anderen aktuellen Wohnsituationen wünscht sich einen Wechsel (Abbildung 3.47). Auch aus den anderen Wohnsituationen heraus werden die Pflegeheime seltener gewünscht. Nur etwa 1,5 Prozent sind an einem Pflegeheimplatz interessiert, wenn sie sich in einer anderen Wohnsituation befinden. Aus fast allen Wohnsituationen heraus werden hingegen die Wohngruppen, betreute Wohngemeinschaften und Behindertenwohnheime äußerst häufig angestrebt. Auch das Alleinleben ist ein vielfacher Wunsch, der sich nicht nur bei den Alleinlebenden, sondern auch bei den Pflegeheimbewohnern und bei den Bewohnern in betreuten Wohngemeinschaften deutlich zeigt. So wollen beispielsweise mehr als 15 Prozent

derer, die noch bei ihren Eltern wohnen, gerne in Wohngruppen leben, fast 13 Prozent dieser Gruppe wollen lieber in betreuten Wohngemeinschaften wohnen und gut sieben Prozent in einem Behindertenwohnheim.

Abbildung 3.47: Wünsche zur zukünftigen Wohnsituation nach aktueller Wohnsituation

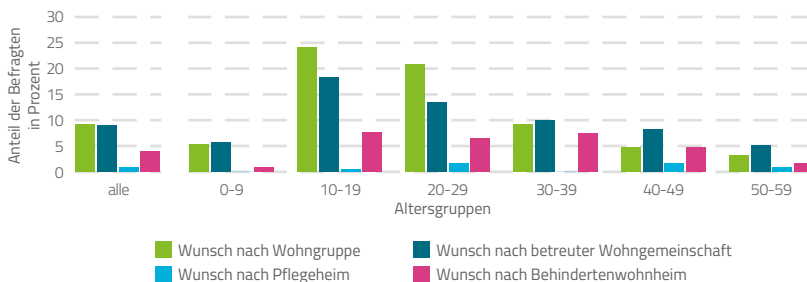


Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

Anmerkung: wegen Mehrfachangaben über 100 Prozent

Entsprechend wird der Wunsch nach dem Einzug in eine Wohngruppe oder in eine betreute Wohngemeinschaft vor allem im Übergang zum Erwachsenenalter und im jüngeren Erwachsenenalter geäußert. Mehr als 20 Prozent der zehn- bis 29-jährigen Pflegebedürftigen wünschen sich, in eine Wohngruppe zu wechseln, während rund 15 Prozent gerne in eine betreute Wohngemeinschaft einziehen würden (Abbildung 3.48). Im Kindesalter und bei den 50- bis 59-jährigen werden diese Wünsche hingegen deutlich seltener geäußert. Der Einzug in ein Behindertenwohnheim wird, außer von der ältesten und der jüngsten Altersgruppe, vergleichsweise regelmäßig gewünscht, während der Wunsch nach dem Einzug in ein Pflegeheim in allen Altersgruppen sehr selten ist.

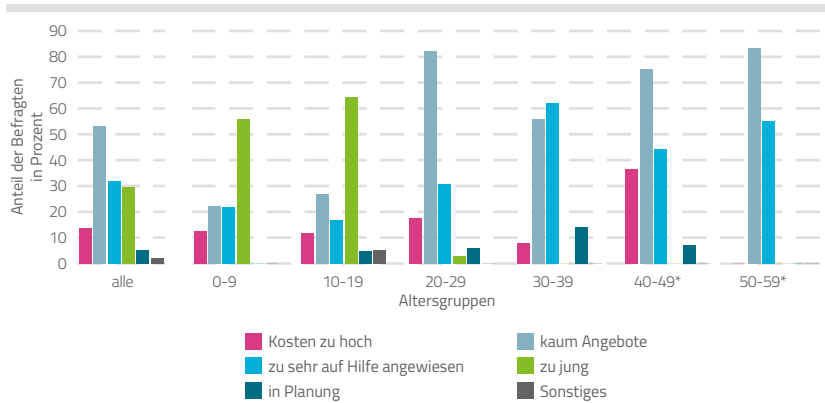
Abbildung 3.48: Wunsch nach Änderung der Wohnform in Wohngruppe, betreuter Wohngemeinschaft, Pflegeheim oder Behindertenwohnheim nach Alter



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

Das unzureichende Angebot ist der am häufigsten genannte Grund, nicht in einer Wohngruppe wohnen zu können (Abbildung 3.49). Auch zu sehr auf Hilfe angewiesen zu sein ist ein häufiger Hinderungsgrund, während die Kosten insgesamt eine wesentlich geringere Rolle spielen. Alle diese Gründe werden im Kindes- und Jugendalter vor allem davon überlagert, dass eine direkte Umsetzung bisher nicht in Betracht gezogen wurde, weil die Pflegebedürftigen dafür noch als zu jung erachtet wurden. Von denen, die im Erwachsenenalter Interesse am Leben in einer Wohngruppe äußern, sind es dann aber je nach Altersgruppe mehr als 50 bis über 80 Prozent, die entsprechende Angebote vermissen.

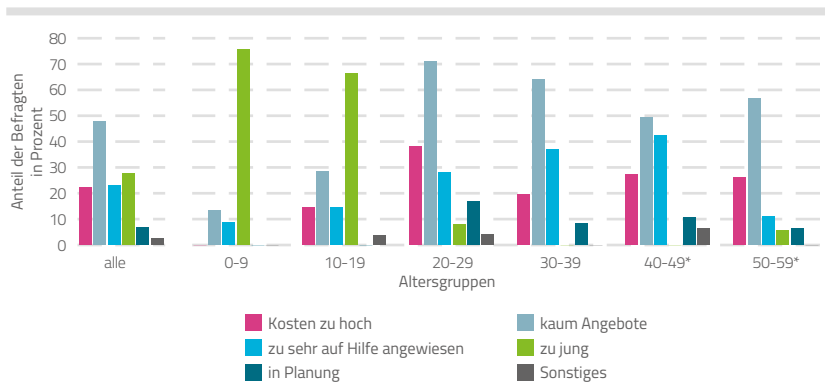
Abbildung 3.49: Hinderungsgründe für den Einzug in eine Wohngruppe nach Alter



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

* Die zugrunde liegende Fallzahl aus der Befragung ist kleiner als 20.

Abbildung 3.50: Hinderungsgründe für den Einzug in eine betreute Wohngemeinschaft nach Alter



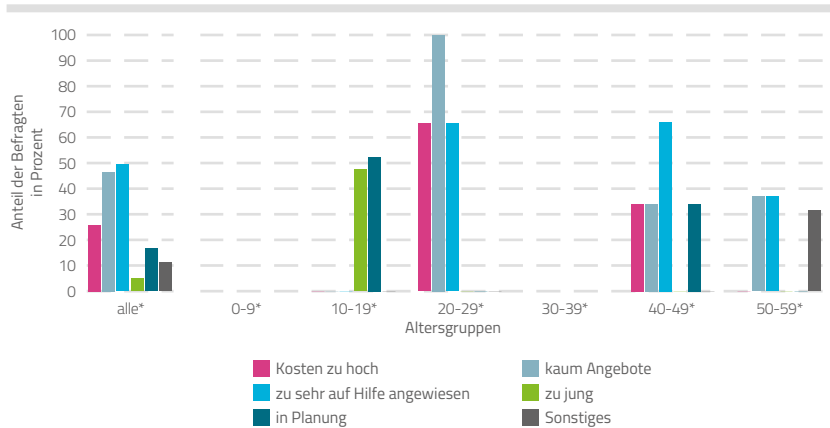
Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

* Die zugrunde liegende Fallzahl aus der Befragung ist kleiner als 20.

Ein ähnliches Bild wie bei den Wohngruppen zeigt sich auch bei den Hinderungsgründen für den Einzug in eine betreute Wohngemeinschaft (Abbildung 3.50). In den beiden jüngsten Altersgruppen ist das Alter der entscheidende Faktor für die Nichtumsetzung

des Vorhabens. Dieser Grund wird von drei Vierteln der Null- bis Neunjährigen, zwei Dritteln der Zehn- bis 19-Jährigen und auch noch von acht Prozent der 20- bis 29-Jährigen genannt. Im Erwachsenenalter sind dann aber wiederum die fehlenden Angebote ausschlaggebend. Je nach Altersgruppe sind es 50 bis 70 Prozent, denen entsprechende Angebote fehlen. Zu sehr auf Hilfe angewiesen zu sein ist im Vergleich zum Ziel Wohngruppe ein weniger bedeutsamer Faktor. Stattdessen spielen die Kosten für den Einzug in eine betreute Wohngemeinschaft eine größere Rolle als für den Einzug in eine Wohngruppe. Dieser Grund wird von 20 bis 40 Prozent der Befragten genannt.

Abbildung 3.51: Hinderungsgründe für den Umzug ins Pflegeheim nach Alter

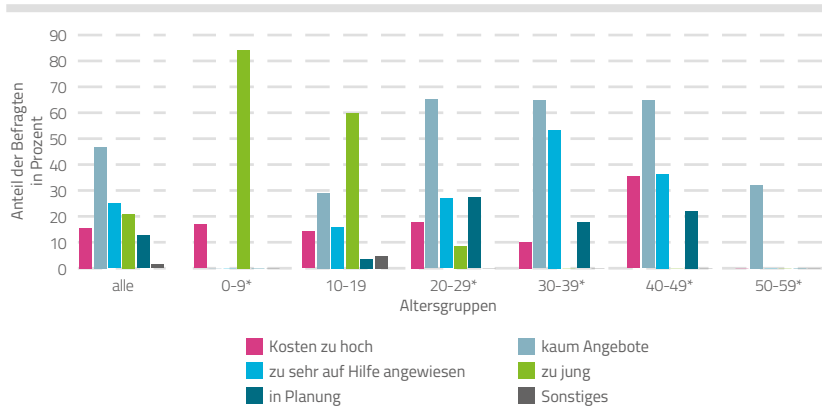


Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

* Die zugrunde liegende Fallzahl aus der Befragung ist kleiner als 20.

Der Wunsch, in ein Pflegeheim umzuziehen, wird in der jüngsten Altersgruppe und im mittleren Alter nicht geäußert. Daher finden sich hierzu auch keine Hinderungsgründe. In den anderen Altersgruppen sind die zugrunde liegenden Fallzahlen ebenfalls nicht groß genug, um belastbare Aussagen zu machen, in der Summe wird aber deutlich, dass das Fehlen adäquater Angebote öfter als Hinderungsgrund angeführt wird als die Kosten. Immerhin äußerten 44 Prozent der Befragten, die daran dachten, in ein Pflegeheim umzuziehen, dass es kaum Angebote gäbe (Abbildung 3.51).

Abbildung 3.52: Hinderungsgründe für den Umzug in ein Behindertenwohnheim nach Alter



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

* Die zugrunde liegende Fallzahl aus der Befragung ist kleiner als 20.

Für den Umzug in ein Behindertenwohnheim ist in den ersten beiden Altersgruppen ebenfalls das geringe Alter der mit Abstand wichtigste Hinderungsgrund. In höherem Alter sind es wiederum die fehlenden Angebote, die mehrheitlich genannt werden.

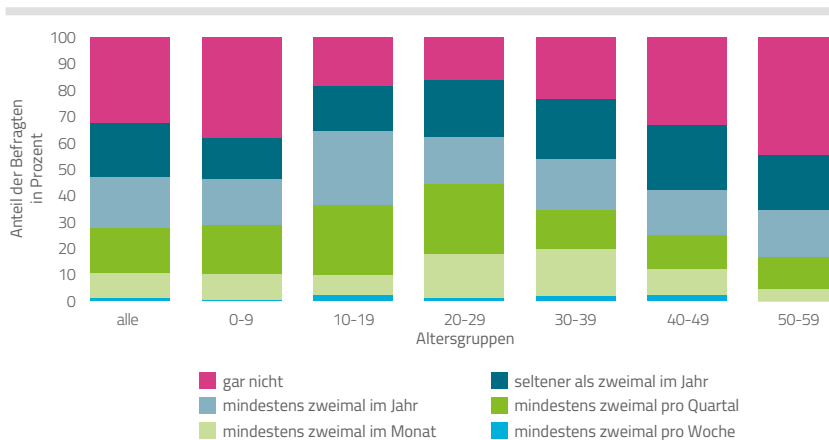
Insgesamt kann bezüglich der Wohnformen festgehalten werden, dass besonders die jungen Pflegebedürftigen gerne eigenständig leben wollen. Wenn dies in einem Ein-Personen-Haushalt oder einer Partnerschaft nicht möglich ist, dann werden vor allem Wohngruppen, betreutes Wohnen oder Behindertenwohnheime angestrebt. Als Begründung dafür, dass die gewünschten Wohnformen nicht realisiert werden können, wird insbesondere auf ein zu geringes Angebot verwiesen. Die unter Umständen hohen Kosten sind dagegen nur nachrangig.

3.3.2 Freizeitaktivitäten

Zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gehören Freizeitaktivitäten wie die Inanspruchnahme kultureller Angebote, die Zusammenkunft mit Freunden oder Bekannten, Sport und Bewegung sowie Unternehmungen und Ausflüge. Inwieweit diese Aktivitäten ausgeführt werden, ist stark altersabhängig.

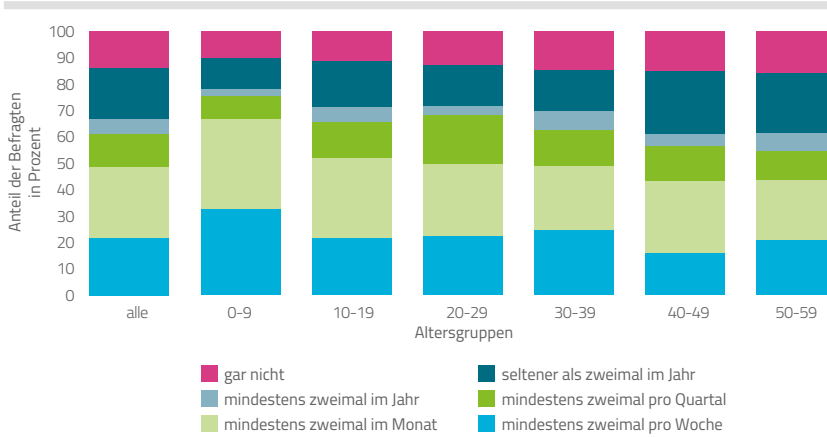
Die Nutzung kultureller Angebote ist bei jüngeren Erwachsenen stärker ausgeprägt als in den anderen Altersgruppen: Fast jeder Fünfte der 20- bis 40-Jährigen nimmt mindestens zweimal im Monat ein entsprechendes Angebot wahr, während nur jeder Sechste vollkommen auf die Nutzung kultureller Angebote verzichtet. Bei den 50- bis 59-Jährigen liegt die Rate derer, die keine kulturellen Angebote nutzen, dagegen schon bei 45 Prozent (Abbildung 3.53).

Abbildung 3.53: Aktuelle Freizeitgestaltung: Nutzung kultureller Angebote



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

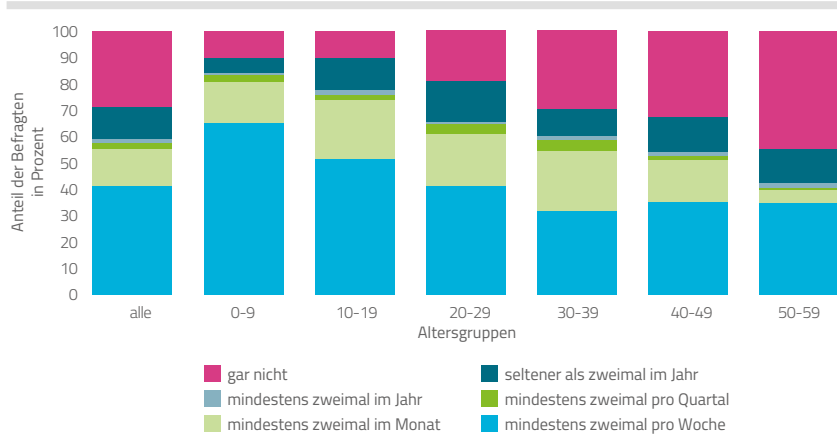
Abbildung 3.54: Aktuelle Freizeitgestaltung: Freunde/Bekannte treffen



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

Auch der direkte Kontakt mit Freunden und Bekannten findet in den höheren Altersgruppen seltener statt als in den jüngeren Altersgruppen, wenngleich der Alterseffekt nicht ganz so stark ausgeprägt ist wie bei den anderen Freizeitaktivitäten. Mehr als ein Drittel der jungen Pflegebedürftigen trifft sich im Erwachsenenalter aber nie oder seltener als zweimal im Jahr mit ihren Freunden oder Bekannten (Abbildung 3.54).

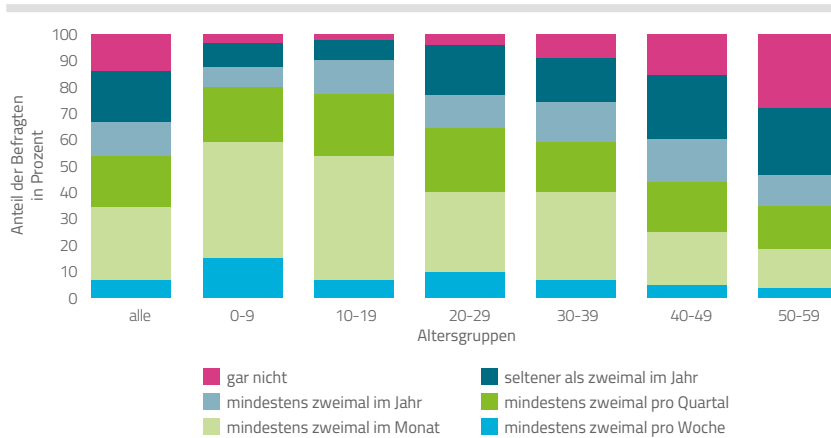
Abbildung 3.55: Aktuelle Freizeitgestaltung: Sport/Bewegung



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

Noch deutlicher wird die Altersabhängigkeit bei sportlichen Aktivitäten und Bewegung. Von den Kindern im Alter von 0 bis neun Jahren bewegen sich noch 65 Prozent oder treiben mindestens zweimal die Woche Sport. Bei den 20- bis 29-Jährigen ist dieser Anteil bereits auf 41 Prozent zurückgegangen. Bei 45 Prozent der Pflegebedürftigen im Alter von 50 bis 59 Jahren kommen Sport und Bewegung gar nicht mehr vor (Abbildung 3.55).

Abbildung 3.56: Aktuelle Freizeitgestaltung: Ausflüge



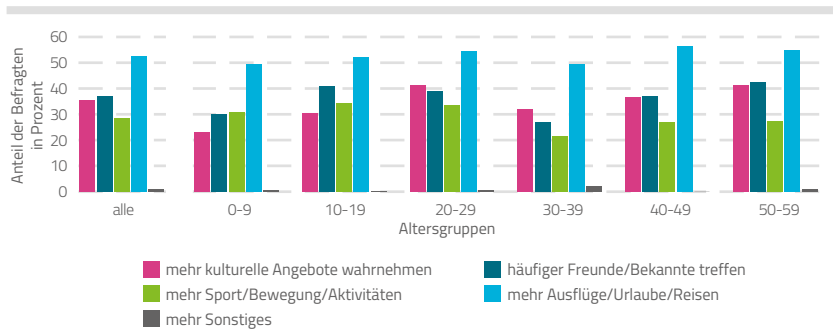
Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

Ausflüge werden am häufigsten im Kindesalter unternommen. Pflegebedürftige im Erwachsenenalter nehmen mit steigendem Alter an diesen Aktivitäten immer seltener teil (Abbildung 3.56). So beteiligen sich zwar mehr als die Hälfte der Kinder mindestens zweimal im Monat an Ausflügen, aber nur noch 18 Prozent der 50- bis 59-Jährigen. Mehr als ein Viertel dieser Altersgruppe nimmt überhaupt nicht mehr an Ausflügen teil.

Nach der Betrachtung dieser vier Freizeitaktivitäten lässt sich festhalten, dass sie von den jüngsten Pflegebedürftigen am häufigsten wahrgenommen werden, die Beteiligung mit zunehmendem Alter aber immer weiter abnimmt. Gleichzeitig ist aber über alle Altersgruppen hinweg der Wunsch nach mehr Freizeitaktivitäten vorhanden. Etwa jeder dritte junge Pflegebedürftige würde gerne mehr kulturelle Angebote wahrnehmen (36 Prozent), häufiger Freunde oder Bekannte treffen (37 Prozent) oder mehr Sport treiben oder sich mehr bewegen (28 Prozent). Sogar jeder Zweite würde gerne mehr Ausflüge oder Urlaub machen (53 Prozent) (Abbildung 3.57).

Mit zunehmendem Alter nimmt die Teilnahme an Freizeitaktivitäten ab.

Abbildung 3.57: Wünsche nach vermehrter Freizeitaktivität



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

Die Altersabhängigkeit ist dabei deutlich geringer ausgeprägt als bei den tatsächlich durchgeführten Aktivitäten und nicht monoton. Allerdings setzt das Mehr an gewünschter Aktivität bei jüngeren Pflegebedürftigen auf ein höheres Maß an durchgeführten Aktivitäten als bei den älteren Pflegebedürftigen.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass junge Pflegebedürftige durchaus Freizeitaktivitäten ausüben, und zwar je mehr, desto jünger sie sind. Gleichzeitig wünschen sie sich aber in allen Altersgruppen deutlich mehr Freizeitaktivitäten. Eine Versorgung junger Pflegebedürftiger, die sich dem Ziel der Teilhabegerechtigkeit verpflichtet fühlt, muss dieser Tatsache Rechnung tragen.

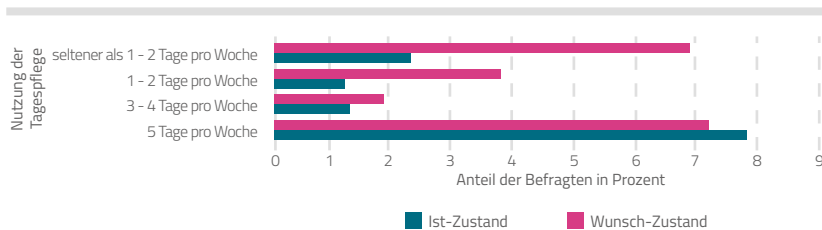
3.3.3 Versorgungsformen

Wurde im Kapitel 3.3.1 untersucht, inwieweit die realisierte Wohnform den Wünschen junger Pflegebedürftiger entspricht und welche Gründe es dafür gibt, dass zwischen Wunsch und Wirklichkeit Diskrepanzen entstehen, werden in diesem Kapitel entsprechende Analysen in Bezug auf die Formen der pflegerischen Versorgung durchgeführt. Dazu werden zunächst realisierte und gewünschte Inanspruchnahme von Tages- und Kurzzeitpflege gegenübergestellt. Anschließend werden aus der Sicht der Pflegebedürftigen die Gründe für die Versorgung außerhalb eines Pflegeheims dargestellt, obwohl der Umzug in ein Pflegeheim in Betracht gezogen wurde. Abschließend erfolgt eine Bewertung der Versorgungsformen aus Sicht der jungen Pflegebedürftigen.

3.3.3.1 Realisierte und gewünschte Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Tagespflege

Etwa 13 Prozent der jungen Pflegebedürftigen nutzen die Tagespflege, knapp 20 Prozent würden sie aber gern nutzen (Abbildung 3.58). Die größten Diskrepanzen zwischen Wunsch und Wirklichkeit treten hier nicht bei der intensiven Nutzung (fünf Tage die Woche, drei bis vier Tage die Woche) auf, sondern bei den geringeren Versorgungsintensitäten (ein bis zwei Tage die Woche oder seltener). An dieser Stelle zeigen sich entsprechende Versorgungslücken. Um die Gesamtversorgungslücke zu quantifizieren, werden für die verwendeten Antwortkategorien jeweils mittlere Werte verwendet (fünf Tage, 3,5 Tage, 1,5 Tage, 0,5 Tage und 0 Tage). Aus der Differenz zwischen den insgesamt geäußerten, in dieser Form berechneten Inanspruchnahmen und den in dieser Form berechneten Wünschen wurde der Mehrbedarf ermittelt. Aus den Befragungsergebnissen erfolgte die Hochrechnung auf die Pflegebedürftigen laut Pflegestatistik 2015 nach Fünf-Jahres-Alterskategorien und Geschlecht.

Abbildung 3.58: Wunsch und Wirklichkeit bei der Häufigkeit der Nutzung der Tagespflege



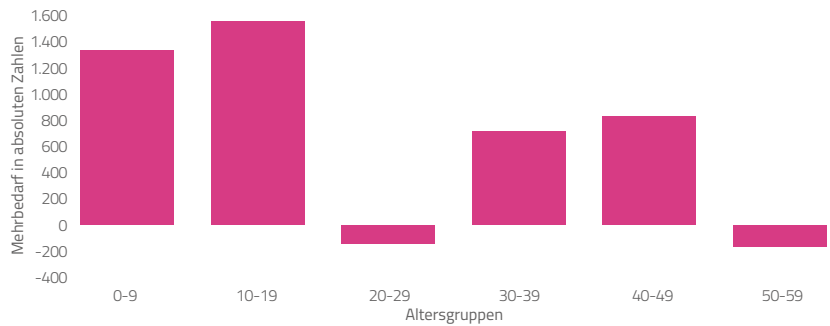
Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

Insgesamt ergeben sich so für alle Altersgruppen pro Woche 20.761 zusätzlich gewünschte teilstationäre Pflegeetage für die jungen Pflegebedürftigen im Alter von 0 bis 59 Jahren. Das ergibt bei 52 Wochen rund 1,1 Millionen teilstationäre Pflegeetage. Ausgehend von einer Fünf-Tage-Woche wird die Tagespflege an 261 Tagen im Jahr angeboten. Wird der geäußerte Mehrbedarf von rund 1,1 Millionen teilstationären Pflegeetagen durch die 261 Tage mit möglicher teilstationärer Pflege pro Platz dividiert,

Mehrbedarf ~ 4.000
teilstationäre Pflegeplätze

ergibt sich ein Mehrbedarf von gut 4.000 teilstationären Pflegeplätzen (Abbildung 3.59) – bei unterstellter 100-prozentiger Auslastung der Einrichtungen. Dieser Mehrbedarf wird dabei vor allem von Pflegebedürftigen im Kindes- und Jugendalter geäußert (Abbildung 3.59).

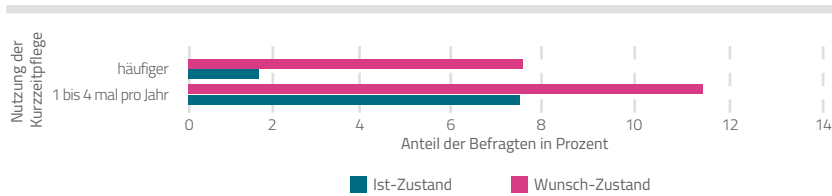
Abbildung 3.59: Mehrbedarf an Tagespflegeplätzen



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

Die Kurzzeitpflege wird von rund neun Prozent der jungen Pflegebedürftigen in der häuslichen Versorgung mindestens einmal im Jahr genutzt. Mindestens einmal im Jahr gewünscht wird sie aber von knapp 19 Prozent der jungen Pflegebedürftigen. Dabei ist die Diskrepanz zwischen realisierter und gewünschter Nutzung in Bezug auf häufige Nutzung noch deutlich stärker als bei seltener Nutzung (Abbildung 3.60): Zwischen Wunsch und Wirklichkeit zeigen sich bei der ein- bis zweimaligen Nutzung pro Jahr Differenzen von rund vier Prozentpunkten, bei der häufigeren Nutzung entstehen sogar Abweichungen von rund sechs Prozentpunkten.

Abbildung 3.60: Wunsch und Wirklichkeit bei der Häufigkeit der Nutzung der Kurzzeitpflege



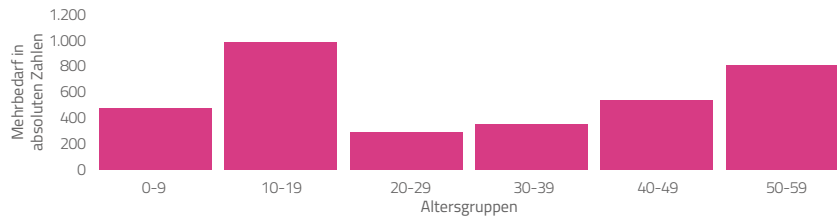
Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

Um den Umfang der Versorgungslücke zu quantifizieren, werden die Befragungsergebnisse anhand der BARMER-Routinedaten und der Ergebnisse der Pflegestatistik hochgerechnet. Ausgangspunkt sind die rund 400.000 jungen Pflegebedürftigen, die in Privathaushalten, Wohngruppen, betreuten Wohngemeinschaften und Behindertenwohnheimen versorgt werden (386.000 Pflegebedürftige laut Pflegestatistik aus dem Jahr 2015 abzüglich Pflegeheimbewohner zuzüglich Bewohner von Behinderteneinrichtungen). Gemäß der BARMER-Versichertenbefragung übersteigt der Wunsch nach Kurzzeitpflege bei rund zehn Prozent der Befragten dessen Realisation (Abbildung 3.60), dabei wünschen vier Prozent der Befragten ein- bis zweimal im Jahr und weitere sechs Prozent noch häufiger eine zusätzliche Kurzzeitpflege. Hochgerechnet auf die 400.000 jungen Pflegebedürftigen außerhalb von Pflegeheimen entspricht dies einer Zahl von 40.000. Aus den Routinedaten der BARMER lassen sich für die Kurzzeitpflege Episodenlängen von gut neun Tagen ermitteln, wenn die Pflegebedürftigen mehr als zwei Kurzzeitpflegeepisoden haben, und von 20 Tagen, wenn es nur ein oder zwei Pflegeepisoden im Jahr sind. Bei denjenigen, die mehr als zwei Kurzzeitpflegeepisoden aufweisen, werden durchschnittlich 3,7 Episoden gemessen, bei denen mit maximal zwei Episoden durchschnittlich 1,4. Mithilfe dieser Werte lässt sich eine Summe von rund 1,3 Millionen Kurzzeitpflagetagen im Jahr errechnen, die von den jungen Pflegebedürftigen zusätzlich gewünscht werden.⁶ Bei unterstellter 100-prozentiger Auslastung der Kapazitäten entspricht das mehr als 3.400 Pflegeplätzen in der Kurzzeitpflege.

Mehrbedarf ~ 3.400
Kurzzeitpflegeplätze

⁶ Für 23.000 Pflegebedürftige (= [7,4 % - 1,6 %] * 400.000) mit 3,7 Kurzzeitpflegeepisoden einer Durchschnittslänge von neun Tagen ergibt sich ein Mehrbedarf von 790.000 Kurzzeitpflagetagen, für weitere 16.000 Pflegebedürftige (= [11,5 % - 7,4 %] * 400.000) mit 1,4 Kurzzeitpflegeepisoden einer Durchschnittslänge von 20 Tagen resultiert ein weiterer Mehrbedarf von 465.000 Kurzzeitpflagetagen. Insgesamt beläuft sich der Mehrbedarf damit auf 1,255 Millionen Tage.

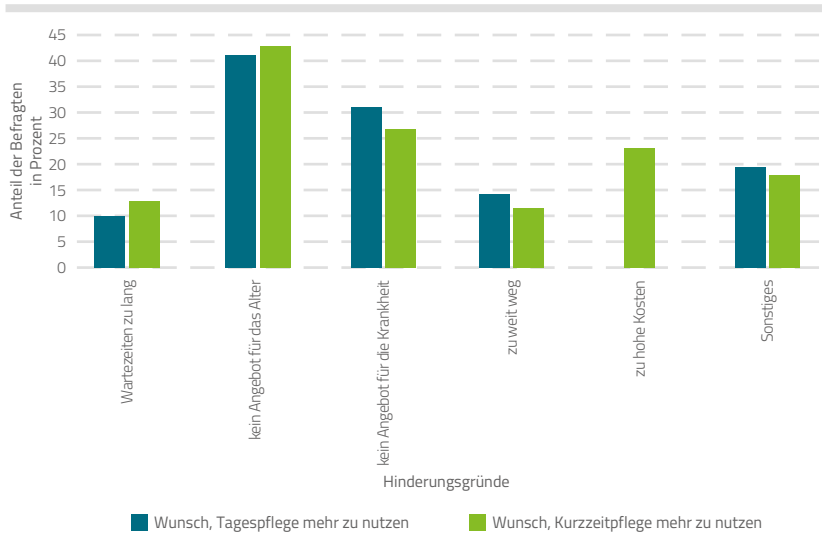
Abbildung 3.61: Mehrbedarf an Kurzzeitpflegeplätzen



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

Der Wunsch nach einer Inanspruchnahme der Tages- und Kurzzeitpflege übersteigt die tatsächliche Inanspruchnahme also deutlich. Worauf ist dies zurückzuführen? Die Abbildung 3.62 zeigt, wie oft verschiedene mögliche Gründe für fehlende Inanspruchnahme von denen genannt wurden, die diese Versorgungsleistungen zwar wünschen, aber nicht (im gewünschten Umfang) nutzen. Als ein vorherrschender Grund für die nicht realisierte Inanspruchnahme erweist sich das Fehlen einer angemessenen Versorgung. So wird am häufigsten berichtet, dass die Angebote für das entsprechende Alter beziehungsweise für die eigene Erkrankung nicht ausreichen. Dies trifft auf gut 40 Prozent derer zu, die den Wunsch nach mehr Tagespflege äußern, und auf fast 43 Prozent derer, die den Wunsch nach mehr Kurzzeitpflege haben. Letztlich sind aber auch die angeführten zu langen Wartezeiten und die große räumliche Entfernung Ausdruck einer unzureichenden Angebotsstruktur. Das Kostenargument wird demgegenüber nur selten angeführt.

Abbildung 3.62: Hinderungsgründe für eine intensivere Nutzung der Tagespflege oder Kurzzeitpflege



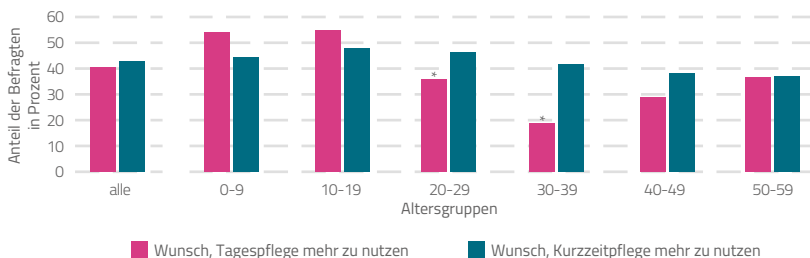
Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

Anmerkung: Anteil derer, die eine intensivere Nutzung wünschen, die aber aus den genannten Gründen die Leistungen nicht nutzen; wegen Mehrfachangaben über 100 Prozent.

Die Kostengründe bei der Tagespflege wurden nicht erhoben.

Auch das Diakonische Werk Gladbeck-Bottrop-Dorsten et al. (2014: 18) stellte schon fest, dass es schwierig ist, einen Heimplatz zu finden, der den Wünschen und dem Bedarf junger Pflegebedürftiger angemessen ist und begründet dies ebenfalls mit dem geringen Angebot an Heimplätzen für diese Altersgruppe. Welche Altersgruppen im Speziellen davon betroffen sind, zeigt die Abbildung 3.63 für die Altersgruppen im Abstand von zehn Jahren. Keine altersgerechte Tagespflege findet sich vor allem für die jüngeren Pflegebedürftigen im Alter bis unter 30 Jahren. Rund jeder Zweite in diesem Alter, der mehr Tagespflege nutzen wollte, gab an, dass es keine altersgerechte Versorgung gäbe. Bei den älteren Pflegebedürftigen wird diese Aussage seltener. Relativ gleichmäßig mit ungefähr 40 Prozent wird von allen Altersgruppen berichtet, dass es keine altersadäquate Kurzzeitpflege gibt (Abbildung 3.63).

Abbildung 3.63: Hinderungsgrund „Kein Leistungsangebot für das Alter“ für eine intensivere Nutzung der Leistungen nach Alter



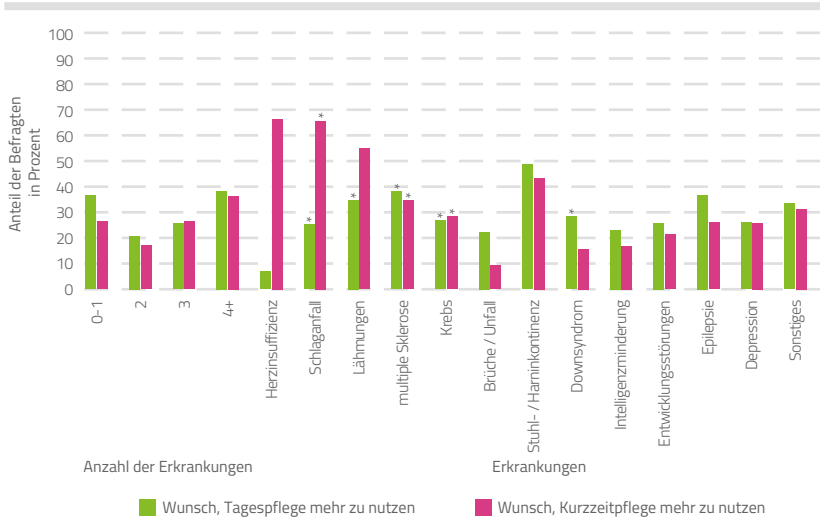
Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

Anmerkung: Anteil derer, die eine intensivere Nutzung wünschen, die aber aus dem genannten Grund die Leistungen nicht nutzen.

* weniger als 20 Befragte, auf die sich die Anteile beziehen

Tendenziell wird mit einer wachsenden Zahl von Erkrankungen häufiger angegeben, dass es kein adäquates Leistungsangebot für die zugrunde liegende Erkrankung gibt (Abbildung 3.64). Die höchsten Anteile mit entsprechenden Aussagen finden sich bei den Pflegebedürftigen mit vier und mehr der ausgewählten Erkrankungen. Von ihnen geben 39 Prozent an, keine krankheitsadäquate Tagespflege zu finden, und 37 Prozent finden keine angemessene Kurzzeitpflege, wenn sie für sich den Bedarf feststellen. Bei einer Herzinsuffizienz, einem Schlaganfall und Lähmungen werden häufiger fehlende Kurzzeitpflegeplätze bemängelt. Lähmungen, multiple Sklerose und Epilepsie sind die Erkrankungen, bei denen am häufigsten ein Mangel an adäquaten Tagespflegeplätzen konstatiert wird. Bei einer Stuhl- und Harninkontinenz wird in allen Versorgungsbereichen ein Mangel an angemessener Versorgung angemahnt.

Abbildung 3.64: Hinderungsgrund „Kein Leistungsangebot für die Erkrankung“ für eine intensivere Nutzung nach Erkrankung



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

Anmerkung: Anteil derer, die eine intensivere Nutzung wünschen, die aber aus dem genannten Grund die Leistungen nicht nutzen.

* weniger als 20 Befragte, auf die sich die Anteile beziehen

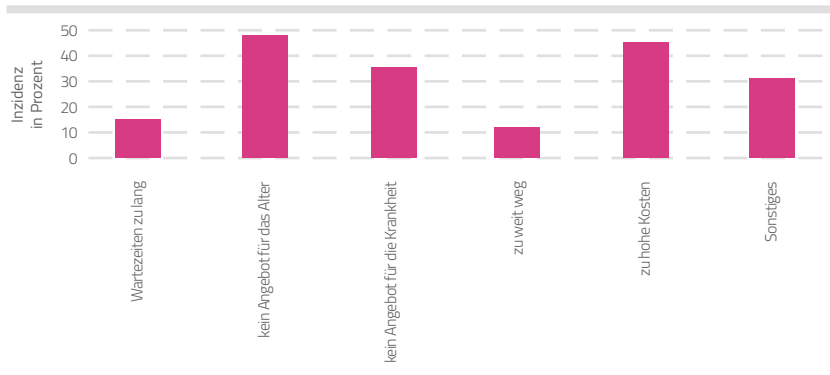
3.3.3.2 Altersgerechte Pflegeheime

Insgesamt kann das Angebot an Heimplätzen in Deutschland als ausreichend angesehen werden. Hierfür steht eine durchschnittliche Auslastungsquote von rund 90 Prozent, bezogen auf die vollstationären Heimplätze in der Dauerpflege in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2017d).

Eine andere Frage ist allerdings, ob junge Pflegebedürftige ein entsprechendes Angebot finden, das ihren Bedürfnissen entspricht. Zu beachten ist hierbei insbesondere, dass das Durchschnittsalter der Heimbewohner schon beim Einzug über 80 Jahren liegt (Rothgang et al. 2013: 185), junge Pflegebedürftige in solchen Heimen dann aber kein geeignetes Umfeld finden, das ihren Bedürfnissen nach sozialen Kontakten gerecht wird. Entsprechend wird in der BARMER-Versichertenbefragung von den jungen

Pflegebedürftigen, die den Gedanken haben, ins Pflegeheim umzuziehen, das Fehlen eines entsprechenden alters- und krankheitsspezifischen Angebots als wichtigster Hinderungsgrund genannt (Abbildung 3.65). Dies gilt umso mehr, wenn die bereits erwähnten zu großen Entfernungen und die zu langen Wartezeiten ebenfalls als Indikator für eine unzureichende Angebotsstruktur interpretiert werden. Anders als in der Tages- und Kurzzeitpflege spielt in der vollstationären Dauerpflege aber auch das Kostenargument eine größere Rolle.

Abbildung 3.65: Gründe, vollstationäre Pflege nicht zu nutzen



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

Anmerkung: Anteil derer, die eine intensivere Nutzung wünschen, die aber aus dem genannten Grund die Leistungen nicht nutzen; wegen Mehrfachangaben über 100 Prozent

* weniger als 20 Befragte, auf die sich die Anteile beziehen

3.3.3.3 Pflegedienst, Pflegeheim, Wohngruppe, Behindertenwohnheim – Bewertung der Versorgung

Pflegeeinrichtungen sind überwiegend auf geriatrische Pflege spezialisiert. Ihr Personal ist – sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich – für die Pflege junger Menschen oft nicht ausgebildet, sodass die Pflege junger Erwachsener durch Kranken- oder Altenpfleger häufig einen rein medizinischen Fokus hat (Diakonisches Werk Gladbeck-Bottrop-Dorsten et al. 2014: 18). Entsprechend beklagen sich Familien, dass das Pflegepersonal kaum über Kenntnisse zur Behandlung chronisch kranker und behinderter Kinder verfügt (Kofahl und Lüdecke 2014: 16).

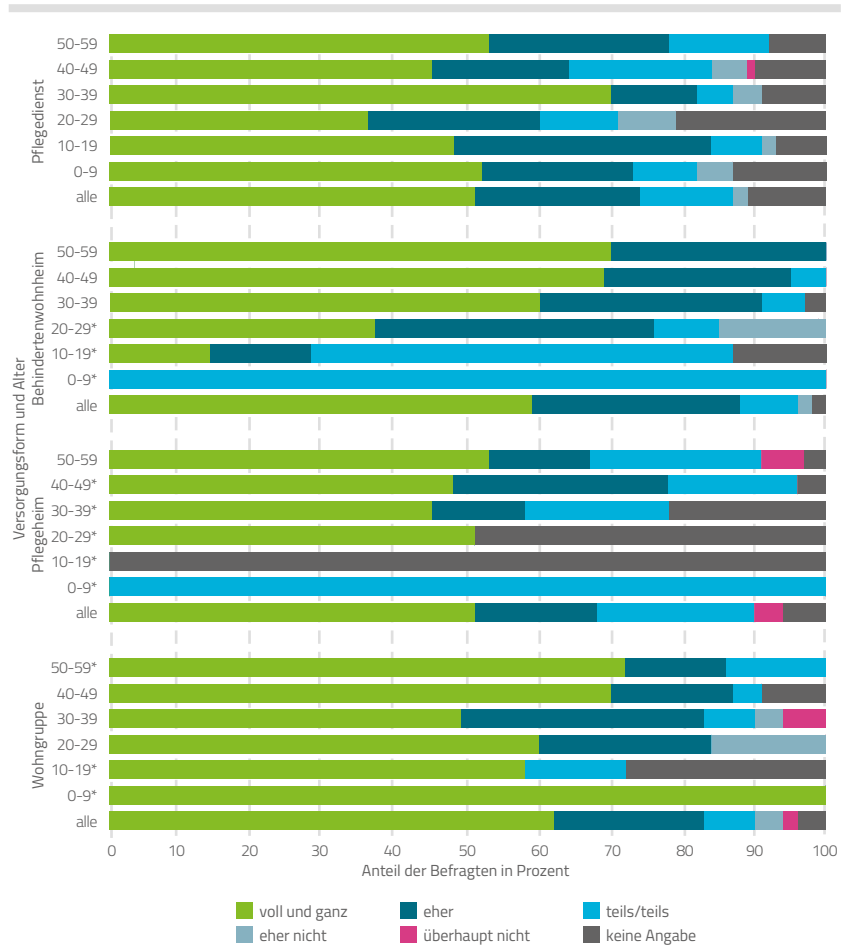
Pflegeheime oft nicht auf die Bedürfnisse junger Pflegebedürftiger ausgerichtet

Vor diesem Hintergrund sollten die Pflegebedürftigen in der BARMER-Versichertenbefragung 2017 die Versorgung in ihrem Pflegesetting aus ihrer Sicht bewerten. Die abgefragten Bewertungskriterien dazu sind die Kenntnisse über die Bedürfnisse von jungen Pflegebedürftigen beim Personal, die Kompetenz des Personals bezüglich der Erkrankungen, die Anzahl von Gleichaltrigen sowie die Möglichkeiten zur Nutzung von Freizeitangeboten in und außerhalb der Einrichtungen. Zu allen vier Kriterien liegen Antworten aus den Settings Behindertenwohnheim, Wohngruppe und der vollstationären Pflege vor.⁷ Die Bewertung des Pflegedienstes erfolgte nur hinsichtlich der ersten beiden genannten Kriterien.

Rund 60 Prozent der befragten jungen pflegebedürftigen Bewohner in Wohngruppen und Behindertenwohnheimen gaben an, dass das Personal ihre Bedürfnisse voll und ganz kenne (Abbildung 3.66), während diese Position von der Hälfte der jungen Pflegeheimbewohner und Nutzern von Pflegediensten geäußert wurde. Pflegeheimbewohner und Personen, die durch Pflegedienste versorgt werden, haben insgesamt öfter keine Angaben gemacht; dennoch ist der Anteil mit Bewertungen von „teils/teils“ oder schlechter bei diesen beiden Gruppen größer als bei den Bewohnern von Behindertenwohnheimen oder Mitgliedern von Wohngruppen, die sich somit insgesamt in Bezug auf dieses Merkmal besser versorgt fühlen.

⁷ Diese Bewertungen sollten nur von Bewohnern von Pflegeheimen vorgenommen werden. Allerdings haben auch Pflegebedürftige in Behindertenwohnheimen und Wohngruppen geantwortet, sodass nun auch Ergebnisse aus diesen Settings vorliegen.

Abbildung 3.66: Beurteilung: „Das Personal kennt meine Bedürfnisse“
nach Alter und Versorgungsart



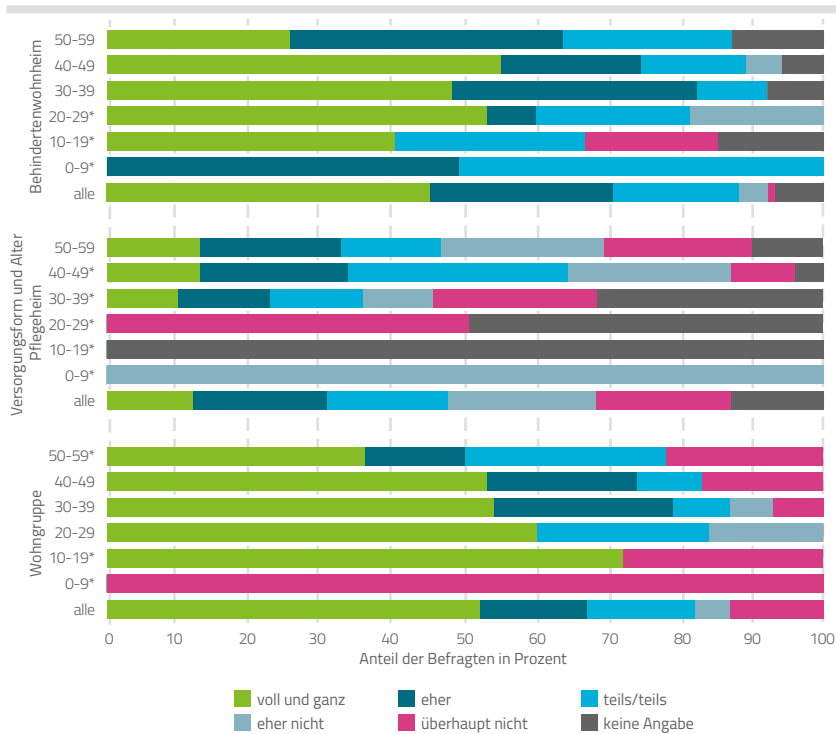
Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

* weniger als 20 Befragte, auf die sich die Anteile beziehen

Ebenso wie bei der Frage, ob das Pflegepersonal die Bedürfnisse der jungen Pflegebedürftigen kennt, schneiden Pflegeheime auch bei der Frage nach genug Gleichaltrigen in einer Einrichtung am schlechtesten ab (Abbildung 3.67). Nur zwölf Prozent der

Pflegeheimbewohner stimmen der Aussage, es gäbe genug Gleichaltrige im Pflegeheim, „voll und ganz“ zu, insgesamt 40 Prozent stimmen dieser Aussage jedoch „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ zu. In Behindertenwohnheimen stimmen hingegen 46 Prozent „voll und ganz“ zu und nur fünf Prozent „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“. Polarisierter sind die Verhältnisse in den Wohngruppen. Dort stimmen noch mehr, nämlich 52 Prozent der abgefragten Aussage „voll und ganz“ zu, fünf Prozent „eher nicht“ und 13 Prozent „überhaupt nicht“. Die schlechten Bewertungen nehmen in allen Settings mit dem Alter tendenziell zu. Somit sind die 50- bis 59-Jährigen in allen Pflegeumgebungen am unzufriedensten mit der Anzahl der Gleichaltrigen.

Abbildung 3.67: Beurteilung: „Es gibt genug Gleichaltrige in der Einrichtung“ nach Alter und Versorgungsart

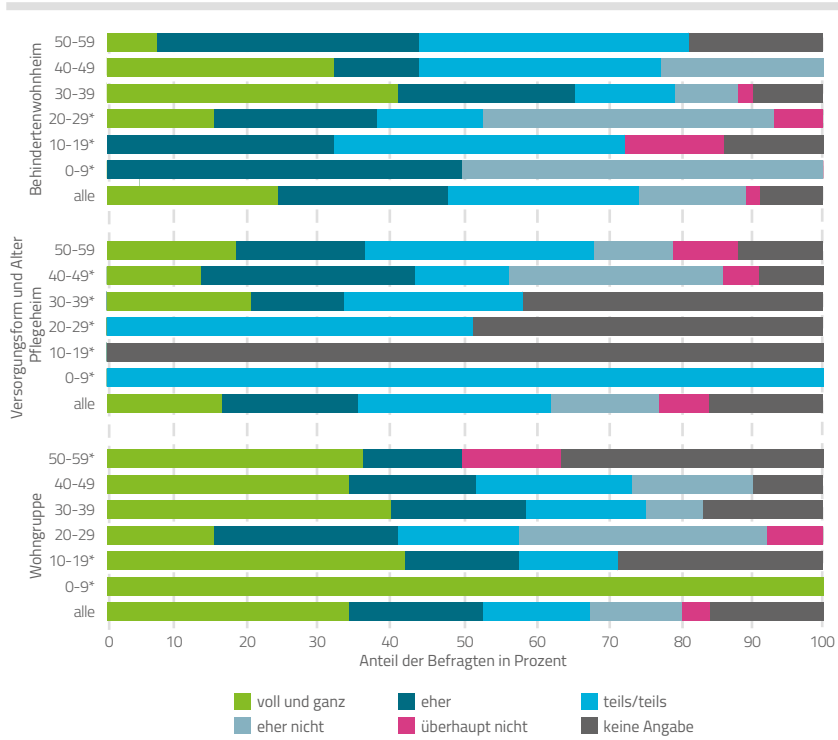


Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

* weniger als 20 Befragte, auf die sich die Anteile beziehen

Auch bei der Beurteilung der Freizeitangebote in der jeweiligen Einrichtung und der Möglichkeit, Aktivitäten außerhalb der Einrichtung auszuüben, zeigen sich im Pflegeheim die schlechtesten Bewertungen (Abbildung 3.68 und 3.69). Nur 16 Prozent der Pflegeheimbewohner stimmen der Aussage, es gäbe ein umfangreiches Freizeitangebot, „voll und ganz“ zu, und nur vier Prozent wählen diese Antwortkategorie für die Frage, ob es viele Möglichkeiten gibt, an Aktivitäten außerhalb der Einrichtungen teilzunehmen. Die entsprechenden Anteile sind im Behindertenwohnheim (24 Prozent bei Freizeitangeboten und 19 Prozent bei Aktivitäten außerhalb der Einrichtung) und in Wohngruppen (34 Prozent beziehungsweise 24 Prozent) deutlich höher. Entsprechend treten die negativen Bewertungen „trifft eher nicht zu“ oder „trifft überhaupt nicht zu“ in Pflegeheimen mit 22 Prozent und 50 Prozent deutlich häufiger auf als in Behindertenwohnheimen (17 Prozent beziehungsweise 31 Prozent) oder in Wohngruppen (17 Prozent und 31 Prozent). Ein eindeutiger Alterseffekt ist dabei nicht erkennbar.

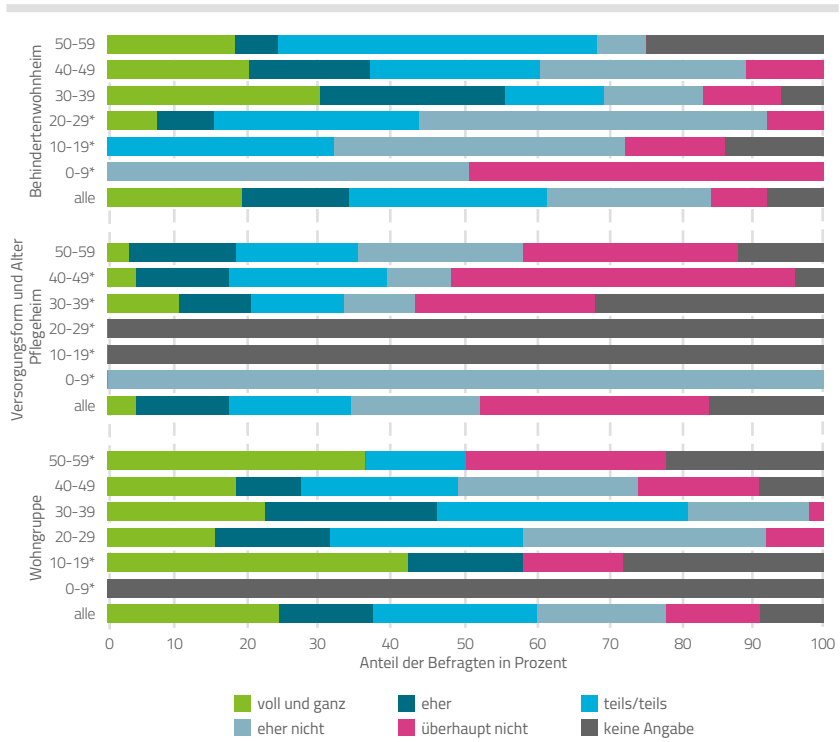
Abbildung 3.68: Beurteilung: „Es gibt ein umfangreiches Freizeitangebot“ nach Alter und Versorgungsart



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

* weniger als 20 Befragte, auf die sich die Anteile beziehen

Abbildung 3.69: Beurteilung: „Es gibt viele Möglichkeiten, an Aktivitäten außerhalb der Einrichtung teilzunehmen“ nach Alter und Versorgungsart



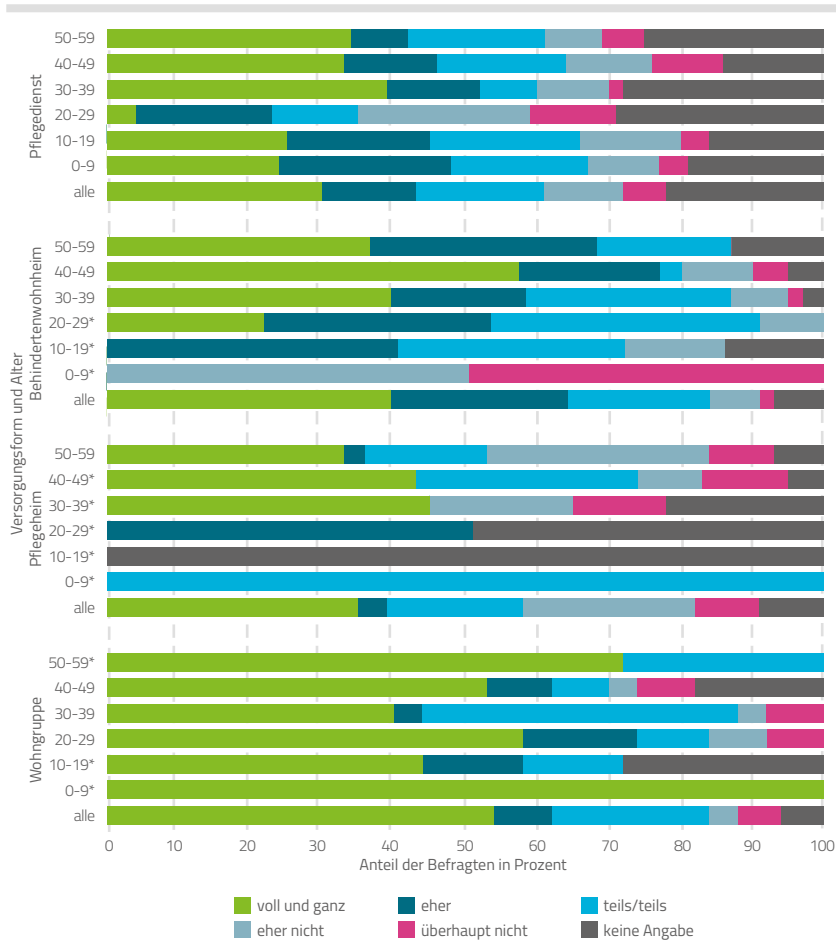
Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

* weniger als 20 Befragte, auf die sich die Anteile beziehen

Auch mit Hinblick auf die Frage, ob eine Einrichtung gut auf die Versorgung der jeweiligen Erkrankungen spezialisiert ist oder über besonders ausgebildetes Personal verfügt, weisen Wohngruppen und Behindertenwohnheime die besten Ergebnisse auf (Abbildung 3.70). So stimmen von den Bewohnern der Wohngruppen 54 Prozent der entsprechenden Aussage „voll und ganz“ zu und nur zehn Prozent äußerten eine negative Meinung („eher nicht“ oder „überhaupt nicht“). Mit 40 Prozent kam es in den Behindertenwohnheimen am zweithäufigsten zu einer positiven Bewertung („voll und ganz“), bei neun Prozent negativen Bewertungen. Bei der Versorgung durch einen

Pflegedienst zeigen sich mit 30 Prozent positiven und 17 Prozent negativen Bewertungen ebenso wie bei der Pflege in einem Pflegeheim mit 35 Prozent positiven, aber 33 Prozent negativen Bewertungen deutlich schlechtere Ergebnisse. Auch hier ist kein eindeutiger Zusammenhang mit dem Alter erkennbar.

Abbildung 3.70: Beurteilung: „Die Einrichtung ist auf die Versorgung meiner Erkrankungen spezialisiert oder hat besonders ausgebildetes Personal“ nach Alter und Versorgungsart



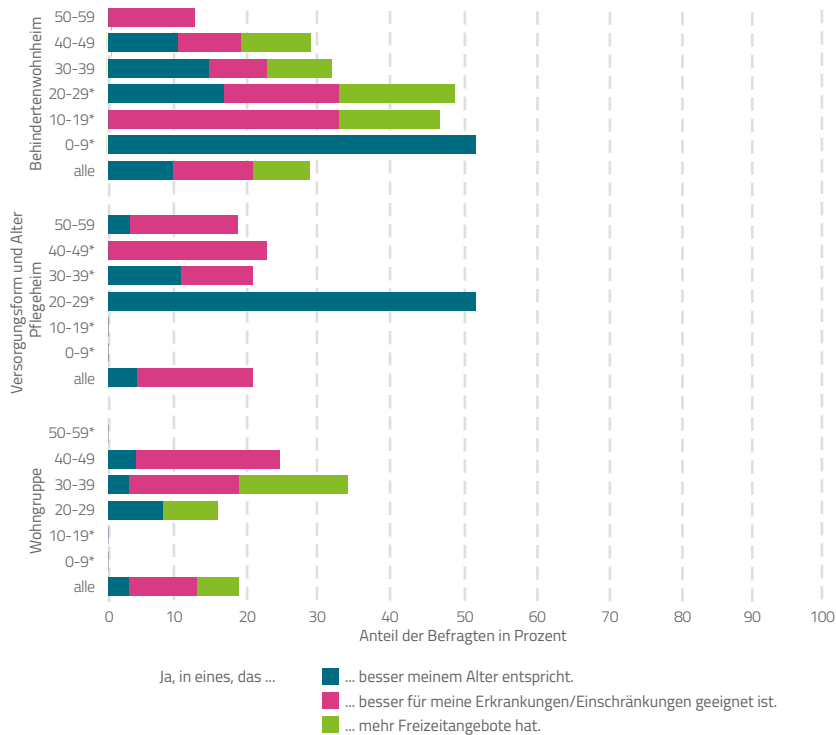
Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

* weniger als 20 Befragte, auf die sich die Anteile beziehen

Wenn die häusliche Pflege nicht mehr geleistet werden kann, muss die Versorgung in einer Einrichtung stattfinden. Die gewählte Einrichtung entspricht dann nicht immer den Wünschen des jungen Pflegebedürftigen. Daher wurde in der Versichertenbefragung auch gefragt, ob vor dem Einzug in die gewählte Pflegeeinrichtung nach anderen Einrichtungen gesucht wurde, die den Ansprüchen besser genügen.⁸ Von den Pflegeheimbewohnern haben vier Prozent nach einer Einrichtung gesucht, die besser dem eigenen Alter entspricht, und 16 Prozent nach einer Einrichtung, die besser für die eigene Erkrankung geeignet ist (Abbildung 3.71). Von den Bewohnern der Behindertenwohnheime sind es neun beziehungsweise elf Prozent, die nach Einrichtungen mit passenderer Altersgruppe oder einer besseren Eignung für die eigene Erkrankung gesucht haben. Von den Bewohnern der Wohngruppen sind es drei beziehungsweise zehn Prozent. Der Wunsch nach mehr Freizeitangeboten hat nur diejenigen zur Suche motiviert, die in ein Behindertenwohnheim oder in eine Wohngruppe eingezogen sind, nicht aber die Heimbewohner.

8 Auch diese Frage war an Pflegeheimbewohner gerichtet, wurde aber außerdem von Pflegebedürftigen in Behindertenwohnheimen und Wohngruppen beantwortet.

Abbildung 3.71: Beurteilung: „Haben Sie vor dem Einzug in dieses Pflegeheim versucht, in ein Pflegeheim zu kommen, das besser zu Ihren Bedürfnissen passt?“ nach Alter und Versorgungsart



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

* weniger als 20 Befragte, auf die sich die Anteile beziehen

3.4 Fazit

Zusammenfassend wird zunächst die Versorgungssituation junger Pflegebedürftiger noch einmal rekapituliert, um dann die Versorgungsdefizite herauszuarbeiten und Lösungsansätze zu entwickeln. Im Unterschied zu den älteren Pflegebedürftigen werden die jüngeren Pflegebedürftigen überwiegend von den Eltern versorgt. Im Erwachsenenalter leben viele allein, werden vom Partner versorgt, leben in Wohngruppen, in Behindertenwohnheimen oder auch im Pflegeheim. Das personenbezogene

Äquivalenzeinkommen ist im Durchschnitt bei den jungen Pflegebedürftigen – wo es meist aus dem Einkommen der Eltern resultiert – größer als das oftmals in Behindertenwerkstätten selbst erwirtschaftete Einkommen oder die Rentenzahlungen im Erwachsenenalter.

Da die Pflegebedürftigkeit bei Kindern abhängig vom Erreichen der Entwicklungsmeilensteine ist und Kinder allgemein mehr Fürsorge und Pflege benötigen, müssen deutliche Unterschiede im Pflegeaufwand gegenüber den nicht pflegebedürftigen Kindern bestehen, damit diese Kinder Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben. Dies ist eine Ursache dafür, dass die Prävalenz und Inzidenz in der allerjüngsten Altersgruppe sehr gering ist. Insbesondere Entwicklungsstörung und Intelligenzminderung führen im Kindesalter zu Pflegebedürftigkeit, während im Erwachsenenalter keine vergleichbare Häufung von Erkrankungen festzustellen ist, die die Pflegebedürftigkeit begleiten.

Werden die Entwicklungsmeilensteine von Kindern (insbesondere solchen mit Entwicklungsstörungen) erreicht, fehlen die sozialrechtlichen Voraussetzungen für Pflegeversicherungsleistungen, und die betroffenen Kinder und Jugendlichen gelten nicht mehr als pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung. Aus diesem Grund geht ab dem jüngsten Erwachsenenalter die Prävalenz immer weiter zurück. Da die Ursachen der Pflegebedürftigkeit im Kindesalter sehr häufig schon bei der Geburt angelegt sind, geht auch die Inzidenz im jungen Erwachsenenalter zurück. Erst mit weiter steigendem Alter kommt es zum Anstieg der Inzidenzen und damit auch der Prävalenzen – dann aber überwiegend aus anderen als angeborenen Gründen.

Pflegedienst und Pflegeheim werden erst mit steigendem Alter vermehrt in Anspruch genommen. Die Hauptleistungsart bleibt aber bis in die höchste Altersgruppe das Pflegegeld, ein großer Anteil der Pflegebedürftigen (von bis zu 30 Prozent) wird aber im Erwachsenenalter in Behinderteneinrichtungen betreut.

In den letzten Jahren ist die Inzidenz auch bei jungen Pflegebedürftigen gestiegen, was – wie auch bei älteren Pflegebedürftigen – unter anderem auf die Leistungsausweitung

speziell für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zurückgeführt werden kann. Bei den neuen jungen Leistungsberechtigten hat ein weitaus größerer Anteil nur die Pflegestufe 0 erhalten, als es bei den älteren inzidenten Leistungsberechtigten der Fall ist. Ein weiterer großer Teil der neuen leistungsberechtigten jungen Pflegebedürftigen hat die Pflegestufe I. Gerade aus diesen niedrigen Einstufungen heraus wird die Leistungsberechtigung aber oft auch wieder beendet – dies gilt insbesondere für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Mit zunehmendem Alter und der Höhe der Pflegestufe steigt die Wahrscheinlichkeit, höher gestuft zu werden oder zeitnah zu versterben.

Ein sehr großer Anteil der jungen Pflegebedürftigen weist einen hohen Grad der Behinderung auf und ist somit berechtigt, Leistungen, die in anderen Sozialgesetzbüchern verankert sind, in Anspruch zu nehmen. Daraus resultiert der hohe Anteil an Erwachsenen im mittleren Alter in Behinderteneinrichtungen. Da diese Einrichtungen sehr oft die Funktion der Eingliederung in ein Erwerbsleben haben, geht die Nutzung von Behinderteneinrichtungen mit der Annäherung an das Rentenalter zurück. Entsprechend gibt es für die Erwachsenen in Behinderteneinrichtungen mit der Annäherung an das Rentenalter eine steigende Ausstiegsrate aus diesem Versorgungsetting. Meist wird die Versorgung dann in einem Pflegeheim fortgesetzt.

Junge Pflegebedürftige streben in der Regel eine Wohn- und Pflegesituation mit möglichst viel eigener Entscheidungsfreiheit an. Dies zeigt sich zum einen darin, dass die vollstationäre Pflege im Pflegeheim bei den jungen Pflegebedürftigen die Ausnahme darstellt, zum anderen aber auch darin, dass der Wunsch nach einer vollstationären Pflege sehr selten ist. Das Leben in einer Wohngruppe, in einer betreuten Wohngemeinschaft, in einem Behindertenheim oder mit dem Partner in einer eigenen Wohnung sind demgegenüber die präferierten Wohnformen.

Das Streben nach einem möglichst selbstbestimmten Leben mit einem höheren Anteil an gesellschaftlicher Teilhabe zeigt sich auch in dem Wunsch nach mehr Freizeitaktivitäten. Hierzu bedarf es vielfach unterstützender Leistungen, wie teilstationärer Pflege oder Kurzzeitpflege, um damit auch die pflegenden Angehörigen zu entlasten. Die Kurzzeitpflege wird bereits im Kindes- und Jugendalter vielfach in Anspruch genommen und

dann auch im Erwachsenenalter weiter genutzt. Die Nutzung teilstationärer Pflege beginnt dagegen regelmäßig erst ab dem Erwachsenenalter.

Wenn häusliche Pflege nicht mehr möglich ist oder wenn die Versorgung in der Behinderteneinrichtung nicht mehr fortgeführt werden kann, erfolgt der Umzug in ein Pflegeheim. Entsprechend finden sich die größten Anteile von jungen Pflegebedürftigen in Heimpflege in der höchsten Altersgruppe.

Die meisten Pflegebedürftigen werden in dem Setting versorgt, das sie bevorzugen. Eine beachtliche Minderheit, insbesondere die der Heimbewohner, würde aber lieber in Behindertenwohnheimen, Wohngruppen oder Wohngemeinschaften leben oder die teilstationäre Pflege und/oder die Kurzzeitpflege nutzen. Gemäß den hochgerechneten Ergebnissen der BARMER-Versichertenbefragung leben rund acht Prozent der jungen Pflegebedürftigen in Wohngruppen, während dieses Setting von 15 Prozent, also einer annähernd doppelt so großen Zahl gewünscht wird. Auch für die teilstationäre Pflege und die Kurzzeitpflege weisen die Befragungsergebnisse auf Versorgungsdefizite hin. Die teilstationäre Pflege wird von den jungen Pflegebedürftigen derzeit überwiegend in den höheren Altersgruppen genutzt. Versorgungslücken werden dagegen insbesondere für pflegebedürftige Kinder wahrgenommen. Dabei stellt sich weniger die regelmäßige Versorgung (fünf Tage die Woche) als vielmehr die gelegentliche Versorgung mit Tagespflege (ein bis zwei Tage die Woche oder sogar seltener) als problematisch dar. Aus der Differenz von Wunsch und Wirklichkeit kann die Zahl der zusätzlichen Tagespflegeplätze errechnet werden, die notwendig sind, um alle in ihrem Wunschsetting unterbringen zu können. Diese Zahl fehlender Plätze beläuft sich auf rund 4.000.

Weiterhin besteht seitens der jungen Pflegebedürftigen ein Interesse daran, die Kurzzeitpflege häufiger zu nutzen. Unerfüllte Wünsche diesbezüglich betreffen in erster Linie die Gruppe der Zehn- bis 19-Jährigen. Aus den in der Befragung geäußerten Wünschen und der ermittelten Dauer der Kurzzeitpflegeepisoden kann wiederum die Zahl der zusätzlichen Plätze errechnet werden, die notwendig sind, damit alle jungen Pflegebedürftigen ihre Wunschversorgung realisieren können. Hierbei wurde ein Mehrbedarf von insgesamt rund 3.400 Kurzzeitpflegeplätzen ermittelt. Davon werden knapp 1.000 Plätze allein für die Gruppe der Zehn- bis 19-Jährigen benötigt.

Die vollstationäre Heimpflege ist zwar weder eine sehr häufige noch die bevorzugte Versorgungsoption für junge Pflegebedürftige, für einen Teil der Pflegebedürftigen ist sie aber unumgänglich. Bei der Auswahl des Pflegeheims finden junge Pflegebedürftige vielfach nicht das Heim, das ihren Vorstellungen entspricht. So wird von den befragten jungen Heimbewohnern häufig kritisiert, dass es nicht genug Gleichaltrige in der Einrichtung gibt und die Versorgung nicht auf die eigene Erkrankung ausgerichtet ist.

Als Hinderungsgrund für die Nutzung von Pflegeversicherungsleistungen werden vielfach zu hohe Eigenbeteiligungen genannt (beispielsweise Rothgang et al. 2015b: 174ff. hinsichtlich der Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen). Zu hohe Eigenanteile spielen auch bei der Überlegung zu einem Umzug ins Pflegeheim eine große Rolle. Für die Nutzung der Tages- und Kurzzeitpflege sind derartige Überlegungen dagegen von geringer Bedeutung. Entscheidend ist vielmehr das fehlende geeignete Angebot. Rund jeder Dritte gibt bei den Hinderungsgründen zur Nutzung von teilstationärer Pflege und der Kurzzeitpflege an, die Angebote würden nicht zur eigenen Erkrankung passen. Mehr als vier von zehn geben jeweils an, die Angebote würden sich nicht für das eigene Alter eignen. Dazu kommen noch die Personen, die über Wartelisten oder zu große Entfernungen zur Einrichtung klagen; Aspekte, die letztlich auch auf eine unzureichende Versorgungsstruktur hindeuten.

Insgesamt ist die pflegerische Infrastruktur nicht auf die besonderen Belange junger Pflegebedürftiger eingestellt. Es zeigen sich deutliche Indizien für eine vorwiegend geriatrisch ausgerichtete Pflegeinfrastruktur, die dem Bedarf pflegebedürftiger Kinder und junger Erwachsener auf verschiedenen Ebenen weniger gerecht wird.

Versorgungslücken bestehen insbesondere hinsichtlich der Kurzzeitpflege, der Tagespflege, aber auch im Hinblick auf Pflegeheime, die sich auf die Versorgung junger Pflegebedürftiger spezialisiert haben. In Bremen gibt es beispielsweise ein Haus, das sich in der Langzeitpflege auf die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen im Alter von 20 bis 60 Jahren spezialisiert hat, die an multipler Sklerose, Hirntumoren, Zuständen nach Schlaganfällen oder anderen neurologischen Leiden erkrankt sind.

Für die vollstationäre Dauerpflege erscheint eine stärkere Berücksichtigung der Belange junger Pflegebedürftiger dabei am einfachsten, da hierzu lediglich die Konzeption des Heimes angepasst werden muss, ohne dass erhebliche Kapazitätsausweitungen notwendig sind. Kapazitätsausweitungen von wenigen Tausend Plätzen in der Kurz- und teilstationären Pflege können dennoch nicht zu flächendeckenden und wohnortnahen Angeboten führen. Das ist in der Kurzzeitpflege noch vergleichsweise unerheblich, da hier auch größere Transportstrecken in Kauf genommen werden können; für eine Tagespflege mit täglichem Transport ist die Entfernung aber von großer Bedeutung. Insbesondere im ländlichen Raum ist hier daher nur bedingt mit Abhilfe zu rechnen.

Wichtig ist aber auch, dass gute Informationsmöglichkeiten für Eltern und junge Pflegebedürftige eingerichtet werden, um zu gewährleisten, dass Betroffene auch geeignete Angebote finden. Viele Eltern fühlen sich über die Erkrankung ihres Kindes und deren Konsequenzen nicht ausreichend informiert. Bei dem Großteil der Familien existiert ein verhältnismäßig großer Bedarf an allgemeiner Information zu den Themenbereichen Leistungsansprüche, Versorgungsmöglichkeiten und Entlastungs- und Unterstützungsangebote, der häufig unberücksichtigt bleibt (Englert et al. 2016; GKV-SV 2013: 108ff.; Klie und Bruker 2016: 31; Kofahl und Lüdecke 2014: 14f.). Darüber hinaus ist das Potenzial der bereits gesetzlich verankerten Unterstützungsleistungen wie der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege häufig nicht bekannt und sollte – auch von den Pflegekassen – offensiver beworben werden (Kofahl und Lüdecke 2014: 33).

Kapitel 4

Anhang

4 Anhang

4.1 BARMER-Versichertenbefragung 2017

Im Schwerpunktkapitel des Reports wird die besondere Situation der jungen Pflegebedürftigen beschrieben. Da weder mithilfe der amtlichen Statistik noch mit den Routedaten der BARMER die besonderen Wohnsituationen, die speziellen Einschränkungen oder die Versorgungswünsche der Pflegebedürftigen erfasst werden können, wurde im Frühjahr des Jahres 2017 eine Versichertenbefragung unter den jungen Pflegebedürftigen durchgeführt, die diese Themen aufgreift. So wurde nach der aktuellen und der gewünschten Wohnsituation sowie der tatsächlichen und gewünschten Inanspruchnahme von teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege gefragt. Insofern Wunsch und Wirklichkeit voneinander abweichen, wurden die Gründe hierfür abgefragt. Weitere angesprochene Themen sind der Grad der Behinderung, die Pflegehistorie, die Versorgungslage und deren Bewertung, die Freizeitaktivitäten und die Wünsche nach einer Ausweitung dieser Aktivitäten sowie die soziale Lage in Form von Haushaltszusammensetzung, formalem Bildungsniveau und Einkommensniveau (Der Fragebogen kann auf Anfrage von den Autoren des Reports zur Verfügung gestellt werden).

Von April bis Mai 2017 wurden insgesamt 7.692 Versicherte der BARMER im Alter von 0 bis 59 Jahren angeschrieben, die im Dezember des Jahres 2016 als pflegebedürftig galten (einschließlich der Pflegestufe 0) und zum Befragungszeitpunkt immer noch pflegebedürftig waren. Es handelt sich um eine geschichtete Zufallsstichprobe, in der die Pflegebedürftigen im Kindesalter überrepräsentiert sind, um eine Darstellung nach einzelnen Lebensjahren bei Kindern zu ermöglichen. Insgesamt sind 2.053 Kinder im Alter von 0 bis 9 Jahren und 1.405 Pflegebedürftige im Alter von 10 bis 19 Jahren angeschrieben worden. Für die folgenden Altersgruppen ist die Zahl der Angeschriebenen geringer, nämlich 769 (20 bis 29 Jahre), 963 (30 bis 39 Jahre), 1.139 (40 bis 49 Jahre) und 829 (50 bis 59 Jahre).

Die Befragung richtete sich in erster Linie an die pflegebedürftige Person. Wenn es notwendig war, konnte der Fragebogen aber auch von der Pflegeperson oder einer anderen Vertrauensperson ausgefüllt werden. Wer den Fragebogen ausgefüllt hat,

wurde abgefragt. Bis zum 26. Juni 2017 antworteten 1.809 Personen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 24 Prozent. Zu 63 Personen lagen zumindest teilweise keine gültigen Werte zu Alter oder Geschlecht vor, weshalb sie für die Hochrechnungen und auch für die weiteren Auswertungen ausgeschlossen werden mussten. Zur Auswertung stehen damit 1.746 Fragebögen zur Verfügung. Dies entspricht einer Ausschöpfungsquote von 23 Prozent (Tabelle A 1).

Tabelle A 1: Response der Befragung

Bruttostichprobe: angeschrieben im April und Mai des Jahres 2017	7.692 Pflegebedürftige im Alter von 0 bis 59 Jahren, die auch im Dezember des Jahres 2016 pflegebedürftig (inklusive Pflegestufe 0) waren.
Rücklauf bis zum 26. Juni 2017	1.809 Personen, das entspricht einer Rücklaufquote von 24 Prozent.
ungültig	63 Fragebögen ohne gültige Werte zu Alter und Geschlecht
realisierte Stichprobe	1.746 Fragebögen gingen in die Analyse ein, das entspricht einer Ausschöpfungsquote von 23 Prozent.

Um zu überprüfen, ob sich die Teilnehmer der Befragungen von den Nicht-Teilnehmern unterscheiden, ob also Verzerrungen aufgrund selektiver Rückläufe vorliegen, zeigt Tabelle A 2 die Alters- und Geschlechterverteilung. Die Differenzen in der Altersverteilung sind vergleichsweise gering. Der Anteil in einer Altersgruppe liegt in der realisierten Stichprobe maximal um 2,2 Prozentpunkte unter dem Anteil in der Bruttostichprobe (10- bis 14-Jährige) und maximal um 1,7 Prozentpunkte über dem Anteil in der Stichprobe (35- bis 39-Jährige). Die Geschlechterverteilung ist nahezu deckungsgleich (Differenz: 0,2 Prozentpunkte). Die Ausschöpfungsquote schwankt nach Fünf-Jahres-Altersgruppen zwischen 18 und 28 Prozent und ist für Frauen und Männer fast identisch.

Da die Pflegestatistik Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nicht berücksichtigt, wurden für die Ermittlung der Hochrechnungsfaktoren

im ersten Schritt auch die Befragten in Behindertenheimen ausgeschlossen. Für die verbliebenen Befragten wurden, entsprechend der Verteilung nach Fünf-Jahres-Altersgruppen in der Befragung und in der Pflegestatistik von 2015, Hochrechnungsfaktoren gebildet.

Tabelle A 2: Charakterisierung der Stichprobe und der Teilnehmer an der Befragung

	Stichprobe: gültige Angaben aus den Routinedaten der BARMER		Auswertungsdaten: gültige Angaben aus dem Fragebogen		Ausschöpfungsquote
	Anteile in Prozent	Anzahl	Anteile in Prozent	Anzahl	Anteile in Prozent
Alter					
0 - 4	11,1	851	12,3	214	25,1
5 - 9	15,6	1.202	15,1	263	21,9
10 - 14	10,5	810	8,3	145	17,9
15 - 19	7,7	595	9,4	164	27,6
20 - 24	5,4	418	5,4	95	22,7
25 - 29	4,6	351	4,9	85	24,2
30 - 34	4,6	352	4,5	78	22,2
35 - 39	7,9	611	9,6	168	27,5
40 - 44	6,3	483	5,6	98	20,3
45 - 49	8,5	656	9,5	165	25,2
50 - 54	6,9	533	6,3	110	20,6
55 - 59	10,8	829	9,2	161	19,4
Geschlecht					
männlich	53,2	4.084	53,0	925	22,6
weiblich	46,8	3.599	47,0	821	22,8

Da es keinen erkennbaren systematischen Verzerrungsfehler durch die Responderaten gibt, können über Hochrechnungen repräsentative Aussagen getätigt werden.

Die Pflegebedürftigen der Befragung, deren Versorgung nicht in Behindertenheimen stattfand, wurden somit auf die 386.000 Pflegebedürftigen der Bundesrepublik Deutschland, wie sie sich aus der Pflegestatistik für das Jahr 2015 ergeben, hochgerechnet. Auf die Pflegebedürftigen in Behindertenheimen wurde anschließend der alters- und geschlechtsspezifische Hochrechnungsfaktor der anderen gleichaltrigen Befragten übertragen. Letztlich beziehen sich die Auswertungen auf 1.746 Fragebögen. Die gesamte Hochrechnung inklusive der Pflegebedürftigen in Behindertenheimen ergibt 426.821 Pflegebedürftige im Alter von 0 bis 59 Jahren.

Kapitel 5

Verzeichnisse

5 Verzeichnisse

5.1 Abkürzungsverzeichnis

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
COPD	chronic obstructive pulmonary disease; chronisch obstruktive Lungenerkrankung
EA	eingeschränkte Alltagskompetenz
EEE	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil
EVIS	Evaluation des NBA - Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen; eine der beiden Erprobungsstudien vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
GdB	Grad der Behinderung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IADL	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (Lawton und Brody)
IK	Investitionskosten
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
MuG	Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung; von TNS Infratest durchgeführte Studien zur Lage von Pflegebedürftigen, Pflegepersonen und -einrichtungen
PEA	Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

PfWG	Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)
PG	Pflegegrad
PNG	Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz)
PPV	Private Pflegeversicherung
PSG	Pflegestärkungsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SPV	Soziale Pflegeversicherung
Vdek	Verband der Ersatzkassen

5.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Pflegesätze vollstationärer Pflegeeinrichtungen im Mai 2017	28
Abbildung 1.2:	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil, Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten sowie Gesamtheimtentgelte im Mai 2017	30
Abbildung 1.3:	Eigenanteile nach Bundesländern in Euro pro Monat	31
Abbildung 1.4:	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil nach Bundesländern im Mai 2017	33
Abbildung 1.5:	Gesamteigenanteile nach Bundesländern im Mai 2017	34
Abbildung 1.6:	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil in den Kreisen und kreisfreien Städten	35
Abbildung 1.7:	Vom Pflegebedürftigen aufzubringender Gesamteigenanteil in den Kreisen und kreisfreien Städten	36
Abbildung 1.8:	Veränderung der durchschnittlichen monatlichen Eigenanteile	41
Abbildung 1.9:	Veränderung der monatlichen Eigenanteile 2015 bis 2017, Pflegestufe I	42
Abbildung 1.10:	Veränderung der monatlichen Eigenanteile 2015 bis 2017, Pflegestufe II	42
Abbildung 1.11:	Veränderung der monatlichen Eigenanteile 2015 bis 2017, Pflegestufe III	43
Abbildung 1.12:	Durchschnittliche Entlastung der Heimbewohner durch das PSG II	44
Abbildung 1.13:	Zahlungsströme durch die Umstellung gemäß Szenario 1	50
Abbildung 1.14:	Zahlungsströme durch die Umstellung gemäß Szenario 3	51
Abbildung 2.1:	Absolute Verteilung der Pflegestufen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2015	66
Abbildung 2.2:	Relative Verteilung der Pflegestufen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2015	67
Abbildung 2.3:	Absolute Verteilung der Pflegeleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2015	67
Abbildung 2.4:	Relative Verteilung der Pflegeleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2015	68
Abbildung 2.5:	Pflegeleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	69

Abbildung 2.6:	Pflegeleistungen (unter den Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	70
Abbildung 2.7:	Relative Verteilung der Pflegeleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	71
Abbildung 2.8:	Verteilung der Pflegestufen nach Jahr und Versicherungsart	74
Abbildung 2.9:	Verteilung der Pflegeleistungen nach Jahr und Versicherungsart ...	77
Abbildung 2.10:	Pflegeinzidente Personen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016 ..	83
Abbildung 2.11:	Pflegeinzidenz in den unteren Altersgruppen nach Geschlecht im Jahr 2016	84
Abbildung 2.12:	Pflegeinzidenz in den oberen Altersgruppen nach Geschlecht im Jahr 2016	84
Abbildung 2.13:	Pflegeinzidenz in den unteren Altersgruppen nach Pflegestufe und Geschlecht im Jahr 2016	85
Abbildung 2.14:	Pflegeinzidenz in den oberen Altersgruppen nach Pflegestufe und Geschlecht im Jahr 2016	86
Abbildung 2.15:	Inzidenzen der Männer und Frauen nach Altersgruppen und Pflegeleistung im Jahr 2016	87
Abbildung 2.16:	Pflegeinzidenz in den unteren Altersgruppen nach psychischen Störungen im Jahr 2015	88
Abbildung 2.17:	Pflegeinzidenz in den oberen Altersgruppen nach psychischen Störungen im Jahr 2015	89
Abbildung 2.18:	Pflegeinzidenz in den unteren Altersgruppen nach akuten oder speziellen Erkrankungen im Jahr 2015	90
Abbildung 2.19:	Pflegeinzidenz in den oberen Altersgruppen nach akuten oder speziellen Erkrankungen im Jahr 2015	90
Abbildung 2.20:	Pflegeinzidenz in den unteren Altersgruppen nach Mobilitätsbeeinträchtigungen im Jahr 2015	91
Abbildung 2.21:	Pflegeinzidenz in den oberen Altersgruppen nach Mobilitätsbeeinträchtigungen im Jahr 2015	91
Abbildung 2.22:	Pflegeinzidenz in den unteren Altersgruppen nach sonstigen Erkrankungen im Jahr 2015	92

Abbildung 2.23:	Pflegeinzidenz in den oberen Altersgruppen nach sonstigen Erkrankungen im Jahr 2015	93
Abbildung 2.24:	Pflegeinzidenzen nach Pflegestufen und Jahr	94
Abbildung 2.25:	Pflegeinzidenzen nach Pflegeleistungen und Jahr.....	94
Abbildung 2.26:	Zusammengefasste Pflegeinzidenzen bei psychischen Störungen im Wandel	95
Abbildung 2.27:	Zusammengefasste Pflegeinzidenzen bei akuten und speziellen Erkrankungen im Wandel.....	96
Abbildung 2.28:	Zusammengefasste Pflegeinzidenzen bei Beeinträchtigungen der Mobilität im Wandel	97
Abbildung 2.29:	Zusammengefasste Pflegeinzidenzen bei sonstigen Erkrankungen im Wandel.....	97
Abbildung 2.30:	Zustand 48 Monate nach Pflegeeintritt im Jahr 2011 für Männer, Frauen und insgesamt nach Altersgruppen	98
Abbildung 2.31:	Zustand 48 Monate nach Pflegeeintritt im Jahr 2011 für Männer und Frauen nach Altersgruppen	99
Abbildung 2.32:	Zustand 48 Monate nach Pflegeeintritt im Jahr 2011 für Männer und Frauen nach Pflegestufe beziehungsweise Pflegeleistung und Altersgruppen	100
Abbildung 2.33:	Übergänge (auf Monatsbasis) in andere Pflegestufen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2016	102
Abbildung 2.34:	Übergänge (auf Monatsbasis) in andere Pflegestufen bei Vorliegen einzelner Erkrankungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015.....	104
Abbildung 2.35:	Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit nach Altersgruppen, Geschlecht und Zugehörigkeit zur SPV oder PPV im Jahr 2015.....	107
Abbildung 2.36:	Relative Abweichung der Prävalenzen von Versicherten der SPV gegenüber den Prävalenzen aller gesetzlich Pflegeversicherten..	108
Abbildung 2.37:	Prävalenz von Männern und Frauen nach Altersgruppen und Pflegeleistung im Jahr 2016	109
Abbildung 2.38:	Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Männern nach Altersgruppen und Jahr in der SPV	112

Abbildung 2.39: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Frauen nach Altersgruppen und Jahr in der SPV	113
Abbildung 2.40: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Männern in den oberen Altersgruppen nach Jahr in der SPV und PPV	114
Abbildung 2.41: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Frauen in den oberen Altersgruppen nach Jahr in der SPV und PPV	115
Abbildung 2.42: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Männern in den unteren Altersgruppen nach Jahr in der SPV und PPV	116
Abbildung 2.43: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Frauen in den unteren Altersgruppen nach Jahr in der SPV und PPV	117
Abbildung 2.44: Veränderungen in den Pflegeprävalenzen zwischen den Jahren 2011 und 2015 in der SPV und PPV nach Geschlecht..	118
Abbildung 2.45: Prävalenzen von Männern und Frauen nach Alter und Pflegeleistung im Wandel	120
Abbildung 2.46: Gesamtprävalenz für Männer und Frauen sowie insgesamt nach Pflegeleistung im Wandel	121
Abbildung 2.47: Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigen im Jahr 2016, im nächsten Monat verstorben oder aus dem Leistungsbezug ausgetreten zu sein.....	122
Abbildung 2.48: Anteil der Träger der ambulanten Pflegedienste nach Jahr	127
Abbildung 2.49: Art (Angebot) der ambulanten Dienste im Jahr 2015.....	128
Abbildung 2.50: Beschäftigungsverhältnisse in den ambulanten Pflegediensten nach Jahr.....	130
Abbildung 2.51: Tätigkeitsbereiche in den ambulanten Pflegediensten nach Jahr	130
Abbildung 2.52: Anteil der stationären Pflegeeinrichtungen nach Träger und Jahr in Prozent.....	133
Abbildung 2.53: Beschäftigungsverhältnisse in stationären Einrichtungen nach Jahr in Prozent.....	135
Abbildung 2.54: Tätigkeitsbereich in den stationären Pflegeeinrichtungen nach Jahr	136
Abbildung 2.55: Pflegepersonen nach Alter, Geschlecht und Pflegeintensität	146

Abbildung 2.56:	Relation der Empfänger von Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen zu allen Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen	158
Abbildung 3.1:	Pflegebedürftige im Jahr 2015 und 2016 nach Altersgruppe in Tausend	171
Abbildung 3.2:	Prävalenz von Pflegebedürftigkeit im Jahr 2015 und 2016 nach Alter und Geschlecht	173
Abbildung 3.3:	Verteilung der Leistungsarten bei jungen Pflegebedürftigen nach Altersgruppe und Geschlecht 2015	174
Abbildung 3.4:	Verteilung der Leistungsarten bei jungen Pflegebedürftigen nach Altersgruppe und Geschlecht 2016 (inklusive Pflege in Behinderteneinrichtungen)	175
Abbildung 3.5:	Verteilung der Pflegestufen bei jungen Pflegebedürftigen nach Altersgruppe und Geschlecht 2015	176
Abbildung 3.6:	Verteilung der Pflegestufen bei jungen Pflegebedürftigen nach Altersgruppe und Geschlecht 2016 (inklusive Pflege in Behinderteneinrichtungen)	177
Abbildung 3.7:	Nutzung ausgewählter Ersatz- und Ergänzungsleistungen durch junge Pflegebedürftige in häuslicher Pflege im Durchschnittsmonat 2016 nach Altersgruppe und Geschlecht	178
Abbildung 3.8:	Jahresinzidenz von Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung im Alter bis 59 Jahre in den Jahren 2011 bis 2016	180
Abbildung 3.9:	Eintrittshäufigkeit in die Pflegebedürftigkeit für Männer und Frauen im Alter bis 59 Jahre im Jahr 2016	180
Abbildung 3.10:	Jahresinzidenz der Pflegebedürftigkeit für Männer und Frauen im Alter bis 59 Jahre im Jahr 2016	181
Abbildung 3.11:	Verteilung der Leistungsarten inzidenter junger Pflegebedürftiger nach Altersgruppe und Geschlecht 2016	182
Abbildung 3.12:	Verteilung der Pflegestufen inzidenter junger Pflegebedürftiger nach Altersgruppe und Geschlecht 2016	183
Abbildung 3.13:	Anteil Pflegebedürftiger und Versicherter im Alter bis 59 Jahre mit ausgewählten Diagnosen	185

Abbildung 3.14:	Anteil pflegeinzidenter junger Menschen mit regelmäßigen Diagnosen (20+ Prozent) an allen Inzidenzen im Vergleich zur Bevölkerung	187
Abbildung 3.15:	Anteil pflegeinzidenter junger Menschen mit sehr häufigen Diagnosen (13 bis 20 Prozent) im Vergleich zur Bevölkerung	187
Abbildung 3.16:	Anteil pflegeinzidenter junger Menschen mit häufigen Diagnosen (5 bis 13 Prozent) im Vergleich zur Bevölkerung	188
Abbildung 3.17:	Anteil pflegeinzidenter junger Menschen mit selteneren Diagnosen (1 bis 5 Prozent) im Vergleich zur Bevölkerung	188
Abbildung 3.18:	Anteil pflegeinzidenter Kinder mit sehr häufigen und regelmäßigen Diagnosen (über 13 Prozent) im Vergleich zur Bevölkerung	189
Abbildung 3.19:	Anteil pflegeinzidenter Kinder mit häufigen Diagnosen (5 bis 13 Prozent) im Vergleich zur Bevölkerung	189
Abbildung 3.20:	Anteil pflegeinzidenter Kinder mit selteneren Diagnosen (2 bis 5 Prozent) im Vergleich zur Bevölkerung	190
Abbildung 3.21:	Anteil pflegeinzidenter Kinder mit seltenen Diagnosen (1 bis 2 Prozent) im Vergleich zur Bevölkerung	190
Abbildung 3.22:	Erkrankungen und Beeinträchtigungen, die die Pflegebedürftigkeit begründen	191
Abbildung 3.23:	Verteilung der Pflegebedürftigen nach dem Grad der Behinderung (GdB)	193
Abbildung 3.24:	Häuslich versorgte junge Pflegebedürftige nach benötigter Hilfe bei ... nach Altersgruppen	194
Abbildung 3.25:	Eigenständige Verrichtung einzelner alltäglicher Dinge (IADL) nach Altersgruppen und Geschlecht	195
Abbildung 3.26:	Fähigkeiten bei der Verrichtung alltäglicher Dinge - Summenscore des IADL nach Altersgruppen und Geschlecht	196
Abbildung 3.27:	Pflegedauern nach Inzidenz im Jahr 2011 im Vergleich mit den älteren Pflegebedürftigen	198
Abbildung 3.28:	Dauer der Pflegebedürftigkeit bei jungen Menschen (0 bis 59 Jahre) bei Inzidenz im Jahr 2011 nach Eintrittspflegestufe	199

Abbildung 3.29:	Wahrscheinlichkeit, im nächsten Monat verstorben zu sein oder aus dem Leistungsbezug ausgetreten zu sein	200
Abbildung 3.30:	Zustand nach 48 Monaten nach Pflegeinzidenz im Jahr 2011 nach begleitenden Erkrankungen bei allen Pflegebedürftigen (alle Altersgruppen).....	202
Abbildung 3.31:	Zustand nach 48 Monaten nach Pflegeinzidenz im Jahr 2011 nach begleitenden Erkrankungen bei jungen Pflegebedürftigen (Alter 0 bis 59).....	203
Abbildung 3.32:	Anteil der jungen Pflegegeldempfänger (0 bis 59 Jahre) eines Monats mit einem Wechsel im Folgemonat in ein anderes Pflegearrangement	205
Abbildung 3.33:	Anteil der jungen Leistungsempfänger (0 bis 59 Jahre) bei Pflegediensten eines Monats mit einem Wechsel im Folgemonat in ein anderes Pflegearrangement.....	206
Abbildung 3.34:	Anteil der jungen Pflegeheimbewohner (0 bis 59 Jahre) eines Monats mit einem Wechsel im Folgemonat in ein anderes Pflegearrangement	207
Abbildung 3.35:	Anteil der jungen PEA mit Pflegestufe 0 eines Monats mit einem Wechsel im Folgemonat in eine andere Pflegestufe	208
Abbildung 3.36:	Anteil der jungen Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I eines Monats mit einem Wechsel im Folgemonat in eine andere Pflegestufe	208
Abbildung 3.37:	Anteil der jungen Pflegebedürftigen mit Pflegestufe II eines Monats mit einem Wechsel im Folgemonat in eine andere Pflegestufe	209
Abbildung 3.38:	Anteil der jungen Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III eines Monats mit einem Wechsel im Folgemonat in eine andere Pflegestufe	210
Abbildung 3.39:	Anzahl der Pflegebedürftigen in Behinderteneinrichtungen und Anteil an allen Pflegebedürftigen je Altersgruppe und Geschlecht	212

Abbildung 3.40: Anteil der Bewohner von Behinderteneinrichtungen eines Monats mit einem Wechsel im Folgemonat in ein anderes Pflegearrangement	213
Abbildung 3.41: Hauptpflegeperson nach Alter der zu versorgenden Person	214
Abbildung 3.42: Häuslich versorgte junge Pflegebedürftige nach Haushaltsgröße 2017	216
Abbildung 3.43: Häuslich versorgte junge Pflegebedürftige nach überwiegender Lebensunterhaltsquelle im Jahr 2003	217
Abbildung 3.44: Monatliches Äquivalenzeinkommen häuslich versorgter junger Pflegebedürftiger 2017	218
Abbildung 3.45: Aktuelle Wohnsituation und Wohnwunsch	219
Abbildung 3.46: Wunsch, dass die aktuelle Wohnsituation erhalten bleibt, nach aktueller Wohnsituation	220
Abbildung 3.47: Wünsche zur zukünftigen Wohnsituation nach aktueller Wohnsituation	221
Abbildung 3.48: Wunsch nach Änderung der Wohnform in Wohngruppe, betreuter Wohngemeinschaft, Pflegeheim oder Behindertenwohnheim nach Alter	222
Abbildung 3.49: Hinderungsgründe für den Einzug in eine Wohngruppe nach Alter	223
Abbildung 3.50: Hinderungsgründe für den Einzug in eine betreute Wohngemeinschaft nach Alter	223
Abbildung 3.51: Hinderungsgründe für den Umzug ins Pflegeheim nach Alter	224
Abbildung 3.52: Hinderungsgründe für den Umzug in ein Behindertenwohnheim nach Alter	225
Abbildung 3.53: Aktuelle Freizeitgestaltung: Nutzung kultureller Angebote	226
Abbildung 3.54: Aktuelle Freizeitgestaltung: Freunde/Bekannte treffen	227
Abbildung 3.55: Aktuelle Freizeitgestaltung: Sport/Bewegung	228
Abbildung 3.56: Aktuelle Freizeitgestaltung: Ausflüge	229
Abbildung 3.57: Wünsche nach vermehrter Freizeitaktivität	230
Abbildung 3.58: Wunsch und Wirklichkeit bei der Häufigkeit der Nutzung der Tagespflege	231
Abbildung 3.59: Mehrbedarf an Tagespflegeplätzen	232

Abbildung 3.60:	Wunsch und Wirklichkeit bei der Häufigkeit der Nutzung der Kurzzeitpflege	233
Abbildung 3.61:	Mehrbedarf an Kurzzeitpflegeplätzen	234
Abbildung 3.62:	Hinderungsgründe für eine intensivere Nutzung der Tagespflege oder Kurzzeitpflege	235
Abbildung 3.63:	Hinderungsgrund „Kein Leistungsangebot für das Alter“ für eine intensivere Nutzung der Leistungen nach Alter	236
Abbildung 3.64:	Hinderungsgrund „Kein Leistungsangebot für die Erkrankung“ für eine intensivere Nutzung nach Erkrankung	237
Abbildung 3.65:	Gründe, vollstationäre Pflege nicht zu nutzen	238
Abbildung 3.66:	Beurteilung: „Das Personal kennt meine Bedürfnisse“ nach Alter und Versorgungsart	240
Abbildung 3.67:	Beurteilung: „Es gibt genug Gleichaltrige in der Einrichtung“ nach Alter und Versorgungsart	241
Abbildung 3.68:	Beurteilung: „Es gibt ein umfangreiches Freizeitangebot“ nach Alter und Versorgungsart	243
Abbildung 3.69:	Beurteilung: „Es gibt viele Möglichkeiten, an Aktivitäten außerhalb der Einrichtung teilzunehmen“ nach Alter und Versorgungsart	244
Abbildung 3.70:	Beurteilung: „Die Einrichtung ist auf die Versorgung meiner Erkrankungen spezialisiert oder hat besonders ausgebildetes Personal“ nach Alter und Versorgungsart	245
Abbildung 3.71:	Beurteilung: „Haben Sie vor dem Einzug in dieses Pflegeheim versucht, in ein Pflegeheim zu kommen, das besser zu Ihren Bedürfnissen passt?“ nach Alter und Versorgungsart	247

5.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Durchschnittliche Pflegesätze und Pflegesatzrelationen sowie Aufwandsrelationen gemäß EVIS-Studie	29
Tabelle 1.2:	Durchschnittliche EEE und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten im Mai 2017 in Euro pro Monat	31
Tabelle 1.3:	Kosten für die Besitzstandswahrung gemäß § 141 SGB XI	38
Tabelle 1.4:	Länderregelungen gemäß § 92 c SGB XI	45
Tabelle 1.5:	Mehreinnahmen für Heimbetreiber	46
Tabelle 1.6:	Mehrausgaben, Mehreinnahmen und Entlastungen aufgrund der Umstellung in Millionen Euro	49
Tabelle 2.1:	Entwicklung der Zahl der Leistungsbezieher der Pflegeversicherung nach Datenquelle	63
Tabelle 2.2:	Zahlenmäßige Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Pflegestufe in der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung in Tausend	73
Tabelle 2.3:	Zahlenmäßige Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Pflegestufe in der Privaten Pflegeversicherung in Tausend	73
Tabelle 2.4:	Zahlenmäßige Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Leistung, Pflegestufe und Jahr in der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung in Tausend	75
Tabelle 2.5:	Zahlenmäßige Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Leistung und Jahr in der Privaten Pflegeversicherung insgesamt	76
Tabelle 2.6:	Zahl der Begutachtungen der MDK und der Knappschaft nach Gutachtenart in Tausend	79
Tabelle 2.7:	Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch den MDK und die Knappschaft in Tausend	81
Tabelle 2.8:	Anzahl der ambulanten Pflegedienste nach Träger und Jahr in Tausend	126
Tabelle 2.9:	Pflegedienstpersonal nach Beschäftigungsverhältnis nach Jahr in Tausend	129
Tabelle 2.10:	Kapazitäten im ambulanten Bereich im Vergleich zum stationären Bereich	131

Tabelle 2.11:	Anzahl der stationären Pflegedienste nach Träger und Jahr in Tausend.....	133
Tabelle 2.12:	Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Jahr in Tausend.....	134
Tabelle 2.13:	Heime nach Angebot und Auslastung.....	136
Tabelle 2.14:	Entwicklung der monatlichen Pflegekosten, Versicherungs- leistungen und Eigenanteile in der stationären Pflege.....	139
Tabelle 2.15:	Monatliche Pflegekosten in der stationären Pflege im Jahr 2015 nach Träger.....	141
Tabelle 2.16:	Männliche Pflegepersonen nach Pflegeintensität, Jahr und Anteil an der Bevölkerung in Tausend	144
Tabelle 2.17:	Weibliche Pflegepersonen nach Pflegeintensität, Jahr und Anteil an der Bevölkerung in Tausend	145
Tabelle 2.18:	Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung in Milliarden Euro.....	152
Tabelle 2.19:	Finanzentwicklung der Privaten Pflegeversicherung in Millionen Euro	155
Tabelle 2.20:	Empfänger und Nettoausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege.....	158
Tabelle 2.21:	Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2015.....	160

5.4 Literaturverzeichnis

- Arnold, Robert; Rothgang, Heinz (2010): Finanzausgleich zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. In welchem Umfang ist ein Finanzausgleich aus Gründen der Gleichbehandlung notwendig? In Göppfarth, Dirk; Greß, Stefan; Jacobs, Klaus; Wasem, Jürgen (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010. Von der Selektion zur Manipulation? Heidelberg. S. 61–92.
- Augurzky, Boris; Borchert, Lars; Deppisch, Rebecca; Krolop, Sebastian; Mennicken, Roman; Preuss, Maike; Rothgang, Heinz; Stocker-Müller, Melanie; Wasem, Jürgen (2008a): Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen. Ein Bundesländervergleich. Essen.
- Augurzky, Boris; Borchert, Lars; Deppisch, Rebecca; Krolop, Sebastian; Mennicken, Roman; Preuss, Maike; Rothgang, Heinz; Stocker-Müller, Melanie; Wasem, Jürgen (2008b): Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen. Ein Bundesländervergleich. RWI-Materialien, Heft 44. Essen: RWI. www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/M_44_Pflegekosten-NRW.pdf (Download am 22. September 2017).
- Beck-Ripp, Julia Christiane; Dressel, Holger (2015): Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bei Kindern und Jugendlichen. Eine Analyse der Pflegebegutachtung des MDK Bayern. In: Das Gesundheitswesen (77). S. 405–410.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2014a): Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihen 1995 bis 2013) am Jahresende nach Altersgruppen. www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger_Altersgruppen/1995-2013_Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Altersgruppen.pdf
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2014b): Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihen 1995 bis 2013) im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten. www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger_Leistungsarten/1995-2013_Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Leistungsarten.pdf
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2016a): Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen am 31.12.2015 - Frauen. www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/2015/Leistungsempfaenger/Frauen_2015.pdf

- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2016b): Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen am 31.12.2015 – Männer. www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/2015/Leistungsempfaenger/Maenner_2015.pdf
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2016c): Soziale Pflegeversicherung. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach Altersgruppen und Geschlecht am 1.7.2015. www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/2015/Versicherte/20150701.pdf
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2017a): Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/ab1995.pdf (Download am 22. September 2017).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2017b): Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihen 1995 bis 2016) am Jahresende nach Pflegestufen. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/Pflegestufen_ab1995.pdf (Download am 22. September 2017).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (div. Jahre-a): GKV-Versicherte. Mitglieder-statistik KM6 am 1.7. diverse Jahre.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (div. Jahre-b): Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Geschlecht, Altersgruppen und Pflegestufen am 31.12. diverse Jahre.
- 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. Boston, Dordrecht, London. S. 11–23.
- 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). S. 285–302.

- Diakonisches Werk Gladbeck-Bottrop-Dorsten; Die Johanniter; CareWork GKT-Serwis; Programm für lebenslanges Lernen (2014): Modularisiertes Bildungskonzept „Junge Pflege“ Leonardo da Vinci - Innovationstransfer. www.24stundenbetreut.com/files/Handbuch_Junge_Pflege_web.pdf (Download am 22. September 2017).
- Döhner, Hanneli; Kohler, Susanne; Lüdecke, Daniel (2007): Pflege durch Angehörige – Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der europäischen Untersuchung EURO-FAMCARE. In: *informationsdienst altersfragen* 34 (03). S. 9–14.
- Eisenhardt, Benita; Heinrich, Michaela (2016): Was brauchen pflegebedürftige Kinder in Berlin? Erhebung zu Unterstützungs- und Entlastungsbedarfen von Familien mit pflegebedürftigen Kindern in Berlin. www.menschenkind-berlin.de/sites/menschenkind-berlin.de/files/Bedarfserhebung_Nov.2016.pdf (Download am 22. September 2017).
- Englert, Nathalie; Oetting-Roß, Claudia; Büscher, Andreas (2016): Bedarf und Qualität von Beratung in der Langzeitpflege. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. doi: 10.1007/s00391-016-1172-4
- GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (Hrsg.) (2013): Vernetzung von Hilfen für pflegebedürftige Kinder. Berlin.
- Hoffmann, Falk; Koller, Daniela (2017): Verschiedene Regionen, verschiedene Versichertenpopulationen? Soziodemografische und gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Krankenkassen. In: *Das Gesundheitswesen* 79 (1). S. 1–9.
- Klie, Thomas; Bruker, Christine (2016): Versorgungskoordination bei Familien mit schwer und lebensverkürzend erkrankten Kindern in Berlin. www.menschenkind-berlin.de/sites/menschenkind-berlin.de/files/Versorgungskoordination_Expertise_AGP_2016.pdf (Download am 22. September 2017).
- Kofahl, Christopher; Lüdecke, Daniel (2014): Die Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland. Ergebnisse der Kindernetzwerk-Studie. www.bvkt.de/files/aok-bv_33selbsthilfestudie_web.pdf (Download am 22. September 2017).
- Kofahl, Christopher; Matzke, Oliver; Verdugo, Pablo Bade; Lüdecke, Daniel (2017): Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen und ihre Bedeutung für die Familien. In: Jacobs, Klaus; Kuhlmeier, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (Hrsg.): *Pflege-Report 2017. Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Stuttgart. S. 25–38.
- Kreienbrock, Lothar; Schach, Siegfried (2005): *Epidemiologische Methoden*. München.

- Kuhlmeiy, Adelheid; Suhr, Ralf; Blüher, Stefan; Dräger, Dagmar (2013): Das Risiko der Pflegebedürftigkeit: Pflegeerfahrungen und Vorsorgeverhalten bei Frauen und Männern zwischen 18 und 79 Jahren. In: Böcken, Jan et al. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2013. Gütersloh.
- Lawton, M. Powell; Brody, Elaine M. (1969): Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. In: *Gerontologist* (9), S. 179–186.
- LWL-Integrationsamt Westfalen (2014): Behinderung und Ausweis. Münster: Landwirtschaftsverlag.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.) (2000): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 1998. Essen.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.) (2001): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 1999/2000. Essen.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.) (2003): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 2001/2002. Essen.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.) (2005): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2003. Essen.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.) (2006): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2004. Essen.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.) (2007a): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2005. Essen.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.) (2007b): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2006. Essen.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.) (2009): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2007-2008. Essen.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.) (2010): Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung 2009. Essen.
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.) (2012): Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation. Essen. www.mds-ev.de/media/pdf/2012_02_06_BGR_final.pdf (Download am 22. September 2017).
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.) (2013): Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung. Pflegebericht 2011/2012. Essen.

- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.) (2016): Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung. Pflegebericht 2015. Essen. www.mds-ev.de/mdk-statistik/pflege-begutachtungen.html
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.); GKV-SV, (GKV-Spitzenverband) (2013): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen. www.mds-ev.de/media/pdf/BRI_Pflege_2013_Lesezeichen.pdf
- MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.); GKV-SV, (GKV Spitzenverband Bund) (2017): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. 2. Auflage. Essen. www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/17-07-17_BRI_Pflege.pdf (Download am 22. September 2017).
- 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.
- 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). S. 230–237.
- Österle, August ; Rothgang, Heinz (2010): Long-Term Care. In Castles, Francis G.; Leibfried, Stephan; Lewis, Jane; Obinger, Herbert; Pierson, Chris (Hrsg.): The Oxford Handbook of the Welfare State. Oxford. S. 405–417.
- PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (1998): Die private Krankenversicherung. Zahlenbericht 1997/1998. Köln, Berlin. https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht_1997_1998.pdf (Download am 22. September 2017).
- PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (1999): Die private Krankenversicherung. Zahlenbericht 1998/1999 Köln, Berlin. https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht_1998_1999.pdf (Download am 22. September 2017).

- PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2000): Die private Krankenversicherung. Zahlenbericht 1999/2000. Köln, Berlin. https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht_1999_2000.pdf (Download am 22. September 2017).
- PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2001): Die private Krankenversicherung. Zahlenbericht 2000/2001. Köln, Berlin. https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht_2000_2001.pdf (Download am 22. September 2017).
- PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2002): Die private Krankenversicherung. Zahlenbericht 2001/2002. Köln, Berlin. https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht_2001_2002.pdf (Download am 22. September 2017).
- PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2003): Die private Krankenversicherung. Zahlenbericht 2002/2003. Köln, Berlin. https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht_2002_2003.pdf (Download am 22. September 2017).
- PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2004): Die private Krankenversicherung. Zahlenbericht 2003/2004. Köln, Berlin. https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht_2003_2004.pdf (Download am 22. September 2017).
- PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2005): Die private Krankenversicherung. Zahlenbericht 2004/2005. Köln, Berlin. https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht_2004_2005.pdf (Download am 22. September 2017).
- PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2006): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2005/2006. Köln, Berlin. https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht_2005_2006.pdf (Download am 22. September 2017).
- PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2007): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2006/2007. Köln, Berlin. https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht_2006_2007.pdf (Download am 22. September 2017).

- PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2008): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2007/2008. Köln, Berlin. https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht_2007_2008.pdf
- PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2009): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2008/2009. Köln, Berlin. https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht_2008_2009.pdf (Download am 22. September 2017).
- PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2011): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011. Köln, Berlin. <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht-2010-2011.pdf> (Download am 22. September 2017).
- PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2012): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012. Köln. <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht-2011-2012.pdf> (Download am 22. September 2017).
- PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2013): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2012. Köln. <https://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2012.pdb.pdf> (Download am 22. September 2017).
- PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2014): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2013. Köln. www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2013.pdb.pdf (Download am 22. September 2017).
- PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2015): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2014. Köln. www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2014.pdb.pdf (Download am 22. September 2017).
- PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2016): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2015. Köln. www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2015.pdb.pdf (Download am 22. September 2017).
- Robine, Jean-Marie (2003): The relevance of population health indicators. In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 57. S. 318.
- 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). S. 292–305.

- Rothgang, Heinz (2010): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. In: Das Gesundheitswesen 72. S. 154–160.
- Rothgang, Heinz; Cacace, Mirella; Frisina, Loraine; Grimmeisen, Simone; Schmid, Achim; Wendt, Claus (Hrsg.) (2010a): The State and Healthcare: Comparing OECD Countries. Houndsmill.
- Rothgang, Heinz; Fünfstück, Mathias; Neubert, Lydia; Czwilka, Jonas; Hasseler, Martina (2015a): Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen. Berlin: GKV-Spitzenverband. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV_Schriftenreihe_Pflege_Band_13.pdf
- Rothgang, Heinz; Höppner, Karin; Borchert, Lars; Becker, Roland; Glaeske, Gerd (2007): Differenzierung privater Krankenversicherungstarife nach Geschlecht: Bestandsaufnahme, Probleme, Optionen. Baden-Baden.
- Rothgang, Heinz; Iwansky, Stephanie; Müller, Rolf; Sauer, Sebastian; Unger, Rainer (2010b): BARMER GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. St. Augustin. <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2010/101130-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2010,property=Data.pdf>
- Rothgang, Heinz; Iwansky, Stephanie; Müller, Rolf; Sauer, Sebastian; Unger, Rainer (2011): BARMER GEK Pflegereport 2011. Schwerpunktthema: Zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. St. Augustin. <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2011/111129-Pflegereport-2011/PDF-Pflegereport-2011,property=Data.pdf>
- Rothgang, Heinz; Jacobs, Klaus (2013): Pflegereform 2014: Was ist zu tun? In: G+G Wissenschaft 13 (3). S. 7–14.
- Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas; Müller, Rolf; Runte, Rebecca; Unger, Rainer (2015b): BARMER GEK Pflegereport 2015. Schwerpunkt: Pflegen zu Hause. Siegburg.
- Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas; Müller, Rolf; Runte, Rebecca; Unger, Rainer (2016): BARMER GEK Pflegereport 2016. Siegburg.
- Rothgang, Heinz; Kulik, Dawid; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2009): GEK-Pflegereport 2009. Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. St. Augustin.

- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Mundhenk, Rebecca; Unger, Rainer (2014): BARMER GEK Pflegereport 2014. Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger. Siegburg.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2013): BARMER GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Rehabilitation und Pflege. Siegburg.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer; Weiß, Christian; Wolter, Annika (2012): BARMER GEK Pflegereport 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit. Siegburg.
- Schmidt, Manuela; Schneekloth, Ulrich (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin: BMG. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf (Download am 22. September 2017).
- Schneekloth, Ulrich; Geiss, Sabine; Pupeter, Monika; Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas; Müller, Rolf (2017): Abschlussbericht. Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. München: TNS Infratest Sozialforschung. http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf (Download am 22. September 2017).
- 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.
- Statistisches Bundesamt (2001): Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2003): Pflegestatistik 2001 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Bonn
- Statistisches Bundesamt (2005): Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Bonn

- Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2008): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik 2009 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001099004.pdf?__blob=publicationFile (Download am 22. September 2017).
- Statistisches Bundesamt (2013a): Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile (Download am 22. September 2017).
- Statistisches Bundesamt (2013b): Pflegestatistik 2011 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Standardtabellen auf Bundesebene. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2015a): Pflegestatistik 2013 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile (Download am 22. September 2017).
- Statistisches Bundesamt (2015b): Pflegestatistik 2013 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Standardtabellen auf Bundesebene. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2017a): Ausgaben der Sozialhilfe – Hilfe zur Pflege. Wiesbaden. www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/EinnahmenAusgaben/Tabellen/Ausgaben_HilfePflege.html (Download am 22. September 2017).
- Statistisches Bundesamt (2017b): Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege insgesamt am 31.12.2015. Wiesbaden. www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/BesondereLeistungen/Tabellen/Tabellen_BL_HilfePflege.html (Download am 22. September 2017).
- Statistisches Bundesamt (2017c): Genesis-Online Datenbank, Tabellen: Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre.
- Statistisches Bundesamt (2017d): Pflegestatistik 2015 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. www.destatis.de/DE/

- Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse
5224001159004.pdf?__blob=publicationFile (Download am 22. September 2017).
Statistisches Bundesamt (2017e): Pflegestatistik 2015 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Standardtabellen auf Bundesebene. Wiesbaden.
- Swart, Enno; Ihle, Peter (Hrsg.) (2005): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern.
- Swart, Enno; Ihle, Peter; Gothe, Holger; Matusiewicz, David (Hrsg.) (2014): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven, 2. Auflage. Bern.
- Tiesmeyer, Karin (2017): Pflege von Menschen mit Behinderung – Herausforderungen und Handlungserfordernisse. In Jacobs, Klaus; Kuhlmeier, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2017. Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart. S. 39–50.
- Trittin, Cornelia (Hrsg.) (2015): Versorgungsforschung zwischen Routinedaten, Qualitätssicherung und Patientenorientierung. Siegburg.
- 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.
- Unger, Rainer (2006a): Das individuelle Zugangsrentenniveau des Jahres 2003. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Forschungsrelevante Daten der Rentenversicherung. Bericht vom zweiten Workshop des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV) vom 27. bis 29. Juni 2005 in Würzburg. Berlin. S. 267–280.
- Unger, Rainer (2006b): 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). S. 155.
- Unger, Rainer (2015): Lebenserwartung in Gesundheit. In Niephaus, Yasemin; Kreyenfeld, Michaele; Sackmann, Reinhold (Hrsg.): *Sozialwissenschaftliche Demografie*. Wiesbaden. S. 565–594.
- Unger, Rainer; Müller, Rolf; Rothgang, Heinz (2011): Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit. Ausmaß und Entwicklungstendenzen in Deutschland. In: *Das Gesundheitswesen* 73 (5). S. 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.

5.5 Autorenverzeichnis

Rolf Müller, Dr., Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Universität Bremen, SOCIUM-Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Abteilung Gesundheit, Pflege und Altersicherung, Bremen.

Heinz Rothgang, Prof. Dr., Universität Bremen, SOCIUM-Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Abteilungsleiter Gesundheit, Pflege und Altersicherung, Bremen.

Rebecca Runte, M. A. Public Health, Doktorandin, Universität Bremen, SOCIUM-Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Abteilung Gesundheit, Pflege und Altersicherung, Bremen.

Rainer Unger, Dr., Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Universität Bremen, SOCIUM-Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Abteilung Gesundheit, Pflege und Altersicherung, Bremen.