

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 32

BARMER

Pflegereport 2021

Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends

Heinz Rothgang,
Rolf Müller



Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 32

BARMER

Pflegereport 2021

Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends

Heinz Rothgang,
Rolf Müller

Impressum

Herausgeber:

BARMER

Postfach 11 07 04

10837 Berlin

Autoren:

Heinz Rothgang,

Rolf Müller,

Universität Bremen, SOCIUM –

Forschungszentrum Ungleichheit
und Sozialpolitik

Abteilung Gesundheit, Pflege und
Alterssicherung

Konzeption, Redaktion und fachliche Prüfung:

Juliane Diekmann, Nora Hoffmann,

Ursula Marschall, Nicole Osterkamp,

Christina Wittkop

Design und Realisation:

zweiband.media GmbH, Berlin

Druck und Bindung:

Plump Druck & Medien GmbH,
Rheinbreitbach

Printed in Germany

ISBN Print: 978-3-946199-68-7

ISBN PDF: 978-3-946199-69-4

Im Sinne der besseren Lesbarkeit wurde überwiegend die grammatikalisch männliche Sprachform gewählt. Wenn im Text die männliche Sprachform genannt ist, sind damit alle Geschlechter 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
Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2020/2021	8
Pflege im Spiegel der Statistik	11
Schwerpunkt: Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends	15
Einleitung	21
1 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2020/2021	26
1.1 Personalausstattung in Pflegeheimen	28
1.2 Entlohnung der Pflegekräfte	31
1.3 Eigenanteile	34
1.4 Verbleibende Reformnotwendigkeiten	43
2 Pflege im Spiegel der Statistik	48
2.1 Pflegebedürftige	48
2.1.1 Fallzahlen und Prävalenzen	50
2.1.2 Lebenszeitprävalenz	64
2.1.3 Begutachtungen	71
2.1.4 Pflegeeintritt und Inzidenz	77
2.1.5 Übergänge und Beendigung	81
2.1.6 Pflegedauer	88
2.1.7 Fazit zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen	96
2.2 Leistungserbringung	98
2.2.1 Ambulante Pflegedienste	98
2.2.2 Pflegeheime	102
2.2.3 Pflegepersonen	111
2.2.4 Fazit zur Leistungserbringung	115

2.3	Finanzierung	116
2.3.1	Leistungen der Pflegeversicherung	116
2.3.2	Soziale Pflegeversicherung	121
2.3.3	Private Pflegeversicherung	126
2.3.4	Sozialhilfe	128
2.3.5	Finanzierung im Überblick	130
3	Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends	136
3.1	Altersspezifische Prävalenzen im Zeitverlauf	139
3.1.1	Dynamik der altersspezifischen Schweregrade der Pflegebedürftigkeit	141
3.1.2	Dynamik der altersspezifischen Inanspruchnahmen	142
3.1.3	Demografische und andere Effekte auf die Zahl der Pflegebedürftigen	144
3.2	Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen	148
3.2.1	Bevölkerungsvorausberechnung	148
3.2.2	Pflegeprävalenzen	152
3.2.3	Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart und Pflegegrad	156
3.2.4	Projektion des Personalbedarfs	169
3.3	Projektion der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung	186
	Anhang	194
	Amtliche und halbamtliche Daten zur Pflegebedürftigkeit	194
	BARMER-Daten	197
	Ergebnistabellen	200

Verzeichnisse	210
Abkürzungsverzeichnis und Glossar	210
Abbildungsverzeichnis	213
Tabellenverzeichnis	217
Literaturverzeichnis	220
Autorenverzeichnis	232

Vorwort

Aktuell werden mehr als 4,5 Millionen Menschen ambulant oder stationär gepflegt, Tendenz deutlich steigend. Denn im Jahr 2030 werden rund sechs Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig sein. Das entspricht einer Steigerung von mehr als 30 Prozent. Und somit noch einmal deutlich mehr, als bisherige Schätzungen angenommen haben. Der aktuelle Pflegereport der BARMER belegt, dass für die Versorgung dieser Menschen mehr als 180.000 Pflegekräfte zusätzlich benötigt werden. Da bereits heute Pflegekräfte fehlen, drängt die Zeit. Die Pflege ist und bleibt eine Großbaustelle mit dringendem Handlungsbedarf. Die neue Bundesregierung muss dieses Feld möglichst schnell in Angriff nehmen. Unser Report liefert dafür eine gute Datengrundlage. Darin wurde nicht nur berechnet, wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen mittel- und langfristig entwickeln könnte und welcher Bedarf an zusätzlichen Pflegekräften sich daraus ergibt. Auch die entsprechenden Leistungsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung wurden auf Basis verschiedener Annahmen berechnet. Die Pflege in Deutschland steht vor neuen Belastungsproben. Auf diese müssen wir uns alle bereits heute vorbereiten!

Der Reformbedarf der Pflegeversicherung ist enorm. Schließlich muss Pflege bezahlbar bleiben – und das mit entsprechend hoher Qualität im Sinne der Pflegebedürftigen. Dazu braucht es unter anderem ein attraktives Berufsbild mit besseren Arbeitszeitmodellen. Ziel sollte es sein, auf diese Weise die Berufstätigen insgesamt länger in dem Beruf zu halten. Gleichzeitig muss die Zahl der Auszubildenden weiter gesteigert werden. Die Reportergebnisse belegen, dass gerade die Pflegefachkräfte und die Pflegehilfskräfte mit Ausbildung fehlen werden, wenn hier nicht rasch gegengesteuert wird. Das Thema unseres Reports ist also hochaktuell. Vorhersagen künftiger Entwicklungen sind selbstverständlich per se nicht einfach. Aus diesem Grund haben die Reportautoren mit verschiedenen Varianten gearbeitet, bei denen Faktoren wie die Geburtenentwicklung, die Lebenserwartung oder die Migration auf unterschiedliche Weise Einfluss nehmen.

Pflege muss insgesamt auch qualitativ und digital weiterentwickelt werden. Hierbei müssen pragmatische Entscheidungen genauso wie kluge systematische Weichenstellungen im Vordergrund stehen. Dazu zählen zum Beispiel die „Digitalen Pflegeanwendungen bzw. Assistenzsysteme“. Wird ihr pflegerischer Nutzen für die Betroffenen nachgewiesen, müssen die Kassen die Kosten dafür übernehmen können. Wir brauchen zudem deutlich mehr Transparenz über die Qualität von Pflege-Wohngemeinschaften und in Pflegeeinrichtungen. In der Tages- und Kurzzeitpflege müssen die Bundesländer mehr Investitionsmittel bereitstellen. Zudem sind die Bundesländer auch anderweitig gefordert. Sie müssen ihrer Verpflichtung insgesamt besser nachkommen, die Investitionskosten in der Pflege zu tragen. Die Leistungsbeträge in der Pflege sollten einmalig angehoben werden, um die Menschen wirksam finanziell zu entlasten. Die für den Jahresbeginn 2022 geplante Anhebung der Pflegesachleistungsbeträge ist dazu ein guter erster Schritt. Der Steuerzuschuss sollte verstetigt werden und im Gleichschritt mit den jährlichen Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung ansteigen.

Mein Dank gilt an dieser Stelle den Autoren des Reports, Prof. Dr. Heinz Rothgang und Dr. Rolf Müller von der Universität Bremen. Sie haben erneut ein methodisch anspruchsvolles Thema bravourös gemeistert und damit Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, eine ebenso brisante wie erkenntnisreiche Lektüre verschafft.

Prof. Dr. med. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER
Berlin, im Dezember 2021

Zusammenfassung

Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2020/2021

Die größte Herausforderung in der Pflege liegt derzeit in der Sicherstellung ihrer personellen Basis. Ein hinreichendes Pflegekräfteangebot kann aber nur erreicht werden, wenn die Attraktivität des Pflegeberufs durch bessere Bezahlung und verbesserte Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen gesteigert wird. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass die Eigenanteile in der vollstationären Pflege nicht weiter steigen. Damit sind drei Hauptthemen der Pflegepolitik des letzten Jahres genannt: Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation in Pflegeeinrichtungen, zur Anhebung der Entlohnung und zur Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile in der Heimpflege.

Personalausstattung in Pflegeheimen

Seit September 2020 liegt erstmals ein wissenschaftlich begründetes Verfahren zur Bemessung des Pflegepersonalbedarfs in vollstationären Einrichtungen vor, dessen Umsetzung in den Beschlüssen der von drei Bundesministerien gemeinsam ins Leben gerufenen Konzierten Aktion Pflege niedergelegt ist. Entsprechend der diesbezüglichen „Roadmap“ soll die Einführung in drei Schritten erfolgen. Mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) wurde in einem ersten Schritt die Refinanzierung von bis zu 20.000 zusätzlichen Pflegeassistentenstellen ab dem 1. Januar 2021 ermöglicht. Der zweite Schritt erfolgte im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG), das bundesweit einheitliche Personalanhaltswerte definiert, die die nach Qualifikationsniveaus gegliederten Pflegepersonalbedarfe anhand der Zahl der Heimbewohner und ihrer Pflegegrade bestimmen. Diese Anhaltswerte, die ab dem 1. Juli 2023 gelten, konstituieren sozialrechtliche Obergrenzen des refinanzierbaren Personals, deren Überschreitung allerdings ausdrücklich erlaubt wird, wenn die Anwendung dieser Anhaltswerte ansonsten zu einer Absenkung des Personalbestands führen würde. Die Notwendigkeit dieser Bestandsschutzregel ergibt sich insbesondere daraus, dass die Anhaltswerte nur 40 Prozent der erkannten Personalmehrbedarfe abbilden und damit weit von den bedarfsdeckenden Werten des Algorithmus 1.0 des Personalbemessungsverfahrens entfernt sind. Der Algorithmus 1.0 ist dabei das aus dem Projekt zur Ermitt-

lung des Personalbemessungsverfahrens gewonnene Personalbemessungsinstrument, der den notwendigen Personalbedarf zur Erbringung einer fachgerechten pflegerischen Versorgung darstellt. Ergänzende ordnungsrechtliche Untergrenzen sind in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI auf Landesebene zu bestimmen.

Mit der Einführung bundesweiter Personalanhaltszahlen wird ein Konvergenzprozess eingeleitet, der die normativ nicht begründbaren Unterschiede zwischen den Personalschlüsseln der Bundesländer abbaut, die ein Grund für die Entwicklung des Personalbemessungsverfahrens waren. Eine bedarfsgerechte Personalausstattung wird allerdings noch nicht erreicht. Hierzu sind ein dritter und womöglich ein vierter Umsetzungsschritt notwendig. Das GVWG legt hierzu allerdings lediglich fest, dass die Notwendigkeit eines dritten Umsetzungsschritts 2025 geprüft werden soll. Das Bekenntnis zu einer verbindlichen vollumfänglichen Einführung des Personalbemessungsverfahrens ist aber notwendig, wenn hiervon ein erkennbares positives Signal zur Steigerung der Attraktivität des Altenpflegeberufs ausgehen soll.

Das GVWG markiert den zweiten Schritt in der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens – ein dritter Schritt ist aber zwingend erforderlich.

Entlohnung der Pflegekräfte

Insbesondere in der Konzertierten Aktion Pflege haben sich die relevanten Akteure dazu bekannt, die Entlohnung in der Altenpflege durch geeignete Maßnahmen anzuheben. Nachdem die Erstreckung eines ausgehandelten Tarifvertrags nicht die Zustimmung der beiden kirchlichen Kommissionen gefunden hat, wird im GVWG nunmehr eine sozialrechtliche Lösung normiert. Zulassungsverträge setzen für Pflegeeinrichtungen ab dem 1. September 2022 voraus, dass die Einrichtung selbst tarifgebunden ist oder ihre Pflegekräfte mindestens in Höhe eines in der Region anwendbaren Pflege-Tarifvertrags entlohnt. Da allerdings kein Referenztarifvertrag angegeben wurde, bietet diese Regelung erheblichen Gestaltungsspielraum, was zu der Befürchtung geführt hat, dass mit dem Verweis auf ortsübliche Tarifverträge auch weiterhin sehr niedrige Löhne gerechtfertigt werden können. Insgesamt sind die Auswirkungen dieser Norm daher noch unklar.

Ob die Regelungen des GVWG zu einer Anhebung des Lohnniveaus in der Altenpflege führen, bleibt abzuwarten.

Die im GVWG eingeführten Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen sind nicht geeignet, diese nachhaltig zu begrenzen. Hier zeigt sich Nachbeserungsbedarf.

Pflegebedingte Eigenanteile in der Heimpflege

Zur Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile in der Heimpflege hat das Bundesgesundheitsministerium im November 2020 Eckpunkte für eine Pflegereform vorgelegt, die eine Begrenzung dieser Eigenanteile auf monatlich 700 Euro und maximal 36 Monate vorgesehen haben. Im Gesetzgebungsverfahren wurde dieser Vorschlag durch eine Regelung ersetzt, die nach Dauer der stationären Pflege gestaffelte Zuschläge zu den pflegebedingten Eigenanteilen vorsieht. Wie die Analysen zeigen, wird damit zwar im Januar 2022 eine deutliche Reduktion der Eigenanteile erreicht, die aber nur von kurzfristiger Dauer ist. Da die pflegesatzsteigernden anderen Elemente der Reform erst im Herbst 2022 beziehungsweise 2023 in Kraft treten, kommt es dann wieder zu sprunghaften Anstiegen der Eigenanteil, die wieder die zu Beginn dieses Jahres ermittelten Höhen erreichen. Bei einer Querschnittsbetrachtung werden so die Heimbewohner, die bis zu einem Jahr in stationärer Pflege sind, im Durchschnitt belastet, die Heimbewohner, die mehr als zwei Jahre im Heim leben, dagegen entlastet. Im Durchschnitt resultiert – bezogen auf die Pflegesätze im Juli 2021 – eine fast schon vernachlässigbare Entlastung in Höhe von knapp vier Prozent des durchschnittlichen pflegebedingten Eigenanteils beziehungsweise 1,7 Prozent des Gesamteigenanteils. Bei einer Längsschnittbetrachtung zeigt sich, dass sich für Heimzugänge in den ersten 3,5 Jahren per Saldo eine Belastung ergibt. Nur für diejenigen, die länger als 42 Monate im Heim leben, ergibt sich insgesamt eine Entlastung. Eine solche Überlebensdauer wird nach den Analysen der BARMER-Daten in diesem Bericht aber nur von einem Viertel der Heimbewohner erreicht (siehe Kapitel 2.1.6). Das GVWG führt damit erkennbar nicht zu einer nachhaltigen Begrenzung der Eigenanteile. Insbesondere, wenn 2025 die dritte Umsetzungsstufe des Personalbemessungsverfahrens erfolgt, werden die durchschnittlichen Eigenanteile deutlich steigen.

Pflege im Spiegel der Statistik

Datengrundlage

Mit der Pflegestatistik, der Kassenstatistik und den Daten der BARMER sind unterschiedliche Möglichkeiten gegeben, die Pflegebedürftigen und ihre Leistungsansprüche zu erfassen. Die Pflegestatistik berücksichtigt keine Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, und Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind untererfasst, da sie keinen Anspruch auf die Hauptpflegeleistungen haben. Die Kassenstatistik berücksichtigt keine Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe 0. Beide Daten lassen keine gemeinsame Erfassung verschiedener Leistungen einer Person zu. Die Erfassung kombinierter Leistungen und eine zeitliche Abfolge von Leistungen sind mit den BARMER-Daten möglich. Weil diese auf die BARMER-Versicherten beschränkt sind, werden die Ergebnisse aus diesen Daten nach Alter, Geschlecht und Bundesland auf die Bevölkerung in Deutschland hochgerechnet. Die Fallzahlen werden dabei unterschätzt, die Trends entsprechen aber denen der amtlichen Statistik.

wesentliche Daten-
quellen: Pflegestatistik,
Kassenstatistik und
BARMER-Daten

Pflegebedürftige

Definition: Zum 1. Januar 2017 gab es die Umstellung von Pflegestufen in Pflegegrade. Um die Pflegebedürftigen in den Zeitreihenbetrachtungen einigermaßen vergleichbar zu halten, werden in der Regel für die Zeit vor dem 1. Januar 2017 diejenigen mit Pflegestufe 0 bis Pflegestufe III berücksichtigt und für die Zeit ab dem 1. Januar die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5. Für diese galt und gilt ein prinzipieller Anspruch auf Pflegegeld. Der Vergleich findet auf Grundlage der Umkodierung von Pflegestufen und PEA-Einstufung nach dem Überleitungsschlüssel in § 140 SGB XI statt.

Vergleich Pflegestufe 0
bis III mit Pflegegrad 2
bis 5

In der Begutachtungsstatistik des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) finden sich für die Jahre 2011 bis 2016 bei den niedrigen Schweregraden steigende Fallzahlen positiver Begutachtungen. Bei den mittleren und höheren Schweregraden blieben die Fallzahlen relativ konstant. In den Jahren 2017 bis 2020 wurden mit leicht steigender Tendenz jeweils um die 260.000 positive Erstgutachten mit der Empfehlung zum Pflegegrad 1 erfasst. Seit 2017 sind die positiven Begutachtungen mit Pflegegrad 2 oder höher tendenziell stabil oder eher rückläufig.

mehr positive Begutach-
tungen mit niedrigem
Schweregrad

Bis Ende der 2000er-Jahre gab es Steigerungen der Zahl der Pflegebedürftigen, die etwa den Folgen der demografischen Entwicklung entsprachen. Aus der Pflegestatistik lassen sich in den 2000er-Jahren jährliche Steigerungsraten um ein bis drei Prozent ermitteln. In den 2010er-Jahren sind diese auf vier bis sechs Prozent gestiegen. Die Pflegestatistik weist für 2019 3,829 Millionen Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 aus. Zusätzlich wird von 298.117 Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 berichtet.

Verbunden mit dem Anstieg in den geringen Pflegegraden sind auch ein Anstieg in der Nutzung ambulanter Angebote und eine relative Stagnation im Bereich der vollstationären Versorgung. Der Anteil der Pflegegeldbezieher ist von 1999 bis 2009 von 51,0 Prozent auf 45,6 Prozent zurückgegangen und dann bis 2019 auf 55,3 Prozent der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 angestiegen. Nachdem durch die ersten Entwicklungen der Eindruck entstand, dass die Zukunft der Pflege im Pflegeheim liegt, hat sich dieser Eindruck später wieder relativiert. Dies macht der Anteil der Pflegebedürftigen im Pflegeheim deutlich, der im Jahr 1999 noch 27,5 Prozent betrug und bis 2005 auf 30,3 Prozent angestiegen ist. Anschließend sank der Anteil aber auf nun 20,6 Prozent im Jahr 2019. Gerade von den neuen Pflegebedürftigen wird immer häufiger Pflegegeld in Anspruch genommen.

Ein Wechsel der Pflegegrade findet überwiegend durch Höherstufungen statt. Je höher der Pflegegrad ist, desto höher ist die akute Sterberate. Diese Wahrscheinlichkeit, im nächsten Monat zu versterben, liegt bei Pflegegrad 2 mit sinkender Tendenz unter einem Prozent und bei Pflegegrad 5 mit steigender Tendenz über vier Prozent.

**Tendenz zu längeren
Pflegedauern**

Auch ohne Berücksichtigung der Leistungsberechtigten mit Pflegegrad 1 zeigt sich ein leichter Anstieg zu längeren Pflegedauern. Nach 24 Monaten waren aus der Inzidenzkohorte 2013 (inklusive Pflegestufe 0) noch 58,3 Prozent und aus der Inzidenzkohorte 2019 (ohne Pflegegrad 1) noch 64,2 Prozent am Leben.

Zusammengefasst nimmt aktuell die Zahl der Pflegebedürftigen über die Maße der demografischen Entwicklung zu. Dabei steigt die Zahl der Pflegebedürftigen mit geringeren Pflegegraden, die eher Pflegegeld als formelle Pflege in Anspruch nehmen. Zu diesem

allgemeinen Trend gesellte sich im Jahr 2020 noch der Effekt der Corona-Pandemie, der die Inanspruchnahme stationärer Leistungen einschränkte. So stagnierte die Zahl der teilstationären Leistungen und die Nutzung der Kurzzeitpflege ging sogar zurück.

Ambulante Dienste

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste ist von 10.820 im Jahr 1999 auf 14.688 im Jahr 2019 und damit um 35,7 Prozent gestiegen. Die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten hat sich von 1999 bis 2019 von 183.800 auf 421.600 mehr als verdoppelt (plus 129,4 Prozent). Umgerechnet in Vollzeitäquivalente (VZÄ) ergibt sich eine ähnliche Steigerung um 129,9 Prozent von 125.400 auf 288.300 VZÄ. Nachdem die Relation von VZÄ zu Pflegebedürftigen sich in den 2010er-Jahren bis auf maximal 33,5 VZÄ je 100 Pflegebedürftige erhöhte, ist diese Relation im Jahr 2019 auf 29,3 VZÄ je 100 Pflegebedürftige leicht eingebrochen. Rund die Hälfte der Beschäftigten sind examinierte Pflegekräfte – in Köpfen 44,0 Prozent und in VZÄ 47,5 Prozent. In dem Arbeitsschwerpunkt körperbezogener Pflege sind es mit 51,9 Prozent beziehungsweise 52,7 Prozent mehr als die Hälfte der Beschäftigten.

Fachkraftquote um 50%
im ambulanten Bereich

Pflegeheime

Als Pflegeheime sind in der Pflegestatistik alle Einrichtungen erfasst, die vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege oder teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) anbieten. Dabei können in den Einrichtungen diese Angebote auch parallel vorliegen. Während dabei die Zahl der Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege zuletzt bei 11.200 stagnierte und die Zahl der Einrichtungen mit Kurzzeitpflege von 1.700 auf 1.300 zurückging, stieg die Zahl der Einrichtungen mit Tages- oder Nachtpflege in den Jahren 1999 bis 2019 von 1.300 auf 5.300. Die Zahl der Pflegeplätze in vollstationärer Dauerpflege stieg in der Zeit von 621.500 auf 877.200 und die Pflegeplätze in der Tagespflege von 13.300 auf 82.600. Für Kurzzeitpflege wie auch für Nachtpflege gab es im Jahr 2019 weniger Plätze als im Jahr 1999.

Die Zahl der Beschäftigten in den stationären Einrichtungen hat von 440.900 im Jahr 1999 auf 796.500 im Jahr 2019 zugenommen. Umgerechnet in VZÄ ist dies ein Zuwachs von 345.100 auf 577.300.

Fachkraftquote unter 50% im stationären Bereich

Der Anteil der examinierten Pflegekräfte an allen Beschäftigten liegt im stationären Bereich niedriger als in der ambulanten Versorgung. Er liegt insgesamt bei 30,2 Prozent der Beschäftigten beziehungsweise bei 34,0 Prozent der VZÄ. Im Rahmen der körperbezogenen Pflege sind es 44,0 Prozent beziehungsweise 47,9 Prozent.

Rentenversicherungsbeiträge für 806.000 Pflegepersonen

Pflegepersonen

Schätzungen zur Gesamtzahl der an der Pflege beteiligten Privatpersonen kommen auf etwa doppelt so viele Pflegepersonen wie Pflegebedürftige im häuslichen Setting. Nur für einen Teil von ihnen werden Rentenversicherungsbeiträge geleistet. Und zwar nur dann, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist und eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrads 2 bis 5 in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig für wenigstens zehn Stunden wöchentlich pflegt. Dies sind nach Hochrechnungen der BARMER-Daten monatlich rund 806.000 Pflegepersonen im Jahr 2020 bei 3.017.000 Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege.

Finanzierung

Die Pflegeversicherung ist zwar mit dem Ziel, das pflegebedingte Risiko abzusichern, implementiert worden, doch die Anpassungen der Leistungssummen werden nur unregelmäßig vorgenommen. Entsprechend kommt es nach Pflegereformen häufig zur Ausweitung der Leistungsausgaben. Nachdem die Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung in den Jahren 1999 bis 2012 jeweils moderat von insgesamt 15,55 Milliarden Euro auf 21,86 Milliarden Euro gestiegen sind, gab es anschließend im Zuge der Leistungsausweitungen deutliche Ausgabensteigerungen. Den größten Sprung gab es von 2016 nach 2017 von 28,29 Milliarden Euro auf 35,54 Milliarden Euro. Für das Jahr 2020 betragen die Leistungsausgaben schon 45,60 Milliarden Euro.

Der größte Teil der Leistungsausgaben entfällt auf die Leistungen bei vollstationärer Pflege, deren Anteil an den Leistungsausgaben (inklusive der Leistungen nach § 43b SGB XI) aber von 48,3 Prozent im Jahr 2001 auf 32,0 Prozent im Jahr 2020 gesunken ist. Verantwortlich dafür ist zum einen der sinkende Anteil vollstationär versorgter Pflegebedürftiger. Zum anderen gab es bei den Leistungsanpassungen der Jahre 2008 bis 2013 größere Leistungserhöhungen für die ambulante Versorgung als für die stationäre Ver-

sorgung. Für die vollstationäre Versorgung blieb in der Zeit für die Pflegestufen I und II eine Erhöhung sogar gänzlich aus.

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

Insgesamt wurden im Jahr 2019 allein für die Pflege in häuslicher und stationärer Umgebung rund 61,00 Milliarden Euro ausgegeben. Unberücksichtigt bleiben dabei die in der stationären Pflege anfallenden Aufwendungen für Unterbringung, Verpflegung und privat zu tragende Investitionskosten. Größter Kostenträger ist die soziale Pflegeversicherung mit 40,69 Milliarden Euro, gefolgt von den privaten Haushalten mit einem Aufwand von 14,08 Milliarden Euro. Die private Pflegepflichtversicherung hat trotz angesparter Altersrückstellungen von 38,96 Milliarden Euro nur 1,57 Milliarden Euro zur Finanzierung der Pflege beigetragen.

61,00 Mrd. € für Pflegeleistungen, davon trägt die SPV 40,69 Mrd. €.

Schwerpunkt: Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends

Problemstellung

Für die zukünftige Planung der Ausgestaltung der Pflegeversicherung ist es von Bedeutung, mit wie vielen Pflegebedürftigen und mit welchen Leistungsanspruchnahmen zu rechnen ist. Bisherige Projektionen, die in der Regel von stabilen Prävalenzen ausgingen, haben regelmäßig die Entwicklung unterschätzt. Bei den hier vorgelegten Modellrechnungen wird dagegen davon ausgegangen, dass das Zweite Pflegestärkungsgesetz noch bis 2024 zu steigenden Prävalenzen führen wird und diese erst danach konstant bleiben. Grund für diese Annahme ist, dass auch ein einmaliger Anstieg der Inzidenzen die Prävalenzen über mehrere Jahre erhöht, da in jedem Jahr zusätzliche Neufälle hinzukommen,

die größtenteils aber auch noch in den Folgejahren Leistungen beziehen. Aufbauend auf einer Modellierung dieses Effekts werden Projektionen zur Zahl der Pflegebedürftigen, des Personalbedarfs und der Leistungssummen der Pflegeversicherung durchgeführt.

Datengrundlage

Für die Bevölkerungsprojektion wird die 14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes zugrunde gelegt. Die Bevölkerungsvorausberechnung gibt es in unterschiedlichen Varianten mit jeweils verschiedenen Annahmen zur Entwicklung der Geburtenziffern, der Lebenserwartung und der Wanderungsbewegungen.

Die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes bietet die Ausgangswerte für die Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen. Zudem ist sie auch die Ausgangsstatistik für die Personalbedarfe in der teilstationären und ambulanten Pflege.

Die BARMER-Daten dienen zur Modellierung der auslaufenden Einführungseffekte nach den letzten Pflegereformen. Zudem werden über die BARMER-Daten auch die Fallzahlen mit Pflegegrad 1 ermittelt, da die Pflegestatistik diese untererfasst. Des Weiteren werden die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung für die einzelnen Leistungsbereiche mit den BARMER-Daten erfasst.

Demografie

Da die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit hochgradig vom Alter abhängt, bedarf es für die Projektion der zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen Annahmen über die Entwicklung der Demografie. Unterschiedliche Annahmen über die weiteren Entwicklungen der Geburtenziffern oder der Zuwanderung haben in Bezug auf die Zahl der Pflegebedürftigen für die kommenden 40 Jahre keine große Bedeutung. Relevant ist dagegen, wie stark die Lebenserwartung weiter steigt. Die für die Projektionen verwendete 14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes geht im Wesentlichen von drei verschiedenen Varianten der Steigerung der Lebenserwartung aus. Die Variante mit dem geringsten erwarteten Anstieg der Lebenserwartung (L1) unterstellt eine Fortsetzung der niedrigeren Steigerungsraten seit 2010/2012. Die Variante mit dem höchsten erwarteten Anstieg der Lebenserwartung (L3) nimmt eine Fortsetzung des

langfristigen Trends seit 1970/1972 an, und das mittlere Szenario (L2) kombiniert beide Varianten. Die Modellrechnungen erfolgen mit der mittleren Variante als Referenzszenario. Es gibt aber zu allen Ergebnissen auch eine Kurzübersicht basierend auf den beiden anderen Varianten.

Zahl der Pflegebedürftigen

Die Zahl der Pflegebedürftigen hängt stark von der Altersstruktur ab. Steigt die Zahl der Älteren, dann steigt die Zahl der Pflegebedürftigen (demografiebedingter Effekt). Seit etwa 2011 werden neben den durch die Demografie bedingten Steigerungen der Fallzahlen auch Steigerungen festgestellt, die im Wesentlichen der Leistungsausweitung der Pflegeversicherung zugeschrieben werden (demografieunabhängige Effekte). Demografiebedingt gab es von 2013 bis 2015 eine Zunahme um 142.000, von 2015 bis 2017 eine Zunahme um 115.000 und von 2017 bis 2019 eine Zunahme um 145.000 Pflegebedürftige. Unabhängig von der demografischen Entwicklung gab es aber von 2013 bis 2015 eine Zunahme um 164.000, von 2015 bis 2017 eine Zunahme um 258.000 und von 2017 bis 2019 eine Zunahme um 568.000 Pflegebedürftige.

Derzeit zeichnen sich keine größeren Leistungsausweitungen ab, und es gibt keine Anzeichen für eine Ausweitung der leistungsberechtigten Personen. Daher ist davon auszugehen, dass die von der Demografie unabhängigen Entwicklungen demnächst verebben. In den BARMER-Daten zeichnet sich der Rückgang der Prävalenzsteigerungsraten schon für die Jahre 2019 und 2020 ab. Basierend hierauf wird eine lineare Fortführung des Rückgangs der Steigerungsraten bis 2024 modelliert (Fünf-Jahres-Anpassung). Die 2024 so erreichten Prävalenzen werden anschließend konstant fortgeschrieben.

Im Rahmen dieser Modellierung, die als Referenzmodell dient, werden – abhängig von den Annahmen zur Entwicklung der Lebenserwartung – für 2025 insgesamt 5,65 bis 5,72 Millionen Pflegebedürftige und für 2030 insgesamt 5,86 bis 6,04 Millionen Pflegebedürftige berechnet. Das sind jeweils rund eine Million Pflegebedürftige mehr als bei konventionellen Vorausberechnungen, die die Prävalenzen des Jahres 2019 für den gesamten Untersuchungszeitraum konstant halten. Das größte Fallzahlwachstum zeigt sich dabei in den Pflegegraden 1 bis 3.

In Bezug auf die Leistungsarten sind die höchsten Fallzahlsteigerungen beim Pflegegeld zu verzeichnen. Im Jahr 2030 beläuft sich die Zahl der Pflegegeldempfänger im Referenzszenario mit mittlerem Mortalitätsszenario und der dargestellten Stabilisierung der Prävalenzen in einem Fünf-Jahres-Zeitraum auf 3,02 Millionen Pflegegeldbezieher. Im Modell mit konstanter Prävalenz ab 2019 sind es dagegen nur 2,37 Millionen. Der Unterschied zwischen den beiden Prävalenzmodellen ist bei der vollstationären Dauerpflege und bei der ambulanten Pflege dagegen nur gering. Für 2030 werden 988.000 beziehungsweise 967.000 Pflegebedürftige im Pflegeheim und 1,17 Millionen beziehungsweise 1,15 Millionen Pflegebedürftige mit ambulanter Pflege projiziert.

Personalbedarf

Für die Berechnung des Pflegekräftebedarfs in der vollstationären Pflege sind nicht die derzeitigen Ist-Werte, sondern die Personalanzahlzahlen aus dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom Juni 2021 verwendet worden, die sich an die im Projekt zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens ermittelten Soll-Personalwerte anlehnen. Für den Personalbedarf in der ambulanten Pflege und in der teilstationären Pflege sind die aktuellen Verhältniszahlen der Beschäftigten zu Pflegebedürftigen verwendet worden, also reine Ist-Werte.

Gemäß der Modellrechnung steigt der Bedarf an Pflegefachkräften für die vollstationäre Versorgung von 2020 bis 2030 um 39.000 Vollzeitäquivalente (VZÄ), der an Pflegehilfskräften mit Ausbildung um 23.000 VZÄ und der an Pflegehilfskräften ohne Ausbildung um 30.000 VZÄ. Damit ist nur die Entwicklung von 2020 bis 2030 abgebildet, aber nicht, dass die Zahl der vorhandenen Pflegekräfte in der stationären Pflege 2020 deutlich unter den Personalwerten, die das GVWG für 2023 vorsieht, liegt. Im Jahr 2030 ergibt sich so ein in VZÄ gemessener Gesamtpflegekräftebedarf für vollstationäre Pflege von 218.000 Pflegefachkräften, 112.000 Pflegehilfskräften mit Ausbildung und 151.000 Pflegehilfskräften ohne Ausbildung. In der ambulanten Pflege liegen die Bedarfe – wiederum gemessen in VZÄ – zu diesem Zeitpunkt bei 163.000 Pflegefachkräften, 33.000 Pflegehilfskräften mit Ausbildung und 95.000 Hilfskräften ohne Ausbildung und in der teilstationären Pflege für Pflegefachkräften bei 18.000 VZÄ, für Pflegehilfskräfte mit Ausbildung bei 3.000 VZÄ und bei Pflegehilfskräften ohne Ausbildung bei 12.000 VZÄ.

Gemäß den Berechnungen im Referenzmodell gibt es im Jahr 2030 – gemessen in VZÄ – insgesamt einen Pflegepersonalbedarf von 399.000 Pflegefachkräften, 147.000 Pflegehilfskräften mit Ausbildung und 258.000 Pflegehilfskräften ohne Ausbildung. Damit liegt der Bedarf um 68.000 Pflegefachkräfte, 28.000 Pflegehilfskräfte mit Ausbildung und 48.000 Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung höher als im Jahr 2020. Die Unterschiede zwischen der Fünf-Jahres-Anpassung und der konstanten Fortschreibung der Prävalenz liegen im Jahr 2030 gemessen in VZÄ bei 11.000 Pflegefachkräften, 4.000 Pflegehilfskräften mit und 8.000 Pflegehilfskräften ohne Ausbildung. Bei einer Modellierung gemäß Referenzmodell muss also mit einem um drei Prozent höheren Personalbedarf gerechnet werden als im Modell mit konstanten Prävalenzen des Jahres 2019.

Da ein Großteil der Pflegekräfte nicht in Vollzeit arbeitet, entspricht die Zahl der VZÄ nicht der Zahl der Beschäftigten. Legt man die Verhältniszahlen der Pflegekräfte zu den VZÄ des Jahres 2019 zugrunde, liegen nach der mittleren erwarteten Steigerung der Lebenserwartung die in Köpfen angegebenen Personalbedarfe für das Jahr 2030 bei 510.000 Pflegefachkräften, 196.000 Pflegehilfskräften mit und 386.000 Pflegehilfskräften ohne Ausbildung. Diese Bedarfe übersteigen das in der Pflegestatistik für 2019 ausgewiesene Niveau um 81.000 Pflegefachkräfte, 87.000 Pflegehilfskräfte mit und 14.000 Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung. Diesen Mehrbedarf zu befriedigen, ist die zentrale Herausforderung der Pflegepolitik, die dazu nicht nur die Ausbildungszahlen erhöhen, sondern den Beruf durch bessere Arbeitsbedingungen und höhere Entlohnung zugleich attraktiver machen muss, um Pflegekräfte zu einem längeren Verbleib im Beruf zu bewegen und potenzielle Auszubildende für den Beruf zu gewinnen.

Auswirkung auf die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung

Abhängig davon, wie viele Personen mit welchem Pflegegrad pflegebedürftig sind und welche Leistungen sie in Anspruch nehmen, unterscheiden sich die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung. Die vorgelegten diesbezüglichen Projektionen beziehen sich auf die ab 2022 beziehungsweise 2023 geltenden maximalen Leistungssätze der Pflegeversicherung und werden in Preisen von heute angegeben, stellen also deflationierte Ausgaben dar.

Der größte Ausgabenposten ist aktuell und auch weiterhin die vollstationäre Dauerpflege. Im Referenzmodell werden bei Verwendung des mittleren Mortalitätsszenarios für 2030 Ausgaben von 20,4 Milliarden Euro ermittelt. Für Pflegegeld und Pflegesachleistungen werden 18,0 Milliarden Euro beziehungsweise 6,7 Milliarden Euro errechnet, während sich die vorausberechnete Summe der Leistungsausgaben für Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege, ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen sowie für stationäre Vergütungszuschläge dann auf 6,3 Milliarden Euro und die Leistungsausgaben für sonstige Leistungen (zum Beispiel Rentenversicherungsbeiträge oder wohnumfeldverbessernde Maßnahmen) auf 7,7 Milliarden Euro belaufen. In der Summe resultieren daraus Leistungsausgaben in Höhe von 59,0 Milliarden Euro im Jahr 2030. Eine erwartete geringere Steigerung der Lebenserwartung führt zu Leistungsausgaben von 57,9 Milliarden Euro und eine erwartete höhere Steigerung der Lebenserwartung zu einer Leistungssumme von 60,1 Milliarden Euro. Größer werden die projizierten Unterschiede für das Jahr 2050. Dann liegen die Leistungsausgaben in Abhängigkeit von den Annahmen zur Entwicklung der Lebenserwartung zwischen 71,3 und 83,7 Milliarden Euro.

Einleitung

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

Kapitel 1 widmet sich der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung im letzten Jahr und analysiert insbesondere das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz sowie das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz. Dabei wird überprüft, ob beziehungsweise in welchem Umfang die angestrebten Ziele, nämlich eine Verbesserung der Personalsituation in Heimen, eine verbesserte Entlohnung für Pflegekräfte und eine Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile für Heimbewohner, erreicht werden konnten.

Kapitel 1: Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Kapitel 2 stellt die Pflege im Spiegel der Statistik dar und beschäftigt sich mit Pflegebedürftigen, 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 des Medizinischen Dienstes (MD) oder durch andere unabhängige Gutachter beziehungsweise von MEDICPROOF festgestellt. Kapitel 2 gibt daher zunächst Auskunft über die Zahl der Pflegebedürftigen und deren Struktur sowie die Inanspruchnahme von Leistungen. Leis-

Kapitel 2: Pflege im Spiegel der Statistik

tungsinanspruchnahme setzt aber ein entsprechendes Leistungsangebot voraus, das gleichfalls beschrieben wird. Hierbei ist zwischen Pflege durch Angehörige und weitere informelle Pflegepersonen und den formellen Pflegeeinrichtungen zu unterscheiden, die sich wiederum in ambulante und stationäre Anbieter untergliedern lassen. Schließlich werden in Kapitel 2 die Finanzierung der Leistungen der Langzeitpflege und die Aufteilung der Ausgaben auf die verschiedenen Finanzierungsträger thematisiert.

**Kapitel 3: Schwerpunkt
„Wirkungen der Pflege-
reformen und Zukunfts-
trends“**

In Kapitel 3 wird dann der Rahmen der Routineberichterstattung verlassen und ein Schwerpunktthema behandelt: die Wirkungen der Pflegereformen. Unter der Annahme, dass die Zugangsberechtigung zu Pflegeversicherungsleistungen in der Zukunft nicht noch weiter ausgebaut wird, werden die Zahl der Pflegebedürftigen, die Personalbedarfe und die Finanzierungsaufwände der Pflegeversicherung projiziert. Dabei werden aktuell beobachtbare Einführungseffekte in sich abschwächender Form fortgeführt. Für die Zeit ab 2025 werden stabile alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzen angenommen. Darauf aufbauend werden die Bedarfe an Pflegekräften ermittelt. Die resultierenden Leistungsausgaben der Pflegeversicherung werden überwiegend anhand der für das Jahr 2022 gültigen Leistungsansprüche, aber für die vollstationäre Dauerpflege anhand der ab dem Jahr 2023 gültigen Leistungsansprüche kalkuliert.

Kapitel 1

Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2020/2021

1 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2020/2021

Das derzeit größte Problem bei der nachhaltigen Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung ist es, genügend Pflegekräfte zu gewinnen. Das belegt das Schwerpunktkapitel dieses Berichts noch einmal deutlich. Wie die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) zu Recht festgestellt hat, muss hierfür insbesondere die Attraktivität des Altenpflegeberufs gesteigert werden (Bundesregierung, 2019). Das impliziert vor allem eine bessere Entlohnung und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. In Bezug auf die Arbeitsbedingungen wird von Pflegekräften meist die unzureichende Stellenausstattung in Pflegeeinrichtungen und die damit verbundene Arbeitsverdichtung (vergleiche Rothgang et al., 2020b) beklagt, die durch eine verbesserte Personalausstattung zurückgedrängt werden könnte. Sowohl eine bessere Entlohnung als auch eine verbesserte Personalausstattung erhöhen aber die Pflegekosten in Pflegeheimen, deren Aufwuchs aktuell vollständig von den Pflegeheimbewohnern getragen werden muss. Wie Abbildung 1.1 zeigt, sind die Eigenanteile in den Pflegeheimen aber – nachdem das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I, S. 2394) kurzfristig für eine geringe Entlastung gesorgt hat – wieder kontinuierlich angestiegen und belaufen sich bundesdurchschnittlich zum 1. Juli 2021 auf monatlich 935 Euro (pflegebedingte Eigenanteile, das heißt einrichtungseinheitlicher Eigenanteil zuzüglich umgelegter Ausbildungskosten) beziehungsweise 2.187 Euro (Gesamteigenanteil, bestehend aus pflegebedingtem Eigenanteil zuzüglich der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie der gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten).

zentrale Reformziele:

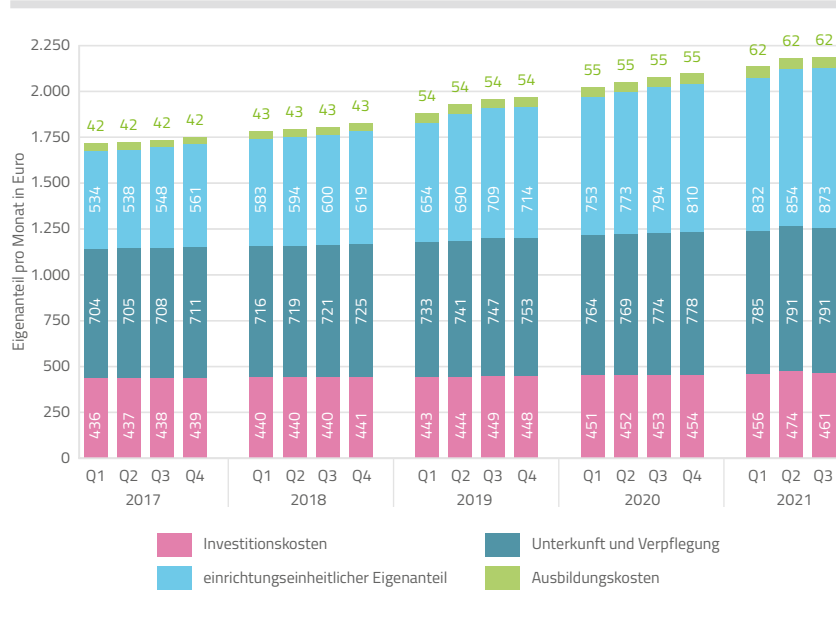
Einführung des Personalbemessungsverfahrens, verbesserte

Entlohnung von Pflegekräften, Begrenzung und dauerhafte Begrenzung der Eigenanteile

Aus diesen Zusammenhängen ergeben sich drei Reformnotwendigkeiten:

- die Einführung eines Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Pflege, das eine bedarfsgerechte Personalausstattung in Pflegeheimen ermöglicht,
- eine verbesserte Entlohnung von Altenpflegekräften sowie
- eine Reduktion und dann dauerhafte Begrenzung der Eigenanteile in der Heimpflege.

Abbildung 1.1: Bundesdurchschnittliche Entgeltbestandteile in Pflegeheimen



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der vom vdek bereitgestellten Daten

Tatsächlich standen diese Themen im Zentrum der Pflegepolitik des letzten Jahres. In Kapitel 1.1 bis 1.3 werden die Wirkungen der diesbezüglichen Reformelemente analysiert, während Kapitel 1.4 resümiert, welche Reformnotwendigkeiten für die nächste Legislaturperiode verbleiben.

1.1 Personalausstattung in Pflegeheimen

Das zentrale Instrument zur Minderung und schließlich Beseitigung des Pflegenotstands in der stationären Langzeitpflege ist die Umsetzung des einheitlichen Personalbemessungsverfahrens, das von 2017 bis 2020 in Umsetzung des im Zweiten Pflegestärkungsgesetz implementierten Gesetzauftrags des § 113c SGB XI (in der Fassung des PSG II) entwickelt und konzeptionell erprobt wurde (Rothgang et al., 2020a). Bereits in den Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5 der Konzertierte Aktion Pflege wurde im Juni 2019 festgelegt, das Personalbemessungsverfahren „in geeigneten Schritten gemeinsam zügig anzugehen“ und nach Abschluss der Entwicklungsphase „mit den hierfür erforderlichen Vorbereitungen zu beginnen“ (Bundesregierung, 2019, S. 45). Im Ersten Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5 vom November 2020 haben die Partner der Konzertierte Aktion Pflege dann bekräftigt, „die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens zügig vorzubereiten und in Umsetzung des Koalitionsvertrags gesetzlich zu verankern“ (Bundesregierung 2020, S. 32). Die dazu ausgearbeitete Roadmap (BMG & BMFSFJ, 2021) sieht die Einführung in drei Stufen vor, die gesetzlich zu verankern sind.

Diese gesetzliche Verankerung der beiden ersten Umsetzungsstufen erfolgte im Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I, S. 3299) und im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 (BGBl. I, S. 2754).

Erster Umsetzungs-
schritt zur Einführung
des Personalbemes-
sungsverfahrens
erfolgte im GPVG.

Im GPVG wurde ein erster Einführungsschritt gegangen und die Refinanzierung von bis zu 20.000 zusätzlichen Vollzeitstellen für Pflegekräfte mit ein- bis zweijähriger Ausbildung nach Landesrecht, aber unterhalb des Fachkräfteniveaus (beziehungsweise von Personen, die diese Ausbildung begonnen haben oder in Kürze beginnen werden) ermöglicht. Die Dimensionierung dieser ersten gesetzlichen Stufe orientierte sich dabei an der maximalen Anzahl zusätzlicher Stellen, die auf Basis der Studienergebnisse ohne direkten Bezug zur Bewohnerschaft flächendeckend ausgeschüttet werden konnten, ohne Fehlsteuerungen zu erzeugen.

Als zweite Stufe der Einführung des Personalbemessungsverfahrens sieht das GVWG in der Neufassung des § 113c SGB XI die Einführung neuer einheitlicher Personalanhaltswerte zum 1. Juli 2023 vor. Diese legen bundeseinheitlich für Pflegekräfte unterschiedlicher Qualifikationsniveaus (Hilfskraftpersonal ohne landesrechtlich geregelte Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege von mindestens einem Jahr, Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr und Fachkraftpersonal) nach Pflegegrad gestaffelte Verhältniszahlen von Vollzeitäquivalenten je pflegebedürftiger Person fest, die als Obergrenze dessen fungieren, was regelmäßig sozialrechtlich refinanziert werden kann (§ 113c Abs. 1 [neu] SGB XI). Während die erste Umsetzungsstufe also lediglich flächendeckende Personalzuschläge gewährt und damit die Unterschiede zwischen den Ländern perpetuiert hat, wird in der zweiten Umsetzungsstufe von bundeseinheitlichen Bedarfen ausgegangen und die Personalausstattung in Menge und Qualifikation (Care-Mix) aus den Merkmalen der Bewohnerschaft (Case-Mix) abgeleitet. Dieser Reformschritt zielt demnach auch darauf ab, zwischen den Ländern unterschiedliche Personalausstattungen, die nicht sachlich (durch unterschiedlichen Case-Mix) begründet sind, abzubauen und damit eine Konvergenz der Personalausstattung einzuleiten, um so das Problem der Verteilungsgerechtigkeit in Bezug auf die Personalausstattung zu lösen. Allerdings wird eine vollständige Konvergenz noch nicht erreicht, weil einerseits eine Bestandsschutzregelung die Überschreitung der festgelegten Obergrenzen ausdrücklich erlaubt (§ 113c Absatz 2 Ziffer 1 [neu] SGB XI) und diese andererseits nicht als Personalmindestmengen fungieren. Diese ordnungsrechtlichen Personaluntergrenzen müssen vielmehr landesrechtlich ausgehandelt werden (§ 113c Abs. 5 [neu] SGB XI). Der Übergang von einer Zuschlagslogik zu einem Verfahren, das von einer bundeseinheitlichen Zielgröße ausgeht, ist dennoch ein bemerkenswerter und sachgerechter Schritt.

Zweiter Umsetzungs-
schritt im GVWG initiiert
einen Konvergenzpro-
zess, der zu einer
Angleichung der Perso-
nalschlüssel zwischen
den Bundesländern
führt.

Weiterhin ist vorgesehen, das bisher zusätzliche Personal nach § 8 Abs. 6 und § 84 Abs. 9 SGB XI ab 2023 in die einheitliche Personalbemessung zu integrieren und dann auch über den Pflegesatz zu finanzieren (§ 113c Abs. 6 [neu] SGB XI). Auch diese Regelung ist sachlich angemessen – allerdings werden die dadurch ausgelösten Finanzfolgen weder im Gesetzentwurf noch im zugehörigen Finanztableau des Bundesgesundheitsministeriums thematisiert (Rothgang, 2021). Das genannte zusätzliche Personal ist zukünftig also über den Pflegesatz von den Bewohnern zu zahlen – gemindert lediglich durch die Leistungs-

zuschläge zum Eigenanteil gemäß dem neu eingefügten § 43c SGB XI, der sich auch auf diesen zusätzlichen Kostenposten bezieht (siehe Kapitel 1.3).

Auch nach dem zweiten
Umsetzungsschritt sind
nur 40 % der bedarfs-
notwendigen Personal-
mehrbedarfe
refinanzierbar.

Dass für geltende und in Pflegesatzvereinbarungen vereinbarte Personalmengen eine Bestandsschutzregelung eingeführt wird (§ 113c Abs. 2 Ziffer 1 (neu) SGB XI), die eine Absenkungen des Care-Mix in einzelnen Einrichtungen verhindert, ist notwendig, da im GVWG – so auch die Begründung zu Artikel 2 des Änderungsantrags 6 zum GVWG – der erkannte „personelle[.] Mehrbedarf, der sich nach dem Algorithmus 1.0 [des Personalbemessungsverfahrens] ergibt, in Höhe von 40 Prozent gegenüber den bereinigten bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln“ berücksichtigt wird (Ausschussdrucksache 19(14)320.1, S. 37f.). Der Algorithmus 1.0 ist dabei das aus dem Projekt zur Ermittlung des Personalbemessungsverfahrens gewonnene Personalbemessungsinstrument, der den notwendigen Personalbedarf zur Erbringung einer fachgerechten pflegerischen Versorgung darstellt. Da nur 40 Prozent der zur bedarfsgerechten Personalausstattung notwendigen Personallücke geschlossen werden, liegen die aus den neuen Personalanhaltszahlen resultierenden Personalmengen in einer beachtlichen Zahl an Einrichtungen unterhalb der derzeitigen vertraglich vereinbarten Personalausstattung. Diese Einrichtungen werden durch die Bestandsschutzregelungen vor einer Absenkung der refinanzierbaren Personalmengen geschützt.

Für eine Einrichtung mit 100 Pflegebedürftigen, deren Case-Mix dem Bundesdurchschnitt des Jahres 2017 entspricht, implizieren die Regelungen des GPVG und des GVWG eine Refinanzierungsmöglichkeit von rund 5,8 zusätzlichen Vollzeitstellen gegenüber der Personalausstattung des Jahres 2018, von denen aber 2,7 Stellen bereits durch das GPVG refinanziert werden können. Mithin erlauben die Regelungen des § 113c Abs. 1 (neu) SGB XI also im Mittel die Refinanzierung von rund drei zusätzlichen Vollzeitstellen für eine derartige Einrichtung. Damit bleibt gegenüber den Ergebnissen des Algorithmus 1.0 des Personalbemessungsverfahrens eine Personallücke von acht Vollzeitstellen weiterbestehen.

Ein derartiger Umsetzungsgrad ist zunächst enttäuschend – insbesondere vor dem Hintergrund des in der KAP geäußerten Versprechens, das Personalbemessungsverfahren einzuführen. Die im Änderungsantrag vorgesehene Refinanzierungsmöglichkeit für weni-

ger als die Hälfte des Personalmehrbedarfs fällt weit dahinter zurück. Allerdings „prüft“ das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit den beiden anderen an der KAP beteiligten Ministerien „unmittelbar nach Vorlage der erforderlichen Daten und Ergebnisse“, die zum 1. April 2025 vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen vorgelegt werden, „ob eine Anpassung der Personalanhaltswerte [...] möglich und notwendig ist“ (§ 113c Abs. 7 [neu] SGB XI).

Es ist evident, dass die genaue Dimensionierung der dritten Umsetzungsstufe zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht möglich ist, da sie gemäß den Roadmap-Vereinbarungen unter anderem von den Evaluationsergebnissen des Modellprogramms zur „wissenschaftlich gestützten Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung“ des Personalbemessungsverfahrens gemäß § 8 Abs. 3b SGB XI und einer hieraus abgeleiteten Aktualisierung des Personalbemessungsverfahrens abhängen soll (§ 113c Abs. 7 Ziffer 1 [neu] SGB XI). Jedoch sind die hierzu formulierten Verfahrensregelungen des § 113c Abs. 7 [neu] SGB XI insofern nicht angemessen, als sie ein Prüfformat definieren, dessen Ergebnis sein kann, dass eine dritte Stufe nicht „notwendig“ oder nicht „möglich“ ist – somit also mehr als die Hälfte der empirisch ermittelten Personallücke des Jahres 2018 nicht geschlossen wird. Insbesondere erscheint es nicht sachgerecht, die Entscheidung über die dritte Stufe unter anderem auf Basis der landesdurchschnittlich vereinbarten Personalausstattungen (§ 113c Abs. 7 Satz 2 Ziffer 2 [neu] SGB XI) und der Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation (§ 113c Abs. 7 Satz 2 Ziffer 3 [neu] SGB XI) zu treffen. Der § 113c SGB XI regelt die sozialrechtlichen Obergrenzen für eine Refinanzierung von Pflegestellen, nicht das ordnungsrechtlich vorzuhaltende Minimum. Lediglich hierfür wäre aber eine Berücksichtigung der Arbeitsmarktsituation sinnvoll.

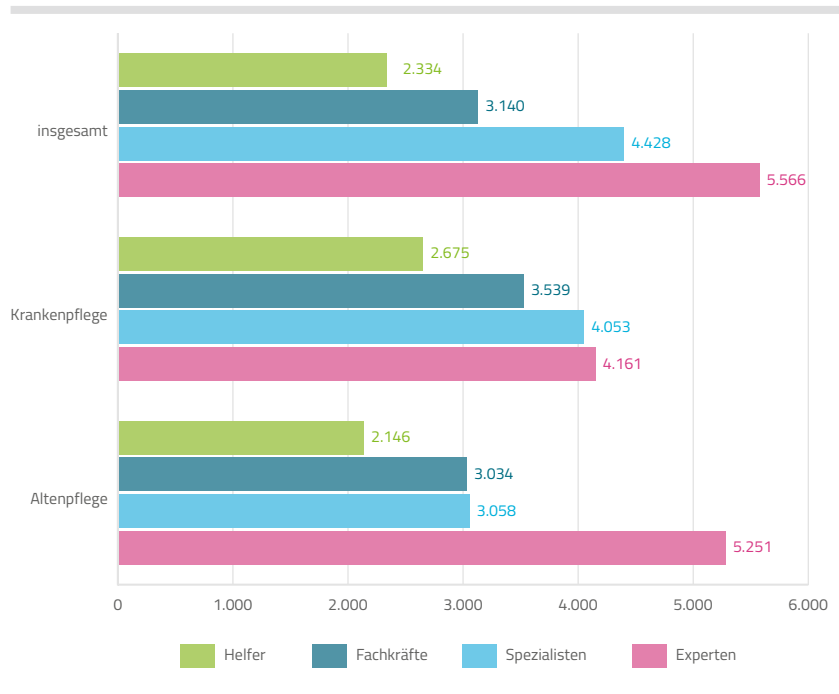
Die Notwendigkeit eines dritten Umsetzungs-schritts von der Arbeitsmarktlage abhängig zu machen, ist nicht sachgerecht, da § 113c SGB XI nur die sozialrechtlich refinanzierbaren Obergrenzen definiert, nicht die ordnungsrechtliche Untergrenze.

1.2 Entlohnung der Pflegekräfte

Wie die Zwischenergebnisse der vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebenen Arbeitsplatzstudie zeigen, ist ein erheblicher Teil der in der Altenpflege Beschäftigten mit der Entlohnung unzufrieden. Dieser Anteil ist dabei signifikant höher als bei anderen Berufsgruppen (Bundesregierung, 2021, S. 104) und trägt so dazu bei, den Pflegenotstand zu perpetuieren. Abbildung 1.2 zeigt die Medianentgelte für vollzeitbeschäftigte Pflegekräfte verschiedener Qualifikationsstufen. Auffällig ist dabei, dass die Entlohnung

in der Altenpflege deutlich schlechter ist als in der Krankenpflege. Für Fachkräfte liegt diese monatliche Bruttolohndifferenz bei 505 Euro, für Helfer bei 529 Euro. Damit ist das Krankenhaus der finanziell deutlich attraktivere Arbeitgeber. Da Krankenhäuser seit Inkrafttreten der einschlägigen Regelungen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I, S. 2394) zudem keiner Begrenzung bei der Zahl der refinanzierbaren Pflegekräfte unterliegen, besteht hier eine für die Altenpflege ungünstige Konkurrenzsituation, die insbesondere dann zum Tragen kommen dürfte, wenn in Zukunft die ersten Kohorten generalistisch ausgebildeter Pflegekräfte in den Arbeitsmarkt eintreten. Damit die Altenpflege in diesem Wettbewerb bestehen kann, müsste das Entlohnungsniveau deutlich ansteigen.

Abbildung 1.2: Medianentgelte sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigter im Dezember 2019 in Euro



Anmerkung: Pflegehilfskräfte sind unter Helfer und Pflegefachkräfte unter Fachkräfte abgebildet. Bei Zusatzausbildungen oder leitenden Tätigkeiten werden sie auch als Spezialisten oder Experten gefasst.

Quelle: BA (2021)

Auch das absolute Lohnniveau ist aber sehr kritisch. Die Hälfte der Altenpflegehelfer erzielt ein Bruttogehalt von weniger als 2.146 Euro – bei Vollzeitbeschäftigung. Wenn berücksichtigt wird, dass die Mehrheit der Pflegekräfte in Teilzeit beschäftigt ist, zeigt sich auch bei dieser Betrachtung die Notwendigkeit für Lohnerhöhungen, wenn das Arbeitskräfteangebot in der Pflege nachhaltig gesteigert werden soll.

Dementsprechend hat die Arbeitsgruppe 5 der Konzierten Aktion Pflege zum Thema „Entlohnungsbedingungen in der Pflege“ die Verbesserung der Entlohnungsbedingungen in der Altenpflege zu ihrem Ziel erklärt. Mehrheitlich wurde hierzu „die Festlegung von Lohnuntergrenzen und weiterer Mindestarbeitsbedingungen durch Erstreckung eines Tarifvertrags auf Grundlage des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes (AentG) befürwortet“ (Bundesregierung, 2021, S. 104). Da die für die Erstreckung notwendige Zustimmung der beiden kirchlichen Kommissionen nicht erreicht werden konnte, ist der Versuch, den von der Gewerkschaft ver.di und der Bundesvereinigung der Arbeitgeber in der Pflegebranche geschlossenen Tarifvertrag über Mindestarbeitsbedingungen für die Altenpflege zu erstrecken, Anfang des Jahres gescheitert. Im GVWG wurde stattdessen festgelegt, dass eine Pflegeeinrichtung ab dem 1. September 2022 nur zur Versorgung zugelassen sein kann, wenn sie selbst tarifgebunden ist oder ihre Pflegekräfte mindestens in Höhe eines in der Region anwendbaren Pflege-Tarifvertrags entlohnt. Die Einrichtung kann dabei selbst entscheiden, auf welchen Tarifvertrag sie sich bezieht. Dabei werden kirchliche Arbeitsvertragsregelungen wie ein Tarifvertrag behandelt.

Da eine zufriedenstellende arbeitsrechtliche Regelung nicht erreicht werden konnte, erscheint der Rückgriff auf das Sozialrecht in der Form, dass der Abschluss und die Weitergeltung eines Versorgungsvertrags an arbeitsrechtliche Bedingungen geknüpft werden, grundsätzlich als ein sinnvoller Ausweg. Allerdings wurde die Regelung selbst unter anderem in der Anhörung im Gesundheitsausschuss am 7. Juni scharf kritisiert. Der Verweis auf die „ortsüblichen“ Tarifverträge und die Möglichkeit der Einrichtungen, sich selbst einen Tarifvertrag aussuchen zu können, an den sie sich anlehnen, bergen viel Konfliktstoff in sich, so dass derzeit noch nicht absehbar ist, welche Effekte diese Regelungen tatsächlich haben werden.

Die Notwendigkeit von Lohnsteigerungen in der Altenpflege ergibt sich sowohl aus der absoluten Höhe der Entgelte als auch aus dem Vergleich zum Krankensektor.

1.3 Eigenanteile

Zur Abwendung eines Pflegekräftenotstands sind eine bessere Entlohnung von Pflegekräften und eine Erhöhung der Stellenschlüssel notwendig. Ohne eine Änderung des Leistungsrechts der Pflegeversicherung führt dies aber zu erheblichen Anstiegen der (pflegebedingten) Eigenanteile, die bereits derzeit als zu hoch angesehen werden. Um Spielraum für die notwendigen Reformmaßnahmen zu schaffen, hat das Bundesfinanzministerium daher in einem auf den 4. November 2020 datierten Papier mit dem Titel „Pflegeversicherung neu denken: Eckpunkte der Pflegereform 2021“ vorgeschlagen, den Eigenanteil für die pflegebedingten Heimkosten (einschließlich der umgelegten Ausbildungskosten) auf monatlich 700 Euro zu deckeln und die Dauer dieser Eigenanteilszahlungen auf 36 Monate zu begrenzen. Über die gesamte Dauer vollstationärer Versorgung entstünde dann eine maximal aufzubringende Summe für pflegebedingte Eigenanteile von 25.200 Euro, während darüber hinausgehende Kosten von der Pflegeversicherung aufzubringen wären. Im Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeversicherung vom 15. März dieses Jahres war eine solche absolute Deckelung dann nicht mehr vorgesehen. Stattdessen wurden nach Dauer der Inanspruchnahme vollstationärer Leistungen gestaffelte Zuschüsse zu den Eigenanteilen vorgeschlagen. Im GVWG wurde dieser Ansatz dann umgesetzt, und in § 43c SGB XI sind zum 1. Januar 2022 Leistungszuschläge vorgesehen in Höhe von 5 Prozent, 25 Prozent, 45 Prozent beziehungsweise 70 Prozent der pflegebedingten Eigenanteile für Pflegebedürftige, die weniger als ein Jahr, ein bis zwei Jahre, zwei bis drei Jahre beziehungsweise mindestens drei Jahre vollstationäre Leistungen der Pflegeversicherung beziehen.

Auch nach Einführung der Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen müssen Heimbewohner mehr als 60 % aller Steigerungen der Pflegekosten selbst aufbringen.

Ausgehend von den bundesdurchschnittlichen monatlichen pflegebedingten Eigenanteilen in Höhe von 935 Euro am 1. Juli 2021 (siehe Abbildung 1.1) resultieren daraus die in Tabelle 1.1 enthaltenen nach Pflegegrad differenzierten Entlastungen. Werden die Bezugsdauern für vollstationäre Pflege, die sich für BARMER-Versicherte ergeben, genutzt, um den Anteilswert der Heimbewohner zu bestimmen, die die entsprechende Bezugsdauer für vollstationäre Pflege aufweisen, lässt sich ein gewogener Mittelwert berechnen. Im Durchschnitt übernimmt die Pflegekasse demnach 38,8 Prozent des pflegebedingten Eigenanteils. Bezogen auf die durchschnittlichen Eigenanteile von 935 Euro beträgt der Anteil der pflegebedingten Eigenanteile, der von der Pflegekasse übernommen wird, 363 Euro (Tabelle 1.1).

Tabelle 1.1: Entlastung der Heimbewohner durch Zuschläge zu den Eigenanteilen gemäß § 43c (neu) SGB XI in Euro pro Monat, bezogen auf einen pflegebedingten Eigenanteil von 935 Euro

	Dauer des Bezugs vollstationärer Leistungen				gewogener Durchschnitt
	0–1 Jahre	1–2 Jahre	2–3 Jahre	3 Jahre und mehr	
anteiliger Zuschlag in Prozent	5,0	25,0	45,0	70,0	38,8
Entlastung in Euro	46,75	233,75	420,75	654,50	363,14
Anteil der Heimbewohner in Prozent	28,9	18,9	15,4	36,8	

Quelle: eigene Berechnungen, basierend auf Werten aus Rothgang et al. (2021)

Dem gegenüber stehen aber auch eigenanteilerhöhende Maßnahmen des GVWG. Hier ist zunächst der Wegfall der für 2021 geplanten Leistungsdynamisierung zu nennen, deren Höhe im Bericht der Bundesregierung über die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung vom 9. Dezember 2020 (BT-Drucksache 19/25283) auf fünf Prozent festgelegt worden war. Tabelle 1.2 zeigt, um welche Beträge es dabei für die Pflegebedürftigen in den einzelnen Pflegegraden jeweils geht. Um einen gewogenen Mittelwert zu ermitteln, müssen diese Werte je Pflegegrad mit den jeweiligen Anteilen der Heimbewohner gewichtet werden. Für diese und auch weitere nachstehende Berechnungen wird die Zahl der Heimbewohner mit 781.923 angenommen, von denen 720.853 sozialversichert (BMG, 2021b) und 61.070 privatversichert sind. Für die Zahl der Leistungsempfänger wird der im Zahlenbericht der PKV (PKV, 2020) für 2018 ausgewiesene Wert für drei Jahre um 3,708 Prozent fortgeschrieben. Dies entspricht dem geometrischen Mittel der Fallzahlentwicklung der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) im stationären Bereich für die Jahre 2012 bis 2018 in Höhe von 3,178 Prozent zuzüglich einer angenommenen zusätzlichen Steigerung durch die höhere Altersstruktur der PKV in Höhe von 0,53 Prozent. Bezüglich der Pflegegrade wird eine Verteilung von 17 Prozent (Pflegegrad 2), 35 Prozent (Pflegegrad 3), 32 Prozent (Pflegegrad 4) und 17 Prozent (Pflegegrad 5) unterstellt (BMG, 2021b). Dieser Wert wird über die Zeit konstant gehalten, da in der jüngeren Vergangenheit kein weiterer Trend zur Fallzahlveränderung erkennbar ist, der zukünftig fortgeschrieben werden müsste. Unter Berücksichtigung dieser Anteilswerte ergibt sich eine durchschnittliche Erhöhung des monatlichen pflegebedingten Eigenanteils von 73,48 Euro aufgrund des Verzichts auf die ursprünglich geplante Leistungsdynamisierung.

Tabelle 1.2: Belastung der Heimbewohner durch Verzicht auf Leistungsdynamisierung in Euro pro Monat

	Pflege- grad 2	Pflege- grad 3	Pflege- grad 4	Pflege- grad 5	gewogener Durchschnitt
Belastung in Euro	38,50	63,10	88,75	100,25	73,48
Anteil der Heimbewohner in Prozent	16,7	34,6	31,5	17,2	

Quelle: eigene Berechnungen basierend auf Werten aus Rothgang et al. (2021)

Für die Regelungen zur Tarifbindung und zum zweiten Schritt der Einführung des Personalbemessungsverfahrens (siehe oben) hat das BMG in seinem Finanztableau (siehe Rothgang 2021, Anlage) jährliche Mehrausgaben der Pflegeversicherung von 610 Millionen Euro beziehungsweise 220 Millionen Euro, insgesamt also von 830 Millionen Euro zugrunde gelegt. Allerdings beteiligt sich die Pflegeversicherung an steigenden Pflegesätzen nur anteilig, entsprechend den Zuschüssen zu den Eigenanteilen. Dieser Zuschuss beläuft sich im gewogenen Mittel auf 38,84 Prozent. Der von den Heimbewohnern demnach insgesamt zusätzlich zu tragende Betrag beläuft sich auf jährlich 1,307 Milliarden Euro¹ beziehungsweise monatlich 151 Euro pro Heimbewohner.

Im PpSG wurde die Möglichkeit geschaffen, bis zu 13.000 Vollzeitstellen für Fachkräfte zu schaffen. Deren Finanzierung erfolgt aber außerhalb des Pflegesatzes durch die Gesetzliche Krankenversicherung (§ 8 Abs. 6 SGB XI). Ähnlich werden die bis zu 20.000 Vollzeitstellen für qualifizierte Hilfskräfte, deren Refinanzierung im Rahmen des GPVG ermöglicht wurde, direkt aus dem Ausgleichsfonds beziehungsweise durch die private Pflegepflichtversicherung finanziert (§ 84 Abs. 9 SGB XI in Verbindung mit § 85 Abs. 9 bis 11 SGB XI [in der Fassung nach dem GPVG]) – ohne pflegesatzwirksam zu sein. Gemäß § 113c Abs. 6 (neu) SGB XI entfällt für Pflegeheime ab dem 1. Juli 2023 die Möglichkeit, Anträge auf Vergütungszuschläge zur Refinanzierung dieser Stellen zu schließen. Die entsprechenden Personalkosten müssen vielmehr in den nach diesem Stichtag erfolgenden Pflegesatzverhandlungen in die Pflegesätze nach § 84 Abs. 1 SGB XI übertragen und somit vom Heimbewohner aufgebracht werden. Dieser für die Pflegeversicherung entlastende, für die Heimbewohner aber entsprechend belastende Posten fehlt in der Aufstellung des

¹ Dieser Betrag ergibt sich als $(100\% - 38,84\%) / 38,84\% * 830 \text{ Mio. Euro} = 1,307 \text{ Mrd. Euro}$.

Bundesgesundheitsministeriums zu den „Finanzwirkungen der Änderungsanträge Pflege zum GVWG“ (abgedruckt in Rothgang, 2021).

Um diese Ausgaben zu berechnen, müssen die jährlichen Kosten für die genannten Stellen beziffert werden. Im PpSG wurden für eine Fachkraft jährliche Personalkosten von 49.231 Euro zugrunde gelegt. Dieser Wert ergibt sich, wenn die angesetzten Kosten von 640 Millionen Euro durch die Zahl von 13.000 Stellen dividiert wird. Wird für diesen Wert aus dem Jahr 2018 eine jährliche Lohnkostensteigerung von drei Prozent angesetzt, resultiert daraus für 2023 ein Wert von 57.072 Euro. Gemäß der Statistik der Bundesagentur für Arbeit belaufen sich die durchschnittlichen Kosten für eine Hilfskraft auf 70,9 Prozent der Kosten für eine Fachkraft (BA, 2020, S. 7). Insgesamt handelt es sich also um ein zusätzlich aufzubringendes Finanzvolumen von 1,667 Milliarden Euro. Werden diese Personalkosten durch die Gesamtzahl der Sozial- und Privatversicherten von 781.923 geteilt, ergeben sich monatliche Mehrbelastungen von 166 Euro. Davon werden wiederum 38,84 Prozent durch die Zuschüsse zu den Eigenanteilen nach § 43c SGB XI gedeckt, 61,16 Prozent verbleiben aber bei den Heimbewohnern, die dadurch monatlich mit durchschnittlich 101 Euro belastet werden.

Es kann nunmehr geprüft werden, welche Be- und Entlastungen sich insgesamt für Heimbewohner ergeben, wenn die genannten Effekte des GVWG saldiert werden. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die verschiedenen Maßnahmen zu unterschiedlichen Zeitpunkten wirken. So führt der Verzicht auf die Leistungsdynamisierung bereits 2021 zu höheren Eigenanteilen als in einer Situation ohne Pflegereform, die Leistungszuschläge gemäß § 43c SGB XI entlasten Heimbewohner ab dem 1. Januar 2022, die weiteren Belastungen durch höhere Entlohnung der Pflegekräfte, den zweiten Schritt der Einführung des Personalbemessungsverfahrens sowie die Notwendigkeit, bislang extern finanzierte Pflegekräfte nunmehr pflegesatzwirksam zu finanzieren, greifen erst ab Mitte 2023. Tabelle 1.3 zeigt den Gesamteffekt nach Wirksamwerden aller dieser die Eigenanteile betreffenden Komponenten des GVWG.

Tabelle 1.3: Kumulierte und saldierte Entlastung der Heimbewohner durch die Maßnahmen des GVWG in Euro pro Monat

Bezug vollstationärer Leistungen	Anteil der Heimbewohner in Prozent	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	gewogener Mittelwert
0–1 Jahr	28,94	-244,11	-268,71	-294,36	-305,86	-279,09
1–2 Jahre	18,90	-57,11	-81,71	-107,36	-118,86	-92,09
2–3 Jahre	15,38	129,89	105,29	79,64	68,14	94,91
3 Jahre und mehr	36,78	363,64	339,04	313,39	301,89	328,66
gewogener Mittelwert		72,28	47,68	22,03	10,53	37,30

Quelle: eigene Berechnungen

Werden alle Reformelemente berücksichtigt, ergibt sich insgesamt nur eine äußerst geringe Entlastung der Heimbewohner.

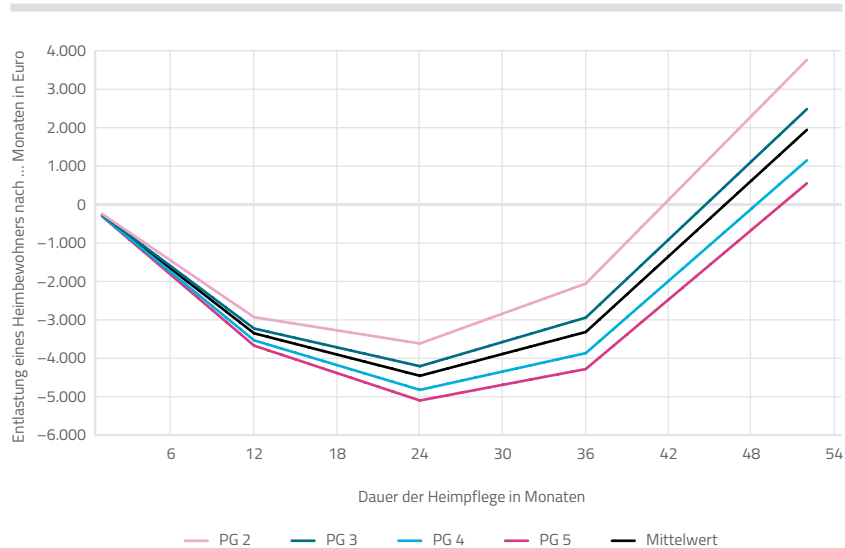
Heimbewohner, die bis zu zwei Jahre Leistungen bei vollstationärer Pflege beziehen, werden demnach durch die Reform insgesamt belastet, während Pflegebedürftige, die bereits mindestens zwei Jahre in einem Pflegeheim leben, entlastet werden. Der gewogene Mittelwert zeigt – bezogen auf die Pflegesätze zum 1. Juli 2021 – eine Entlastung von rund 37 Euro. Das entspricht knapp vier Prozent des durchschnittlichen pflegebedingten Eigenanteils beziehungsweise 1,7 Prozent des Gesamteigenanteils und fällt damit sehr gering aus.

Inzidente Heimbewohner werden nur entlastet, wenn sie mehr als 3,5 Jahre im Heim überleben, zwei Drittel einer Heimzugangskohorte werden durch die Reform belastet.

Bezogen auf eine pflegebedürftige Person, die neu ins Heim einzieht, ergibt sich der in Abbildung 1.3 dargestellte zeitliche Verlauf der Entlastung. Für die ersten 3,5 Jahre eines Heimaufenthalts führt die Reform insgesamt zu einer Nettobelastung. Erst nach 42 Monaten (Pflegegrad 2) bis 51 Monaten (Pflegegrad 5) kommt es per Saldo zu einer Entlastung. Mehr als drei Viertel einer Zugangskohorte sind zu diesem Zeitpunkt allerdings schon verstorben (siehe Kapitel 2.1.6), so dass diese breite Mehrheit einer Heimzugangskohorte durch die Reform insgesamt belastet wird.

Bislang wurden die differenziellen Wirkungen der vorgeschlagenen Reformmaßnahmen im Vergleich zum Status quo betrachtet. Dabei war dann auch der Wegfall der ansonsten geplanten Dynamisierung zu berücksichtigen. Nicht berücksichtigt werden konnten dagegen Entwicklungen, die nicht durch die Reformmaßnahmen hervorgerufen werden. In einer zweiten Perspektive kann die Entwicklung der privat zu zahlenden Beträge für die stationär versorgten Pflegebedürftigen im Zeitverlauf untersucht werden.

Abbildung 1.3: Kumulierte Entlastung eines Heimbewohners ... Monate nach Erstbezug der Leistungen bei vollstationärer Pflege



Anmerkung: Für diese Betrachtung werden die monatlichen Beträge addiert. Auf eine Diskontierung wurde angesichts der vergleichsweise kurzen Zeiträume verzichtet.
Quelle: eigene Berechnungen

Die zukünftig von den Heimbewohnern privat zu zahlenden Beträge für pflegebedingte Aufwände ergeben sich als Summe der Einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE) zuzüglich der Ausbildungskosten (AK) und abzüglich der Leistungszuschläge des neuen § 43c SGB XI. Um die Entwicklung der so definierten (Netto-)Eigenanteile zu berechnen, müssen die zu erwartenden Steigerungen der EEE und der AK durch fortlaufende regelhafte Steigerungen der (tariflichen) Löhne und den fortlaufenden Anstieg der Sachkosten einbezogen werden. Im Finanztableau des BMG wird für die Summe der Zuschüsse zu den Eigenanteilen von 2022 bis 2025 ein konstanter Wert von 2,54 Milliarden Euro angesetzt. Das impliziert nicht nur, dass von einem Fallzahlenanstieg abgesehen wird, sondern auch, dass die Eigenanteile im Zeitverlauf konstant bleiben, was – bei konstanten Leistungssätzen des § 43 SGB XI – konstante Pflegesätze impliziert. Diese Annahme ist aber unrealistisch. In der jüngsten Vergangenheit ist der bundesdurchschnittliche pflegebedingte Eigenanteil (EEE und AK) kontinuierlich gestiegen, im Zeitraum vom 1. Quartal

2018 bis zum 1. Quartal 2021 um 3,01 Prozent pro Quartal (vergleiche Abbildung 1.1). Um die Einführungseffekte des PSG II auszublenden, wird auf eine Berücksichtigung des Jahres 2017 im Stützzeitraum verzichtet. Diese Steigerungen beruhen auf steigenden Personalziffern in einigen Bundesländern, dem zunehmenden Beitritt von Pflegeeinrichtungen zu Tarifverträgen, aber auch den regulären Lohn- und Gehaltssteigerungen, die gerade bei Pflegekräften überdurchschnittlich waren und auch in Zukunft als überdurchschnittlich unterstellt werden können, sowie den Preissteigerungen für Sachkosten. Nun kann argumentiert werden, dass die Kostenfolgen des Übergangs von Einrichtungen in Tarifbindung und die der Anhebungen von Personalschlüsseln schon in den Kostenfolgen der Reformmaßnahmen berücksichtigt sind. Das gilt aber nicht für die regulären Tarifsteigerungen und die Steigerungen der Sachkosten. Nachfolgend wird daher für die Zukunft von einem Anstieg des EEE ausgegangen, der nur noch halb so hoch ist wie in der jüngsten Vergangenheit. Der angesetzte quartalsweise Steigerungsfaktor beträgt somit 1,507 Prozent. Unter Ansatz dieser Steigerungsrate entstehen für die Zukunft die in Spalte (1) von Tabelle 1.4 dargestellten, fortgeschriebenen pflegebedingten Eigenanteile. Zu diesen Ausgangswerten wurden dann in den Spalten (2) und (3) die bereits vorstehend behandelten Kostenfolgen der weiteren Reformelemente quartalsbezogen und in Abhängigkeit zu ihrem Inkrafttreten berücksichtigt. Da die Leistungszuschläge in Abhängigkeit von den pflegebedingten Eigenanteilen berechnet und in Spalte (5) getrennt ausgewiesen wurden, enthalten die Spalten (2) und (3) – anders als zuvor – nunmehr die gesamten pflegebedingten Eigenanteile, nicht nur die (nach Abzug der Zuschläge) von den Heimbewohnern zu zahlenden Werte. Nach ihrer Einführung werden die Beträge dabei zur Abbildung der allgemeinen Gehalts- und Preissteigerung ebenfalls mit einer Rate von 1,507 Prozent pro Quartal gesteigert. Dabei werden sowohl die verschiedenen Einführungs- und Wirkungszeitpunkte der gesetzlichen Regelungen beachtet als auch die zunehmende absolute Entlastungswirkung durch die Leistungszuschläge des § 43c SGB XI bei steigenden pflegebedingten Eigenanteilen abgebildet. Die Leistungszuschläge werden mit 38,8 Prozent der Eigenanteile nach Spalte (4) berechnet und ab dem 1. Januar 2022 berücksichtigt, die Kosten der Tarifbindung ab dem 1. September 2022, die Kosten für Personalmehrungen und die Integration des bisher zusätzlichen Personals ab dem 1. Juli 2023.

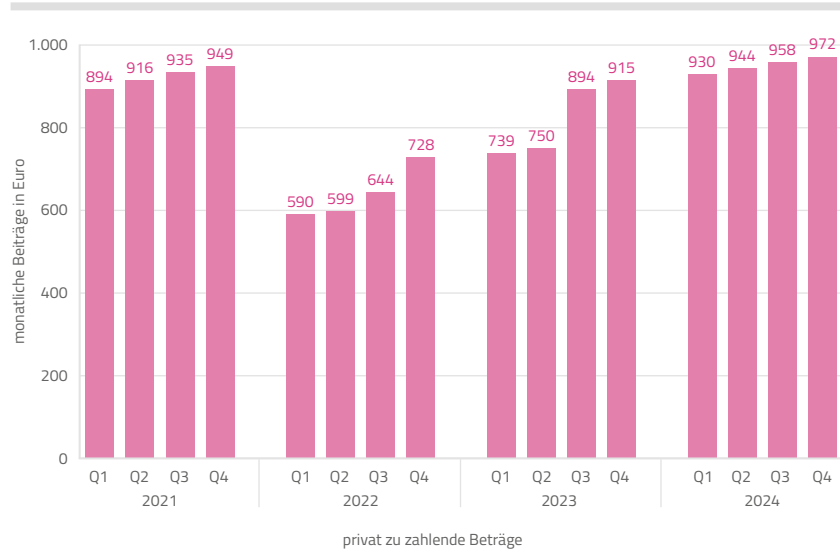
Tabelle 1.4: Entwicklung der pflegebedingten Eigenanteile

Jahr	Quartal	(1)	(2)	(3)	(4) = (1) + (2) + (3)	(5)	(6) = (4) + (5)
		EEE + AK (ohne Reform- maßnahmen)	Tarif und Mehr- personal	Integration Zusatz- personal	Eigenanteil an pflegebedingten Aufwendungen	Leistungszuschläge gemäß § 43c SGB XI	privat zu zahlende Beträge
2021	Q1	894			894		894
	Q2	916			916		916
	Q3	935			935		935
	Q4	949			949		949
2022	Q1	963			963	-374	590
	Q2	978			978	-379	599
	Q3	993	59		1.052	-408	644
	Q4	1008	182		1.190	-462	728
2023	Q1	1.023	184		1.207	-468	739
	Q2	1.038	187		1.225	-475	750
	Q3	1.054	255	165	1.460	-566	894
	Q4	1.070	259	167	1.496	-580	915
2024	Q1	1.086	263	170	1.519	-589	930
	Q2	1.102	267	173	1.542	-598	944
	Q3	1.119	271	175	1.565	-607	958
	Q4	1.136	275	178	1.589	-616	972

Quelle: eigene Berechnungen, basierend auf den vorstehend genannten Annahmen; bis zum dritten Quartal 2021 tatsächliche Durchschnittswerte

Dabei zeigt sich, dass die Einführung der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI zwar vom 1. Quartal 2022 bis einschließlich des 2. Quartals 2023 vorübergehend die privaten Zahlungsbeträge vermindern, dieser Effekt aber weder das Niveau längerfristig absenken, noch zukünftige Anstiege der privaten Zahlungsbeträge verhindern kann. Bereits ab dem 3. Quartal 2023 liegen die finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen exakt auf Höhe des 1. Quartals 2021, das bereits als nicht tragbar angesehen wurde und zu den vorliegenden Reformen geführt hat. Sobald alle Regelungen der Reform in Kraft getreten sind, verfehlen die Regelungen des neuen § 43c SGB XI also das Ziel, niedrigere Belastungen für die Pflegebedürftigen zu erzeugen. Abbildung 1.4 visualisiert den vorausberechneten Verlauf der Eigenanteilsentwicklung auf der Ebene von Quartalen.

Abbildung 1.4: Privat zu zahlende Beiträge für pflegebedingte Aufwände (EEE plus AK)



Quelle: eigene Berechnungen, basierend auf den vorstehend genannten Annahmen; bis zum dritten Quartal 2021 tatsächliche Durchschnittswerte

Nach einer Reduktion zum 1.1.2022 steigen die privat aufzubringenden Eigenanteile wieder und erreichen Ende 2023 erneut das derzeitige Niveau.

Zukünftige Steigerungen der pflegebedingten Aufwände führen dann zu weiteren Steigerungen der von den Bewohnern aufzubringenden Eigenanteile. Das ist insbesondere von Bedeutung, da mit den Regelungen des § 113c (neu) SGB XI nur 40 Prozent des erkannten Pflegepersonalmehrbedarfs refinanzierbar gemacht werden. Jeder weitere Umsetzungsschritt des Personalbemessungsverfahrens ab 2025 erhöht dann wieder den Eigenanteil, weil – bei Zugrundelegung der derzeitigen Bezugsdauern stationärer Pflegeleistungen der Heimbewohnenden – nur 38,8 Prozent aller Kostensteigerungen für pflegebedingte Aufwände durch die Leistungszuschläge kompensiert werden, während weiterhin 61,2 Prozent zu Lasten der Heimbewohner gehen.

Damit wird klar, dass die Betitelung des neu eingeführten § 43c SGB XI als „Begrenzung des Eigenanteils“ irreführend ist, da keinerlei Begrenzung erfolgt, sondern die Eigenanteile lediglich einmalig abgesenkt werden und der darauf folgende Anstieg der Eigenanteile nur moderiert wird. Eine echte „Begrenzung“ erfordert dagegen einen absoluten

Ausgabendeckel auf den pflegebedingten Eigenanteilen – wie er vom Bundesgesundheitsminister in seinem ursprünglichen Vorschlag vorgesehen war.

1.4 Verbleibende Reformnotwendigkeiten

Obwohl die eingangs angesprochenen zentralen aktuellen Reformbaustellen alle im GVWG adressiert wurden, konnte keines der Probleme einer abschließenden Lösung zugeführt werden.

Zwar wurde ein zweiter Schritt zur Einführung des Personalbemessungsverfahrens gesetzlich normiert, jedoch wird damit nur die Möglichkeit zur Refinanzierung von 40 Prozent des bedarfsnotwendigen Personalmehrbedarfs geschaffen. Eine verbindliche Festlegung darauf, dass ein dritter (und womöglich ein vierter) Umsetzungsschritt notwendig ist, gehört daher zu den Desiderata dieser Legislaturperiode.

Ähnlich stellt sich die Situation bei den pflegebedingten Eigenanteilen dar. Während die in den Eckpunkten eines Pflegereformgesetzes niedergelegte Reformkonzeption das Problem steigender Eigenanteile nachhaltig gelöst hätte, verschafft die im GVWG normierte Lösung den handelnden Akteuren lediglich eine Atempause. Zwei Jahre nach Einführung der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI wird sich die Situation wieder ähnlich darstellen wie jetzt – und eine weitere, nachsteuernde Reform wird notwendig sein (vergleiche Rothgang et al., 2021; Rothgang & Kalwitzki, 2021). Diese Notwendigkeit wurde auch kurz vor der Bundestagswahl noch einmal bestätigt, als die CDU/CSU in ihrem „Sofortprogramm“ vom 13. September die Einführung eines Eigenanteilsdeckels von 700 Euro in den ersten 100 Tagen nach der Wahl gefordert hat – einen Deckel, den sie selbst Anfang des Jahres noch zugunsten der Leistungszuschläge verworfen hatte.

In Bezug auf die notwendigen Gehaltssteigerungen der Pflegekräfte müssen die Regelungen des GVWG ihren Praxistest erst noch bestehen. Die Komplexität der vorgesehenen Regelungen und der große Interpretationsspielraum lassen einen Erfolg aber auch hier als unwahrscheinlich erscheinen.

Bei der Einführung des Personalbemessungsverfahrens, der Begrenzung der Eigenanteile und der Steigerung der Entlohnung Pflegebedürftiger muss nachgesteuert werden.

Insgesamt muss daher in der nächsten Legislaturperiode in erheblichem Maße nachgesteuert werden, sollen die intendierten Ziele in Bezug auf Personalbemessung, Eigenanteile und Entlohnung erreicht werden. Allerdings führen steigende Entgelte für Pflegekräfte und eine weitere Erhöhung der Pflegekräftezahl im stationären Bereich bei einer gleichzeitigen effektiven Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile zu steigenden Ausgaben der Pflegeversicherung, die refinanziert werden müssen. Hierfür sind grundsätzlich verschiedene Optionen denkbar.

In einer nach dem Bedarfsprinzip konzipierten Sozialversicherung ist der Beitrag der variable Parameter. In dieser Logik wären steigende Sozialversicherungsausgaben über einen steigenden Beitragssatz zu finanzieren. Allerdings sind steigende Beitragssätze in der Pflegeversicherung nur schwer mit der sogenannten „Sozialgarantie“, also dem Ziel, den Sozialversicherungsbeitrag insgesamt über alle Sozialversicherungszweige hinweg unterhalb von 40 Prozent zu halten, vereinbar. Gleichzeitig ist nicht ohne Weiteres damit zu rechnen, dass in der nächsten Legislaturperiode höhere Steuerzuschüsse zur Verfügung stehen werden. In seinen Eckpunkten für eine Pflegereform ist das Bundesgesundheitsministerium in diesem Winter von einem notwendigen und normativ gerechtfertigten Steuerzuschuss in Höhe von sechs Milliarden Euro ausgegangen. Realisiert werden konnte im GVWG dagegen nur ein Zuschuss von einer Milliarde Euro. Nun haben die Pandemiefolgen die fiskalischen Spielräume des Bundeshaushalts erkennbar verengt. Ein deutlich höherer Steuerzuschuss in der nächsten Legislaturperiode erscheint daher unwahrscheinlich.

Eine gangbare Option zur Refinanzierung weiterer Reformkosten ist die Verbreiterung der persönlichen und materiellen Bemessungsgrundlage.

Damit verbleibt insbesondere eine Option: die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage durch Verbeitragung auch anderer Einkommensarten, die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die Einbeziehung auch der bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung. Da sich die soziale Pflegeversicherung und die private Pflegepflichtversicherung in dem verwendeten Pflegebedürftigkeitsbegriff, den Begutachtungsregeln, der Höhe der Versicherungsleistungen und den Vergütungsregeln für formelle Leistungserbringung nicht unterscheiden, ist eine Integration beider Zweige in die Sozialversicherung, die zu einer erheblichen finanziellen Entlastung der sozialen Pflegeversicherung führen würde

(Rothgang & Domhoff, 2019), vergleichsweise leicht möglich. Tatsächlich war ein Finanzausgleich zwischen den zwei Zweigen der „Pflegevolksversicherung“ (BVerfG, 2001) bereits im Koalitionsvertrag 2005 von CDU/CSU und SPD vereinbart worden. Ein solcher Finanzausgleich und mehr noch die Integration der gesamten Bevölkerung in eine umfassende Sozialversicherung würde den finanziellen Spielraum schaffen, der es ermöglicht, die notwendigen Reformschritte zu gehen, ohne die Pflegebedürftigen zu belasten und ohne den Beitragssatz anheben zu müssen.

Kapitel 2

Pflege im Spiegel der Statistik

2 Pflege im Spiegel der Statistik

wesentliche Daten-
quellen: Pflegestatistik
und BARMER-Daten

Pflegebedürftigkeit ist zu einem großen Teil altersabhängig. Aber auch die politische Rahmensetzung insbesondere durch die Ausgestaltung der Pflegeversicherung hat einen Einfluss auf die Zahl der Pflegebedürftigen (Leistungsberechtigten) und die Versorgungsstruktur. Hinzu kommt aktuell noch die Corona-Pandemie, die für einschneidende Maßnahmen bei der Versorgung von Pflegebedürftigen gesorgt hat (Rothgang et al., 2020, S. 26 ff.). Zum Verständnis der Wirkungen von politischen Maßnahmen und der demografischen Entwicklung muss eine Gesundheitsberichterstattung zum Thema „Pflegebedürftigkeit“ insbesondere Auskunft über die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen (Kapitel 2.1), die Leistungserbringung und die zugrunde liegenden Versorgungsstrukturen (Kapitel 2.2) sowie die Finanzierung der Leistungen (Kapitel 2.3) geben. Die Datengrundlagen in diesem Report sind primär die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts und die Routinedaten der BARMER (BARMER-Daten). Des Weiteren beruhen die Darstellungen auf vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlichten Ergebnissen der Kassenstatistik zur sozialen Pflegeversicherung (SPV), der Begutachtungsstatistik des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS) (zukünftig Medizinischer Dienst Bund), der Berichterstattung des Verbands der Privaten Krankenversicherung (PKV) zur privaten Pflegeversicherung (PPV) sowie der Begutachtungsstatistik des Unternehmens MEDICPROOF. Zu den einzelnen dargestellten Aspekten werden die jeweils geeigneten Daten verwendet. Weitere Informationen zu den genannten Datenquellen finden sich im Anhang.

2.1 Pflegebedürftige

Dieses Kapitel gliedert sich in die Beschreibung, wie viele Personen pflegebedürftig sind (Fallzahl) beziehungsweise welcher Anteil einer Population pflegebedürftig ist (Prävalenz), wie viele pflegebedürftig werden (Fallzahl) beziehungsweise welcher Anteil einer Population pflegebedürftig wird (Inzidenz) und wie viele die Pflegebedürftigkeit – meist durch den Tod – beenden. Zur Darstellung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen und der Prävalenz werden überwiegend die Pflegestatistik und die BARMER-Daten verwendet. Die Pflegestatistik ist hierzu als Vollerhebung besonders gut geeignet, während es die BARMER-Daten ermöglichen, aktuellere Entwicklungen aufzuzeigen (Kapitel 2.1.1).

Inwieweit jemals im Lebensverlauf Pflegeleistungen in Anspruch genommen wurden (Lebenszeitprävalenz), lässt sich nur mit den BARMER-Daten darstellen (Kapitel 2.1.2). Informationsgrundlagen für die Zahl der Begutachtungen sind die vom MDS veröffentlichten Statistiken (MDS-Statistiken) und die Statistiken von MEDICPROOF (Kapitel 2.1.3). Die Inzidenzen (Kapitel 2.1.4) wie auch Übergänge und Beendigung der Pflegebedürftigkeit (Kapitel 2.1.5) sowie die Pflegedauern (Kapitel 2.1.6) werden anhand der BARMER-Daten abgebildet. Abschließend werden die Ergebnisse zu den Pflegebedürftigen kurz zusammengefasst (Kapitel 2.1.7).

Pflegebedürftigkeit ist in den hier verwendeten Daten sozialrechtlich definiert. Pflegestatistik und Kassenstatistik erfassen die Pflegebedürftigen, die einen Pflegegrad (vormals Pflegestufe) haben oder Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. Es geht hier also um die Erfassung von Leistungsberechtigten. Personen, die keinen Antrag zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit gestellt haben, aber in gleicher Weise körperlich oder geistig eingeschränkt sind wie anerkannte Pflegebedürftige, werden daher nicht in die berichteten Fallzahlen eingeschlossen.

Die Art und das Ausmaß der Hilfebedürftigkeit, die notwendig sind, um einen Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung zu erlangen, haben sich mit den letzten Pflegereformen geändert (Rothgang & Müller, 2019, S. 25). Zunächst galten nur verrichtungsbezogene Einschränkungen als Begründung für eine Einstufung als pflegebedürftig und nur diese Personen hatten einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Seit 2008 hatten auch Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen – auch wenn sie (noch) nicht als pflegebedürftig galten (Pflegestufe 0). Zum 1. Januar 2013 wurde der Leistungsanspruch für PEA mit Pflegestufe 0 auf Pflegegeld und Pflegesachleistungen ausgedehnt. Seitdem wurden PEA mit Pflegestufe 0 auch in der Pflegestatistik aufgeführt. Seit 2017 gilt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der sowohl körperliche, kognitive als auch psychische Beeinträchtigungen berücksichtigt. Für die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 bestehen aber nur eingeschränkte Leistungsansprüche und insbesondere kein Anspruch auf Pflegegeld, Pflegesachleistungen und reguläre Leistungen bei vollstationärer Pflege. Um die

Als Pflegebedürftige gelten hier Personen, die mindestens einen Anspruch auf Pflegegeld haben.

Vergleichbarkeit in den Zeitreihen zu gewährleisten, werden im Folgenden die Leistungsberechtigten erfasst, die mindestens einen Anspruch auf Pflegegeld haben (aktuell ab Pflegegrad 2). Ausnahmen davon sind kenntlich gemacht.

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

Um die Pflegebedürftigen, die ab 2017 mit den Pflegegraden erfasst sind, mit den Pflegebedürftigen der vorangegangenen Jahre zu vergleichen, muss für die Auswertung gegebenenfalls eine Umkodierung der vormaligen Pflegestufen vorgenommen werden. Diese Umkodierung erfolgt nach dem Überleitungsschlüssel der Pflegestufen in Pflegegrade zum 1. Januar 2017 nach § 140 SGB XI, der in der Regel zu etwas höheren Eingruppierungen führt, als eine Neubegutachtung ergeben hätte (Rothgang & Kalwitzki, 2015).

2.1.1 Fallzahlen und Prävalenzen

Die einzelnen Statistiken bilden unterschiedliche Personenkreise ab. So fehlen in der Pflegestatistik die Leistungsempfänger in den Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und die Pflegebedürftigen, die keine Pflegesachleistungen, keine Leistungen zur stationären Versorgung und auch kein Pflegegeld in Anspruch nehmen. Das betrifft vor allem die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 im Jahr 2017. Im Berichtsjahr 2019 sind hingegen die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1, die ausschließlich landesrechtliche Leistungen oder keine Leistungen in Anspruch nehmen, ausgewiesen. In der SPV-Statistik sind die PEA mit Pflegestufe 0 nicht ausgewiesen.

Die Pflegestatistik weist
mehr Pflegebedürftige
aus als die SPV-
und PPV-Statistiken
zusammen.

Die zuletzt im Dezember 2019 erhobene Pflegestatistik bietet die aktuellste Vollerhebung der Pflegebedürftigen. Demnach waren Ende 2019 3.829.488 Menschen pflegebedürftig (Pflegegrad 2 bis 5 oder noch kein Pflegegrad zugewiesen). In der Summe kommen die Kassenstatistik und die Statistik der privaten Pflegeversicherung (PPV-Statistik) auf etwas andere Zahlen. Die Kassenstatistik der SPV weist für Ende 2019 3.551.743 und die Statistik der PPV 237.242 Pflegebedürftige aus. Die Pflegestatistik zählt somit 40.503 Pflegebedürftige mehr als zusammen von der Kassenstatistik und der Statistik der PPV ausgewiesen werden (Tabelle 2.1).

Tabelle 2.1: Anzahl der Pflegebedürftigen nach Datenquelle 1995 bis 2020

Jahr	Pfleigestatistik		SPV Kassenstatistik		PPV		Differenz der Pfleigestatistik zur Versicherungsstatistik
	Anzahl am Jahres- ende	Veränderung zum Vorjahr in Prozent (gemittelt)	Anzahl am Jahres- ende	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Anzahl am Jahres- ende	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	
1995			1.061.418				
1996			1.546.746	45,7			
1997			1.659.948	7,3			
1998			1.738.118	4,7			
1999	2.016.091		1.826.362	5,1			
2000			1.822.169	-0,2			
2001	2.039.780	0,6	1.839.602	1,0			
2002			1.888.969	2,7			
2003	2.076.935	0,9	1.895.417	0,3			
2004			1.925.703	1,6	118.742		
2005	2.128.550	1,2	1.951.953	1,4	128.343	8,09	48.254
2006			1.968.505	0,8	134.722	4,97	
2007	2.246.829	2,7	2.029.285	3,1	140.230	4,09	77.314
2008			2.113.485	4,1	142.060	1,30	
2009	2.338.252	2,0	2.235.221	5,8	138.181	-2,73	-35.150
2010			2.287.799	2,4	142.696	3,27	
2011	2.501.441	3,4	2.317.374	1,3	145.099	1,68	38.968
2012			2.396.654	3,4	151.141	4,16	
2013	2.734.946	4,6	2.479.590	3,5	161.686	6,98	93.670
2014			2.568.936	3,6	169.324	4,72	
2015	3.040.776	5,4	2.665.109	3,7	178.075	5,17	197.592
2016			2.749.201	3,2	188.567	5,89	
2017	3.368.252	5,2	3.144.703	14,4	206.016	9,25	17.533
2018			3.337.268	6,1	223.574	8,52	
2019	3.829.488	6,6	3.551.743	6,4	237.242	6,11	40.503
2020			3.781.419	6,5			

Anmerkung: Pflegestatistik und PPV-Statistik von 2012 bis 2016 inklusive Pflegestufe 0, SPV-Statistik durchgängig ohne Pflegestufe 0
Quelle: BMG (2021b); PKV (2006, 2007, 2018, 2020); Statistisches Bundesamt (2020e); eigene Berechnungen

Einerseits gibt es Gründe für eine geringere Zahl an Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik durch die Nichtberücksichtigung der Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Andererseits sind Leistungsbezieher, denen noch keine Pflegestufe beziehungsweise kein Pflegegrad vergeben wurde, berücksichtigt. Zudem können Doppeltzählungen nicht ausgeschlossen werden (Statistisches Bundesamt, 2020d).

Dass die Zahl der Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik und der PPV-Statistik in den Jahren 2012 bis 2016 schneller gestiegen ist als in der Kassenstatistik, ist zu großen Teilen auf die fehlende Erfassung der Pflegestufe 0 in der Kassenstatistik zurückzuführen. Umgekehrt erklärt diese fehlende Erfassung auch, warum die Steigerung in der Kassenstatistik im Jahr 2017 so deutlich höher ist als in der Pflegestatistik und der PPV-Statistik: Die Personen, die zuvor in Pflegestufe 0 nicht erfasst worden sind, wurden nun erstmals berücksichtigt – während sie in PPV- und Pflegestatistik schon länger berücksichtigt wurden.

In der Summe zeigt sich eine stetig steigende Zahl an Pflegebedürftigen. Der Anstieg ist besonders groß in den 2010er Jahren, in denen die Leistungsausweitung vorangetrieben wurde. Auch für die Zukunft ist aufgrund des demografischen Wandels und dem noch nicht abgeschlossenen Einführungseffekt der letzten Reformen mit einem weiteren Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zu rechnen (siehe Kapitel 3).

Tabelle 2.2: Anzahl der Leistungsberechtigten mit Pflegegrad 1 2017 bis 2020

	Pflege- statistik	SPV-Kassen- statistik	PPV	Differenz der Pflegestatistik zur Versicherungsstatistik
2017	46.126	194.476	5.566	-153.916
2018		348.121	11.051	
2019	298.117	448.012	14.641	-164.536
2020		541.353		

Quelle: BMG (2019b, 2021d); Statistisches Bundesamt (2020e)

Zusätzlich zu den Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 waren im Jahr 2019 nach der Pflegestatistik noch 298.117 Personen mit Pflegegrad 1 leistungsberechtigt. Die Kassenstatistik der SPV weist für Ende 2019 sogar 448.012 Personen mit Pflegegrad 1 aus. Für

die PPV werden 14.641 Personen mit Pflegegrad 1 berichtet. Die Anzahl der Leistungsberechtigten mit Pflegegrad 1 wird in der Pflegestatistik somit deutlich untererfasst. Insgesamt 164.536 Leistungsberechtigte werden dort weniger ausgewiesen als in der Summe der Kassenstatistik und der PPV-Statistik. Für das Jahr 2017 wurden in der Pflegestatistik nur die 46.126 Leistungsberechtigten mit Pflegegrad 1 erfasst, die auch ambulante oder stationäre Leistung in Anspruch genommen haben. Im Jahr 2019 wurden ergänzend auch Leistungsberechtigte mit Pflegegrad 1 erfasst, die keine Leistungen in Anspruch genommen haben oder nur Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag. Dennoch ist in beiden Erhebungsjahren die Untererfassung im Vergleich zur Kassenstatistik und der PPV-Statistik etwa gleich groß. Die Zahl der Leistungsberechtigten mit Pflegegrad 1 ist im Jahr 2020 nicht mehr so stark gestiegen wie in den Vorjahren, dennoch waren es gut 93.000 mehr als im Jahr 2019 (Tabelle 2.2).

Tabelle 2.3: Anzahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufe oder Pflegegrad 1999 bis 2019

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

Jahr	insgesamt	Pflegegrad				
		2	3	4	5	noch nicht zugeordnet
2017	3.368,3	1.566,7	1.022,5	549,4	224,2	5,6
2019	3.829,5	1.796,0	1.215,8	573,1	241,6	2,9

* Die Leistungsempfänger der Pflegestufe 0 wurden in den Jahren 2009 und 2011 nicht ausgewiesen.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020e)

überwiegend geringere
Schwere der Pflegebe-
dürftigkeit

Von den 3,829 Millionen Menschen, die Ende 2019 von der Pflegestatistik in der hier genutzten Definition als pflegebedürftig ausgewiesen werden, waren fast die Hälfte (1,796 Millionen \approx 46,9 Prozent) in Pflegegrad 2 eingruppiert. Pflegegrade 4 oder 5 weisen dagegen nur gut ein Fünftel (21,3 Prozent) aller Pflegebedürftigen auf. Würden die Leistungsberechtigten mit Pflegegrad 1 mitgezählt, lägen die Anteile jeweils entsprechend niedriger (Tabelle 2.3).

Der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen entwickelt sich schon länger nach Ausmaß der Pflegebedürftigkeit unterschiedlich. Während in Pflegestufe I die Zahl der Pflegebedürftigen stetig und deutlich stieg, stagnierte die Zahl der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III zeitweise. Auch seit Einführung der Pflegegrade ist in den geringeren Schweregraden die Zuwachsrate höher als in den höheren Schweregraden (Tabelle 2.4).

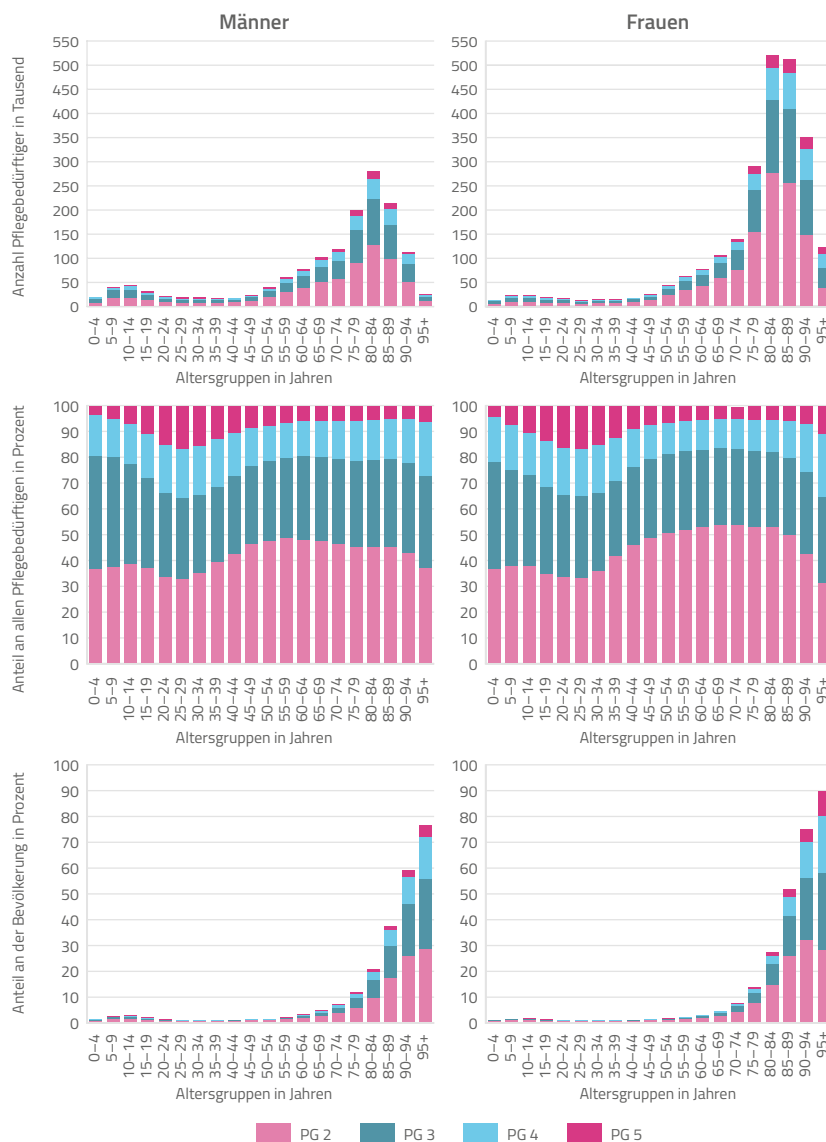
Tabelle 2.4: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufe oder Pflegegrad 1999 bis 2019

Jahr	Veränderung zum Vorvorjahr in Prozent					
	insgesamt	Pflegestufe				
		0*	I	II	III	noch nicht zugeordnet
2001	1,2		5,8	-1,6	-4,5	-47,0
2003	1,8		4,9	-1,1	-0,1	-26,0
2005	2,5		3,9	0,5	1,7	41,4
2007	5,6		8,2	2,5	4,0	0,1
2009*	4,1		7,8	-0,1	0,4	-2,4
2011*	7,0		9,8	4,0	4,0	-19,6
2013	9,3		7,0	2,3	2,0	58,1
2015	11,2	66,1	11,7	6,4	4,3	-35,3
Jahr	insgesamt	Pflegegrad				
		2	3	4	5	noch nicht zugeordnet
2017	10,8					-36,0
2019	13,7	14,6	18,9	4,3	7,8	-47,2

* Die Leistungsempfänger der Pflegestufe 0 wurden in den Jahren 2009 und 2011 nicht ausgewiesen.

Quelle: eigene Berechnungen nach Tabelle 2.3

Abbildung 2.1: Absolute und relative Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2019



Quelle: Statistisches Bundesamt (2020b, 2020e); eigene Berechnungen; Datentabellen im Anhang (Tabelle A 1 bis Tabelle A 3)

Die Pflegestatistik weist nach der hier verwendeten Definition für 2019 insgesamt 1,456 Millionen männliche und 2,373 Millionen weibliche Pflegebedürftige aus. Die männlichen Pflegebedürftigen sind insgesamt etwas jünger als die weiblichen. 43,1 Prozent der männlichen Pflegebedürftigen sind 80 Jahre und älter, während 63,0 Prozent der weiblichen Pflegebedürftigen 80 Jahre und älter sind. Gründe für das geringere Alter der männlichen Pflegebedürftigen liegen in den etwas niedrigeren Pflegeprävalenzen der Männer in den höheren Altersjahren (siehe Abbildung 2.1) und an der im Vergleich zu den Männern deutlich höheren Zahl der Frauen, die überhaupt das höhere Lebensalter erreicht haben, in dem auch die höheren Prävalenzen auftreten.

Im jüngeren Erwachsenenalter und im höchsten Alter ist der Anteil der Pflegebedürftigen mit höheren Pflegegraden besonders hoch (Abbildung 2.1). So beträgt der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 5 in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen für Männer und Frauen über 16 Prozent, während er in den Altersgruppen der 60- bis 89-Jährigen für Männer und Frauen durchgehend unter sechs Prozent liegt.

Tabelle 2.5: Anzahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart 1999 bis 2019

Jahr	insgesamt	Pflegegeld	Pflegedienst	stationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	teilstationäre Pflege
	Anzahl in Tausend					
1999	2.016	1.028	415	554	9	10
2001	2.040	1.001	435	582	10	12
2003	2.077	987	450	612	11	17
2005	2.129	980	472	644	13	19
2007	2.247	1.033	504	671	15	23
2009	2.338	1.066	555	700	18	31
2011	2.501	1.182	576	723	20	44
2013	2.735	1.312	647	755	21	57
2015	3.041	1.505	734	777	25	74
2017	3.368	1.765	793	786	25	102
2019	3.829	2.116	901	789	23	137

Anmerkung: Die Leistungsempfänger der Pflegestufe 0 wurden in den Jahren 2009 und 2011 noch nicht ausgewiesen, sondern erst ab dem Jahr 2013. Seit dem Jahr 2017 gelten die Pflegegrade. Leistungsberechtigte mit Pflegegrad 1 sind nicht berücksichtigt. In der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen ist die teilstationäre Pflege in den Jahren 2009 bis 2019 nicht berücksichtigt, um Doppeltzählungen zu reduzieren.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020e); eigene Berechnungen

Zu Beginn der Pflegestatistik im Jahr 1999 waren rund eine Million Pflegebedürftige Pflegegeldempfänger. Diese Anzahl hat sich bis 2009 kaum verändert (Tabelle 2.5). Anschließend kam es zu deutlichen Steigerungsraten (Tabelle 2.6), wodurch es zusammengenommen zu einer Verdoppelung der Zahl der Pflegegeldempfänger zwischen 1999 und 2019 gekommen ist. Die Zahl der Nutzer von Pflegediensten stieg hingegen von Beginn an kontinuierlich und im Zeitraum der Pflegereformen ab 2009 noch stärker (Tabelle 2.6). Im Vergleich zu 1999 hat sich auch die Zahl der Pflegebedürftigen, die einen Pflegedienst nutzen, mehr als verdoppelt. Die Zahl der Pflegebedürftigen, die die vollstationäre Pflege nutzen, ist zwischen 1999 und 2015 fast linear angestiegen (Tabelle 2.5), wobei die Steigerungsraten entsprechend rückläufig sind und die Fallzahl anschließend sogar stagniert. In der Summe hat die Zahl der Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege zwischen 1999 und 2019 um 44,2 Prozent zugenommen (Tabelle 2.5). Die Proportionen in den Versorgungsarten haben sich damit im Laufe der Zeit verändert. Bis 2005 war die Zahl der Pflegegeldempfänger sogar rückläufig, während die Steigerungsraten in der stationären Pflege am höchsten waren (Tabelle 2.6). Die nachfolgende Entwicklung dürfte nicht zuletzt auf die Reformgesetzgebung zurückzuführen sein, die erhebliche Leistungsverbesserungen im Bereich der häuslichen Pflege mit sich gebracht hat. Dies gilt insbesondere für den Effekt durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) im Jahr 2017 (Rothgang et al., 2019).

Tabelle 2.6: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart 1999 bis 2019

Jahr	insgesamt	Pflegegeld	Pflegedienst	stationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	teilstationäre Pflege
	Veränderung zum Vorvorjahr in Prozent					
2001	1,2	-2,6	4,7	5,1	12,8	19,3
2003	1,8	-1,4	3,6	5,1	14,1	37,3
2005	2,5	-0,6	4,8	5,2	21,4	11,5
2007	5,6	5,4	6,9	4,2	12,4	21,8
2009	4,1	3,1	10,1	4,3	18,8	35,2
2011	7,0	10,9	3,8	3,4	10,4	39,5
2013*	9,3	11,0	12,3	4,3	9,2	30,6
2015	11,2	14,7	13,4	2,9	17,1	29,1
2017	10,8	17,3	8,0	1,1	0,1	37,8
2019	13,7	19,9	13,7	0,4	-8,9	34,5

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

Quelle: eigene Berechnungen nach Tabelle 2.5

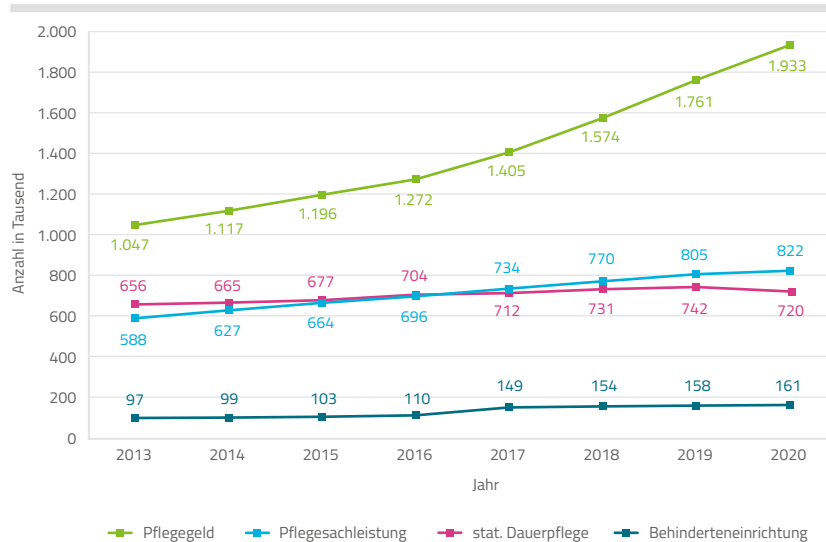
Abbildung 2.2: Absolute und relative Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2019



Quelle: Statistisches Bundesamt (2020b, 2020e); eigene Berechnungen; Datentabellen im Anhang (Tabelle A 4 bis Tabelle A 6)

Mit dem höheren Alter steigt der Anteil der Pflegebedürftigen in der Bevölkerung und dabei insbesondere auch der Anteil der Pflegebedürftigen, die im Pflegeheim versorgt werden. Die Fallzahlen der Versorgung im Pflegeheim sind in den Altersgruppen der 85- bis 89-Jährigen mit 183.191 am höchsten. Je älter die Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie pflegebedürftig ist und im Pflegeheim versorgt wird. Die Anteile der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung gleichen Alters liegt bei den Frauen im Alter von über 95 Jahren bei 89,4 Prozent und bei den Männern bei 76,0 Prozent. Während sich die Versorgungsarten bei den Männern in dem Alter in etwa dritteln, wird fast die Hälfte der pflegebedürftigen Frauen stationär versorgt (Abbildung 2.2). Der Anteil der Pflegeheimbewohner ist dabei noch abhängig von der regionalen Angebotsstruktur. In den Regionen, in denen mehr Personen im ambulanten Pflegedienst arbeiten oder mehr Pflegeheimplätze angeboten werden, ist der entsprechende Versorgungsgrad jeweils höher (Rothgang et al., 2016, S. 105, 110).

Abbildung 2.3: Pflegebedürftige nach Versorgungsart in den Jahren 2013 bis 2020



Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptpflegeleistungen stationäre Dauerpflege, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld sind hierarchisch kodiert. Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres.

Quelle: BARMER-Daten 2013–2020, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

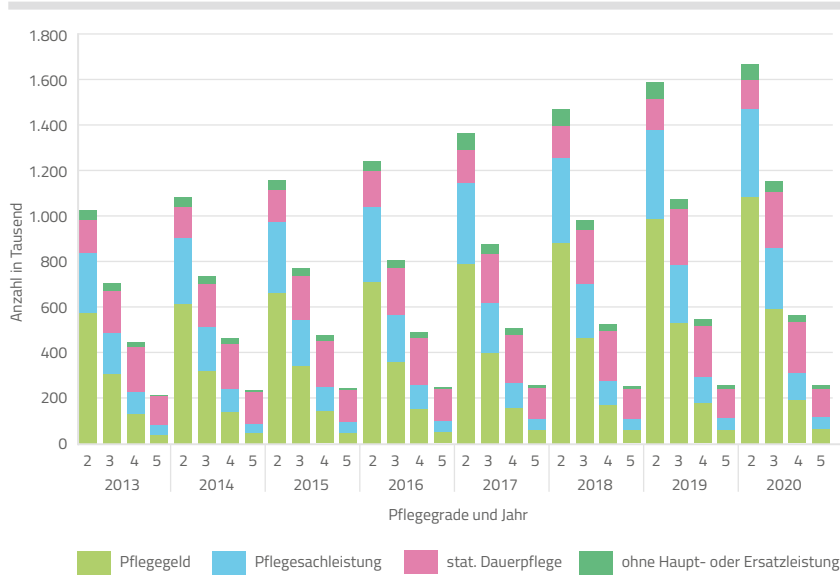
2020: Rückgang in der stationären Versorgung

Zur Integration der Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und zur detaillierteren Darstellung auch der aktuelleren Entwicklungen in Zeitreihen werden im Weiteren die Verteilungen mit den BARMER-Daten 2013 bis 2020 wiedergegeben. Die absoluten Fallzahlen werden dabei im Vergleich zur Pflegestatistik unterschätzt (siehe Anmerkungen im Anhang). Die Trends sind aber in gleicher Weise erfassbar. So zeigen sich bis zum Jahr 2016 relativ gleichförmige Steigerungen in der Zahl der Pflegegeldbezieher um jährlich rund 75.000 Pflegebedürftige (Abbildung 2.3). Seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs haben die Fallzahlen um rund 170.000 jährlich zugenommen. Weniger beeinflusst erscheinen die Fallzahlenentwicklungen bei den Sachleistungsempfängern und den Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege. In der vollstationären Dauerpflege ging die Zahl der Pflegebedürftigen im Corona-Jahr sogar zurück. Einen deutlichen Sprung der Fallzahlen gab es 2017 bei den Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Während sich in den Jahren zuvor und danach die Steigerungen auf 2.000 bis 7.000 beliefen, gab es 2017 einen sprunghaften Anstieg um 39.000 Pflegebedürftige in diesen Einrichtungen.

seit 2017 hohe Zuwächse bei den geringen Pflegegraden, beim Bezug von Pflegegeld und bei der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen

Für diesen Zeitreihenvergleich wurden die Pflegestufen zu Pflegegraden umkodiert (siehe Anhang). Zu bedenken ist beim Vergleich über die Jahre, dass die Überleitung der Pflegestufen in Pflegegrade zu anderen Ergebnissen führen kann als eine Bewertung anhand des neuen Begutachtungsassessments. Da sich aber in den verschiedenen Versorgungsarten unterschiedliche Entwicklungen zeigen, sind diese nicht ausschließlich auf den Umkodierungsaspekt zurückzuführen. So zeigen sich deutliche Zunahmen bei den Pflegegeldempfängern, den Sachleistungsempfängern und den Bewohnern von Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen insbesondere bei den geringeren Pflegegraden (Abbildung 2.4). Im Pflegegrad 2 beträgt das Plus 508.000 beim Pflegegeld und 123.000 bei den Pflegesachleistungen. In den höheren Pflegegraden sind die Zuwächse moderater, sie betragen dennoch in Pflegegrad 5 noch 27.000 beim Pflegegeld und 9.000 bei den Pflegesachleistungen. In der häuslichen Pflege gibt es durchweg höhere Steigerungen als in der stationären Dauerpflege. In der stationären Dauerpflege gibt es in Pflegegrad 5, aber auch in Pflegegrad 2 sogar einen Rückgang. In Pflegegrad 3 und 4 gibt es hingegen Zuwächse. Hohe Zuwächse gibt es also insbesondere bei den geringen Pflegegraden, beim Bezug von Pflegegeld und bei der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen.

Abbildung 2.4: Pflegebedürftige nach Versorgungsart und Pflegegrad in den Jahren 2013 bis 2020



Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptpflegeleistungen stationäre Dauerpflege, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld sind hierarchisch kodiert. Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres.

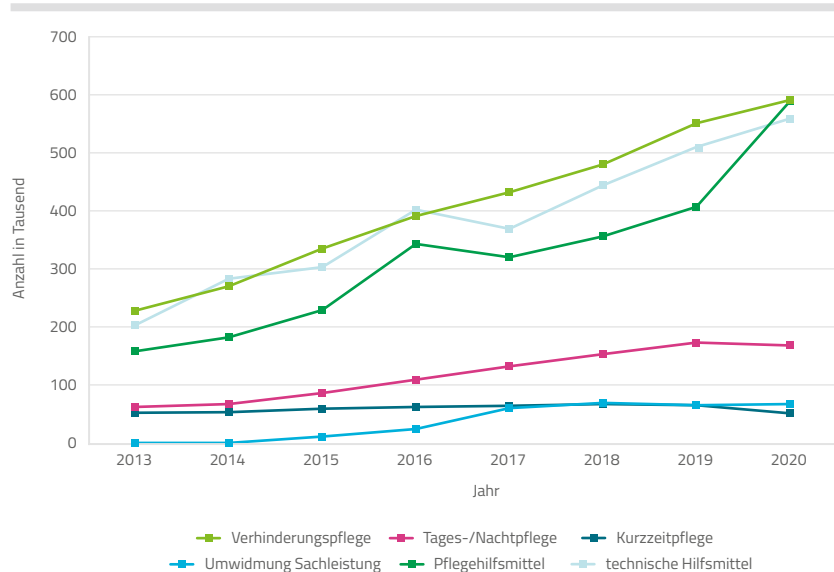
Quelle: BARMER-Daten 2013–2020, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland; Datentabelle im Anhang (Tabelle A 7)

Unter dem Begriff „ergänzende und ersetzende Leistungen“ zur ambulanten Versorgung werden hier die Verhinderungspflege, die Tages- oder Nachtpflege, die Kurzzeitpflege, die Umwidmung von Sachleistungen, Pflegehilfsmittel und technische Hilfsmittel gefasst. Die Zahl der Inanspruchnahmen hat sich im Beobachtungszeitraum von 2013 bis 2020 teilweise sehr deutlich erhöht (Abbildung 2.5). Während die Zahl der häuslich versorgten Pflegebedürftigen in diesem Zeitraum um zwei Drittel zugenommen hat, gab es bei der Nutzung von Verhinderungspflege, Tages- oder Nachtpflege und technischen Hilfsmitteln Anstiege von rund 260 Prozent bis 270 Prozent. Einen vergleichbaren Anstieg gab es zunächst auch bei den Pflegehilfsmitteln, deren Inanspruchnahme dann aber im Jahr 2020 noch einmal deutlich um rund 50 Prozent zunahm. Einen Anstieg bei der Kurzzeitpflege gab es nur bis 2018. Die Inanspruchnahme stagnierte dann und ging im Jahr 2020

Stagnation in der stationären Versorgung im Corona-Jahr

deutlich zurück, was sicherlich auch als Corona-Effekt zu werten ist. Ein ebensolcher Effekt ist wahrscheinlich auch die Stagnation im Jahr 2020 bei der Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege. Die Umwidmung von Sachleistungen ist erst 2015 ermöglicht worden und hat sich mit einer monatlichen Zahl der Betroffenen von rund 67.000 noch nicht sehr etabliert.

Abbildung 2.5: Ergänzende und ersetzende Pflegeleistungen je Monat



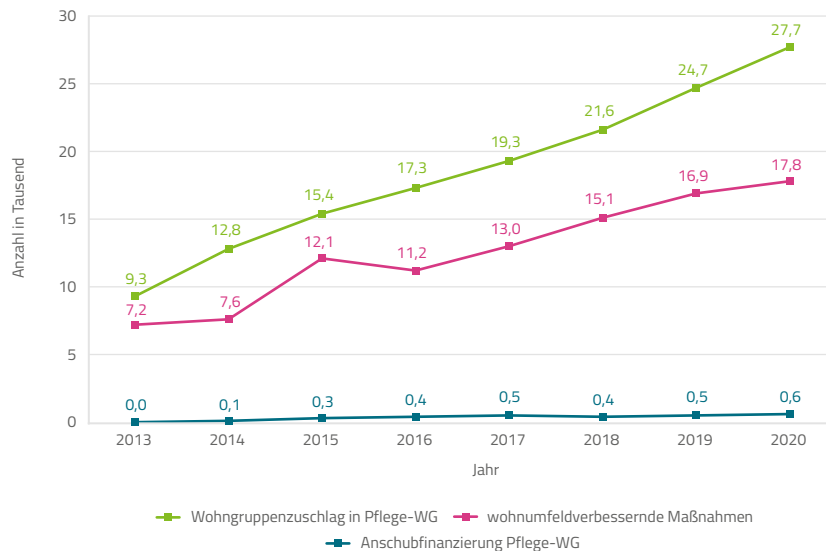
2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
228	270	335	391	432	480	551	591
62	67	86	109	132	153	173	168
52	53	59	62	64	67	65	51
0	0	11	24	60	69	65	67
158	182	229	343	320	356	407	589
203	283	303	402	369	444	510	559

Anmerkung: Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres.

Quelle: BARMER-Daten 2013–2020, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Monatlich wurde im Jahr 2020 von 6,1 Prozent der häuslich versorgten Pflegebedürftigen Tages- oder Nachtpflege genutzt. Im Durchschnittsmonat 2020 wurden Kurzzeitpflege von 1,9 Prozent und Verhinderungspflege von 21,4 Prozent der Pflegebedürftigen in häuslicher Versorgung in Anspruch genommen (Abbildung 2.3 und Abbildung 2.5). Die Inanspruchnahme dieser Leistungen steigt dabei mit dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit an (Schneekloth et al., 2017, S. 89, 102).

Abbildung 2.6: Leistungen hinsichtlich der Wohnsituation



Anmerkung: Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres.
Quelle: BARMER-Daten 2013–2020, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Zur Anpassung der Wohnsituation an die pflegerischen Bedürfnisse sind die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen und die Unterstützung ambulant betreuter Wohngruppen (Pflege-WGs) in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung implementiert worden. Der Anspruch auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen besteht seit Einführung der Pflegeversicherung, die Unterstützung der Pflege-WGs wird seit 2013 gewährt. Die Zahl der Pflegebedürftigen, die innerhalb eines Durchschnittsmonats wohnumfeldverbessernde Maßnahmen genutzt haben, ist in den Jahren von 2013 bis 2020 von rund 7.200

27.700 Pflegebedürftige
in Pflege-WGs mit
Wohngruppenzuschlag

auf rund 17.800 gestiegen. Insbesondere mit der Erhöhung der maximal gewährten Leistungshöhen im Jahr 2015 kam es zu einer deutlichen Zunahme der Fallzahlen (Abbildung 2.6). Die Zahl der Pflegebedürftigen in Pflege-WGs ist von 2013, dem Einführungsjahr, bis 2020 von rund 9.300 auf 27.700 gestiegen und hat sich damit schon fast verdreifacht. Dennoch bleibt die Zahl im Vergleich zu allen häuslich versorgten Pflegebedürftigen mit 1,0 Prozent sehr klein. Die Zahl der monatlichen Anschubfinanzierungen nach § 45e SGB XI zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen ist sehr gering. Selbst in der Jahressumme erreicht der Anteil gerade eben den Promillebereich.

2.1.2 Lebenszeitprävalenz

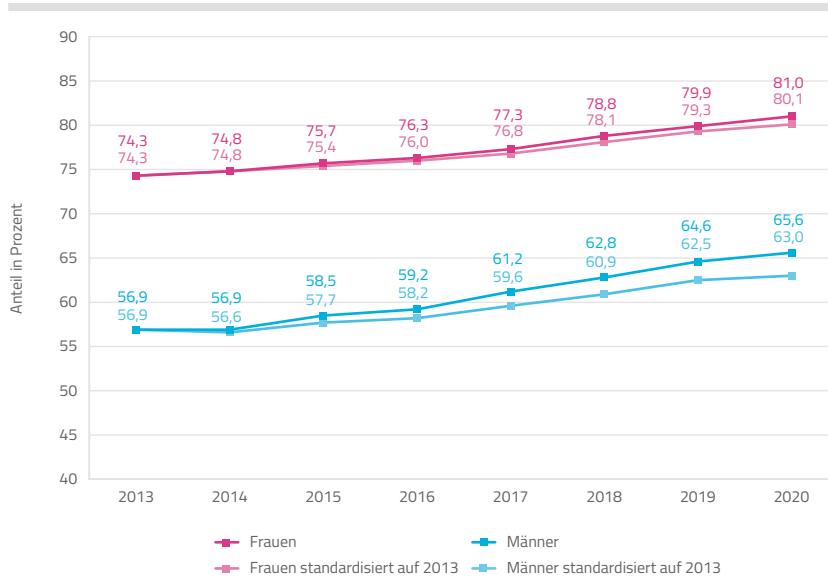
Pflegebedürftig zu werden, ist kein Restrisiko im Lebensverlauf, sondern ein allgemeines Lebensrisiko, das die Mehrheit der Bevölkerung betrifft. Vorangegangene Studien haben schon gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit, jemals im Leben pflegebedürftig im Sinne des SGB XI zu werden (Lebenszeitprävalenz), nicht nur größer ist als die Wahrscheinlichkeit, nicht pflegebedürftig zu werden, sondern zudem im Zeitverlauf steigt (zum Beispiel Rothgang et al., 2011, S. 138; Rothgang et al., 2014, S. 136). Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung stellen sich die Fragen, wie stark sich die Lebenszeitprävalenz verändert, wie sich diese Entwicklung erklären lässt und welche Relevanz diese Zunahme hat. Die Relevanz der Pflegebedürftigkeit zeichnet sich einerseits dadurch aus, in welchem Maße (Pflegegrad) die Pflegebedürftigkeit auftritt, ob es zu einer Versorgung im Pflegeheim kommt (Pflegearrangement) und wie lange die Phase der Pflegebedürftigkeit andauert. Daher werden in diesem Kapitel neben der Entwicklung der Lebenszeitprävalenz die höchste im Lebenslauf erreichte Pflegestufe und die Versorgungsart mit dem höchsten Professionalisierungsgrad für die verstorbenen Versicherten der BARMER über die Jahre betrachtet. In Kapitel 2.1.6 wird zudem noch auf die Dauer der Pflegebedürftigkeit von Verstorbenen eingegangen.

Entwicklung der Lebenszeitprävalenz

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

Ein stetig steigender Anteil Verstorbener, die vor dem Versterben Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen haben, zeigte sich schon in der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts (Rothgang et al., 2011, S. 136f.; Rothgang et al., 2015, S. 137). Diese Lebenszeitprävalenz nimmt weiterhin kontinuierlich zu (Abbildung 2.7). Im Jahr 2020 sind nun schon vier von fünf verstorbenen Frauen (81,0 Prozent) und zwei von drei verstorbenen Männern (65,6 Prozent) zuvor pflegebedürftig gewesen.

Abbildung 2.7: Anteil Verstorbener mit Pflegeleistungen, hochgerechnet auf Verstorbene der BRD des jeweiligen Jahres

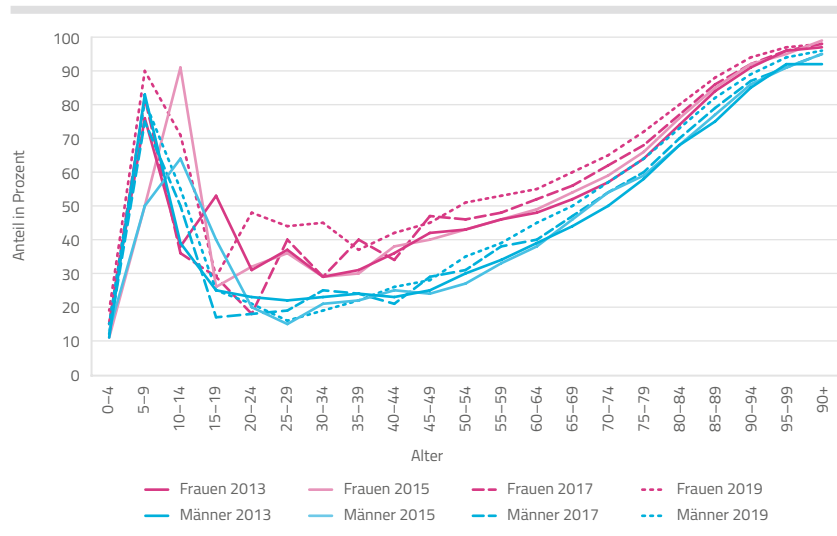


Quelle: BARMER-Daten 2013–2020, hochgerechnet auf die Verstorbenen der Bundesrepublik Deutschland; Statistisches Bundesamt (2021b, 2021c)

Eine Erklärung für diesen Trend ist, dass die Zahl der Älteren unter den Versterbenden immer weiter zunimmt und die Lebenszeitprävalenz von Pflegebedürftigkeit positiv mit dem Alter zum Todeszeitpunkt korreliert ist. Dies zeigt Abbildung 2.8, in der die Lebenszeitprävalenz in Abhängigkeit vom Sterbealter – getrennt für Männer und Frauen – für die Beobachtungsjahre 2013 bis 2019 angegeben ist.

Die immens schwankenden Anteilswerte in den jüngeren Altersgruppen beruhen darauf, dass die Zahl der Verstorbenen in diesen Altersgruppen so gering ist, dass einzelne Verstorbene die resultierenden Prozentzahlen noch deutlich beeinflussen können. Auffällig ist aber dennoch, dass von den Verstorbenen im frühen Kindesalter ein erheblicher Anteil pflegebedürftig gewesen ist. Die meist angeborenen Fehlbildungen oder Störungen führen somit nicht nur oft zu einer Pflegebedürftigkeit, sondern auch zu höherer Sterblichkeit. Die Sterbeziffern sind im jungen Erwachsenenalter weiterhin noch sehr gering, wodurch auch in diesen Altersgruppen einige Schwankungen in der Lebenszeitprävalenz aufkommen. In der Summe liegen die Anteile jemals Pflegebedürftiger im jüngeren Erwachsenenalter bei den Frauen meist unter 40 Prozent und bei den Männern meist unter 30 Prozent. Mit steigendem Sterbealter nimmt aber die Wahrscheinlichkeit, jemals pflegebedürftig gewesen zu sein, kontinuierlich zu. So waren im Jahr 2019 80 Prozent der Frauen und 73 Prozent der Männer, die im Alter von 80 bis 84 Jahren verstorben sind, in ihrem Leben pflegebedürftig. Für Frauen, die im Alter von 90 und älter verstorben sind, lag die Pflegewahrscheinlichkeit bei annähernd bei 94 Prozent und höher und für gleichaltrige Männer bei 89 Prozent und mehr.

Abbildung 2.8: Anteil jemals Pflegebedürftiger im Sinne des SGB XI nach Sterbealter und Geschlecht der Jahre 2013 bis 2019



Quelle: BARMER-Daten 2013–2019

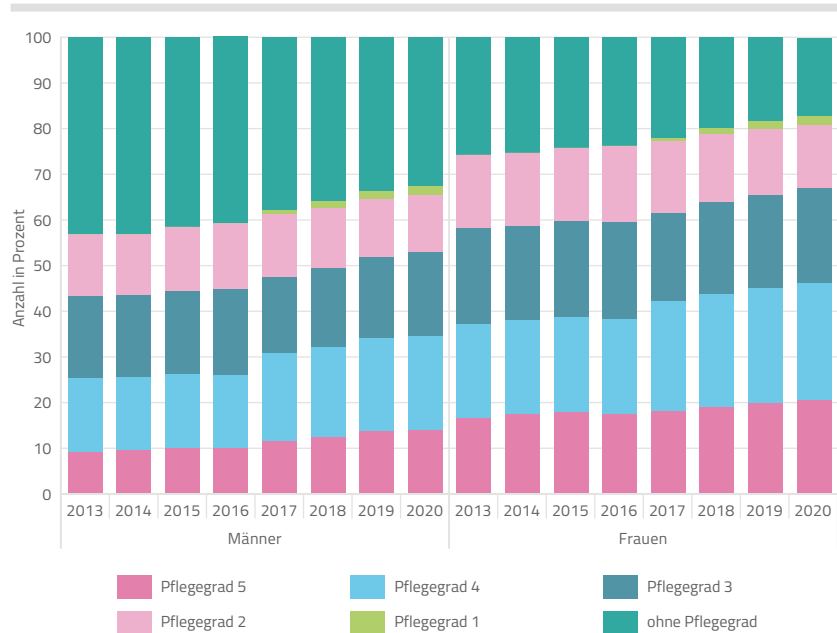
Inwieweit die steigenden Lebenszeitprävalenzen durch eine Steigerung des Todesalters hervorgerufen werden, lässt sich durch eine Altersstandardisierung der Lebenszeitprävalenzen auf die Sterbebevölkerung des Jahres 2013 überprüfen. Dabei wird fingiert, dass die Verteilung des Todesalters im Zeitverlauf konstant bleibt. Wie Abbildung 2.7 zeigt, kommt es aber auch bei einer derartigen Altersstandardisierung zu einem Anstieg der Lebenszeitprävalenzen im Zeitverlauf – wenn auch nicht in gleichem Maße wie bei den beobachteten Prävalenzen. Demnach ist die Lebenszeitprävalenz nur in geringerem Maße durch die demografische Alterung beeinflusst. Bei den Männern lässt sich ein Anstieg um 2,6 Prozentpunkte im Zeitraum der Jahre von 2013 bis 2020 ablesen und bei den Frauen ein Anstieg um 0,9 Prozentpunkte, die durch die Veränderungen im Todesalter bestimmt sind. Der vom Todesalter unabhängige Anstieg beläuft sich hingegen auf 5,8 Prozentpunkte für Frauen beziehungsweise 6,1 Prozentpunkte für Männer.

Pflegegradverteilung

Zur Beurteilung der Relevanz der Lebenszeitprävalenz ist ebenfalls bedeutsam, in welchem Pflegegrad die Pflegebedürftigkeit verbracht wird. Wie die Pflegestatistik zeigt (siehe Kapitel 2.1.1), hatten im Jahr 2019 21,3 Prozent der Pflegebedürftigen einen Pflegegrad 4 oder 5. Bei der Erstbegutachtung liegt der Anteil jedoch deutlich niedriger. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4 oder 5 an allen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung liegt unter sieben Prozent (siehe Kapitel 2.1.3). Diese Unterschiede implizieren, dass sich das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit für einen erheblichen Teil der Pflegebedürftigen im Pflegeverlauf erhöht.

Wird der höchste im Pflegeverlauf erreichte Pflegegrad identifiziert, zeigt sich das in Abbildung 2.9 enthaltene Bild für das Jahr 2020: Bei 12,7 Prozent der verstorbenen Männer und bei 13,6 Prozent der verstorbenen Frauen war Pflegegrad 2 der höchste im Pflegeverlauf erreichte Pflegegrad. 34,7 Prozent der Männer haben im Pflegeverlauf Pflegegrad 4 oder 5 als höchsten Pflegegrad erreicht. Bei den Frauen waren es sogar 46,2 Prozent. Im Zeitverlauf steigt bei beiden Geschlechtern nicht nur die Lebenszeitprävalenz insgesamt, sondern auch der Anteil der Pflegebedürftigen, die in ihrem Pflegeverlauf Pflegegrad 4 oder 5 erreicht haben. Dennoch sind Vorstellungen, nach denen Pflegebedürftigkeit regelmäßig einen progredienten Verlauf nimmt und mit Pflegegrad 4 oder 5 endet, als unzutreffend zu bewerten.

Abbildung 2.9: Anteile verstorbener Männer und Frauen nach höchstem Pflegegrad im Pflegeverlauf in den Sterbejahren 2013 bis 2020

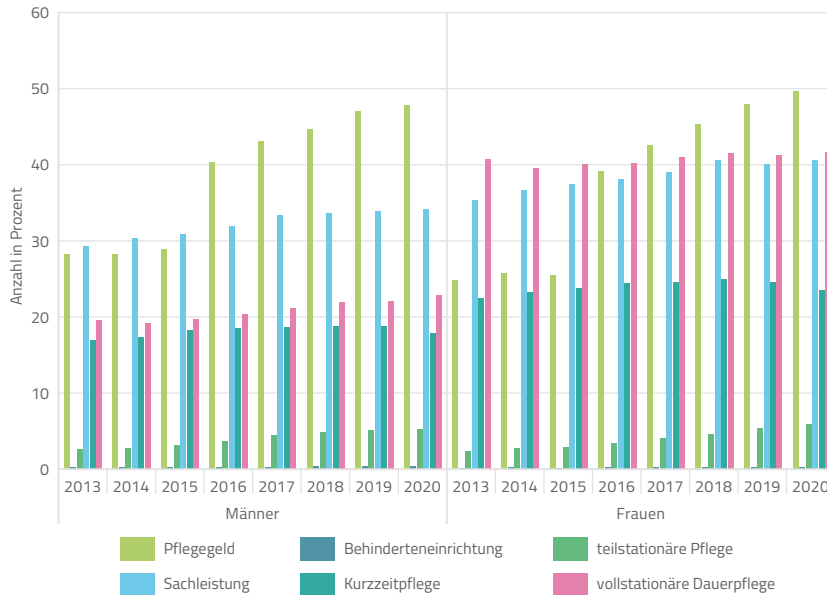


Quelle: BARMER-Daten 2013–2020, hochgerechnet auf die Verstorbenen der Bundesrepublik Deutschland; Statistisches Bundesamt (2021b, 2021c)

Leistungsarten

Pflegebedürftige können verschiedene Pflegeleistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Hierzu zählen in erster Linie das Pflegegeld, die Pflegesachleistung und die vollstationäre Dauerpflege. Zudem werden zur Unterstützung der häuslichen Pflege teilstationäre Pflege, Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege angeboten. Abbildung 2.10 zeigt die Verbreitung dieser Pflegeleistungen vor dem Tod und die Veränderungen über die Zeit. Um für den zeitlichen Vergleich keine Verzerrungen durch unterschiedlich lange Beobachtungsfenster zu produzieren, werden nur die Leistungen berücksichtigt, die jeweils in den letzten beiden Jahren vor dem Tod in Anspruch genommen wurden.

Abbildung 2.10: Anteil der Verstorbenen mit ausgewählten Leistungen der Pflegeversicherung innerhalb der zwei Jahre vor dem Versterben



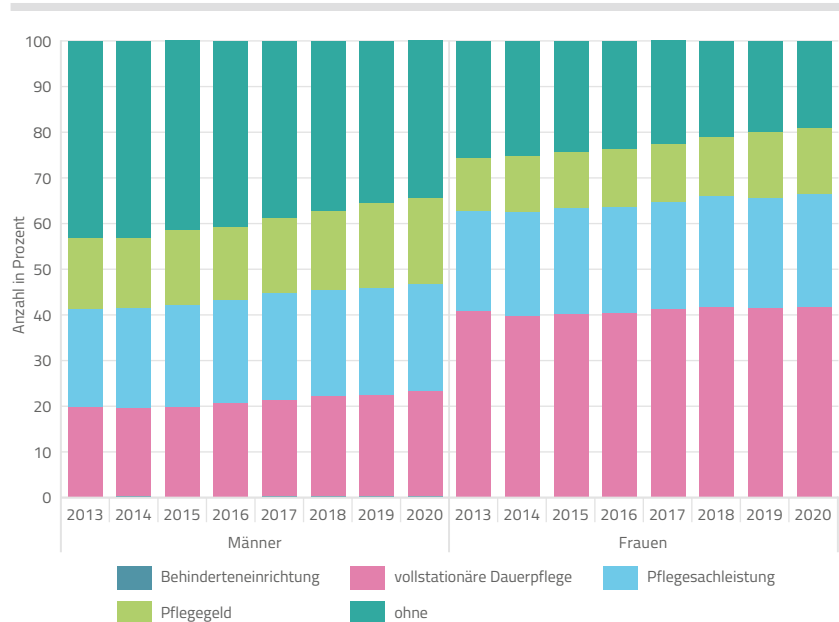
Anmerkung: Mehrfachangaben je Pflegebedürftigen möglich; Unterschätzung der Pflegegeldbezieher in den Jahren 2013 bis 2015, wenn sie gleichzeitig Pflegesachleistungen erhielten
Quelle: BARMER-Daten 2013–2020, hochgerechnet auf die Verstorbenen der Bundesrepublik Deutschland; Statistisches Bundesamt (2021b, 2021c)

Ein erheblicher Teil der Verstorbenen war innerhalb der letzten beiden Lebensjahre in vollstationärer Dauerpflege. Der Anteil an den verstorbenen Männern ist im Beobachtungszeitraum von 19,6 Prozent auf 22,9 Prozent gestiegen, und bei den verstorbenen Frauen schwankt der Anteil zwischen 39,6 Prozent im Jahr 2014 und 41,6 Prozent im Jahr 2020 (Abbildung 2.10 und Abbildung 2.11). In der Summe zeigt sich über die Jahre ein fortgesetzter leichter Anstieg des Anteils der Verstorbenen, die jemals im Pflegeheim versorgt wurden.

Die Versorgung im Pflegeheim umfasst nicht nur die vollstationäre Dauerpflege, sondern auch die Kurzzeitpflege. Wie Abbildung 2.10 zeigt, ist die Lebenszeitprävalenz für Kurzzeitpflege in den Jahren 2013 bis 2016 leicht gestiegen, stagnierte dann aber, und im Jahr

2020 war die Inanspruchnahme sogar rückläufig. Lag sie 2013 noch bei 16,9 Prozent der Männer beziehungsweise 22,5 Prozent der Frauen, zeigen sich für 2018 Werte von 18,8 Prozent bei den Männern beziehungsweise 24,9 Prozent bei den Frauen. Im Sterbejahr 2020 betrug die Anteile hingegen nur 17,9 Prozent beziehungsweise 23,5 Prozent. Die Wahrscheinlichkeit, im Leben Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen, stagniert demnach nicht nur bedingt durch die Corona-Pandemie.

Abbildung 2.11: Anteil der Verstorbenen nach dem maximalen Professionalisierungsgrad der Versorgungsart innerhalb der zwei Jahre vor dem Versterben



Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptpflegeleistungen stationäre Dauerpflege, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld sind hierarchisch kodiert.

Quelle: BARMER-Daten 2013–2020, hochgerechnet auf die Verstorbenen der Bundesrepublik Deutschland; Statistisches Bundesamt (2021b, 2021c)

Mit der steigenden Wahrscheinlichkeit, jemals im Leben pflegebedürftig zu sein, steigt auch die Wahrscheinlichkeit, die einzelnen Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen. In den letzten zwei Jahren vor dem Versterben zeigen sich allerdings unterschiedliche Inanspruchnah-

memuster als in der Gesamtpopulation der Pflegebedürftigen (Abbildung 2.10). Pflegegeld haben die meisten Pflegebedürftigen in ihrem Pflegeverlauf bezogen. Allerdings sinkt die Prävalenz in den letzten beiden Lebensjahren, da hier andere Pflegearrangements an Bedeutung gewinnen. Während das Pflegegeld bei den pflegebedürftigen Männern in ihrer letzten Lebensphase die dominante Leistung ist, ist der Anteil der vollstationären Pflege und der Pflegesachleistungen für Frauen fast ebenso bedeutsam (Abbildung 2.10).

In selteneren Fällen wird die Zeit der Pflegebedürftigkeit durchgängig ohne Pflegedienste oder Pflegeheim verbracht. Nach einer hierarchischen Sortierung nach dem höchsten Professionalisierungsgrad (Dauerpflege vor Behinderteneinrichtung vor Pflegesachleistung vor Pflegegeld) zeigt sich, dass nur 18,8 Prozent der verstorbenen Männer und 14,4 Prozent der verstorbenen Frauen des Jahres 2020 maximal Pflegegeld erhalten haben. Der Anteil der pflegebedürftigen Frauen, die im Heim versorgt wurden (41,6 Prozent), ist größer als der Anteil der pflegebedürftigen Frauen, die nur zu Hause versorgt wurden (14,4 Prozent + 24,7 Prozent = 39,1 Prozent). Bei den verstorbenen Männern ist der Anteil derer, die nur zu Hause versorgt wurden, hingegen größer (Abbildung 2.11).

2.1.3 Begutachtungen

Die jeweils aktuelle Zahl der Pflegebedürftigen ergibt sich aus dem alten Bestand (Bestandsgröße), den Zugängen (inzidente Fälle) und den Abgängen (Reversibilität der Pflegebedürftigkeit beziehungsweise Tod). Die Pflegestatistik, das BMG und die PPV informieren zwar über den Bestand, nicht aber darüber, wie viele Pflegebedürftige neu hinzukommen und wie viele Personen aus dem Kreis der Pflegebedürftigen ausscheiden.

Fast vollständige Zahlen zum Zugang bieten die Begutachtungsstatistiken des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) für die Sozialversicherten. Der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung wird bei der zuständigen Pflegekasse gestellt (§ 18 SGB XI), die dann den entsprechenden Medizinischen Dienst (MD) (vormals Medizinischer Dienst der Krankenversicherung [MDK]) mit einer Begutachtung beauftragt, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der Paragraphen 14 und 15 des SGB XI vorliegt. Wenn der Antragsteller noch keine Pflegeversicherungsleistungen nach dem SGB XI bezieht, handelt es sich um eine Erstbegutachtung. Der MD spricht eine Empfehlung aus und die Pflegekasse folgt dabei in aller Regel der Begutachtung und den Emp-

fehlungen des MD. Es kann also von einer weitgehenden Übereinstimmung der MD-Empfehlungen und der Bescheide der zuständigen Pflegekasse ausgegangen werden. Die positiven Erstbegutachtungen können so als inzidente Fälle interpretiert werden. Ein gleiches Verfahren wird bei Versicherten der PPV angewendet. Hierbei wird die Rolle des MD von der MEDICPROOF GmbH übernommen.

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

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

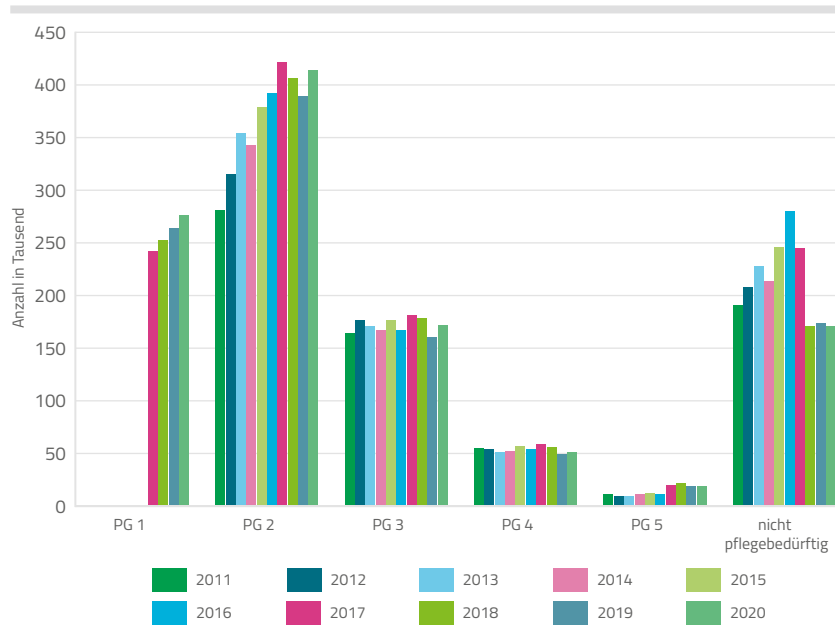
Insgesamt hat sich die Zahl der Begutachtungen des MD von anfänglich 1,7 Millionen Gutachten im Jahr 1995 nach Ausklingen des Einführungseffekts bis 1999 auf weniger als 1,3 Millionen verringert und blieb bis zum Jahr 2007 relativ konstant mit geringen demografisch bedingten Steigerungsraten (Tabelle 2.7).

drastischer Anstieg der Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen nach 2017

Im Zuge der Pflegereformgesetze wurden die Leistungssummen ausgeweitet und die Zugangsbarrieren zur Leistungsberechtigung gesenkt (Rothgang & Müller, 2019, S. 26 ff.). Dementsprechend sind insbesondere in den Jahren 2008 durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG), 2012 und 2013 durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG), 2015 durch das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) und 2017 durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) die Begutachtungszahlen jeweils besonders gestiegen. Mit der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade nahm die Zahl der Begutachtungen sogar um mehr als zwölf Prozent zu. Nach der Einführungsphase in den 1990er Jahren, in welcher der Großteil der Begutachtungen naturgemäß Erstbegutachtungen waren, pendelten sich die einzelnen Begutachtungsarten auf relativ konstante Anteilswerte ein. So lag der Anteil der Erstbegutachtungen an allen Begutachtungen von 1999 bis 2016 immer zwischen 52

und 55 Prozent und der Anteil der Höherstufungs-, Rückstufungs-, und Wiederholungsbe-
gutachtungen bei 38 bis 42 Prozent. Aufgrund der Überleitungsvorschriften konnten 2017
teilweise keine Höherstufungsanträge gestellt werden. Dies und die Steigerung der Erst-
gutachten um mehr als eine Viertelmillion haben dazu geführt, dass in diesem Jahr der
Anteil der Erstgutachten bei 62 lag. Zum Jahr 2018 sind die Anteile wieder auf das Niveau
von vor 2017 zurückgegangen und die Anzahl und der Anteil der Höherstufungs-, Rückstu-
fungs- und Wiederholungsbegutachtungen hat nachfolgend stärker zugenommen.

Abbildung 2.12: Ergebnisse von Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch die MD



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PG 1							241.738	252.455	264.315	276.330
PG 2	281.216	315.023	354.615	343.099	378.540	391.791	421.959	406.375	389.286	413.887
PG 3	164.493	176.181	170.484	166.639	176.565	167.204	181.101	177.994	159.753	171.225
PG 4	54.451	53.851	50.484	52.162	56.524	53.436	58.815	55.848	48.853	50.664
PG 5	11.164	8.689	9.271	10.934	11.885	11.114	19.218	21.114	18.628	18.596
nicht pflegebedürftig	190.774	207.969	228.013	213.354	246.071	280.250	244.817	170.575	173.803	170.778
Summe Erstgutachten	702.098	761.713	812.867	786.188	869.585	903.795	1.167.648	1.084.361	1.054.638	1.101.480

Anmerkung: Pflegegrade für die Jahre bis 2016 aus Pflegestufe und PEA-Status übergeleitet
Quelle: MDS (2021); Rothgang et al. (2020, S. 75); eigene Berechnungen

Tabelle 2.7: Anzahl der Begutachtungen der MD und der Knappschaft nach Gutachtenart in Tausend

Jahr	gesamt	Erstgutachten	Höherstufungs-/Rückstufungs-/ Wiederholungsbegutachtungen	Widerspruchsgutachten
1995	1.706	*	*	*
1996	1.661	1.390	181	90
1997	1.370	905	372	93
1998	1.339	751	496	94
1999	1.248	690	482	76
2000	1.272	679	512	80
2001	1.268	671	519	78
2002	1.281	666	544	71
2003	1.301	671	552	78
2004	1.262	651	530	80
2005	1.307	674	543	89
2006	1.306	686	531	88
2007	1.326	698	538	91
2008	1.527	*	*	*
2009	1.518	829	584	106
2010	1.456	792	567	97
2011	1.466	769	598	99
2012	1.589	833	643	113
2013	1.646	876	661	110
2014	1.629	847	675	107
2015	1.723	933	685	105
2016	1.780	966	691	123
2017	2.004	1.239	636	129
2018	2.116	1.146	837	134
2019	2.231	1.111	981	139
2020	2.454	1.159	1.113	182

* Werte nicht verfügbar

Quelle: MDS (2021); Rothgang et al. (2020, S. 73)

Im Zeitverlauf geändert haben sich auch die in der Begutachtung festgestellten Schweregrade der Pflegebedürftigkeit. Diese haben sich in Richtung niedrigere Pflegestufen verschoben. Wurden 1998 noch 6,6 Prozent der Begutachteten in Pflegestufe III und 22,1 Prozent in Pflegestufe II eingruppiert, lagen die Anteile im Jahr 2011 nur noch bei 3,8 Prozent und 15,5 Prozent (Rothgang et al., 2017, S. 81). Werden die Pflegestufenverteilungen entsprechend der Überleitungsvorschrift in eine Pflegegradverteilung umgerechnet, zeigt sich von 2011 bis 2020 eine relative Konstanz der absoluten Fallzahlen bei den Pflegegraden 3 bis 5. Die Zahl der Begutachtungen mit resultierenden Pflegegraden 1 und 2 nimmt hingegen tendenziell zu (Abbildung 2.12). Die Anzahl mit Pflegegrad 1 steigt dabei noch stetig von 241.738 Fälle im Jahr 2017 auf 276.330 Fälle im Jahr 2020.

Trotz einer zuletzt deutlich erhöhten Zahl an Antragstellern ist der Anteil der negativen Bescheide seit der Umstellung auf Pflegegrade deutlich geringer. Von 1995 an bis zum Jahr 2016 schwankte der Anteil der abgelehnten Anträge zwischen 26,5 Prozent und 35,4 Prozent (Rothgang et al., 2017, S. 81). Der Anteil der nicht als pflegebedürftig eingestuft Personen war in den Jahren 2018 bis 2020 mit Werten zwischen 15,5 und 16,5 Prozent so niedrig wie nie zuvor.

Wegen der Corona-Pandemie gab es für die Zeiträume von März bis September 2020 und von November 2020 bis März 2021 Einschränkungen im Begutachtungsverfahren (GKV-SV & MDS, 2020a, 2020b, 2021; MDS, 2020). Um das Infektionsrisiko zu verringern, sollten Kontakte weitmöglich verringert werden und Begutachtungen auf Basis von vorliegenden Informationen und strukturierten Telefoninterviews vorgenommen werden. Hier stellt sich daher die Frage, ob dies Auswirkungen auf die Fallzahlen oder die Ergebnisse der Begutachtungen hat. Die Zahl der Erstbegutachtungen und die positiven Bescheide sind zwar im Vergleich zum Jahr 2019 leicht erhöht, aber im Vergleich zu den Ergebnissen und der Entwicklung der Jahre 2017 bis 2020 sind die Ergebnisse aus dem Jahr 2020 nicht besonders auffällig. Auch die Verteilung der Pflegegrade entspricht etwa denen der Vorjahre (Abbildung 2.12). Die Zahl der Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen ist im Jahr 2020 gestiegen. Aber auch diese Entwicklung liegt gemessen an den gestiegenen Zahlen der Erstbegutachtungen der zurückliegenden Jahre im Trend. Einzig die Widerspruchsgutachten machen im Jahr 2020 einen merklichen Sprung von 139.000 auf 182.000. Diese Entwicklung ist aber zum Teil auch der gestiege-

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

kaum Unterschiede in der Pflegegradverteilung durch geändertes Begutachtungsverfahren in Corona-Zeiten

nen Fallzahl der Begutachtungen insgesamt geschuldet. Die auf die Corona-Pandemie angepassten Begutachtungsverfahren haben demnach in der Summe nicht zu deutlich veränderten Ergebnissen geführt.

Tabelle 2.8: Begutachtungen durch MEDICPROOF in den Jahren 2015 bis 2020

	2015	2016		2017	2018	2019	2020
Auftragseingänge zu Begutachtungen	154.771	179.860		189.093	206.756	224.161	219.661
Anzahl der Gutachten	169.636	160.775		172.431	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben
davon Anteile in Prozent							
Erstgutachten (inkl. wiederholter Erstgutachten)	46	47		51	46	42	43
Veränderungsgutachten	24	26		26	31	33	36
Wiederholungsgutachten	12	8		4	5	6	2
Pflegehilfsmittelgutachten	5	6		7	6	7	7
Zweitgutachten	4	4		4	4	4	4
Sonstiges (u. a. Einstufung nach Aktenlage)	9	9		8	8	8	8
Pflegestufe und Pflegegrad aller Einstufungsgutachten in Prozent							
ohne Anspruch	1	1	ohne Anspruch	6	6	6	5
Pflegestufe 0	16	17	PG 1	12	12	13	12
			PG 2	29	29	29	28
Pflegestufe I	40	40	PG 3	29	28	28	28
Pflegestufe II	32	31	PG 4	17	18	18	19
Pflegestufe III	12	11	PG 5	7	7	7	8
Pflegestufe und Pflegegrad aller Erstgutachten in Prozent							
ohne Anspruch	1	1	ohne Anspruch	9	9	9	8
Pflegestufe 0	26	27	PG 1	17	18	20	20
			PG 2	37	37	37	37
Pflegestufe I	48	48	PG 3	26	24	23	24
Pflegestufe II	20	19	PG 4	9	9	8	9
Pflegestufe III	4	4	PG 5	3	3	3	3
Anzahl Gutachter	1.168	1.112		1.082	1.113	keine Angaben	keine Angaben

Quelle: MEDICPROOF (2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021)

Die Begutachtungsstatistik der MEDICPROOF GmbH ist etwas anders strukturiert (Tabelle 2.8). Neben den Erstgutachten und Veränderungsgutachten werden beispielsweise auch Pflegehilfsmittelgutachten ausgewiesen. Dementsprechend liegt der Anteil der Erstgutachten für das Jahr 2020 nicht wie in der MDS-Statistik bei rund 47 Prozent, sondern nur bei 43 Prozent. Dennoch ist auch in der Begutachtungsstatistik der MEDICPROOF GmbH der Anteil der Erstbegutachtungen am größten. Zwar ist die Anzahl der Gutachten für die letzten Jahre nicht ausgewiesen, aber die Zahl der Auftragseingänge ist im Vergleich der Jahre 2019 und 2015 um 44,8 Prozent gestiegen, was als Indiz für den Effekt der Pflegereform gelten kann. Im Jahr 2020 ist die Zahl allerdings um 2,1 Prozent zurückgegangen, was mit der Corona-Pandemie im Zusammenhang stehen kann. Es zeigen sich allerdings auch in den Ergebnissen der Begutachtungen der MEDICPROOF keine signifikanten Unterschiede der Pflegegradverteilung im Vergleich zu den Vorjahren.

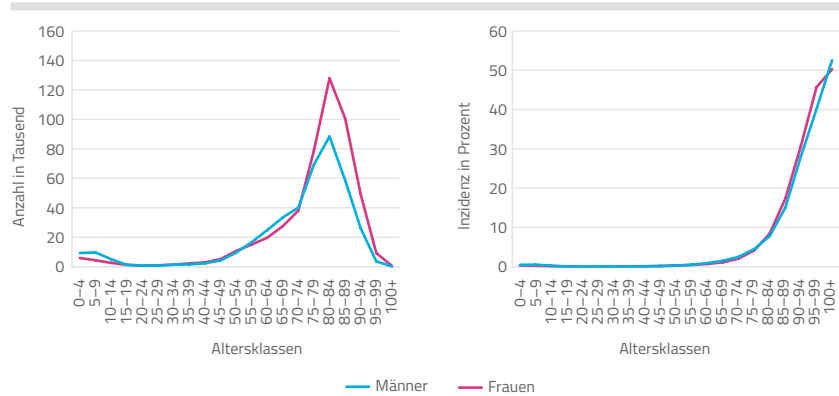
2.1.4 Pflegeeintritt und Inzidenz

Wie sich die pflegerische Versorgung inzidenter Pflegebedürftiger gestaltet, lässt sich mit den Routinedaten der BARMER darstellen. Abbildung 2.13 zeigt zunächst nach Altersgruppen und Geschlecht differenziert, wie viele Personen 2020 pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung geworden sind. Die höchsten Werte zeigen sich dabei in der Gruppe der 80- bis 84-Jährigen. Allein in dieser Altersgruppe sind über 200.000 Menschen im Jahr 2020 pflegebedürftig geworden. Für höhere Altersjahre ergeben sich niedrigere Werte, weil diese Altersgruppen schwächer besetzt sind.

die meisten Pflege-
eintritte absolut in
der Altersgruppe
80–84 Jahre, die größte
Inzidenz bei den Ältesten

Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, das als Anteil der neu Pflegebedürftigen an einer Altersgruppe (Inzidenz) gefasst werden kann, steigt dagegen auch im hohen Alter weiter an. In der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen wird jede sechste nicht pflegebedürftige Person pflegebedürftig. Damit liegt die Wahrscheinlichkeit schon doppelt so hoch wie in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen. Die geringste Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, besteht im jungen Erwachsenenalter. Im frühen Kindesalter (0 bis 4 Jahre) ist die Wahrscheinlichkeit ähnlich hoch wie in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen (Abbildung 2.13).

Abbildung 2.13: Pflegeeintritte und Inzidenz nach Alter und Geschlecht im Jahr 2020

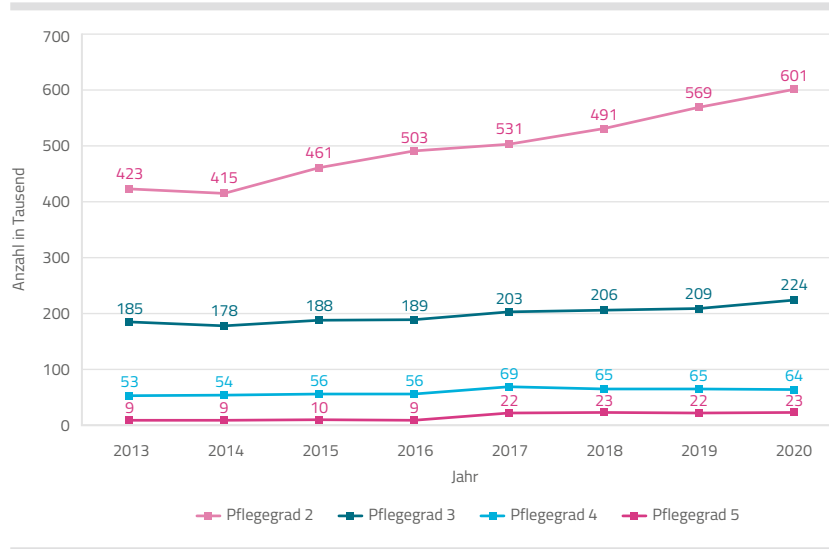


Altersgruppe in Jahren	Anzahl in Tausend	
	Männer	Frauen
0-4	9,3	5,9
5-9	9,6	4,4
10-14	5,1	2,6
15-19	1,3	1,3
20-24	0,9	0,7
25-29	0,8	1,0
30-34	1,4	1,4
35-39	1,6	2,3
40-44	2,3	2,9
45-49	4,2	5,1
50-54	9,5	10,6
55-59	16,5	15,0
60-64	24,8	19,6
65-69	33,3	27,5
70-74	40,1	38,0
75-79	69,3	78,7
80-84	88,4	127,8
85-89	58,8	100,7
90-94	26,1	49,1
95-99	3,6	9,3
100+	0,2	0,6

Altersgruppe in Jahren	Inzidenz in Prozent	
	Männer	Frauen
0-4	0,46	0,31
5-9	0,52	0,25
10-14	0,28	0,15
15-19	0,06	0,07
20-24	0,04	0,03
25-29	0,03	0,04
30-34	0,05	0,05
35-39	0,06	0,09
40-44	0,09	0,12
45-49	0,16	0,20
50-54	0,28	0,32
55-59	0,50	0,45
60-64	0,92	0,70
65-69	1,51	1,12
70-74	2,50	2,06
75-79	4,47	4,13
80-84	7,80	8,41
85-89	15,01	17,29
90-94	28,05	30,71
95-99	40,10	45,66
100+	52,55	50,26

Quelle: BARMER-Daten 2020, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland 2020

Abbildung 2.14: Pflegeeintritte nach Pflegegrad in den Jahren 2013 bis 2020



Anmerkung: Pflegegrade für die Jahre bis 2016 aus Pflegestufe und PEA-Status übergeleitet
Quelle: BARMER-Daten 2013–2020, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

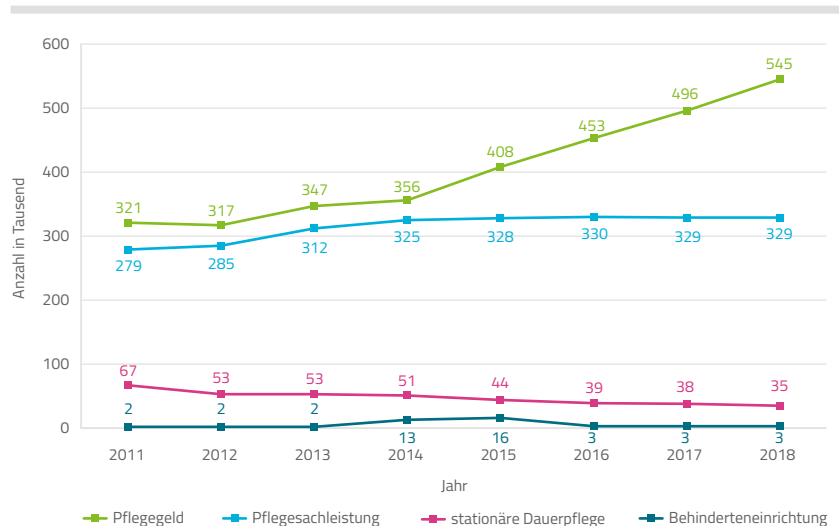
Veränderungen in den Pflegeinzidenzen können einerseits Ausdruck einer gestiegenen (pflegebegründenden) Morbidität sein, in deren Folge verstärkt Pflegeleistungen benötigt werden, andererseits kann sich das Ausmaß des Bezugs von Pflegeleistungen aber auch erhöhen, wenn Ansprüche auf Pflegeleistungen – wie beispielsweise durch das PfwG, das PNG, das PSG I und das PSG II – ausgeweitet werden. PfwG und PNG haben dabei insbesondere zu einem Anstieg der Inzidenz in den niedrigen Pflegestufen geführt (Rothgang et al., 2016, S. 154 ff.; Schneekloth et al., 2017, S. 73 ff.) und das PSG II zu einem Anstieg mit niedrigen Pflegegraden.

In den Begutachtungsstatistiken (Kapitel 2.3.1) zeigen sich im Vergleich der Jahre 2017 bis 2020 tendenziell schon abnehmende Fallzahlen bei den Erstbegutachtungen, die mit einem Pflegegrad 2 oder höher abgeschlossen werden. In den BARMER-Daten zeigen sich dagegen weiterhin Steigerungen. Was auf den ersten Blick wie ein Widerspruch aussieht, ist keiner. Denn viele Personen, die vom MD zunächst mit Pflegegrad 1 eingruppiert werden, werden später höhergruppiert und erscheinen damit in den Auswertungen der

BARMER-Daten zeitversetzt als inzidente Fälle mit einem Pflegegrad 2 oder höher. Diese Höherstufungen werden vom MD nicht mehr als Erstbegutachtungen gewertet. Es steigt also die Zahl der Personen an, die jeweils neu mindestens einen Anspruch auf Pflegegeld haben. Insgesamt ist die Zahl der so definierten Pflegeeintritte 2020 auf über 900.000 gestiegen (Abbildung 2.14).

Die Versorgungsart, die beim Pflegeeintritt vorliegt, kann sich je nach Eintrittsumstand unterscheiden und auch unterschiedlich von der Dauer sein. Wenn Pflegebedürftigkeit aus Akutereignissen (beispielsweise Schlaganfall, Krebsdiagnose oder Sturz) resultiert, können zunächst auch Zwischenlösungen (zum Beispiel Pflegedienst) gewählt werden, die nicht der längerfristig gewünschten Versorgungsart entsprechen. Dennoch werden in Abbildung 2.15 die Versorgungsarten im ersten Monat der Pflegebedürftigkeit betrachtet, weil die Erfassung einer möglicherweise stabileren Versorgungsart zu einem späteren Zeitpunkt durch eine höhere Zahl an bis dahin verstorbenen Personen verzerrt würde.

Abbildung 2.15: Pflegeeintritte nach Versorgungsart in den Jahren 2013 bis 2020



Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptpflegeleistungen stationäre Dauerpflege, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld sind hierarchisch kodiert. Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres.

Quelle: BARMER-Daten 2013–2020, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Die Zahl der Pflegebedürftigen, die schon bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit in stationärer Dauerpflege versorgt werden, ist von mehr als 67.000 im Jahr 2013 auf etwa 35.000 im Jahr 2020 zurückgegangen (Abbildung 2.15). Wird eine Pflegebedürftigkeit festgestellt, ist die erste Versorgungsart in den seltensten Fällen eine Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen. Diese kommt in der Regel für jüngere Erwachsene im späteren Verlauf der Pflegebedürftigkeit zum Tragen. Mit der Umstellung auf Pflegegrade wurden aber anscheinend viele Personen, die in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen versorgt wurden, als pflegebedürftig eingestuft. Unterschiedliche Entwicklungen zeigen sich bei der Inanspruchnahme von Pflegegeld und Sachleistungen. Lagen die Zahlen der Erstnutzer bei diesen Leistungen in den Jahren 2013 bis 2016 nur um rund 30.000 auseinander, unterscheiden sie sich inzwischen um mehr als 200.000. Hauptgrund hierfür sind die Leistungsverbesserungen infolge des PSG II insbesondere beim Pflegegeld, die zu einer entsprechenden Steigerung der Inanspruchnahme auch bei Erstnutzern geführt hat. In der Summe stagniert die Zahl der inzidenten Fälle, die mit professioneller Pflege starten, während die inzidenten Fälle mit Pflegegeldbezug mehr werden.

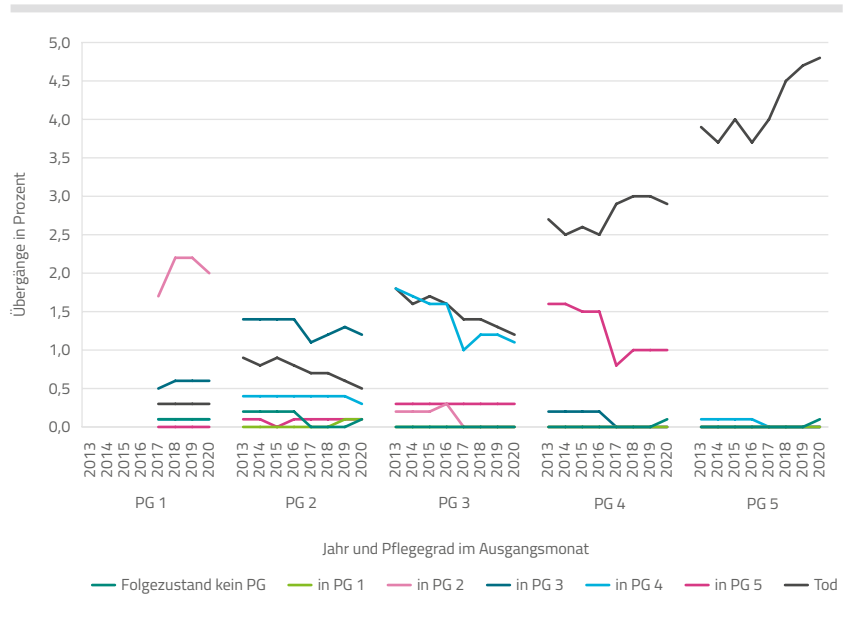
steigende Zahlen
nur beim Pflegegeld

2.1.5 Übergänge und Beendigung

Von Bedeutung ist nicht nur, ob Versicherte jemals pflegebedürftig werden, sondern auch, wie schnell die Pflegebedürftigkeit wieder beendet wird beziehungsweise wie lange die Pflegebedürftigkeit dauert. Je länger die Pflegebedürftigkeit andauert, desto relevanter wird sie für alle Beteiligten. Von Bedeutung ist die Dauer der Pflegebedürftigkeit naturgemäß für die Pflegeversicherung, da sie für einen Großteil der Pflegeleistungen aufkommen muss. Aber auch für die Pflegebedürftigen selbst und für die pflegenden Angehörigen ist die Dauer von Bedeutung, da sie sich auch auf die Zeit in Pflegebedürftigkeit einstellen müssen – einerseits in Form von informell zu erbringender Pflege und andererseits in Form der Organisation und (Mit-)Finanzierung von formeller Pflege und Unterstützung. Hinsichtlich der finanziellen Absicherung des Pflegerisikos stellt sich dabei insbesondere auch die Frage nach der Wahrscheinlichkeit des Umzugs in ein Pflegeheim und der zu erwartenden Pflegedauer im Pflegeheim. Zur Beurteilung werden in diesem Kapitel die Übergänge zwischen Pflegegraden und Versorgungsarten betrachtet und im nachfolgenden Kapitel 2.1.6 die Pflegedauern.

Im Verlauf der Pflegebedürftigkeit kann es durch Höherstufungs-, Rückstufungs- beziehungsweise Wiederholungsbegutachtungen zu Veränderungen im Pflegegrad kommen. Beispielsweise waren im Jahr 2020 von insgesamt rund 2,454 Millionen Begutachtungen rund 1,113 Millionen und damit rund 45 Prozent Höherstufungs-, Rückstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen (Tabelle 2.7 in Kapitel 2.1.3). Die Höher- und Rückstufungen können so die Pflegegradverteilung verändern. Ebenso können sich die Pflegearrangements im Zeitverlauf verändern. Wie häufig diese Schritte gegangen werden und wie häufig im Vergleich dazu die Beendigung der Pflege – in der Regel durch den Tod – ist, zeigen Abbildung 2.16 und Abbildung 2.17.

Abbildung 2.16: Monatliche Übergänge in die verschiedenen Pflegegrade in den Jahren 2013 bis 2020 in Prozent



Anmerkung: In dieser Abbildung ist ausnahmsweise Pflegegrad 1 mit integriert.
Quelle: BARMER-Daten 2013–2020, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Je höher der Pflegegrad ist, desto höher ist die akute Sterberate. So verstarben in den Jahren 2018 bis 2020 im Pflegegrad 5 monatlich mehr als 4,5 Prozent der Pflegebedürftigen mit steigender Tendenz, in Pflegegrad 2 dagegen seit 2013 mit sinkender Tendenz weniger als ein Prozent. Ein Austritt aus der Pflege ohne Tod ist in merklichem Ausmaß (0,2 bis 0,3 Prozent) nur bei Pflegegrad 2 in den Jahren 2013 bis 2016 und bei Pflegegrad 1 (0,1 Prozent) zu beobachten. Bei höheren Pflegegraden ist Pflegebedürftigkeit in der Regel irreversibel (Abbildung 2.16).

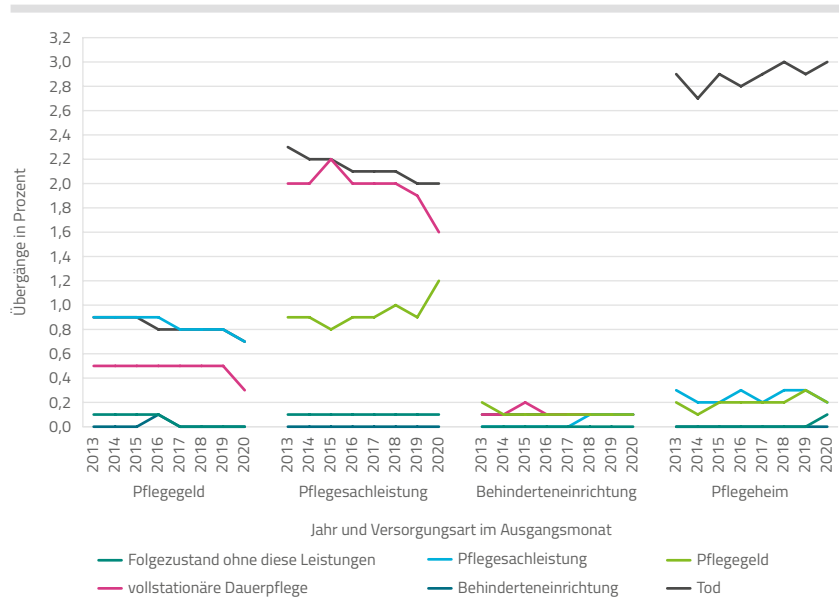
Ein Wechsel der Pflegegrade findet überwiegend in Form einer Höherstufung statt und seltener als Herabstufung. So wechseln beispielsweise ein bis zwei Prozent der Pflegebedürftigen im Pflegegrad 3 in Pflegegrad 4, aber nur 0,0 bis 0,3 Prozent in Pflegegrad 2. Selbst die Übergangswahrscheinlichkeiten in Pflegegrad 5 sind tendenziell höher als dieser Wert (Abbildung 2.16). Dass sich der Pflegegrad eher nach oben als nach unten entwickelt, zeigt sich auch für Pflegegrad 2 und 4.

Höherstufungen
sind häufiger als
Herabstufungen.

Aus dem ambulanten Setting heraus kommt es häufiger zu Veränderungen der Versorgungsart; im stationären Setting bleibt die Versorgungsart eher beständig. 0,7 bis 0,9 Prozent der reinen Pflegegeldbezieher nehmen mit rückläufiger Tendenz im Folgemonat einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch. Bei 0,5 Prozent liegt in der Regel die Quote derer, die ins Pflegeheim gehen. Im Corona-Jahr 2020 brach die Quote allerdings auf 0,3 Prozent ein. Sach- und Kombileistungsbezieher wechseln mehr ins Pflegeheim (1,9 bis 2,2 Prozent; 2020: 1,6 Prozent) als in den ausschließlichen Pflegegeldbezug (0,8 bis 1,2 Prozent) (Abbildung 2.17).

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

Abbildung 2.17: Monatliche Übergänge in die verschiedenen Versorgungsarten in den Jahren 2013 bis 2020 in Prozent



Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptpflegeleistungen vollstationäre Dauerpflege, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld sind hierarchisch kodiert. Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres. Quelle: BARMER-Daten 2013–2020, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Nur 0,4 bis 0,7 Prozent der Pflegebedürftigen in der vollstationären Dauerpflege wechselten im Durchschnittsmonat in den Jahren 2013 bis 2020 in die häusliche Pflege. Die leicht steigende Tendenz bis 2019 ist dabei im Jahr 2020 unterbrochen worden. Die monatliche Sterberate liegt im Pflegeheim über die Jahre mit 2,7 bis 3,0 Prozent weitaus höher als bei den anderen Versorgungsarten. Aus den Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen sind Wechselneigung und Sterberate wesentlich geringer, weil hier vielfach jüngere Menschen mit angeborenen Behinderungen langfristig versorgt werden.

Die Zahl der Pflegebedürftigen – auch der zukünftigen Pflegebedürftigen (Schwerpunkt in Kapitel 3) – nach Pflegegraden oder Versorgungsarten ist abhängig von den Inzidenzen, den Übergängen und den Beendigungen. Pflegebedürftigkeit weist in der Summe meistens einen progredienten Verlauf auf, was sich in einem im Zeitverlauf steigenden Pflegegrad und in Wechsels in formelle Pflege niederschlägt. Zur Erklärung von Prävalenzen, aber auch für die Schätzung von durchschnittlichen Verweildauern (Kapitel 2.1.6) ist eine noch detailliertere Betrachtung von Übergängen und Beendigungen von Nutzen. Die Wahrscheinlichkeit, im nächsten Monat zu versterben oder anderweitig die Pflegebedürftigkeit zu beenden, ist nämlich nicht nur mit dem Pflegegrad und der damit korrelierenden Versorgungsart verbunden, sondern auch mit dem Alter, dem Geschlecht und der bisherigen Pflegedauer.

Abbildung 2.18 zeigt zunächst zusammengefasst auf Grundlage der BARMER-Daten die Beendigungswahrscheinlichkeiten je Monat nach der bisherigen Pflegedauer für die Jahre 2013 bis 2020. Die ermittelten Beendigungswahrscheinlichkeiten sind im ersten Monat methodisch bedingt niedriger als im zweiten Monat. Das liegt unter anderem daran, dass der Pflegebeginn auch mitten im Monat sein kann und somit ein Todesereignis oder anderes Beendigungsereignis im ersten Teil des Monats nicht auftreten kann. In den ersten Monaten ist aber eine erhöhte Beendigungswahrscheinlichkeit gegeben, die vielfach über die zugrunde liegende Erkrankung wie beispielsweise Krebs oder Schlaganfall zu erklären ist. Diese führen einerseits im Vergleich zu chronisch-degenerativen Erkrankungen häufiger zu einem schnelleren Versterben. Andererseits ist aber auch eine Gesundung und damit ebenfalls eine Beendigung der Pflegebedürftigkeit wahrscheinlicher (Rothgang et al., 2017, S. 103 f.).

Über alle kürzeren bisherigen Pflegedauern zeigen sich über die Jahre abnehmende Wahrscheinlichkeiten der kurzfristigen Beendigung der Pflegebedürftigkeit. Bei den längsten bisherigen Pflegedauern (acht bis zehn Jahre und über zehn Jahre) zeigen sich hingegen sogar Steigerungen in der Wahrscheinlichkeit, die Pflegebedürftigkeit im nächsten Monat zu beenden (Abbildung 2.18).

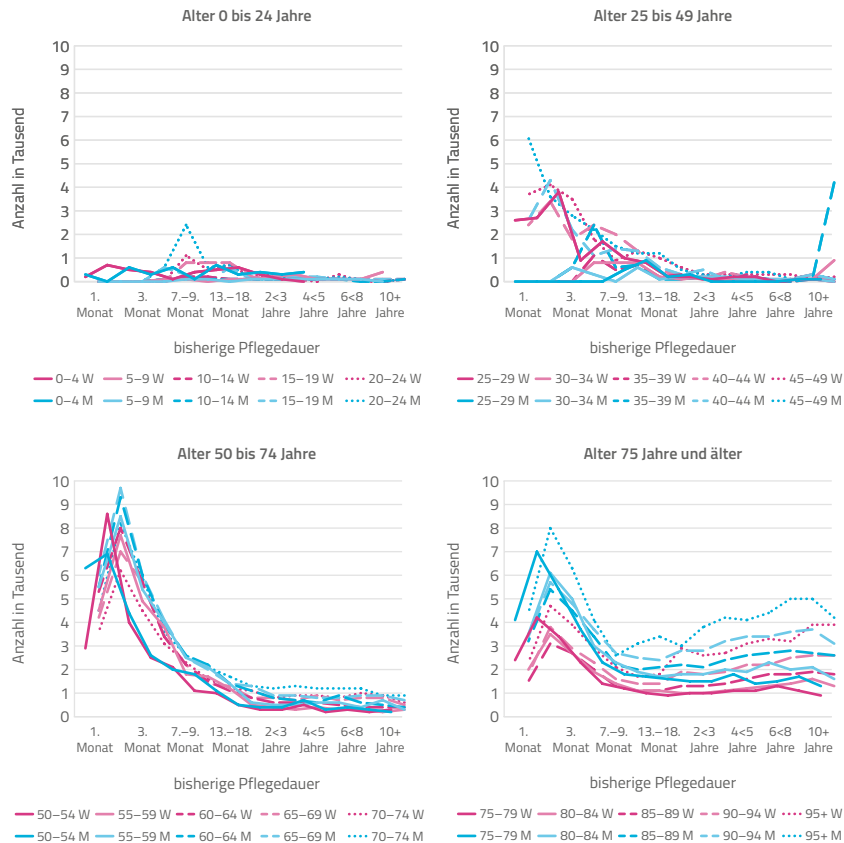
Abbildung 2.18: Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigen, im nächsten Monat verstorben oder aus dem Leistungsbezug ausgetreten zu sein, nach Jahren und bisheriger Pflegedauer



Quelle: BARMER-Daten 2013–2020, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Abbildung 2.19 zeigt die Beendigungswahrscheinlichkeit je Monat nach Pflegedauer für das Jahr 2019 differenziert nach Alter und Geschlecht. Bei Pflegebedürftigen in den jüngsten Altersgruppen sind die monatlichen Beendigungswahrscheinlichkeiten sehr gering. Nur in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen wurde bei einer Pflegedauer von sieben bis neun Monaten die monatliche Beendigungsquote von einem Prozent überschritten. Die größeren Schwankungen sind dabei auf die sehr geringe Fallzahl zurückzuführen. Falls die Pflegebedürftigkeit länger als zwei Jahre andauert, bleibt die Beendigungswahrscheinlichkeit pro Monat unter 0,5 Prozent (Abbildung 2.19). Deutlich höher sind die Beendigungswahrscheinlichkeiten in den ersten Monaten der 25- bis 49-jährigen Pflegebedürftigen. Dauert die Pflegebedürftigkeit länger als zwei Jahre an, liegen die Beendigungswahrscheinlichkeiten in aller Regel ebenfalls unter 0,5 Prozent pro Monat.

Abbildung 2.19: Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigen, im nächsten Monat verstorben oder aus dem Leistungsbezug ausgetreten zu sein, nach Alter, Geschlecht und bisheriger Pflegedauer im Jahr 2019



Quelle: BARMER-Daten 2019, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Deutlicher und stabiler sichtbar – auch aufgrund einer höheren Fallzahl – werden die höheren Beendigungswahrscheinlichkeiten in den ersten Monaten der Pflegebedürftigkeit bei den 50- bis 74-Jährigen. In diesen Altersgruppen zeichnet sich schon viel deutlicher die insgesamt höhere Beendigungswahrscheinlichkeit für pflegebedürftige Männer gegenüber pflegebedürftigen Frauen ab. Zudem ist die Beendigungswahrscheinlichkeit mit sechs bis zehn Prozent im zweiten Monat ausgesprochen hoch. Und auch im dritten

Quartal der Pflegebedürftigkeit liegt sie noch bei 2 bis 2,5 Prozent pro Monat. Auch nach über zweijähriger Pflegebedürftigkeit lag die monatliche Beendigungsrate bei den 70- bis 75-jährigen pflegebedürftigen Männern etwas über einem Prozent und bei den pflegebedürftigen Frauen im gleichen Alter etwas unter einem Prozent. Mit weiter steigendem Alter werden die Beendigungswahrscheinlichkeiten in den ersten Monaten der Pflegebedürftigkeit zwar geringer, dafür steigen sie mit längerem Pflegeverlauf aber nach zwei Jahren sogar an. In den höchsten Altersgruppen ab 75 Jahre liegen die Beendigungswahrscheinlichkeiten der Männer teilweise fast doppelt so hoch wie die Beendigungswahrscheinlichkeiten der Frauen im jeweils gleichen Alter und bei gleicher bisheriger Dauer der Pflegebedürftigkeit. Zudem zeigt sich für die längeren bisherigen Pflegedauern eine stetige Altersabhängigkeit der monatlichen Beendigungswahrscheinlichkeiten. Mit steigendem Alter wird bei gleicher bisheriger Pflegedauer das monatliche Beendigungsrisiko größer.

2.1.6 Pflegedauer

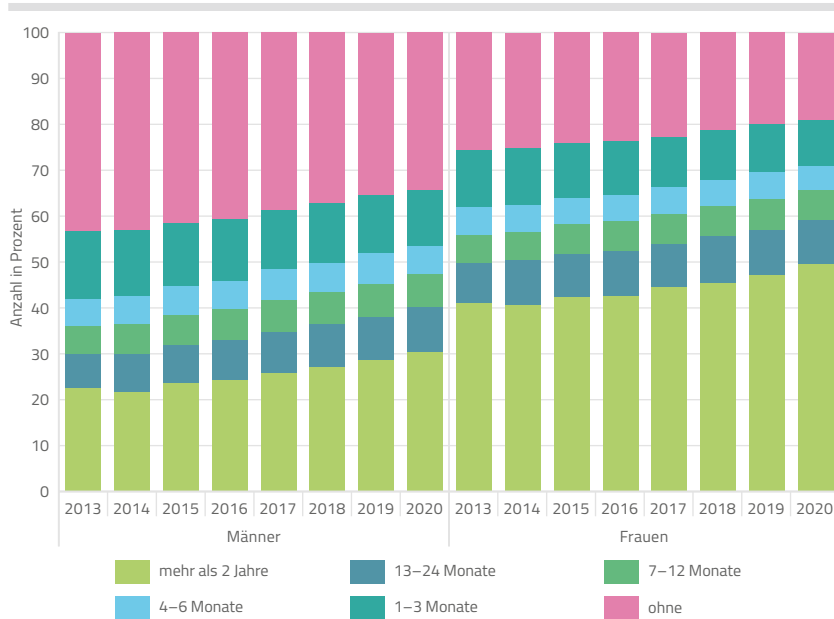
Die Pflegedauer kann prospektiv als Survivalfunktion (Überlebensfunktion) ab Pflegeeintritt oder retrospektiv als beobachtete Dauer am Ende der Pflegebedürftigkeit gemessen werden. Mit der prospektiven Betrachtung können unterschiedliche Verläufe verschiedener Eintrittskohorten und damit auch aktueller Eintrittskohorten abgebildet werden. Problematisch ist dabei allerdings die Rechtszensierung – also der fehlende Überblick über den weiteren Verlauf bis zum Ende der Pflegebedürftigkeit. Mit der retrospektiven Betrachtung ist es hingegen möglich, abgeschlossene Pflegeverläufe darzustellen. Dies ist beispielsweise mit Sterbekohorten gegeben. Diese setzen sich aber aus verschiedenen Pflegeeintrittskohorten zusammen, für die die Pflegeversicherung zu Beginn unterschiedlich ausgestaltet war. Dennoch zeigt diese Betrachtung, wie sich die Dauern bisher entwickelt haben.

Pflegedauern Verstorbener

Männer sind vor allem aufgrund der höheren altersspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten nicht nur insgesamt seltener pflegebedürftig als Frauen, sondern auch kürzere Zeit (Abbildung 2.20). Im Jahr 2020 sind gut 30 Prozent der verstorbenen Männer länger als zwei Jahre und rund 40 Prozent länger als ein Jahr pflegebedürftig gewesen. Von den verstorbenen Frauen sind im Jahr 2020 fast 50 Prozent länger als zwei Jahre und fast

60 Prozent länger als ein Jahr pflegebedürftig gewesen. Relativ konstant ist in den Jahren 2013 bis 2020 rund ein Viertel der verstorbenen Männer zwar pflegebedürftig gewesen, aber höchstens ein Jahr lang. Bei den Frauen ist dieser Anteil leicht rückläufig von rund 25 Prozent auf rund 22 Prozent. Der Anteil der verstorbenen Frauen und Männer, die niemals zuvor pflegebedürftig waren, ist jeweils gesunken – bei den Männern von 43,1 Prozent auf 34,4 Prozent und bei den Frauen von 25,7 Prozent auf 19,0 Prozent.

Abbildung 2.20: Anteile verstorbener Männer und Frauen nach Pflegedauern in Monaten vor Eintritt des Todes in den Jahren 2013 bis 2020



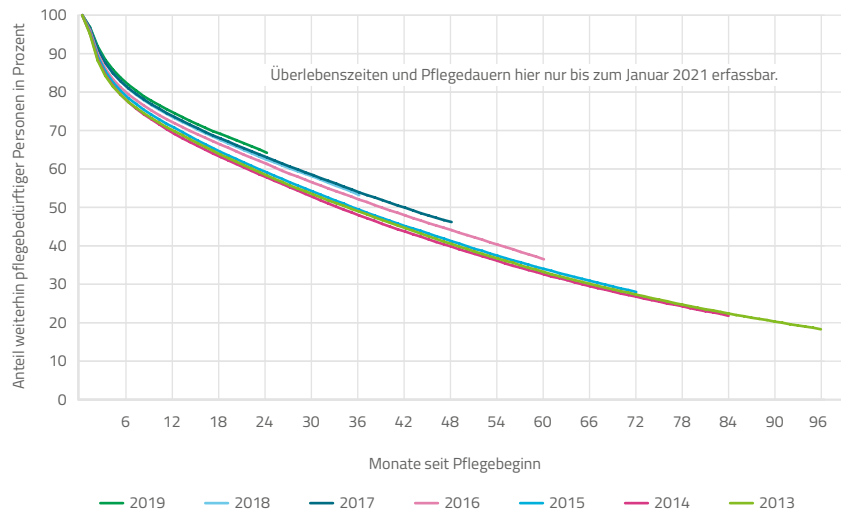
Quelle: BARMER-Daten 2013–2020, hochgerechnet auf die Verstorbenen der Bundesrepublik Deutschland; Statistisches Bundesamt (2021b, 2021c)

Survivalfunktionen der Pflegebedürftigkeit insgesamt und im Pflegeheim

In einer prospektiven Perspektive werden in Abbildung 2.21 die Entwicklungen für verschiedene Zugangskohorten verglichen. In den Survivalfunktionen der Zugangskohorten 2013 bis 2019 werden die jeweiligen Anteile der immer noch pflegebedürftigen Personen nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit abgebildet. Die Beendigung kann durch den Tod

oder ein anderes Ereignis wie zum Beispiel eine Gesundung eintreten. Die Beobachtungsfenster und damit auch die dargestellten Kurven verkürzen sich dabei mit jeder späteren Kohorte um ein Jahr.

Abbildung 2.21: Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen in den Monaten seit Pflegebeginn (Survivalfunktion) der Inzidenzjahre 2013 bis 2019



Inzidenzjahr	Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen im ... Monat seit Pflegebeginn								
	Monat: 0	12	24	36	48	60	72	84	96
2013	100	69,8	58,3	48,9	40,5	33,2	27,3	22,4	18,3
2014	100	69,1	57,8	47,9	39,8	32,6	26,8	21,8	-
2015	100	70,7	59,1	49,4	41,2	34,0	28,0	-	-
2016	100	71,9	61,3	52,0	44,1	36,5	-	-	-
2017	100	73,5	63,0	53,9	46,2	-	-	-	-
2018	100	73,2	62,4	53,2	-	-	-	-	-
2019	100	74,5	64,2	-	-	-	-	-	-

Quelle: BARMER-Daten 2013–2020, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Korrespondierend zu den Auswertungen der Sterbekohorten erhöhen sich die Survivalfunktionen zumindest für die Eintrittskohorten 2016 bis 2019 sichtlich. Die in Pflegebedürftigkeit verbrachte Lebenszeit steigt also insbesondere im Vorfeld der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade an. Verglichen mit den prospektiven Kohortenbetrachtungen (Abbildung 2.21) zeigt sich, dass die retrospektive Betrachtung (Abbildung 2.20) die aktuellen Verweildauern unterschätzt. Denn schon für die Eintrittskohorte 2016 sind nach 24 Monaten noch 61,3 Prozent pflegebedürftig. Die Zeit von zwei Jahren Pflegebedürftigkeit ist hingegen in den betrachteten Sterbekohorten nicht einmal über 50 Prozent gekommen.

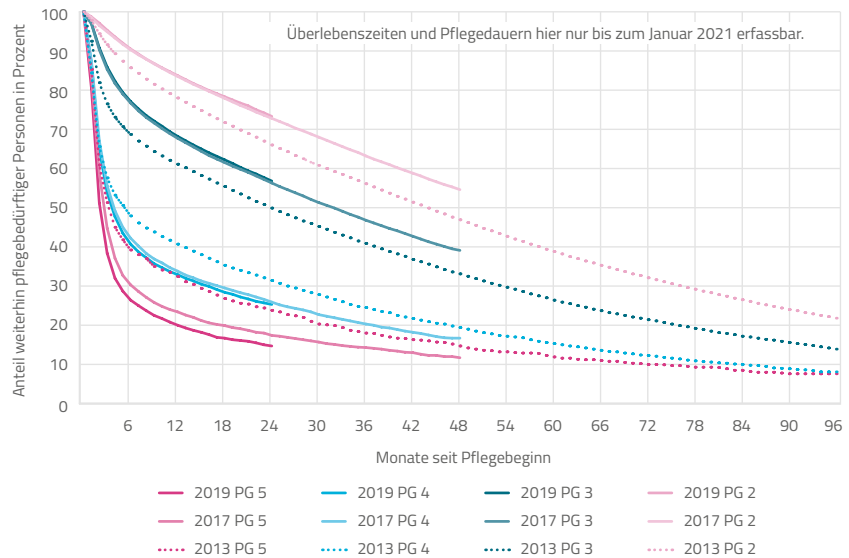
Die Pflegedauer verlängert sich immer mehr.

Die Abhängigkeit der Verweildauer von dem Grad der Pflegebedürftigkeit zu Beginn der Pflegebedürftigkeit ist für die Eintrittskohorte 2019 ebenso gegeben wie für die Eintrittskohorte 2013 (Abbildung 2.22). Mit Pflegegrad 5 waren nach zwei Jahren nur noch 23,8 Prozent (Inzidenzjahr 2013) beziehungsweise 14,7 Prozent (Inzidenzjahr 2019) pflegebedürftig. Somit dauern 76,2 Prozent (Inzidenzjahr 2013) beziehungsweise 85,3 Prozent (Inzidenzjahr 2019) der Pflegeverläufe mit Pflegegrad 5 nicht länger als zwei Jahre und werden meist durch den Tod beendet. Im Gegensatz dazu dauern mit Pflegegrad 2 nur 26,7 Prozent (Inzidenzjahr 2019) bis 34,0 Prozent (Inzidenzjahr 2013) höchstens zwei Jahre. Die Unterschiede der pflegegradspezifischen Verläufe sind für die Inzidenzjahre 2017 und 2019 relativ gering. Der größere Unterschied zum Inzidenzjahr 2013 resultiert daher wahrscheinlich auch aus den unterschiedlichen Ergebnissen der neuen Begutachtung im Vergleich zur Überleitung der Pflegestufen in Pflegegrade.

Vormalige Analysen zur Verweildauer im Pflegeheim haben eine relative Konstanz in den Survivalfunktionen festgestellt (Rothgang & Müller, 2019, S. 72; Rothgang et al., 2013, S. 187). Die durchschnittliche Verweildauer im Pflegeheim ist aber in den letzten Jahren rückläufig (Abbildung 2.23). Von den Zugangskohorten von 2013 bis 2017 sind nach einem Jahr 55,5 bis 58,7 Prozent der Heimbewohner, nach zwei Jahren noch 41,4 bis 44,1 Prozent und nach vier Jahren noch 21,9 bis 23,8 Prozent im Pflegeheim. Aus der Zugangskohorte 2019 sind nach einem Jahr aber nur noch 49,8 Prozent und aus der Zugangskohorte 2018 nach zwei Jahren nur noch 39,4 Prozent im Pflegeheim.

Die Verweildauer im Pflegeheim geht aktuell zurück.

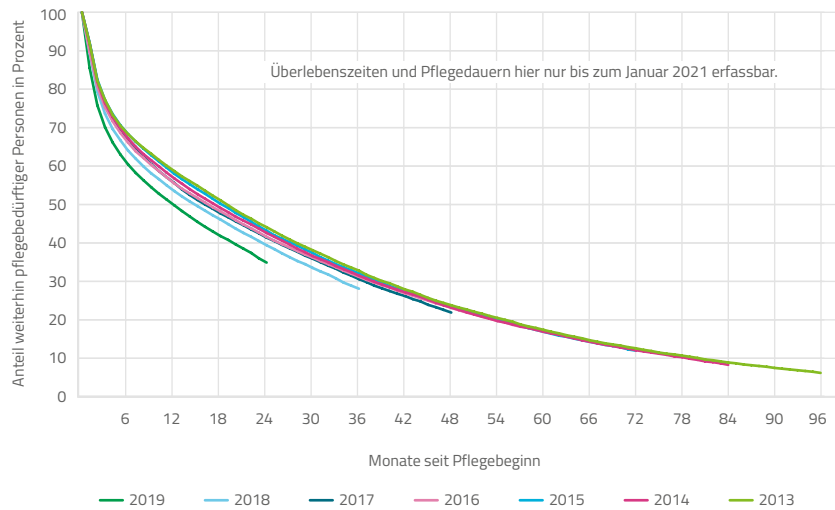
Abbildung 2.22: Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen in den Monaten seit Pflegebeginn (Survivalfunktion) der Inzidenzjahre 2013, 2017 und 2019 nach Pflegegraden bei Pflegeeintritt



Inzidenz-jahr	Pflege-grad	Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen im ... Monat seit Pflegebeginn									
		Monat: 0	12	24	36	48	60	72	84	96	
2013	2	100	78,0	66,0	56,1	46,9	38,8	32,1	26,5	21,8	
	3	100	61,1	49,9	40,9	33,1	26,4	21,4	17,2	13,9	
	4	100	40,7	31,4	24,5	19,4	15,3	12,3	10,0	8,1	
	5	100	32,4	23,8	18,0	14,7	11,9	10,0	8,5	7,6	
2017	2	100	83,5	72,8	63,2	54,6	-	-	-	-	
	3	100	67,7	56,3	46,8	39,1	-	-	-	-	
	4	100	33,8	25,9	20,3	16,7	-	-	-	-	
	5	100	23,4	17,4	14,3	11,7	-	-	-	-	
2019	2	100	83,7	73,3	-	-	-	-	-	-	
	3	100	68,2	56,8	-	-	-	-	-	-	
	4	100	32,9	25,3	-	-	-	-	-	-	
	5	100	20,0	14,7	-	-	-	-	-	-	

Quelle: BARMER-Daten 2013–2020, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Abbildung 2.23: Survivalfunktion im Pflegeheim bei Heimeintritt in den Jahren seit 2013

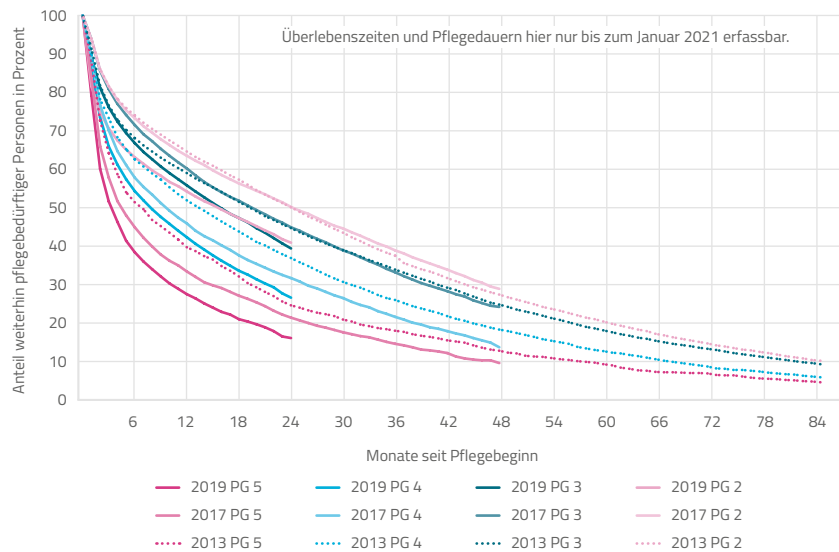


Inzidenz-jahr	Anteil weiterhin im Pflegeheim versorgter Personen im ... Monat seit Heimeintritt									
	Monat: 0	12	24	36	48	60	72	84	96	
2013	100	58,7	44,1	32,8	23,8	17,4	12,6	8,9	6,2	
2014	100	56,8	42,6	31,5	23,2	16,9	12,1	8,3	-	
2015	100	58,0	43,2	32,1	23,5	16,9	12,0	-	-	
2016	100	55,5	41,6	31,2	23,1	17,1	-	-	-	
2017	100	55,6	41,4	30,6	21,9	-	-	-	-	
2018	100	53,5	39,4	28,1	-	-	-	-	-	
2019	100	49,8	34,9	-	-	-	-	-	-	

Quelle: BARMER-Daten 2013–2020, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Ebenso wie bei der Gesamtverweildauer ist auch die Verweildauer im Pflegeheim mit dem Einstiegsgrad der Pflegebedürftigkeit verbunden (Abbildung 2.24). Bei einer geringeren Einstufung ist eine längere Verweildauer zu erwarten. So lebten von den Zugängen des Zugangsjahrgangs 2013 mit Pflegegrad 2 nach zwei Jahren noch 50,1 Prozent im Pflegeheim, von den Zugängen des gleichen Jahres mit Pflegegrad 5 dagegen nur noch 24,6 Prozent.

Abbildung 2.24: Survivalfunktion im Pflegeheim bei Heimeintritt in den Jahren 2013, 2017 und 2019 nach Pflegegraden bei Heimeintritt



Inzidenz-jahr	Pfle-ge-grad	Anteil weiterhin im Pflegeheim versorgter Personen im ... Monat seit Heimeintritt								
		0	12	24	36	48	60	72	84	
2013	2	100	64,6	50,1	37,5	27,4	20,4	14,7	10,4	
	3	100	59,0	44,7	33,9	24,8	18,1	13,3	9,6	
	4	100	51,9	36,9	26,0	18,3	12,7	8,7	6,1	
	5	100	39,7	24,6	18,0	12,8	9,3	6,9	4,8	
2017	2	100	63,5	50,2	38,9	28,9	-	-	-	
	3	100	60,2	44,9	33,2	24,2	-	-	-	
	4	100	45,9	31,7	21,6	13,7	-	-	-	
	5	100	33,4	21,4	14,6	9,6	-	-	-	
2019	2	100	54,2	40,9	-	-	-	-	-	
	3	100	55,8	39,4	-	-	-	-	-	
	4	100	42,3	26,6	-	-	-	-	-	
	5	100	27,5	16,1	-	-	-	-	-	

Quelle: BARMER-Daten 2013–2020, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Pflegedauern ab Pflegeinzidenz

Für die prospektive Ermittlung der durchschnittlichen Pflegedauern werden die hinter den Survivalfunktionen stehenden Übergangsraten auf die weiteren Lebensverläufe der verschiedenen Pflegeeintrittskohorten übertragen. Die für diese Betrachtung bedeutsamen unterschiedlichen Sterbewahrscheinlichkeiten nach Alter und Geschlecht sind hinlänglich bekannt. Im jüngeren Alter ist die Sterbewahrscheinlichkeit innerhalb eines Jahres sehr gering, mit steigendem Alter erhöht sie sich zusehends. Frauen haben dabei durchweg geringere Sterbewahrscheinlichkeiten pro Jahr (Statistisches Bundesamt, 2021d). Zudem ist die Sterbewahrscheinlichkeit auch mit der bisherigen Pflegedauer verknüpft (siehe Kapitel 2.1.5). Gruppirt nach Alter, Geschlecht und bisheriger Pflegedauer werden daher die wahrscheinlichen Übergangsraten dynamisch den Pflegeeintrittskohorten zugespielt (Sterbetafelmethode). Für jeden Anteil der Population, der das nächste Altersjahr erreicht, werden die dann vorliegenden alters-, geschlechts- und pflegedauerspezifischen Beendigungsquoten verwendet. Die unterschiedlichen Beendigungswahrscheinlichkeiten, die sich auf Basis der BARMER-Daten nach Alter, Geschlecht und Pflegedauer ergeben, wurden für die weitere Kalkulation mit den Inzidenzraten (siehe Kapitel 2.1.4) verknüpft und auf die Bundesbevölkerung übertragen. Es handelt sich bei den berechneten durchschnittlichen Pflegedauern also um Modellierungen und nicht um echte Beobachtungen.

Für die Summe aller Pflegeeintritte in Deutschland lassen sich somit für die Eintrittskohorte 2019 durchschnittliche Verweildauern in der Pflegebedürftigkeit von sechs Jahren ermitteln (Tabelle 2.9). Größere Schwankungen in den Ergebnissen für verschiedene Jahre ergeben sich vor allem wegen unterschiedlicher geschätzter Pflegeinzidenzen in jüngeren Jahren, die mit ihren langen Verweildauern die durchschnittliche Verweildauer stark beeinflussen. So sind insbesondere im Jahr 2017 besonders viele junge Versicherte als pflegebedürftig eingestuft worden, die beispielsweise in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen versorgt werden (siehe Kapitel 2.1.4). Werden nur die Pflegeeintritte ab einem Alter von 60 Jahren berücksichtigt, dann ist der Sprung in der zu erwartenden Dauer der Pflegebedürftigkeit im Jahr 2017 nicht so groß. Dennoch liegt die projizierte Pflegedauer ab 2017 beziehungsweise 2019 mit nun 4,21 bis 4,31 Jahren über den Werten der Jahre 2013 und 2015 (Tabelle 2.9). Für Männer, die im Alter über 60 Jahren im Jahr 2019 pflegebedürftig geworden sind, liegt der Durchschnittswert bei knapp 3,6 Jahren, für Frauen trotz des durchschnittlich höheren Eintrittsalters bei rund 4,9 Jahren.

Tabelle 2.9: Zu erwartende durchschnittliche Dauer der Pflegebedürftigkeit für inzidente Pflegebedürftige der Jahre 2013, 2015, 2017 und 2019 in Jahren

Hochrechnung auf die Pflegeeintritte in Deutschland	2013	2015	2017	2019
für alle Versicherte	5,27	5,33	6,55	6,01
für alle männlichen Versicherten	5,13	5,54	6,35	5,58
für alle weiblichen Versicherten	5,38	5,16	6,72	6,38
für Versicherte ab einem Pflegeeintrittsalter von 60 Jahren	3,83	3,81	4,21	4,31
für männliche Versicherte ab einem Pflegeeintrittsalter von 60 Jahren	3,12	3,13	3,53	3,57
für weibliche Versicherte ab einem Pflegeeintrittsalter von 60 Jahren	4,34	4,31	4,75	4,92

Anmerkung: Die Hochrechnungen beruhen auf der Bevölkerungsfortschreibung nach dem Zensus von 2011 und den Ergebnissen der Pflegestatistik der Jahre 2013 bis 2019. Die Bevölkerung abzüglich der Pflegebedürftigen ist die Ausgangspopulation, auf die die inzidenten Pflegeeintritte hochgerechnet wurden.

Quelle: BARMER-Daten 2013–2020, hochgerechnet auf die Verstorbenen der Bundesrepublik Deutschland

Für Frauen, die im Alter von mindestens 60 Jahren pflegebedürftig werden, dauert die Pflegebedürftigkeit im Durchschnitt somit etwa fünf Jahre, für Männer etwa dreieinhalb Jahre. Werden alle Pflegebedürftige, also auch diejenigen, bei denen Pflegebedürftigkeit bereits in jüngeren Jahren auftritt, berücksichtigt, liegen die Pflegedauern dagegen bei fünfeneinhalb Jahren für Männer und sechseinhalf Jahren für Frauen.

2.1.7 Fazit zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Mit 3,83 Millionen Menschen hat die Zahl der Pflegebedürftigen (Pflegegrad 2 bis 5) am Jahresende 2019 den höchsten bisher in der Pflegestatistik verzeichneten Stand erreicht. Zwei wesentliche Faktoren lassen sich als Gründe für diesen Anstieg anführen: Erstens haben die Gesetzesänderungen in PflWG, PNG und den Pflegestärkungsgesetzen zu einer Ausweitung der Leistungsberechtigung und der Leistungen insbesondere für Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen geführt, die wiederum eine höhere Anzahl an (positiv beschiedenen) Leistungsanträgen nach sich gezogen haben. Zweitens sind aufgrund der demografischen Alterung immer mehr Menschen in das pflegerrelevante Alter vorgerückt. Während die Fallzahlzunahmen bis 2008 in größerem Umfang der

demografischen Alterung zugeschrieben werden konnten, werden sie seitdem vor allem auch durch Veränderung im Leistungszugang und im Leistungsangebot angetrieben. Die aktuellen jährlichen Steigerungsraten der Zahl der Pflegebedürftigen liegen weit über fünf Prozent. Diese lagen in den 2000er Jahren kaum halb so hoch.

Die aktuellen Zuwächse bei der Zahl der Pflegebedürftigen sind im Wesentlichen auf die Entwicklungen in den niedrigen Pflegegraden zurückzuführen. Dementsprechend entwickeln sich aktuell auch die Anteile der Versorgungsarten. Die wesentlichen Zunahmen finden sich beim Bezug von Pflegegeld mit einem Anstieg der Anteilswerte zwischen 2009 und 2019 von 45,6 auf 55,3 Prozent, während der Anteil der Pflegeheimbewohner in der Zeit von 30,7 auf 20,6 Prozent zurückgegangen ist. Auch dies ist ein Zeichen dafür, dass die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen aktuell weniger durch den demografischen Wandel geprägt ist als insbesondere durch die letzten Pflegereformen.

Mit den letzten Pflegereformen haben sich aber nicht nur die Zugangswahrscheinlichkeiten und die Prävalenzen geändert, sondern auch die Verweildauern in der Pflege. Durch den nun vielfach vorgezogenen Pflegeeintritt im Vergleich zur vorhergehenden Pflegestufenregelung resultieren verlängerte Pflegeverläufe. Die Pflegedauern werden für die Eintrittskohorte 2019 mit sechs Jahren mehr als ein halbes Jahr länger taxiert als die Pflegedauer der Eintrittskohorten 2013 und 2015.

Die Corona-Pandemie und die damit verbundene kontaktlose Begutachtung über lange Zeit im Jahr 2020 hat kaum zu veränderten Verteilungen nach Pflegegraden geführt. Einzig die Widerspruchsbegutachtungen haben mit einer Steigerung von 139.000 auf 182.000 merklich zugenommen. Diese machen aber im Vergleich zur Gesamtzahl von 2,454 Millionen Begutachtungen nur einen Bruchteil aus. Übergänge von der häuslichen Pflege in die vollstationäre Dauerpflege sind im Jahr 2020 ebenso zurückgegangen wie die Nutzung der Kurzzeitpflege. Die teilstationäre Pflege, die in den Jahren zuvor stetig mehr in Anspruch genommen wurde, konnte im Jahr 2020 keinen weiteren Anstieg verzeichnen. Insgesamt hat somit die Corona-Pandemie zwar von den Zahlen her merkbare, aber keine umwälzenden Einflüsse auf die Versorgungslage gehabt.

2.2 Leistungserbringung

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

2.2.1 Ambulante Pflegedienste

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste ist von 10.820 im Jahr 1999 auf 14.688 im Jahr 2019 und damit um 35,7 Prozent gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2020e). Seit 2019 werden dabei auch Betreuungsdienste mitgezählt. Allerdings sind nur 24 der 14.688 Einrichtungen reine Betreuungsdienste. Über 86 Prozent sind Mischeinrichtungen und 1.985 sind reine Pflegeeinrichtungen. Die meisten Pflegedienste bieten neben den Leistungen nach SGB XI auch Leistungen nach anderen Sozialgesetzbüchern an. Im Jahr 2019 sind es 14.169 Pflegedienste, die häusliche Krankenpflege nach SGB V und 7.547 Pflegedienste die Hilfe zur Pflege nach SGB XII anbieten (Statistisches Bundesamt, 2020e). Der Umsatzanteil der im Rahmen der Pflegeversicherung erbracht wird, lag laut einer Befragung im Jahr 2016 bei durchschnittlich 51 Prozent. Im Jahr 2010 lag dieser noch vier Prozentpunkte höher (Schneekloth et al., 2017, S. 173).

Relation Pflegekräfte
zu Pflegebedürftigen
in 2019 etwas eingebrochen

Die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten hat sich von 1999 bis 2019 von 183.800 auf 421.600 mehr als verdoppelt (plus 129,4 Prozent). Umgerechnet in Vollzeitäquivalente (VZÄ) (siehe dazu im Anhang das Kapitel Pflegestatistik) ergibt sich eine ähnliche Steigerung um 129,9 Prozent von 125.400 auf 288.300 VZÄ. Nachdem die Relation von VZÄ zu Pflegebedürftigen sich in den 2010er Jahren bis auf maximal 33,5 VZÄ je 100 Pflegebedürftige erhöhte, ist diese Relation im Jahr 2019 auf 29,3 VZÄ je 100 Pflegebedürftige leicht eingebrochen (Tabelle 2.10). Insgesamt sind die Schwankungen in der Relation aber nicht sehr hoch. Sie liegen immer um drei VZÄ je zehn Pflegebedürftige. Nur unzureichend kontrollierbar sind in dieser Entwicklung allerdings die Anteile der Leistungen jenseits der Pflegeversicherungsleistungen und die Grade der Inanspruchnahmen durch die Pflegebedürftigen. Schneekloth et al. (2017, S. 211 f.) haben auf Grundlage von Befragungsdaten, in denen die Anteile der Pflegeversicherungsleistungen kont-

rolliert wurden, eine zwischenzeitliche Verbesserung der Versorgungsrelation von 10,0 Pflegebedürftigen je VZÄ im Jahr 2010 auf 9,4 Pflegebedürftige je VZÄ im Jahr 2016 errechnet.

Der Anteil der körperbezogenen Pflege bleibt über die beobachtete Zeit relativ konstant. Das Ausmaß der körperbezogenen Pflege hat damit eine ähnliche Entwicklung wie die Beschäftigtenzahl insgesamt. Hinzugekommen ist dabei sogar die Betreuung, die für rund vier Prozent der Beschäftigten als überwiegende Tätigkeit angegeben ist. Die Bedeutung der Haushaltshilfen hat in den ersten Erhebungsjahren abgenommen. Von 19,0 Prozent im Jahr 1999 ist der Anteil auf 13,9 Prozent im Jahr 2005 zurückgegangen. Mit der Berücksichtigung der Betreuungsleistungen ist der Anteil im Jahr 2013 dann auf 11,8 Prozent gesunken, steigt aber seither leicht aber kontinuierlich wieder an und liegt für das Jahr 2019 wieder bei 13,3 Prozent (Tabelle 2.10).

Die Tarifbindung ist bei ambulanten Pflegediensten noch wenig ausgeprägt. Selbst von den festangestellten Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste arbeiten 59 Prozent ohne Tarifvertrag. Mit 81 Prozent ist dieser Anteil bei den privaten Trägern am höchsten (Schneekloth et al., 2017, S. 217). Nach dem geplanten Pflegereformgesetz sollen ab September 2022 nur noch Pflegeeinrichtungen zur Versorgung zugelassen werden, die ihre Pflege- und Betreuungskräfte nach Tarif bezahlen (BMG, 2021c).

Tabelle 2.10: Personal im Pflegedienst nach Beschäftigungsverhältnis und nach Tätigkeitsbereich

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Personal nach Beschäftigungsverhältnis in Tausend											
Personal insgesamt	183,8	189,6	200,9	214,3	236,2	268,9	290,7	320,1	355,6	390,3	421,6
Vollzeit	56,9	57,5	57,5	56,4	62,4	72,0	79,8	85,9	96,7	109,7	117,1
Teilzeit über 50 %	49,1	55,0	60,8	68,1	77,8	89,1	100,5	113,6	128,3	143,1	158,0
Teilzeit ≤ 50 %	28,8	30,8	32,8	35,0	36,7	40,3	42,5	44,3	49,3	56,0	60,0
geringfügig beschäftigt	39,1	37,3	42,6	48,0	53,0	60,5	61,7	65,4	68,7	68,5	71,1
Sonstige*	9,8	8,9	7,3	6,8	6,3	7,1	6,3	10,9	12,6	13,1	15,4
Vollzeitäquivalente (VZÄ)	125,4	130,0	134,5	140,3	155,0	176,9	193,3	213,2	238,8	266,0	288,3

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Personal in Relation zu Pflegebedürftigen mit Leistungen der Pflegedienste											
VZÄ je 100 Pflegebedürftige	30,2	29,9	29,9	29,7	30,7	31,9	33,5	32,9	32,5	32,1	29,3
Personal nach Beschäftigungsverhältnis in Prozent											
Personal insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Vollzeit	31,0	30,3	28,6	26,3	26,4	26,8	27,4	26,8	27,2	28,1	27,8
Teilzeit über 50 %	26,7	29,0	30,2	31,8	32,9	33,1	34,6	35,5	36,1	36,6	37,5
Teilzeit ≤ 50 %	15,7	16,3	16,3	16,4	15,5	15,0	14,6	13,8	13,9	14,4	14,2
geringfügig beschäftigt	21,3	19,7	21,2	22,4	22,5	22,5	21,2	20,4	19,3	17,6	16,9
Sonstige*	5,3	4,7	3,6	3,2	2,7	2,6	2,2	3,4	3,6	3,4	3,6
Personal nach überwiegendem Tätigkeitsbereich in Tausend											
Pflegedienstleitung	12	12	13	14	15	16	17	17	18	20	20
körperbezogene Pflege	119	125	136	148	164	188	205	219	239	268	286
Betreuung (§ 36 Absatz 2 Satz 3 SGB XI)								10	15	15	18
Hilfen bei der Haushaltsführung	35	34	32	30	33	37	38	38	44	50	56
Verwaltung, Geschäftsführung	9	10	10	12	12	13	14	15	17	18	20
sonstiger Bereich	9	9	10	11	12	16	17	20	23	20	21
Personal nach überwiegendem Tätigkeitsbereich in Prozent											
Pflegedienstleitung	6,3	6,4	6,4	6,4	6,3	5,8	5,7	5,3	5,1	5,1	4,8
körperbezogene Pflege	65,0	65,7	67,5	69,0	69,3	69,8	70,4	68,5	67,2	68,6	67,8
Betreuung (§ 36 Absatz 2 Satz 3 SGB XI)								3,3	4,2	3,8	4,4
Hilfen bei der Haushaltsführung	19,0	17,8	16,2	13,9	14,0	13,6	13,1	11,8	12,5	12,7	13,3
Verwaltung, Geschäftsführung	5,0	5,1	5,2	5,4	5,2	4,9	4,9	4,8	4,7	4,7	4,7
sonstiger Bereich	4,8	5,0	4,8	5,2	5,2	5,8	5,9	6,3	6,4	5,1	4,9

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

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020e); eigene Berechnung

Tabelle 2.11: Personal im Pflegedienst nach Qualifikation 2019

	Personal insgesamt				körperbezogene Pflege			
	Personen		Vollzeitäquivalente		Personen		Vollzeitäquivalente	
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in	98.976	23,5	77.167	26,8	82.978	29,0	63.229	31,6
Staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in	21.831	5,2	16.030	5,6	20.089	7,0	14.802	7,4
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	78.129	18,5	53.857	18,7	60.086	21,0	38.854	19,4
Krankenpflegehelfer/-in	14.822	3,5	10.679	3,7	13.647	4,8	9.885	4,9
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	7.056	1,7	4.673	1,6	5.225	1,8	3.261	1,6
Heilerziehungspfleger/-in; Heilerzieher/-in	1.405	0,3	957	0,3	1.081	0,4	744	0,4
Heilerziehungspflegehelfer/in	286	0,1	189	0,1	222	0,1	155	0,1
Heilpädagogin/Heilpädagoge	76	0,0	45	0,0	29	0,0	18	0,0
Ergotherapeut/-in	473	0,1	329	0,1	202	0,1	139	0,1
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in)	255	0,1	167	0,1	155	0,1	107	0,1
sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	3.357	0,8	2.132	0,7	2.273	0,8	1.492	0,7
sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	1.418	0,3	954	0,3	497	0,2	318	0,2
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	1.007	0,2	706	0,2	717	0,3	518	0,3
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	141	0,0	92	0,0	75	0,0	55	0,0
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	1.279	0,3	1.101	0,4	206	0,1	151	0,1
sonstiger pflegerischer Beruf	25.902	6,1	17.871	6,2	19.847	6,9	14.239	7,1
Fachhauswirtschafter/-in für ältere Menschen	844	0,2	557	0,2	176	0,1	122	0,1
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	9.190	2,2	5.677	2,0	1.567	0,5	1.111	0,6
sonstiger Berufsabschluss	104.072	24,7	65.205	22,6	44.376	15,5	31.108	15,6

	Personal insgesamt				körperbezogene Pflege			
	Personen		Vollzeitäquivalente		Personen		Vollzeitäquivalente	
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
ohne Berufsabschluss	36.433	8,6	22.581	7,8	18.781	6,6	12.918	6,5
Auszubildende/-r, (Um-)Schüler/-in	14.598	3,5	7.299	2,5	13.639	4,8	6.820	3,4
insgesamt	421.550	100,0	288.268	100,0	285.868	100,0	200.043	100,0
examinierte Pflegekräfte	185.440	44,0	136.798	47,5	148.495	51,9	105.495	52,7

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020e); eigene Berechnung

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

Fachkraftquote in der körperbezogenen Pflege über 50%

Insgesamt sind für 2019 in der Pflegestatistik 421.550 Beschäftigte in Pflegediensten ausgewiesen (Tabelle 2.11). Ein Großteil davon ist Teilzeit beschäftigt (Tabelle 2.10). Zur Erfassung des Personalvolumens ist daher die Umrechnung in VZÄ angemessen. 44,0 Prozent der Beschäftigten sind staatlich anerkannte Altenpflegekräfte, Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte oder Beschäftigte mit einem Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität (Tabelle 2.11). Umgerechnet in VZÄ entspricht dies knapp der Hälfte des eingesetzten Personals (47,5 Prozent). Von den Beschäftigten mit dem Schwerpunkt „körperbezogene Pflege“ sind es – wiederum in VZÄ – 52,7 Prozent.

2.2.2 Pflegeheime

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

Als Pflegeheime sind in der Pflegestatistik alle Einrichtungen erfasst, die vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege oder teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) anbieten. Von den 15.380 Pflegeheimen bieten 9.045 ausschließlich Dauerpflege, 152 ausschließlich Kurzzeitpflege, 3.885 ausschließlich Tagespflege und keines nur Nachtpflege an. In den verbleibenden 2.298 Einrichtungen gibt es verschiedene Kombinationen in der Angebots-

struktur (Statistisches Bundesamt, 2020e). In der Summe bieten 11.317 Einrichtungen vollstationäre Dauerpflege, 1.336 Einrichtungen Kurzzeitpflege und 5.266 Einrichtungen Tages- oder Nachtpflege an. Während die Zahl der Anbieter von vollstationärer Dauerpflege zuletzt stagniert und die Zahl der Anbieter von Kurzzeitpflege zuletzt sogar rückläufig ist, hat sich die Zahl der Anbieter von Tages- oder Nachtpflege seit 1999 schon vervierfacht (Tabelle 2.12).

Tabelle 2.12: Anzahl der Pflegeheime nach Pflegeangebot in Tausend

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Pflegeheime	8,9	9,2	9,7	10,4	11,0	11,6	12,4	13,0	13,6	14,5	15,4
Dauerpflege	8,1	8,3	8,8	9,4	9,9	10,4	10,7	10,9	11,2	11,2	11,3
Kurzzeitpflege	1,6	1,4	1,6	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,2	1,3
Tages- oder Nachtpflege	1,3	1,4	1,6	1,7	1,8	2,1	2,6	3,1	3,7	4,5	5,3

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020e)

Die Zahl der Pflegeheime allein reflektiert die Angebotskapazitäten aber nur unvollständig. Als weitere Indikatoren können die Zahl der Heimplätze (Bettenzahl) und die Zahl der Beschäftigten herangezogen werden. Die Zahl der Heimplätze für Dauerpflege ist von 1999 bis 2019 von 621.500 um 41,1 Prozent auf 877.200 gestiegen (Tabelle 2.13). Dieser Anstieg entspricht etwa dem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Versorgung (siehe Kapitel 2.1.1).

Tabelle 2.13: Anzahl der verfügbaren Heimplätze in Tausend

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
insgesamt	645,5	674,3	713,2	757,2	799,1	845,0	875,5	902,9	928,9	952,4	969,6
Dauerpflege	621,5	648,5	683,9	726,4	765,7	808,2	830,8	847,7	866,3	876,9	877,2
Kurzzeitpflege	9,9	9,8	11,0	11,4	11,3	10,4	10,8	11,1	10,8	8,6	9,5
Tagespflege	13,3	15,5	17,8	19,0	21,6	26,0	33,5	43,6	51,4	66,5	82,6
Nachtpflege	0,7	0,5	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,6	0,4	0,4	0,3

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020e)

Der Anteil der vollstationären Pflegeeinrichtungen, die eine Warteliste führen, betrug im Jahr 2010 noch 56 Prozent. In der Repräsentativerhebung 2016 gaben dagegen schon

71 Prozent der vollstationären Einrichtungen an, eine Warteliste zu führen (Schneekloth et al., 2017, S. 364). Wartezeiten können ein Zeichen dafür sein, den Bedarf beispielsweise aufgrund von Personalmangel bald nicht mehr decken zu können; es kann aber auch ein Zeichen für eine bewusste Ambulantisierung sein (vergleiche Rothgang & Müller, 2019).

Ein weiteres Merkmal der Stützung ambulanter Versorgungsstrukturen ist die Ausweitung der Angebote der Tagespflege, die auf eine stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger abzielt. Die Anzahl der Tagespflegeplätze hat sich von 1999 bis 2019 von 13.300 Plätzen auf 82.600 versechsfacht (Tabelle 2.13).

Weniger als 30 % des
Personals arbeiten
in Vollzeit.

Die Zahl der Beschäftigten in den stationären Einrichtungen als weiterer Indikator für Pflegeheimkapazitäten hat von 440.900 im Jahr 1999 um 80,7 Prozent auf 796.500 im Jahr 2019 zugenommen. Umgerechnet in VZÄ ist dies ein Zuwachs von 345.100 auf 577.300, also um 61,5 Prozent. Dieses Wachstum beruht fast ausschließlich auf dem Anstieg der in Teilzeit oder geringfügig Beschäftigten und den sonstigen Beschäftigten. Die Zahl der Teilzeitbeschäftigten hat sich je nach Ausmaß der Arbeitszeit verdoppelt oder gar verdreifacht. Die Zahl der Praktikanten, Schüler und Auszubildenden, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr sowie der Helfer im Bundesfreiwilligendienst hat sich ebenfalls verdoppelt. Die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten hat hingegen von 1999 bis 2019 von 211.500 auf 231.800 nicht einmal um zehn Prozent zugenommen. Dementsprechend hat sich der Anteil der Vollzeitbeschäftigten von 48,0 Prozent im Jahr 1999 kontinuierlich auf 29,1 Prozent im Jahr 2019 reduziert (Tabelle 2.14).

In allen Tätigkeitsbereichen gab es seit Einführung der Pflegestatistik fast durchweg stetige Steigerungen in der Zahl der Beschäftigten – insgesamt um 80,7 Prozent. Die Zahl der Beschäftigten, die überwiegend für die körperliche Pflege zuständig sind, ist von 287.300 auf 490.100 um 70,6 Prozent und damit etwas weniger als die Gesamtpersonalzahl gestiegen. Dieser geringere Anstieg wird auch mit dem in der Pflegestatistik aufgeführten „zusätzlichen Pflegepersonal nach § 8 Abs. 6 SGB XI“ nicht ausgeglichen. Der Anteil der Beschäftigten, für die die körperbezogene Pflege der überwiegende Tätigkeitsbereich ist, ist von 65,1 Prozent auf bei 61,5 Prozent gesunken. Das zusätzliche Pflegepersonal nach § 8 Abs. 6 SGB XI macht im Jahr 2019 0,8 Prozent aus (Tabelle 2.14). Im Betreuungsbereich ist der Anstieg ausgeprägter als in der Gesamtpersonalzahl. 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 2,6 Prozent im Jahr 2009 deutlich auf 7,2 Prozent im Jahr 2019. Zudem haben die weiteren Betreuungsleistungen von 3,4 Prozent im Jahr 1999 auf 4,9 Prozent im Jahr 2019 zugenommen. Rückgänge im Anteil gab es trotz steigender absoluter Zahlen vor allem im Hauswirtschaftsbereich von 21,2 Prozent auf 15,9 Prozent. Für rund 5,5 Prozent der Beschäftigten ist die hauptsächliche Tätigkeit Verwaltung und Geschäftsführung.

Tabelle 2.14: Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Beschäftigungsverhältnisse in Tausend											
Personal insgesamt	440,9	475,4	510,9	546,4	573,5	621,4	661,2	685,4	730,1	764,6	796,5
Vollzeit	211,5	218,9	216,5	208,2	202,8	207,1	212,4	203,7	209,9	221,0	231,8
Teilzeit über 50 %	100,9	120,2	140,5	162,4	184,6	212,5	241,0	257,8	293,0	313,4	329,2
Teilzeit ≤ 50 %	54,7	61,8	71,1	78,5	84,7	96,2	101,9	101,9	107,2	109,1	109,2
geringfügig beschäftigt	42,8	44,4	49,2	55,2	58,7	60,7	62,4	64,5	61,8	62,5	63,5
Sonstige*	31,0	30,0	33,6	42,1	42,8	44,9	43,5	57,6	58,2	58,6	62,7
VZÄ	345,1	369,8	388,7	405,4	420,6	452,7	479,5	490,9	525,2	552,5	577,3
Relation zur Zahl der Pflegebedürftigen in stationärer Versorgung											
VZÄ je 100 Pflegebedürftige	60,2	61,2	60,7	59,9	59,3	60,5	60,9	58,9	60,0	60,0	60,3
Beschäftigungsverhältnisse in Prozent der Beschäftigten											
Vollzeit	48,0	46,0	42,4	38,1	35,4	33,3	32,1	29,7	28,7	28,9	29,1
Teilzeit über 50 %	22,9	25,3	27,5	29,7	32,2	34,2	36,5	37,6	40,1	41,0	41,3
Teilzeit ≤ 50 %	12,4	13,0	13,9	14,4	14,8	15,5	15,4	14,9	14,7	14,3	13,7
geringfügig beschäftigt	9,7	9,3	9,6	10,1	10,2	9,8	9,4	9,4	8,5	8,2	8,0
Sonstige*	7,0	6,3	6,6	7,7	7,5	7,2	6,6	8,4	8,0	7,7	7,9
Beschäftigte nach überwiegendem Tätigkeitsbereich in Tausend											
körperbezogene Pflege	287,3	315,2	345,3	374,1	393,8	413,1	434,7	450,8	468,8	469,6	490,1
zusätzliches Pflegepersonal (§ 8 Abs. 6 SGB XI)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,3
Betreuung	15,0	16,7	17,8	20,3	22,4	25,6	27,1	28,7	29,7	42,7	39,4

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
zusätzliche Betreuung (§ 43b SGB XI)	–	–	–	–	–	16,4	24,5	27,9	49,4	54,2	57,3
Hauswirtschaftsbereich	93,6	96,9	98,6	100,3	102,5	107,9	113,7	114,6	116,5	121,5	122,0
haustechnischer Bereich	13,6	13,8	13,9	14,4	15,1	16,2	16,1	16,0	16,6	17,3	17,8
Verwaltung, Geschäftsführung	24,5	26,1	28,0	30,2	31,8	33,7	35,4	36,4	37,4	42,2	43,4
sonstiger Bereich	6,9	6,6	7,2	7,1	8,0	8,5	9,7	11,0	11,7	17,1	20,2
Beschäftigte nach überwiegendem Tätigkeitsbereich in Prozent											
körperbezogene Pflege	65,1	66,3	67,6	68,5	68,7	66,5	65,7	65,8	64,2	61,4	61,5
zusätzliches Pflegepersonal (§ 8 Abs. 6 SGB XI)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,8
Betreuung	3,4	3,5	3,5	3,7	3,9	4,1	4,1	4,2	4,1	5,6	4,9
zusätzliche Betreuung (§ 43b SGB XI)	–	–	–	–	–	2,6	3,7	4,1	6,8	7,1	7,2
Hauswirtschaftsbereich	21,2	20,4	19,3	18,4	17,9	17,4	17,2	16,7	16,0	15,9	15,3
haustechnischer Bereich	3,1	2,9	2,7	2,6	2,6	2,6	2,4	2,3	2,3	2,3	2,2
Verwaltung, Geschäftsführung	5,6	5,5	5,5	5,5	5,5	5,4	5,4	5,3	5,1	5,5	5,4
sonstiger Bereich	1,6	1,4	1,4	1,3	1,4	1,4	1,5	1,6	1,6	2,2	2,5

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

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020e); eigene Berechnung

rund 60 Vollzeitäqui-
valente je 100 Pflege-
bedürftige

In der Relation von VZÄ in der (teil)stationären Versorgung zur Zahl der entsprechenden Pflegebedürftigen hat es kaum Veränderungen gegeben. Diese Relation schwankt mit einer Spannweite von 1,9 VZÄ um 60 VZÄ je 100 Pflegebedürftige herum (Tabelle 2.14).

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

Insgesamt sind für 2019 in der Pflegestatistik 796.489 Beschäftigte in Pflegeheimen ausgewiesen. Unter Umrechnung der Arbeitszeiten ergeben sich daraus 577.307 VZÄ. Bezüglich des Qualifikationsniveaus zeigt sich Folgendes: Von den Beschäftigten insgesamt sind 30,2 Prozent Pflegefachkräfte, also staatlich anerkannte Altenpflegekräfte,

Gesundheits- und Krankenpflegekräfte oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte (Tabelle 2.15). Gemessen als Anteile der VZÄ sind es 34,0 Prozent. Von den Beschäftigten mit dem Schwerpunkt „körperbezogene Pflege“ sind es 44,0 Prozent beziehungsweise 47,9 Prozent.

Tabelle 2.15: Personal im Pflegeheim nach Qualifikation 2019

	Personal insgesamt				körperbezogene Pflege			
	Personen		Vollzeitäquivalente		Personen		Vollzeitäquivalente	
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in	185.892	23,3	154.681	26,8	169.860	34,7	141.390	38,4
Staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in	52.485	6,6	39.855	6,9	49.185	10,0	37.528	10,2
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	51.026	6,4	39.197	6,8	42.988	8,8	32.882	8,9
Krankenpflegehelfer/-in	17.356	2,2	13.200	2,3	16.164	3,3	12.385	3,4
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	3.463	0,4	2.593	0,4	2.747	0,6	2.043	0,6
Heilerziehungspfleger/-in; Heilerzieher/-in	2.777	0,3	2.155	0,4	1.602	0,3	1.260	0,3
Heilerziehungspflegehelfer/-in	527	0,1	406	0,1	344	0,1	268	0,1
Heilpädagogin/Heilpädagoge	310	0,0	227	0,0	36	0,0	27	0,0
Ergotherapeut/in	6.613	0,8	5.200	0,9	511	0,1	401	0,1
Physiotherapeut/in (Krankengymnast/in)	951	0,1	684	0,1	257	0,1	189	0,1
sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	2.108	0,3	1.449	0,3	949	0,2	672	0,2
sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	6.925	0,9	5.272	0,9	613	0,1	444	0,1
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	811	0,1	594	0,1	581	0,1	435	0,1
Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss	88	0,0	59	0,0	33	0,0	22	0,0

	Personal insgesamt				körperbezogene Pflege			
	Personen		Vollzeitäquivalente		Personen		Vollzeitäquivalente	
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	3.428	0,4	3.008	0,5	603	0,1	509	0,1
sonstiger pflegerischer Beruf	71.788	9,0	50.769	8,8	29.587	6,0	22.000	6,0
Fachhauswirtschafter/-in für ältere Menschen	1.827	0,2	1.460	0,3	107	0,0	80	0,0
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	34.998	4,4	25.524	4,4	2.128	0,4	1.548	0,4
sonstiger Berufsabschluss	200.209	25,1	137.550	23,8	68.662	14,0	50.496	13,7
ohne Berufsabschluss	95.697	12,0	64.818	11,2	48.672	9,9	36.038	9,8
Auszubildende/-r, (Um-)Schüler/-in	57.210	7,2	28.605	5,0	54.481	11,1	27.241	7,4
insgesamt	796.489	100,0	577.307	100,0	490.110	100,0	367.857	100,0
examinierte Pflegekräfte	240.381	30,2	196.471	34,0	215.595	44,0	176.315	47,9

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020e); eigene Berechnung

Bezüglich der Finanzierung vollstationärer Einrichtungen ist zu berücksichtigen, dass die Gesamtheimtelte gemäß § 87a SGB XI neben den Pflegesätzen (§ 84 Abs. 1 SGB XI einschließlich der Ausbildungsvergütung nach § 82a SGB XI) auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI) sowie die gesondert abrechenbaren Investitionskosten (§ 82 Abs. 3 und 4 SGB XI) umfassen. Die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen sich nur auf die Pflegesätze und sind dabei in aller Regel deutlich geringer als diese. Insgesamt decken die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt deutlich weniger als die Hälfte des Gesamtheimtelts ab (Tabelle 2.16).

Ursprünglich waren die Anteile an den Pflegesätzen, die vom Versicherten zu zahlen waren, abhängig vom Ausmaß der Pflegebedürftigkeit (Pflegeklasse gleichbedeutend mit Pflegestufe). Seit Inkrafttreten der Regelungen des PSG II zum 1. Januar 2017 zahlen Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 für die Pflegeaufwände nunmehr einen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil. Bei einer Erhöhung des Pflegegrads verändert sich der

Eigenanteil seither nicht. Wie hoch die Gesamtentgelte in der stationären Pflege – bestehend aus Pflegekosten, Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten – insgesamt ausfallen und welche Eigenanteile daraus resultieren, zeigt Tabelle 2.16. Zusätzlich sind noch weitere individuelle Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI möglich, die gesondert abgerechnet werden und dementsprechend den Eigenanteil erhöhen.

Tabelle 2.16: Entwicklung der monatlichen Pflegekosten, Versicherungsleistungen und Eigenanteile in der stationären Pflege in Euro

Jahr	Pflegestufe / ab 2017 Pflegegrad	(1) Pflegekosten	(2) Unterkunft und Verpflegung	(3) Investitionskosten	(4) = (1) + (2) + (3) Gesamtheimentgelt	(5) Versicherungsleistung	(6) = (1) - (5) Eigenanteil Pflegekosten	(7) = (4) - (5) Eigenanteil insgesamt
1999	I	1.166	560	293	2.018	1.023	143	995
	II	1.523	560	293	2.376	1.279	244	1.097
	III	1.990	560	293	2.842	1.432	558	1.410
2001	I	1.186	578	332	2.095	1.023	163	1.072
	II	1.581	578	332	2.491	1.279	302	1.212
	III	2.006	578	332	2.916	1.432	574	1.484
2003	I	1.246	578	360	2.184	1.023	223	1.161
	II	1.672	578	360	2.609	1.279	393	1.330
	III	2.098	578	360	3.035	1.432	666	1.603
2005	I	1.277	578	376	2.230	1.023	254	1.207
	II	1.702	578	376	2.656	1.279	423	1.377
	III	2.128	578	376	3.082	1.432	696	1.650
2007	I	1.307	608	387	2.302	1.023	284	1.279
	II	1.733	608	387	2.727	1.279	454	1.448
	III	2.158	608	387	3.153	1.432	726	1.721
2009	I	1.362	617	397	2.376	1.023	339	1.353
	II	1.792	617	397	2.807	1.279	513	1.528
	III	2.249	617	397	3.263	1.470	779	1.793
2011	I	1.369	629	408	2.406	1.023	346	1.383
	II	1.811	629	408	2.848	1.279	532	1.569
	III	2.278	629	408	3.314	1.510	768	1.804

Jahr	Pflegestufe / ab 2017 Pflegegrad	(1) Pflegekosten	(2) Unterkunft und Verpflegung	(3) Investitions- kosten	(4) = (1) + (2) + (3) Gesamtheimergelt	(5) Versicherungs- leistung	(6) = (1) - (5) Eigenanteil Pflegekosten	(7) = (4) - (5) Eigenanteil insgesamt
2013	I	1.414	651	418	2.484	1.023	391	1.461
	II	1.875	651	418	2.945	1.279	596	1.666
	III	2.365	651	418	3.435	1.550	815	1.885
2015	I	1.490	681	416	2.587	1.064	426	1.523
	II	1.973	681	416	3.069	1.330	643	1.739
	III	2.485	681	416	3.581	1.612	873	1.969
2017	1	1.107	714	401	2.222	125	982	2.097
	2	1.402	714	401	2.517	770	632	1.747
	3	1.890	714	401	3.006	1.262	628	1.744
	4	2.400	714	401	3.515	1.775	625	1.740
	5	2.633	714	401	3.749	2.005	628	1.744
2019	1	1.235	757	451	2.443	125	1.110	2.318
	2	1.570	757	451	2.778	770	800	2.008
	3	2.060	757	451	3.268	1.262	798	2.006
	4	2.570	757	451	3.778	1.775	795	2.003
	5	2.802	757	451	4.010	2.005	797	2.005
2021	1	1.273	791	461	2.525	125	1.148	2.400
	2	1.643	791	461	2.895	770	873	2.125
	3	2.135	791	461	3.387	1.262	873	2.125
	4	2.648	791	461	3.900	1.775	873	2.125
	5	2.878	791	461	4.130	2.005	873	2.125

Quelle: Augurzky et al. (2007); Meißner (2014); Rothgang et al. (2017, S. 29); Schmidt & Schneekloth (2011, S. 157); Schneekloth & von Törne (2007, S. 154); Statistisches Bundesamt (2020e); vdek (2021b, 2021c) und eigene Berechnungen

Eigenanteile an
Pflegekosten: 873 €

Der größte Anteil des Gesamtheimergelts entfällt auf die Pflegekosten. Da die diesbezüglichen Pflegeversicherungsleistungen für die Pflegestufen I und II bis 2015 nicht angepasst wurden, die Pflegesätze hingegen gestiegen sind, stieg der Eigenanteil immer

weiter an. Im Juli 2021 lagen die Pflegesätze je nach Pflegegrad zwischen 2.525 und 4.130 Euro (Tabelle 2.16). Insgesamt mussten vom Pflegebedürftigen monatlich im Durchschnitt 2.125 Euro für die stationäre Versorgung aufgebracht werden. Diese setzen sich aus 461 Euro für Investitionskosten, 791 Euro für Unterkunft und Verpflegung sowie einem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil an der Pflege von 873 Euro zusammen (vdek, 2021a).

2.2.3 Pflegepersonen

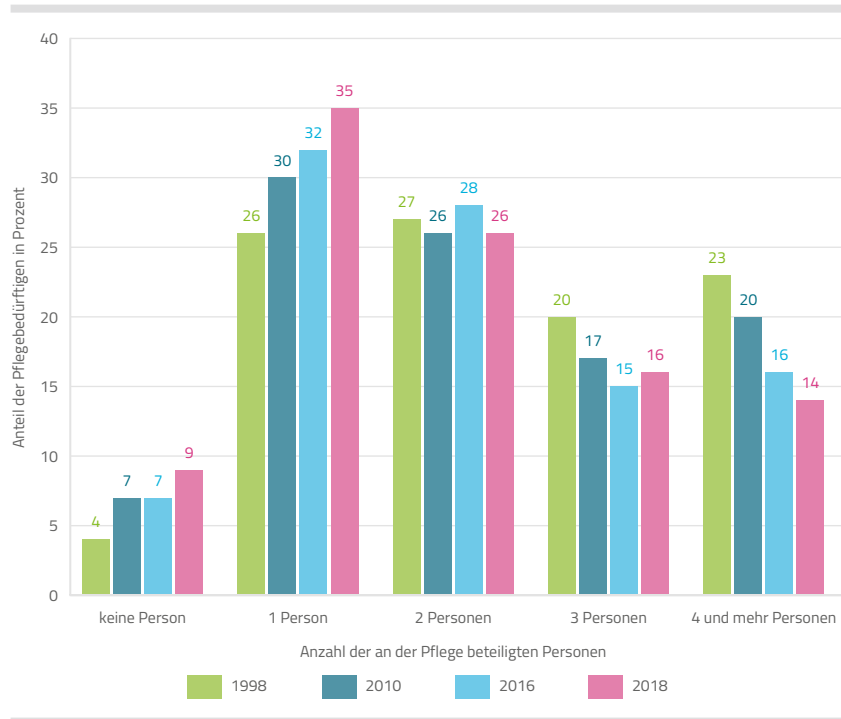
Pflegepersonen im Sinne des SGB XI sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 SGB XI in seiner häuslichen Umgebung pflegen (§ 19 SGB XI). Zur Erfassung der Zahl der Pflegepersonen gibt es keine amtlichen Statistiken. Dennoch lassen sich anhand verschiedener Datenquellen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

Schätzungen zur Gesamtzahl der an der Pflege beteiligten Privatpersonen kommen auf etwa doppelt so viele Pflegepersonen wie Pflegebedürftige im häuslichen Setting. Auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) wurden für das Jahr 2015 rund 4,6 Millionen Pflegepersonen bei ausgewiesenen 2,2 Millionen Pflegebedürftigen geschätzt (Rothgang et al., 2017, S. 144 f.). Nach den Studien von TNS und Kantar aus den Jahren 1998 bis 2018 gibt es einen steigenden Anteil Pflegebedürftiger, die zu Hause von nur einer Person versorgt werden. Hingegen sinkt der Anteil an Pflegebedürftigen, die von vier oder mehr Personen betreut werden (Abbildung 2.25). Nach der Befragung im Jahr 2018 werden Pflegebedürftige im Durchschnitt von 2,0 privaten Pflegepersonen betreut und gepflegt (Geiss et al., 2019, S. 94).

doppelt so viele Pflegepersonen wie Pflegebedürftige im häuslichen Setting

Über den beobachteten Zeitraum ist diese Relation von Pflegenden zu Pflegebedürftigen rückläufig. Hier könnte mit einem rückläufigen Pflegepotenzial in der Bevölkerung argumentiert werden. Der Rückgang der Relation ist zu einem Teil aber auch durch die Verschiebung in den Anteilen mit höheren und niedrigeren Pflegegraden begründet. Je geringer die Pflegegrade nämlich sind, desto geringer ist der Pflegeaufwand und in diesem Zusammenhang auch die Zahl der weiteren Pflegepersonen (Geiss et al., 2019, S. 95 f.).

Abbildung 2.25: Zahl der an der Pflege beteiligten Privatpersonen 1998, 2010, 2016 und 2018 in Prozent



Quelle: Geiss et al. (2019, S. 95)

Zur Verbesserung der sozialen Sicherung entrichtet die Pflegeversicherung Beiträge an die Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist und eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrads 2 bis 5 in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig für wenigstens zehn Stunden wöchentlich pflegt (§ 44 SGB XI). Bis Ende 2016 mussten 14 Stunden Pflege nachgewiesen sein. Ein Beitragsanspruch besteht nur, solange noch keine Vollrente wegen Alters bezogen wird.

Rentenversicherungsbeiträge für 777.045 Pflegepersonen

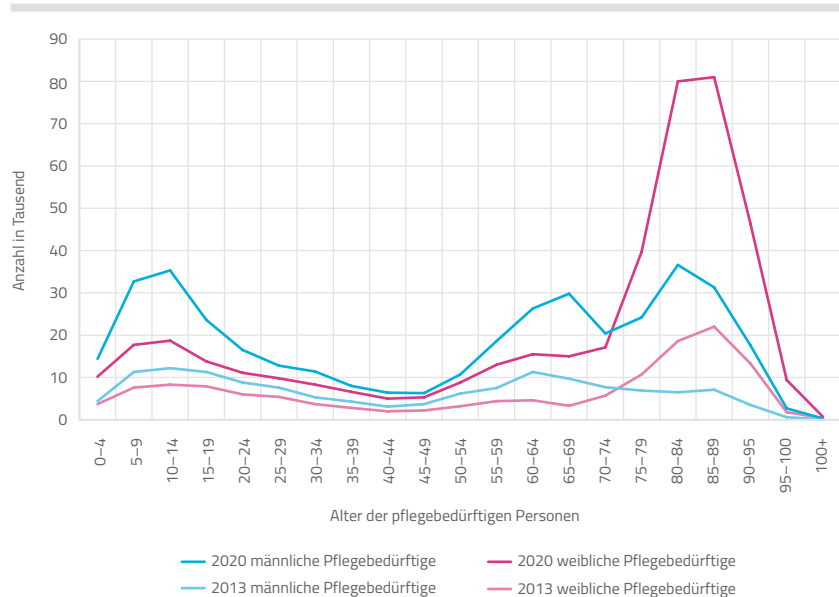
Zum Jahresende 2000 wurden von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) 270.917 pflichtversicherte Pflegepersonen ermittelt. Bis zum Jahresende 2016 stieg die Zahl mit leichten Schwankungen auf 301.999 an. Nach der Umsetzung des PSG II stiegen die

Zahlen dann aber enorm an. Zum 31. Dezember 2017 wurden 527.375, zum 31. Dezember 2018 673.139 (DRV, 2020, S. 28) und zum 31. Dezember 2019 sogar 777.045 Pflegepersonen ermittelt (DRV, 2021, S. 3). Die jährliche Beitragssumme, die in den Jahren 2002 bis 2016 stets bei 0,9 bis 1,0 Milliarden Euro lag, stieg im Jahr 2017 auf 1,5 Milliarden Euro und bis zum Jahr 2020 sogar auf 2,7 Milliarden Euro (BMG, 2021d, S. 12).

Aus den zur Verfügung gestellten Routinedaten der BARMER lässt sich nicht herauslesen, welche Merkmale die pflichtversicherten Pflegepersonen haben. Es lässt sich aber feststellen, für welche Pflegebedürftigen sich im Zuge der gesetzlichen Änderungen eine bessere Absicherung der Pflegepersonen ergeben hat. Insgesamt ergeben sich auf Grundlage der Hochrechnungen der BARMER-Daten für das Jahr 2013 monatlich durchschnittlich 274.000 Leistungsempfänger von Rentenversicherungsbeiträgen und für das Jahr 2020 durchschnittlich 806.000. Das entspricht insgesamt etwa dem Trend der Zahlen der Rentenversicherung. Bezogen auf alle häuslich versorgten Pflegebedürftigen ist der Anteil damit von 16,9 Prozent im Jahr 2013 auf 29,7 Prozent im Jahr 2020 gestiegen.

Wie in Abbildung 2.26 zu sehen ist, gibt es bei den Pflegebedürftigen verschiedene Altersgruppen, in denen auch schon im Jahr 2013 für mehr Pflegepersonen Rentenversicherungsbeiträge von der Pflegekasse gezahlt wurden. Dazu gehören allein schon aufgrund der hohen Fallzahl die hochaltrigen Pflegebedürftigen (vergleiche Kapitel 2.1.1). Relativ zur Fallzahl der Pflegebedürftigen in diesen Altersgruppen ist aber die Zahl der pflichtversicherten Pflegepersonen gering. Verglichen mit 266.000 Pflegebedürftigen in häuslicher Versorgung im Alter von 80 bis 84 Jahren finden sich für das Jahr 2013 nur 25.000 abgesicherte Pflegepersonen. Dies ist ein Anteil von nicht einmal zehn Prozent. Trotz nur 36.000 häuslich versorgter Pflegebedürftiger im Alter von 10 bis 14 Jahren sind im Jahr 2013 mit 20.000 weit mehr als die Hälfte der Hauptpflegepersonen pflichtversichert. Diese hohe Relation bei jungen Pflegebedürftigen ist im Jahr 2020 im sogar auf zwei Drittel gestiegen, während der Anteil bei den 80- bis 84-jährigen Pflegebedürftigen auf über 20 Prozent gestiegen ist. Die geringeren Anteile der sozialen Sicherung bei der Pflege der älteren Pflegebedürftigen sind auch damit begründet, dass hier häufiger eine Partnerpflege stattfindet, bei der es wegen des Altersrentenbezugs keine Anspruchsberechtigung auf diese soziale Absicherung mehr gibt.

Abbildung 2.26: Anzahl monatlicher Beitragszahlungen zur Rentenversicherung für Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht der Pflegebedürftigen – 2013 und 2020



Quelle: BARMER-Daten 2013–2020, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

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

Die Inanspruchnahme dieser Beitragszahlungen ist in der Summe minimal. Beitragszahlungen zur Kranken- oder Pflegeversicherung erfolgten in den Jahren 2013 bis 2020 mit seit 2018 steigender Tendenz für zwischen 140 und 400 Personen im durchschnittlichen Monat. Insgesamt ist somit die Unterstützung durch die Leistungen nach dem Pflegezeitgesetz nicht so angenommen worden wie erhofft.

2.2.4 Fazit zur Leistungserbringung

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

Die Zahl der **ambulanten Pflegedienste** hat zwischen 1999 und 2019 um 35,7 Prozent zugenommen und die Zahl der Beschäftigten gemessen in VZÄ darin sogar um 129,4 Prozent. Damit sind die Einrichtungen im Durchschnitt größer geworden und die Zahl der Beschäftigten ist stärker gestiegen als die Zahl der Pflegebedürftigen mit Sachleistungsbezug.

Auch in der **stationären Versorgung** gab es eine Ausweitung der Kapazitäten. Die Zahl der Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege stieg vor allem in der Zeit von 1999 bis 2011 und stagniert seither. Das feste Angebot an Kurzzeitpflege stagniert von Beginn an. In den Jahren seit 2007 steigt vor allem die Zahl der Einrichtungen, die Tages- oder Nachtpflege anbieten, von 1.800 auf 5.300 im Jahr 2019. Die Kapazitäten in der stationären Versorgung sind gemessen in Beschäftigten um 80,7 Prozent und gemessen in VZÄ um 61,5 Prozent gestiegen. Die Zahl der Heimplätze für Dauerpflege ist um 41,1 Prozent gestiegen und damit in vergleichbarer Weise wie die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege.

Die durchschnittlichen, monatlichen **Gesamtheimentgelte** lagen für Pflegegrad 1 im Jahr 2019 bei 2.443 Euro. Bei Pflegegrad 5 fielen im Durchschnitt 4.010 Euro an. Waren bei Einführung der Pflegeversicherung die Versicherungsleistungen noch teilweise ausreichend, um die Pflegesätze zu decken, sind für das Jahr 2015 bereits durchschnittliche Eigenanteile von 426 Euro (Pflegestufe I) bis 873 Euro (Pflegestufe III) allein für die Pflegeleistungen zu verzeichnen. Die Eigenanteile, die von den Pflegebedürftigen insgesamt zu erbringen sind (einschließlich Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten), lagen im Jahr 2015 sogar zwischen 1.523 Euro (Pflegestufe I) und 1.969 Euro (Pflegestufe III). Durch das PSG II sind einheitliche, pflegebedingte Eigenanteile für die Pflegegrade 2 bis 5 eingeführt worden. Diese liegen im Jahr 2021 bei durchschnittlich 873 Euro. Der gesamte Eigenanteil liegt bei durchschnittlich 2.125 Euro.

Es gibt etwa doppelt so viele **Pflegepersonen** wie Pflegebedürftige in der häuslichen Versorgung. Für eine soziale Absicherung der Pflegepersonen ist eine Mindeststundenzahl an Pflegeetätigkeit in der Woche vonnöten. Mit der Absenkung der Stundenzahl durch das PSG II von 14 Stunden auf zehn Stunden wöchentliche Pflege wurde der Zugang vereinfacht. Eine soziale Absicherung der Pflegepersonen ist dennoch nicht obligatorisch. Der Anteil der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege, für die Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson gezahlt werden, hat sich aber zwischen 2013 und 2020 von 16,9 Prozent auf 29,7 Prozent fast verdoppelt. Rentenversicherungsbeiträge wurden im Durchschnittsmonat im Jahr 2020 inzwischen für rund 806.000 Pflegepersonen gezahlt.

2.3 Finanzierung

Die Pflegeversicherung deckt nur einen Teil der durch die Pflegebedürftigkeit entstehenden Kosten. Die Pflegeversicherung teilt sich dabei auf in die soziale Pflegeversicherung (SPV) für gesetzlich versicherte Personen und die private Pflegeversicherung (PPV) für privat versicherte Personen. Der Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung ist aber für beide Versichertengruppen identisch (Kapitel 2.3.1). Neben der Pflegeversicherung tragen auch andere kollektive Sicherungssysteme (Sozialhilfe und Kriegsopferfürsorge) und Eigenmittel der Betroffenen zur Finanzierung von Pflegebedürftigkeit bei. In Kapitel 2.3.2 wird ein Überblick über die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung gegeben, die quantitativ am bedeutendsten ist. Anschließend werden die Entwicklungen in der privaten Pflegeversicherung (Kapitel 2.3.3) und der Sozialhilfe (Kapitel 2.3.4) dargestellt, bevor in einem Überblick über die gesamte Finanzierung von Leistungsausgaben im Bereich der Langzeitpflege zusätzlich auch auf die Kriegsopferfürsorge und die privaten Ausgaben eingegangen wird (Kapitel 2.3.5).

2.3.1 Leistungen der Pflegeversicherung

Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 sind die meisten Leistungshöhen festgeschrieben und anschließend bis zum Jahr 2008 nicht mehr angepasst worden. Danach wurden die Leistungshöhen unregelmäßig und uneinheitlich angepasst. Auch bis zum aktuellen Berichtsjahr 2021 sieht § 30 SGB XI lediglich vor, dass eine Anpassung alle drei Jahre geprüft werden muss. Mit der Vielzahl an Pflegereformgesetzen wurden dennoch sowohl Leistungserhöhungen als auch zusätzliche Leistungsarten installiert.

Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Verhinderungspflege, Tages- oder Nachtpflege und Kurzzeitpflege sind vom April 1995 an im Leistungskatalog enthalten. Leistungsansprüche bei vollstationärer Dauerpflege gelten seit Juli 1996. Eine Erhöhung erfolgte in unterschiedlichem Ausmaß durch die einzelnen Reformgesetze (siehe Tabelle 2.17 und Tabelle 2.18).

In den im PfWG festgelegten drei Anpassungsschritten in den Jahren 2008, 2010 und 2012 wurden die Leistungen für ambulante Pflege für alle Pflegestufen, die für vollstationäre Dauerpflege nur für Pflegestufe III erhöht. Auch für die Tages- oder Nachtpflege und die Kurzzeitpflege gab es dabei Anpassungen in allen Pflegestufen. Mit dem PfWG wurde die vollständige Anrechnung von Leistungen der Tages- und Nachtpflege auf Pflegesachleistungen oder Pflegegeld aufgehoben. Anstatt von 100 Prozent der in §§ 36, 37 SGB XI festgelegten Höchstwerte konnten bei Kombination von Pflegesachleistungen, Kombinationsleistungen oder Pflegegeld mit Tages- oder Nachtpflege 150 Prozent der Höchstsätze in Anspruch genommen werden. Mit dem PSG I wurde die Anrechnung der Tages- oder Nachtpflege dann vollständig aufgehoben. Zur Stärkung der häuslichen Pflege wurde mit dem PNG die hälftige Fortzahlung des Pflegegelds bei Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr festgelegt. Eine weitere Stärkung der häuslichen Pflege erfolgte dadurch, dass mit dem PSG I Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Entlastung auch für Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz möglich wurden. Mit dem PSG II wurden die Pflegegrade eingeführt und die Leistungssummen in der Mehrzahl direkt von den Pflegestufen auf die nächsthöheren Pflegegrade übertragen. Neue Höchstwerte sind insbesondere für die vollstationäre Dauerpflege festgelegt worden. Diese Werte gelten auch noch im Jahr 2021. Erstmalige Leistungsanpassungen seit 2017 gibt es durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vom 11. Juli 2021 (GVWG) zum Jahr 2022. Eine Erhöhung gibt es für die Pflegesachleistung, die Kurzzeitpflege und die vollstationäre Dauerpflege. Dabei werden die maximalen monatlichen Leistungssummen für Pflegesachleistungen und Kurzzeitpflege um feste Beträge angehoben. Die maximalen Leistungssummen in der vollstationären Dauerpflege hängen hingegen von der bisher verbrachten Zeit in der vollstationären Dauerpflege ab. Je länger die bisherige Verweildauer ist, desto höher ist der pflegebedingte Eigenanteil, den die Pflegeversicherung übernimmt.

Ankündigung von
Leistungsanpassungen
im Jahr 2022

Tabelle 2.17: Maximale Leistungen der Pflegeversicherung im Zeitverlauf – Teil I

Sachleistung nach § 36 SGB XI maximal monatlich in Euro							
Pflegestufe	0	I	I + EA	II	II + EA	III	Härte
bis Juni 2008	–	384	384	921	921	1.432	1.918
ab Juli 2008	–	420	420	980	980	1.470	1.918
2010	–	440	440	1.040	1.040	1.510	1.918
2012	–	450	450	1.100	1.100	1.550	1.918
2013	225	450	665	1.100	1.250	1.550	1.918
2015	231	468	689	1.144	1.298	1.612	1.995
Pflegegrad	PG 1		PG 2		PG 3	PG 4	PG 5
2017	–		689		1.298	1.612	1.955
2022	–		724		1.363	1.693	2.095
Pflegegeld nach § 37 SGB XI maximal monatlich in Euro							
Pflegestufe	0	I	I + EA	II	II + EA	III	Härte
bis Juni 2008	–	205	205	410	410	665	
ab Juli 2008	–	215	215	420	420	675	
2010	–	225	225	430	430	685	
2012	–	235	235	440	440	700	
2013	120	235	305	440	525	700	
2015	123	244	316	458	545	728	
Pflegegrad	PG 1		PG 2		PG 3	PG 4	PG 5
2017	–		316		545	728	901
vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI maximal monatlich in Euro							
Pflegestufe	0	I	I + EA	II	II + EA	III	Härte
1996	–	1.432					1.688
ab Januar 1998 bis Juni 2008	–	1.023	1.023	1.279	1.279	1.432	1.688
ab Juli 2008	–	1.023	1.023	1.279	1.279	1.470	1.750
2010	–	1.023	1.023	1.279	1.279	1.510	1.825
2012	–	1.023	1.023	1.279	1.279	1.550	1.918
2013	–	1.023	1.023	1.279	1.279	1.550	1.918
2015	–	1.064	1.064	1.330	1.330	1.612	1.995
Pflegegrad	PG 1		PG 2		PG 3	PG 4	PG 5
2017	125		770		1.262	1.775	2.005
			770		1.262	1.775	2.005
2022	125						

+ anteilige Übernahme des pflegebedingten Eigenanteils bei andauernder vollstationärer Dauerpflege:
5% bei bis zu 12 Monaten
25% bei mehr als 12 Monaten
45% bei mehr als 24 Monaten
70% bei mehr als 36 Monaten

Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI maximal jährlich in Euro							
... durch nahe Angehörige							
Pflegestufe	0	I	I + EA	II	II + EA	III	Härte
bis Juni 2008 max. 4 Wochen	–	205	205	410	410	665	
ab Juli 2008 max. 4 Wochen	–	215	215	420	420	675	
2010 max. 4 Wochen	–	225	225	430	430	685	
2012 max. 4 Wochen	–	235	235	440	440	700	
2013 max. 4 Wochen ¹	120	235	305	440	525	700	
2015 max. 6 Wochen ¹	184,50	366	474	687	817,50	1.092	
Pflegegrad	PG 1		PG 2		PG 3	PG 4	PG 5
2017 ²	–		474		817,50	1.092	1.351,50
... durch sonstige Personen							
Pflegestufe	0	I	I + EA	II	II + EA	III	Härte
bis Juni 2008 max. 4 Wochen	–				1.432		
ab Juli 2008 max. 4 Wochen	–				1.470		
2010 max. 4 Wochen	–				1.510		
2012 max. 4 Wochen	–				1.550		
2013 max. 4 Wochen ¹					1.550		
2015 max. 6 Wochen ¹					1.612 (+ Umwidmung von Kurzzeitpflege 806)		
Pflegegrad	PG 1		PG 2		PG 3	PG 4	PG 5
2017 max. 6 Wochen ²	–				1.612 (+ Umwidmung von Kurzzeitpflege 806)		
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI maximal jährlich in Euro							
Pflegestufe	0	I	I + EA	II	II + EA	III	Härte
bis Juni 2008 max. 4 Wochen	–				1.432		
ab Juli 2008 max. 4 Wochen	–				1.470		
2010 max. 4 Wochen	–				1.510		
2012 max. 4 Wochen	–				1.550		
2013 max. 4 Wochen ¹	–				1.550		
2015 max. 4 Wochen + 4 Wochen aus Mitteln für die Verhinderungspflege ¹					1.612 (+ Umwidmung von Verhinderungspflege 1.612)		
Pflegegrad	PG 1		PG 2		PG 3	PG 4	PG 5
2017 max. 8 Wochen ³	–				1.612 (+ Umwidmung von Verhinderungspflege 1.612)		
2022 max. 8 Wochen ³	–				1.774 (+ Umwidmung von Verhinderungspflege 1.612)		

Tages- oder Nachtpflege nach § 41 SGB XI maximal monatlich in Euro							
Pflegestufe	0	I	I + EA	II	II + EA	III	Härte
1995 ⁴	–	384	384	767	767	1.074	1.074
ab August 1999 bis Juni 2008 ⁴	–	384	384	921	921	1.432	1.432
ab Juli 2008 ⁵	–	420	420	980	980	1.470	1.470
2010 ⁵	–	440	440	1.040	1.040	1.510	1.510
2012 ⁵	–	450	450	1.100	1.100	1.550	1.550
2013 ⁵	–	450	450	1.100	1.100	1.550	1.550
2015 ⁵	231	468	689	1.144	1.298	1.612	1.612
Pflegegrad	PG 1		PG 2		PG 3	PG 4	PG 5
2017 ⁶	–		689		1.298	1.612	1.995
ambulant betreute Wohngruppe nach 38a SGB XI monatlich in Euro							
Pflegestufe	0	I	I + EA	II	II + EA	III	Härte
2013	–				200		
2015					205		
Pflegegrad	PG 1		PG 2		PG 3	PG 4	PG 5
2017					214		
Anschubfinanzierung zur Gründung von Pflege-WGs nach § 45e SGB XI einmalig in Euro							
Pflegestufe	0	I	I + EA	II	II + EA	III	Härte
2013	–	2.500 (bis zu insgesamt 10.000, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen)					
Pflegegrad	PG 1		PG 2		PG 3	PG 4	PG 5
2017		2.500 (bis zu insgesamt 10.000, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen)					

¹ Für vier Wochen fortgesetzte Zahlung von 50 Prozent des Pflegegelds.

² Für sechs Wochen fortgesetzte Zahlung von 50 Prozent des Pflegegelds.

³ Für acht Wochen fortgesetzte Zahlung von 50 Prozent des Pflegegelds.

⁴ Die Leistungen werden auf die Pflegesachleistungen beziehungsweise anteilig auf das Pflegegeld angerechnet.

⁵ Häftige Anrechnung auf die Pflegesachleistung und den Anteil des Pflegegelds.

⁶ Ohne Anrechnung auf die Pflegesachleistung und das Pflegegeld.

Quelle: BMG (2009, 2012, 2015, 2017, 2018), PflegeVG, 1., 3. und 4. SGB XI-ÄndG., PNG sowie SGB XI, zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 28. März 2021 (BGBl. I S. 591), GVWG.

Tabelle 2.18: Maximale Leistungen der Pflegeversicherung im Zeitverlauf – Teil II

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

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

Quelle: BMG (2009, 2012, 2015, 2017, 2018, 2019a), PfwG und SGB XI, zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 28. März 2021 (BGBl. I S. 591).

2.3.2 Soziale Pflegeversicherung

Die Einnahmen der SPV resultieren fast ausschließlich aus Beiträgen, die im Umlageverfahren aufgebracht werden. Wie Tabelle 2.19 zeigt, haben sich die Einnahmen der SPV in diesem Jahrtausend schon mehr als verdreifacht, von 16,54 Milliarden Euro im Jahr 2000 auf 50,62 Milliarden Euro im Jahr 2020. Die Anstiege sind primär auf mehrere Anhebungen des Beitragssatzes zurückzuführen. Der erste Beitragsanstieg von 1,0 Prozent auf 1,7 Prozent erfolgte schon im Juli 1996 zur Finanzierung der dann eingeführten stationä-

Beitragssatz der SPV
2021 bei 3,05 % (3,3 %
für Kinderlose)

ren Pflege, und nachfolgend wurde der Beitragssatz in mehreren Schritten auf nun 3,05 Prozent (3,3 Prozent für Kinderlose) zum 1. Januar 2019 erhöht.

SPV-Ausgaben von
49,08 Mrd. €

Die Ausgaben sind von 16,67 Milliarden Euro im Jahr 2000 auf 49,08 Milliarden Euro im Jahr 2020 gestiegen. Bei den Ausgaben handelt es sich ganz überwiegend um Leistungsausgaben; der Anteil der Verwaltungskosten (1,41 Milliarden Euro) lag im Jahr 2020 bei lediglich 2,9 Prozent der Gesamtausgaben. Selbst wenn die Kosten des MD (0,53 Milliarden Euro) hinzugerechnet werden, liegt der Ausgabenanteil, der nicht für Leistungen verwendet wird, immer noch bei nur 4,0 Prozent (Tabelle 2.19).

Die Ausgabensteigerungen des Jahres 2017 von rund 7,5 Milliarden Euro sind vor allem auf die Umsetzung des PSG II zurückzuführen (Rothgang & Müller, 2018, S. 27; Schwinger et al., 2018). Auch die im Vergleich dazu moderaten Ausgabensteigerungen in den Jahren 2008 bis 2015 sind insbesondere auf sozialrechtliche Veränderungen zurückzuführen, vor allem auf die Anhebung der Leistungssätze zum 1. Juli 2008, zum 1. Januar 2010 und zum 1. Januar 2012 sowie auf die Leistungsausdehnung (2008) beziehungsweise die Schaffung neuer Leistungstatbestände (2013) für PEA. Dementsprechend sind die Ausgaben für zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI) von null im Jahr 2001 auf 2,03 Milliarden Euro im Jahr 2020 gestiegen. Ebenfalls neu entstanden sind die Ausgaben für stationäre Vergütungszuschläge (für zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 43b SGB XI, bis zum PSG II: § 87b SGB XI), die im Jahr 2020 eine Summe von 1,60 Milliarden Euro erreichten. Zur besonderen Ausgabensteigerung im Jahr 2020 haben die sonstigen Leistungsausgaben in Höhe von 3,16 Milliarden Euro im Vergleich zu 0,32 Milliarden Euro im Vorjahr beigetragen.

Der größte Teil der Leistungsausgaben entfällt noch auf die Leistungen bei vollstationärer Pflege, deren Anteil an den Leistungsausgaben aber (inklusive der Leistungen nach § 43b SGB XI) von 48,3 Prozent im Jahr 2001 auf 32,0 Prozent im Jahr 2020 gesunken ist. Neben dem seit dem Jahr 2007 sinkenden Anteil vollstationär versorgter Pflegebedürftiger ist hierfür die fehlende Dynamisierung der Leistungen in den Pflegestufen I und II in den Dynamisierungsrunden der Jahre 2008, 2010 und 2012 verantwortlich. Die Ausgaben für Pflegegeld betragen zuletzt 28,3 Prozent und für Pflegesachleistungen 11,6 Prozent der Leistungsausgaben. Während die Ausgaben für die vollstationäre Dauerpflege seit der Einführung der Pflegegrade stagnieren, stiegen die Ausgaben für Pflegegeld um 29,0 Prozent.

Tabelle 2.19: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Einnahmen	in Milliarden Euro								
Beitrageinnahmen	8,31	11,90	15,77	15,80	16,13	16,31	16,56	16,76	16,61
sonstige Einnahmen	0,09	0,14	0,17	0,20	0,19	0,23	0,25	0,22	0,25
Einnahmen insgesamt	8,40	12,04	15,94	16,00	16,32	16,54	16,80	16,98	16,86
Ausgaben	in Milliarden Euro								
Leistungsausgaben	4,42	10,25	14,34	15,07	15,55	15,86	16,03	16,47	16,64
Geldleistung	3,04	4,44	4,32	4,29	4,24	4,18	4,11	4,18	4,11
Pflegesachleistung	0,69	1,54	1,77	1,99	2,13	2,23	2,29	2,37	2,38
Verhinderungspflege	0,13	0,13	0,05	0,06	0,07	0,10	0,11	0,13	0,16
Tages-/Nachtpflege	0,01	0,03	0,04	0,04	0,05	0,06	0,07	0,08	0,08
ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01
Kurzzeitpflege	0,05	0,09	0,10	0,11	0,12	0,14	0,15	0,16	0,16
soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,31	0,93	1,18	1,15	1,13	1,07	0,98	0,96	0,95
Hilfsmittel/Wohnumfeldverbesserung	0,19	0,39	0,32	0,36	0,40	0,36	0,31	0,33	0,31
vollstationäre Dauerpflege	0,00	2,69	6,41	6,84	7,18	7,47	7,75	8,00	8,20
vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,00	0,00	0,13	0,22	0,20	0,21	0,21	0,21	0,23
stationäre Vergütungszuschläge	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pflegeberatung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
sonstige Leistungsausgaben	0,00	0,01	0,01	0,01	0,02	0,04	0,04	0,04	0,04
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,23	0,24	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25	0,26	0,26
Verwaltungsausgaben	0,32	0,36	0,56	0,56	0,55	0,56	0,57	0,58	0,59
Zuführung zum Pflegevorsorgefonds	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
sonstige Ausgaben	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,06	0,06
Ausgaben insgesamt	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87	17,36	17,56
Liquidität	in Milliarden Euro								
Überschuss der Einnahmen	3,44	1,18	0,81	0,13	-0,03	-0,13	-0,06	-0,38	-0,69
Mittelbestand am Jahresende	2,87	4,05	4,86	4,99	4,95	4,82	4,76	4,93	4,24
in Monatsausgaben laut Haushaltsplänen der Kassen	3,93	2,96	3,77	3,70	3,61	3,37	3,27	3,34	2,82

Anmerkung: Im Jahr 1995 hat der Bund ein Investitionsdarlehen von 0,56 Milliarden Euro entnommen und im Jahr 2002 zurückgezahlt.

Tabelle 2.19: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Fortsetzung I)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Einnahmen	in Milliarden Euro								
Beitragseinnahmen	16,64	17,38	18,36	17,86	19,61	21,19	21,64	22,13	22,92
sonstige Einnahmen	0,23	0,12	0,13	0,16	0,16	0,12	0,14	0,11	0,13
Einnahmen insgesamt	16,87	17,49	18,49	18,02	19,77	21,31	21,78	22,24	23,05
Ausgaben	in Milliarden Euro								
Leistungsausgaben	16,77	16,98	17,14	17,45	18,20	19,33	20,43	20,89	21,86
Geldleistung	4,08	4,05	4,02	4,03	4,24	4,47	4,67	4,74	5,08
Pflegesachleistung	2,37	2,40	2,42	2,47	2,60	2,75	2,91	2,98	3,11
Verhinderungspflege	0,17	0,19	0,21	0,24	0,29	0,34	0,40	0,44	0,50
Tages-/Nachtpflege	0,08	0,08	0,09	0,09	0,11	0,15	0,18	0,21	0,25
ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen	0,02	0,02	0,03	0,03	0,06	0,19	0,28	0,33	0,38
Kurzzeitpflege	0,20	0,21	0,23	0,24	0,27	0,31	0,34	0,35	0,38
soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,93	0,90	0,86	0,86	0,87	0,88	0,88	0,87	0,89
Hilfsmittel/Wohnumfeldverbesserung	0,30	0,32	0,33	0,36	0,40	0,38	0,38	0,34	0,36
vollstationäre Dauerpflege	8,35	8,52	8,67	8,83	9,05	9,29	9,56	9,71	9,96
vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,23	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25	0,26	0,26	0,26
stationäre Vergütungszuschläge	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21	0,45	0,50	0,54
Pflegeberatung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,04	0,07	0,08	0,07
sonstige Leistungsausgaben	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,06	0,06	0,06	0,08
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,27	0,28	0,27	0,27	0,28	0,31	0,30	0,32	0,34
Verwaltungsausgaben	0,58	0,59	0,62	0,62	0,65	0,68	0,71	0,71	0,75
Zuführung zum Pflegevorsorgefonds	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
sonstige Ausgaben	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ausgaben insgesamt	17,69	17,86	18,03	18,34	19,14	20,33	21,45	21,93	22,94
Liquidität	in Milliarden Euro								
Überschuss der Einnahmen	-0,82	-0,36	0,45	-0,32	0,63	0,99	0,34	0,31	0,10
Mittelbestand am Jahresende	3,42	3,05	3,50	3,18	3,81	4,80	5,13	5,45	5,55
in Monatsausgaben laut Haushaltsplänen der Kassen	2,27	2,01	2,29	2,06	2,33	2,78	2,87	2,93	2,86

Tabelle 2.19: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Fortsetzung II)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Einnahmen	in Milliarden Euro							
Beitragseinnahmen	24,86	25,83	30,61	31,96	36,04	37,65	46,53	47,89
sonstige Einnahmen	0,09	0,08	0,08	0,07	0,06	0,07	0,72	2,73
Einnahmen insgesamt	24,96	25,91	30,69	32,03	36,10	37,72	47,24	50,62
Ausgaben	in Milliarden Euro							
Leistungsausgaben	23,17	24,24	26,64	28,29	35,54	38,25	40,69	45,60
Geldleistung	5,69	5,94	6,46	6,84	9,99	10,88	11,74	12,89
Pflegesachleistung	3,37	3,56	3,70	3,83	4,50	4,78	4,98	5,30
Verhinderungspflege	0,59	0,68	0,88	1,05	1,12	1,25	1,46	1,63
Tages-/Nachtpflege	0,28	0,31	0,41	0,52	0,68	0,80	0,94	0,74
ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen	0,44	0,48	0,68	1,01	1,23	1,63	1,92	2,03
Kurzzeitpflege	0,41	0,43	0,50	0,57	0,60	0,65	0,70	0,61
soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,88	0,94	0,96	0,99	1,54	2,10	2,38	2,72
Hilfsmittel/Wohnumfeldverbesserung	0,44	0,53	0,76	0,81	0,88	1,06	1,19	1,38
vollstationäre Dauerpflege	10,06	10,26	10,74	10,91	13,00	12,95	12,98	12,98
vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,26	0,27	0,28	0,29	0,40	0,44	0,44	0,42
stationäre Vergütungszuschläge	0,58	0,63	1,03	1,23	1,31	1,37	1,51	1,60
Pflegeberatung	0,07	0,08	0,09	0,09	0,09	0,13	0,13	0,13
sonstige Leistungsausgaben	0,11	0,12	0,14	0,16	0,20	0,22	0,32	3,16
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,36	0,37	0,37	0,39	0,42	0,45	0,49	0,53
Verwaltungsausgaben	0,79	0,84	0,89	1,02	1,18	1,14	1,28	1,41
Zuführung zum Pflegevorsorgefonds	0,00	0,00	1,10	1,29	1,36	1,41	1,48	1,53
sonstige Ausgaben	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02	0,01
Ausgaben insgesamt	24,33	25,45	29,01	31,00	38,52	41,27	43,95	49,08
Liquidität	in Milliarden Euro							
Überschuss der Einnahmen	0,63	0,46	1,68	1,03	-2,42	-3,55	3,29	1,54
Mittelbestand am Jahresende	6,17	6,63	8,31	9,34	6,92	3,37	6,66	8,20
in Monatsausgaben laut Haushaltsplänen der Kassen	3,00	3,12	3,51	3,80	2,17	1,02	1,88	2,16
Nachrichtlich: Mittelbestand Pflegevorsorgefonds	0,00	0,00	1,09	2,44	3,83	5,17	7,18	9,01

Anmerkung: ab 2019 „stationäre Vergütungszuschläge“ inklusive „Vergütungszuschlägen für zusätzliches Personal in vollstationären Einrichtungen“

Quelle: BMG (2021a)

Im Jahr 2015 wurden zudem erstmals 1,10 Milliarden Euro dem Pflegevorsorgefonds zugeführt. Nach sechs Jahren beläuft sich dessen Mittelbestand nun auf 9,01 Milliarden Euro (Tabelle 2.19).

Nachdem die soziale Pflegeversicherung seit dem Jahr 2008 durchgängig einen Liquiditätsüberschuss erzielt hatte, ist mit der Umsetzung des PSG II im Jahr 2017 ein Defizit von 2,42 Milliarden Euro entstanden, das aufgrund der guten Konjunkturlage allerdings sogar noch etwas niedriger ausgefallen ist als vorausberechnet (Rothgang et al., 2016, S. 50 f.). Im Jahr 2018 lag das Defizit dann schon bei 3,55 Milliarden Euro (Tabelle 2.19). Zum 1. Januar 2019 wurde der Beitragssatz erneut um 0,5 Beitragssatzpunkte angehoben, um ein weiteres Defizit für 2019 zu vermeiden. So wurde sogar ein Überschuss von 3,29 Milliarden Euro erzielt. Aufgrund der weiter steigenden Zahlen der Pflegebedürftigen und der durch die Corona-Pandemie bedingten wirtschaftlichen Lage ist der Überschuss im Jahr 2020 aber auf 1,54 Milliarden Euro abgeschmolzen.

2.3.3 Private Pflegeversicherung

Für privat krankenversicherte Personen besteht ebenso wie bei gesetzlich krankenversicherten Personen eine Versicherungspflicht, die mit Abschluss eines Vertrags mit einem privaten Versicherungsunternehmen erfüllt werden muss (§ 23 SGB XI). Zudem ist sowohl für gesetzlich als auch privat Versicherte die Möglichkeit gegeben, sich zusätzlich privat gegen das Pflegerisiko abzusichern. Diese Zusatzversicherungen werden im Folgenden aber nicht berücksichtigt. Alle Angaben beziehen sich nur auf die verpflichtende private Pflegeversicherung (PPV).

Im Jahr 2019 waren 9,3 Millionen Menschen in Deutschland privat pflegeversichert (PKV, 2020, S. 28). Das entspricht bei einer Bevölkerung von 83,2 Millionen Menschen (Statistisches Bundesamt, 2020b) einem Anteil von 11,2 Prozent. 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.

Tabelle 2.20: Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung

Jahr	Beitragseinnahmen	Versicherungsleistungen		Altersrückstellungen
	in Millionen Euro	in Millionen Euro	Anteil der Beitragseinnahmen in Prozent	in Millionen Euro
1995	1.253,0	92,8	7,4	521,5
1996	1.697,0	300,8	17,7	1.356,9
1997	2.166,5	446,8	20,6	2.543,2
1998	2.149,1	449,8	20,9	3.486,0
1999	1.974,5	462,9	23,4	5.316,4
2000	2.008,6	471,1	23,5	6.532,6
2001	1.955,1	486,1	24,9	8.585,8
2002	1.985,2	496,9	25,0	9.889,5
2003	1.847,9	517,9	28,0	11.797,7
2004	1.871,4	528,5	28,2	12.956,7
2005	1.867,5	549,8	29,4	14.623,2
2006	1.871,3	563,8	30,1	15.871,4
2007	1.882,9	578,1	30,7	17.150,5
2008	1.970,2	617,7	31,4	19.188,2
2009	2.074,2	667,7	32,2	20.401,2
2010	2.096,0	698,8	33,3	22.534,0
2011	2.105,1	720,5	34,2	24.022,8
2012	2.010,7	779,3	38,8	25.708,3
2013	2.062,1	857,1	41,6	27.108,5
2014	2.013,6	880,1	43,7	28.486,9
2015	2.196,1	967,8	44,1	31.038,3
2016	2.165,1	1.049,6	48,5	32.554,7
2017	2.594,5	1.286,1	49,6	34.481,6
2018	2.557,7	1.439,7	56,3	36.156,1
2019	3.212,9	1.574,6	49,0	38.958,1

Quelle: PKV (2006, S. 88 ff.; 2012, S. 92 ff.; 2020, S. 86 ff.), eigene Berechnungen

Nach einem Anstieg der jährlichen Einnahmen der PPV in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung erreichten diese im Jahr 1997 mit 2,17 Milliarden Euro ihren ersten Höhepunkt, gingen anschließend bis zum Jahr 2003 zurück und lagen bis 2007 nahezu konstant bei 1,87 Milliarden Euro (Tabelle 2.20). Diese Entwicklung wurde insbesondere durch Prämienreduktionen bei steigender Versichertenzahl verursacht. Ab dem Jahr 2008 kam es bei geringfügigen Schwankungen zu einem Anstieg der Beitragseinnahmen auf 2,0 bis 2,2 Milliarden Euro. Die Beitragseinnahmen bewegten sich bis 2016 in diesem Korridor. Im Zuge deutlicher Prämien erhöhungen in den Jahren 2017 und 2019 erhöhten sich die Beitragseinnahmen auf knapp 3,2 Milliarden Euro.

Altersrückstellungen der
PPV nicht mehr weit
entfernt vom Jahresleis-
tungsvolumen der SPV

Die Ausgaben für Versicherungsleistungen bleiben im gesamten Zeitraum deutlich unter den Einnahmen; sie sind aber relativ stärker gestiegen. Ausgehend von rund 450 Millionen Euro in den Jahren 1997 und 1998 haben sie sich bis 2007 kontinuierlich erhöht. In den letzten Jahren erfolgten sprunghafte Anstiege der Leistungsausgaben insbesondere im Anschluss an die Pflegereformen (2008, 2013, 2015 und schließlich 2017), so dass die Ausgaben zwischen 2008 und 2019 um mehr als 150 Prozent angestiegen sind. Insgesamt 39,0 Milliarden Euro Altersrückstellungen wurden seit Beginn der Pflegeversicherung angesammelt (Tabelle 2.20). Im Jahr 2019 entsprechen die Altersrückstellungen in der PPV somit schon fast 96 Prozent der gesamten Leistungssumme des Jahres in der SPV.

2.3.4 Sozialhilfe

Pflegebedürftige werden für die Pflegeversicherung und die Sozialhilfe in gleicher Weise nach Pflegegraden unterschieden. Ebenso wie gegenüber der Pflegeversicherung besteht auch gegenüber der Sozialhilfeträger ein deutlich eingeschränkter Leistungsanspruch bei Vorliegen des Pflegegrads 1 (§ 63 SGB XII). Der Leistungsanspruch gegenüber der Sozialhilfe ist dem Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung nachrangig (§ 64 SGB XII). Wenn Pflegeversicherungsleistungen, eigenes Einkommen und Vermögen nicht mehr ausreichen, kann „Hilfe zur Pflege“ beim Sozialamt beantragt werden.

Ein Ziel der Einführung der Pflegeversicherung waren die Reduktion der Zahl der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ und eine damit verbundene Ausgabenreduktion der Sozialhilfeträger. Tatsächlich hat sich die Zahl der Leistungsempfänger von 373.000 im Jahr 1995 auf 222.000 im Jahr 1998 um mehr als ein Drittel reduziert. In den Folgejahren stieg die Empfängerzahl wieder an und lag im Zeitraum von 2012 bis 2016 im Bereich von 339.000

bis 350.000. Im Jahr 2017 sanken die Zahlen im Zuge der Leistungsausweitungen der Pflegeversicherung deutlich ab, stiegen aber im dem Folgejahren im Bereich der stationären Pflege wieder an (Tabelle 2.21).

Tabelle 2.21: Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege“ – Empfänger und Nettoausgaben

Jahr	Anzahl der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ am 31.12. in Tausend			Nettoausgaben im Berichtsjahr für „Hilfe zur Pflege“ in Millionen Euro		
	insgesamt ¹	ambulant	stationär	insgesamt	ambulant	stationär
1995	373	85	288	6.264	509	5.754
1996	285	66	219	4.823	370	4.453
1997	251	64	187	2.509	375	2.133
1998	222	62	160	2.284	390	1.894
1999	247	57	191	2.320	397	1.923
2000	261	59	203	2.308	412	1.896
2001	256	61	196	2.349	439	1.910
2002	246	60	187	2.421	474	1.948
2003	242	55	187	2.420	515	1.905
2004	246	55	191	2.513	525	1.988
2005 ²	257	58	200	2.611	547	2.064
2006 ²	269	59	211	2.530	601	1.929
2007 ²	262	62	201	2.666	624	2.043
2008	285	68	218	2.751	667	2.085
2009	299	77	224	2.878	714	2.164
2010	318	84	235	2.967	763	2.204
2011	330	90	241	3.104	802	2.302
2012	339	95	246	3.245	851	2.394
2013	342	97	247	3.339	859	2.479
2014	350	99	253	3.502	903	2.599
2015	349	99	252	3.569	976	2.593
2016	347	95	253	3.796	1.038	2.759
2017	287	55	234	3.391	938	2.453
2018	299	55	245	3.472	937	2.534
2019	302	52	250	3.777	971	2.806

¹ Abweichungen durch Mehrfachzählungen.

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

Quelle: Statistisches Bundesamt (2018a, 2018b, 2020a, 2020c, 2021a)

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

Durchgängig bezieht die Mehrzahl der Leistungsempfänger „Hilfe zur Pflege“ in stationären Einrichtungen. Der Anteil der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ im ambulanten Bereich, gemessen an allen Empfängern von „Hilfe zur Pflege“, ist in den Jahren 1995 bis 2016 von rund 23 Prozent auf rund 27 Prozent gestiegen. Nach der Reform 2017 hat sich diese Tendenz jedoch umgekehrt. Im Jahr 2019 waren nur noch 17 Prozent der Hilfebedürftigen ambulant versorgt.

Auch wenn zuletzt die Steigerungen im stationären Bereich höher lagen als im ambulanten Bereich, haben sich die Summen der Nettoausgaben im ambulanten und im stationären Bereich über den gesamten Zeitraum stark angenähert. Dadurch, dass sich die Ausgaben der „Hilfe zur Pflege“ im ambulanten Bereich nahezu verdoppelt und im stationären Bereich in etwa halbiert haben, ist das Verhältnis von 1 : 11 (1995) auf etwa 1 : 3 (2019) gesunken.

Der Anteil der Sozialhilfeempfänger an allen Pflegeheimbewohnern ist – bei leichten Schwankungen – seit Ende des letzten Jahrhunderts bis heute mit rund 30 Prozent weitgehend konstant geblieben. Auf 100 Pflegebedürftige, die durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden, kamen über die Jahre hingegen nur 12 bis 16 Personen, die „Hilfe zur Pflege“ außerhalb von Einrichtungen in Anspruch nehmen. Im Jahr 2017 hat sich dieser Anteil deutlich auf knapp sieben Prozent reduziert und sinkt weiter ab (Tabelle 2.5 und Tabelle 2.21).

2.3.5 Finanzierung im Überblick

Abschließend gibt dieses Kapitel einen Überblick über die zuvor genannten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit im Jahr 2019. Zusätzlich zu den bisher behandelten Kostenträgern werden die Ausgaben der Kriegssopferfürsorge und die privaten Ausgaben für Pflegebe-

dürftigkeit berücksichtigt. Es handelt sich hierbei nur um die Ausgaben für die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit und nicht um die Gesamtausgaben für die Pflegebedürftigen. Ausgaben, die etwa in der Krankenversicherung für Pflegebedürftige anfallen, sowie Investitionskosten und Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Pflegeheim werden hier nicht berücksichtigt. Differenziert wird zwischen öffentlichen und privaten Ausgaben. Die PPV wird für den Zweck dieser Übersicht dem öffentlichen Sektor zugerechnet, da auch sie per Gesetz gegründet wurde, in Bezug auf die Sozialversicherung eine substitutive Funktion hat und ihre Mitglieder einer Versicherungspflicht unterliegen.

Die öffentlichen Ausgaben können den Berichterstattungen aus den jeweiligen Organisationen (Pflegeversicherung, Sozialhilfe, Kriegsopferfürsorge) entnommen werden. Bei diesem institutionellen Zugang werden damit auch die Ausgaben für Pflegegeld berücksichtigt.

Für die privaten Ausgaben für Pflege im Pflegeheim wurden die Leistungsempfänger mit dem zu tragenden Anteil pro Kopf an den Pflegekosten, die nicht von der Pflegeversicherung getragen werden, multipliziert. Dies sind im Jahr 2019 1.110 Euro bei Pflegegrad 1 und 797 bei Pflegegrad 2 bis 5 (Kapitel 2.2.2, Tabelle 2.16). In der Summe resultieren daraus 7,85 Milliarden Euro an Eigenanteilen. Von den privat getragenen Pflegekosten in der stationären Pflege wurden anschließend die Nettoausgaben der Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege“ in Einrichtungen in Höhe von 2,81 Milliarden Euro (Kapitel 2.3.4, Tabelle 2.21) abgezogen, womit sich 5,04 Milliarden Euro direkte private Ausgaben für die stationäre Pflege ergeben (Tabelle 2.22).

Für die häusliche Pflege können die privaten Ausgaben nur geschätzt werden. In einer Repräsentativbefragung wurden monatlich privat getragene Kosten von durchschnittlich 269 Euro ermittelt, die im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit in eigener Häuslichkeit entstehen (Schneekloth et al., 2017, S. 158 f.). Die ausgewiesenen, selbst getragenen Kosten im ambulanten Bereich basieren auf Befragungen im Jahr 2016. Durch die Erhöhungen der maximalen Leistungen der Pflegeversicherung zum Jahr 2017 können diese inzwischen auch niedriger liegen. Zudem ist der Anteil der durch Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen mit selbst finanzierten Leistungen durch die Pflegedienste rückläufig (Geiss et al., 2019, S. 160). Daher wird an dieser Stelle der Wert aus dem Jahr

2016 weiterhin genutzt. Multipliziert mit der Zahl der Leistungsempfänger am Jahresende 2019 ergeben sich Ausgaben von insgesamt 10,00 Milliarden Euro. Nach Abzug der Nettoaufwendungen für die „Hilfe zur Pflege“ außerhalb von Einrichtungen von 0,97 Milliarden Euro (Tabelle 2.21) verbleibt ein Betrag von 9,03 Milliarden Euro (Tabelle 2.22).

Tabelle 2.22: Leistungsausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2019

Ausgabenträger	in Milliarden Euro	Anteil an öffentlichen/privaten Ausgaben in Prozent	Anteil an den Gesamtausgaben in Prozent
öffentliche Ausgaben	46,92	100,0	76,9
soziale Pflegeversicherung	40,69	86,7	66,7
private Pflegepflichtversicherung	1,57	3,4	2,6
Beamtenbeihilfe ¹	0,79	1,7	1,3
Sozialhilfe	3,78	8,0	6,2
Kriegsopferfürsorge ²	0,09	0,2	0,1
private Ausgaben ³	14,08	100,0	23,1
Pflegeheim ⁴	5,04	35,8	8,3
häusliche Pflege ⁵	9,03	64,2	14,8
gesamt	61,00		100,0

¹ Geschätzt als 50 Prozent der PPV-Ausgaben – siehe Text.

² Werte der Kriegsopferfürsorge für das Jahr 2018.

³ Schätzwerte, basierend auf Personenzahlen vom 31. Dezember 2019 und – bei der häuslichen Pflege – Befragungswerten aus dem Jahr 2017.

⁴ Privat getragene Pflegekosten abzüglich „Hilfe zur Pflege“ im stationären Bereich im Berichtsjahr 2019.

⁵ Privat getragene Pflegekosten abzüglich „Hilfe zur Pflege“ im ambulanten Bereich im Berichtsjahr 2019.

Quelle: Darstellung und Berechnungen auf Grundlage von Kriegsopferfürsorge: Statistisches Bundesamt (2019), soziale Pflegeversicherung: BMG (2021a), private Pflegepflichtversicherung: PKV (2020, S. 89), Sozialhilfe: Statistisches Bundesamt (2021a), Eigenanteil an den Pflegekosten im Pflegeheim: Statistisches Bundesamt (2020e), private Aufwendungen in der häuslichen Pflege: Schneckloth et al. (2017, S. 158).

Die pflegebedingten Ausgaben betragen insgesamt rund 61,00 Milliarden Euro. Wie in Tabelle 2.22 zu sehen ist, werden mehr als ein Fünftel (23,1 Prozent) der Pflegekosten privat finanziert. Hiervon entfallen etwa ein Drittel (8,3 Prozent der Gesamtkosten) auf den stationären und zwei Drittel (14,8 Prozent der Gesamtkosten) auf den häuslichen Bereich. Bei den öffentlichen Ausgaben wird mit 86,7 Prozent der bei Weitem größte Teil von der SPV abgedeckt, während auf die Sozialhilfe 8,0 Prozent entfallen. Demgegenüber ist der Anteil der öffentlichen Ausgaben, der jeweils von der PPV und der Kriegsopferfürsorge getragen wird, mit 3,4 Prozent beziehungsweise 0,2 Prozent relativ gering. Die SPV ist damit der wichtigste Kostenträger, der das gesamte Pflegesicherungssystem prägt. Gleichzeitig deckt die SPV aber nur gut zwei Drittel der entstehenden Pflegekosten ab. Gemeinsam finanzieren beide Zweige der Pflegeversicherung, also SPV und PPV, 69,3 Prozent der hier betrachteten Ausgaben. Damit zeigt sich der Teilversicherungscharakter der Pflegeversicherung sehr deutlich.

Die Pflegeversicherung trägt 69,3 % der Pflegekosten.

Weitgehend unberücksichtigt durch die Pflegeversicherung bleiben die Opportunitätskosten der familialen Pflege. Zudem sind die Ausgaben für Verpflegung und Unterkunft im stationären Bereich, die im Januar 2019 je Pflegeheimbewohner mit Pflegegrad 2 bis 5 durchschnittlich 757 Euro betragen, und die Investitionskosten von rund 451 Euro (Kapitel 2.2.2, Tabelle 2.16) nicht berücksichtigt. Diese Ausgaben übersteigen zusammen die durchschnittlichen Ausgaben eines Einpersonenhaushalts für Wohnen, Energie und Wohnungsinstandhaltung (669 Euro) plus Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren (211 Euro) (Statistisches Bundesamt, 2020f, S. 42). Die Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investition sind für viele Pflegebedürftige im Pflegeheim somit zumindest in Teilen auch pflegebedingt, weil sie wegen ihrer Pflegebedürftigkeit gezwungen sind, bei geringerer Wohnfläche teurer zu wohnen.

Kapitel 3

Wirkungen der Pflegerereformen und Zukunftstrends

3 Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends

Die Zahl der in der Pflegestatistik ausgewiesenen Pflegebedürftigen nimmt stetig zu (Tabelle 2.1 in Kapitel 2.1.1). Lagen die durchschnittlichen jährlichen Steigerungsraten dabei in den ersten Berichtsjahren bis 2009 zwischen 0,59 Prozent und 2,74 Prozent, stiegen sie in den weiteren Berichtsjahren über 3,43 Prozent im Jahr 2011 auf 9,95 Prozent im Jahr 2019. Die Zunahmen sind teils durch demografische Entwicklungen und teils durch andere Ursachen begründet. So kommen Prävalenzvergleiche anhand der Pflegestatistik über den Zeitraum von 1999 bis 2011 zu dem Ergebnis, dass die Veränderung der Fallzahlen in diesem Zeitraum fast ausschließlich auf den demografischen Wandel zurückzuführen ist (Rothgang et al., 2013, S. 84). Prävalenzvergleiche anhand der Kassenstatistik zeigen hingegen schon für den Zeitraum von 2003 bis 2015 – auch ohne Berücksichtigung der Pflegestufe 0 – relativ stetig steigende altersspezifische Prävalenzen in Pflegestufe I, nicht aber in Pflegestufe II und III (Rothgang et al., 2017, S. 112 f.). Erklärt werden können diese Steigerungen mit den veränderten Anreizstrukturen, die insbesondere Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) mehr und höhere Leistungsansprüche gewährten. So wurden die Leistungsansprüche für zusätzliche Betreuungsleistungen im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) vom 28. Mai 2008 ausgebaut, und mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz vom 23. Oktober 2012 (PNG) wurde PEA mit Pflegestufe 0 der Leistungsanspruch auf Pflegegeld eingeräumt. Mit der Umsetzung des Pflegestärkungsgesetzes II (PSG II) wurden die PEA mit Pflegestufe 0 in den Pflegegrad 2 übergeleitet. Durch diese Ausweitung des leistungsberechtigten Personenkreises erhöht sich die Zahl der Pflegebedürftigen zusätzlich. Unter Berücksichtigung der PEA mit Pflegestufe 0 und mit der Umstellung auf die Pflegegrade ist also von einer noch höheren altersspezifischen Pflegeprävalenz auszugehen. In diesem Schwerpunktkapitel werden im Gegensatz zu Kapitel 2 auch durchgängig die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 berücksichtigt, was zu einer weiteren Steigerung der erfassten Pflegeprävalenz führt.

Für die zukünftige Ausgestaltung der Pflegeversicherung ist es von Bedeutung, mit wie vielen Pflegebedürftigen und mit welchen Leistungsanspruchnahmen zu rechnen ist. Vormalige Projektionen, die sich auf die zurückliegenden Entwicklungen im Rahmen der Pflegestufen bezogen, haben schon den aktuellen Stand deutlich unterschätzt, da der ab 2017 geltende neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht antizipiert werden konnte. So wurde beispielsweise die Zahl der Pflegebedürftigen für das Jahr 2020 auf 2,9 Millionen (vbw, 2012, S. 16) geschätzt. Tatsächlich waren es aber auch ohne Pflegegrad 1 im Jahr 2019 schon 3,83 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland (vergleiche Tabelle 2.3 in Kapitel 2.1.1). In einer anderen Studie wurden die jährlichen Steigerungsraten der Zahl der Pflegebedürftigen ab 2013 bis 2050 durchweg unter zwei Prozent geschätzt (Rothgang et al., 2012, S. 61). Diese Raten liegen in den Jahren 2013 bis 2019 aber weit über drei Prozent bis fast zehn Prozent. Für den Zeitraum von 2013 bis 2030 wurde eine Steigerung der Zahl der Pflegebedürftigen um 32,5 Prozent (Rothgang et al., 2016b, S. 9) beziehungsweise um etwa 35 Prozent (BIB, 2015) angenommen. Tatsächlich hat die Zahl der Pflegebedürftigen (inklusive Pflegestufe 0 und ohne Pflegegrad 1) allein in der Zeit von 2013 bis 2019 schon um 40 Prozent zugenommen (vergleiche Tabelle 2.3 in Kapitel 2.1.1). Aktuellere Projektionen auf Grundlage der Pflegestatistik 2017 und der Annahme gleichbleibender alters- und geschlechtsspezifischer Pflegequoten gehen davon aus, dass die Zahl der Pflegebedürftigen (inklusive Pflegegrad 1) in der sozialen Pflegeversicherung bis zum Jahr 2050 auf 5,09 Millionen (Schwinger et al., 2019, S. 10) und inklusive der Privatversicherten auf 5,36 Millionen ansteigt (BIB, 2020). Das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB) weist schon für das Jahr 2040 5,37 Millionen Pflegebedürftige und für das Jahr 2060 sogar 6,2 Millionen Pflegebedürftige aus (BIB, 2021). Je aktueller die Projektionen sind, desto höher sind die vorausgesagten Fallzahlen – und dennoch wurde die Realität jedes Mal unterschätzt.

vorausgesagte Fallzahlen zur Pflegebedürftigkeit regelmäßig zu gering

Auch die neuesten Projektionen des BIB (2021), die auf den fortgeschriebenen Prävalenzen des Jahres 2019 beruhen, werden die zukünftige Entwicklung deutlich unterschätzen, da die Einführungseffekte der letzten Reformen – entgegen der verwendeten Annahme

des BIB – noch nicht abgeschlossen sind. Schon für das Jahr 2020 zeigen sich anhand der BARMER-Daten im Vergleich zum Jahr 2019 deutlich gestiegene Prävalenzen (siehe Kapitel 3.2.2). Die notwendige Weiterentwicklung der Pflegeversicherung sollte daher auf Zahlen beruhen, die die jüngsten Entwicklungen der Pflegeprävalenz berücksichtigen.

Gegenstand: Pflege-
bedürftige, Pflegekräfte,
Finanzierungsvolumen

Gegenstand dieses Schwerpunktkapitels ist aber nicht nur die Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen, sondern auch die des Pflegepersonalbedarfs und der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung. Von Bedeutung für die Projektion des Finanzierungsvolumens und des benötigten Pflegepersonals ist aber nicht nur die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen, sondern auch die Entwicklung der Inanspruchnahmen der verschiedenen Leistungen und die Pflegegradverteilung der Pflegebedürftigen. Auch hier gab es in den letzten Jahren Veränderungen, die insbesondere von der Weiterentwicklung des gesetzlichen Rahmens geprägt sind. So veränderten sich die Leistungsausgaben, die Leistungstage und die Leistungsausgaben je Leistungstag entsprechend den Leistungsanpassungen und Leistungsausweitungen durch das PNG, PSG I und PSG II (Schwinger et al., 2018, S. 15).

Vor diesem Hintergrund wird in Kapitel 3.1 zunächst detailliert die bisherige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen und der Prävalenzen nach Pflegegraden und Versorgungsarten nachvollzogen und analysiert, in welchem Umfang die Fallzahlsteigerungen der Vergangenheit auf demografische Effekte und auf Effekte der Leistungsausweitung zurückgeführt werden können, um in einem weiteren Schritt zu bewerten, inwieweit der Einführungseffekt der letzten Leistungsausweitung schon abgeschlossen ist oder mit Nachwirkungen zu rechnen ist. Erste diesbezügliche Analysen wurden bereits in einer Studie zur Entwicklung des Pflegebedarfs in Bayern durchgeführt. Dabei wurden auf Grundlage der Pflegestatistik von 2017 sowie der Daten der AOK-Bayern für die Jahre 2017 bis 2018 verschiedene Szenarien zur weiteren Entwicklung modelliert (Braeseke et al., 2020a, 2020b). Diese Projektionen bleiben aber regional und fußen nicht auf der aktuellsten Pflegestatistik. Ziel dieses Schwerpunktkapitels ist dagegen die Modellierung der Entwicklung für ganz Deutschland auf Grundlage der aktuellsten Pflegestatistik und der BARMER-Daten.

Die Ergebnisse des Kapitels 3.1 bilden die Grundlagen für die Vorausberechnungen zur Zahl der Pflegebedürftigen (Kapitel 3.2), des zugehörigen Pflegepersonalbedarfs (Kapitel 3.3) und der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung (Kapitel 3.4). Die spezifischen Annahmen der Modellrechnung werden jeweils in den entsprechenden Kapiteln behandelt.

3.1 Altersspezifische Prävalenzen im Zeitverlauf

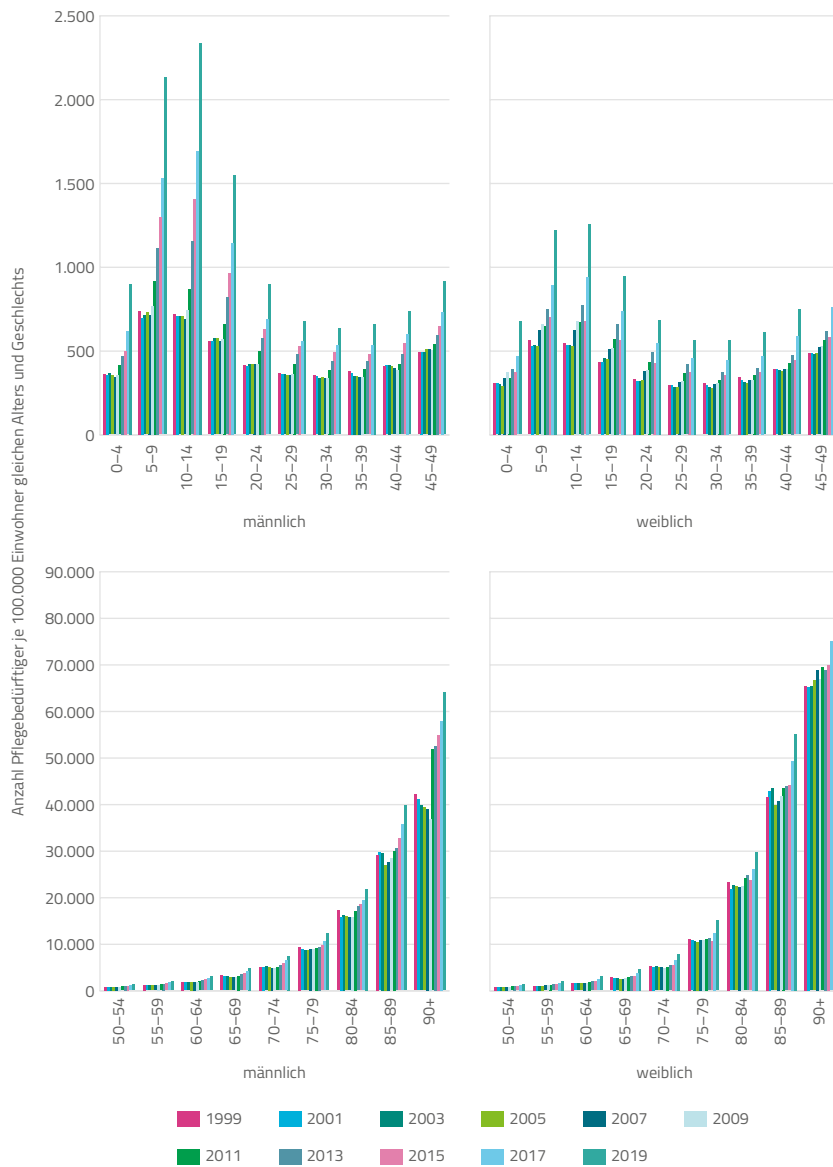
Zur Einordnung der aktuellen Entwicklungen in die Historie der Pflegeversicherung zeigt Abbildung 3.1 zunächst die gesamten Pflegeprävalenzen der Jahre 1999 bis 2019 anhand der Pflegestatistik. Die alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen bleiben dabei in den Beobachtungsjahren 1999 bis 2011 relativ stabil. Die in einigen Altersgruppen sogar rückläufigen Tendenzen in der Prävalenz im Zeitraum von 1999 bis 2009 sind in Teilen auch ein Resultat der bis dahin vom Statistischen Bundesamt für die Berechnung verwendeten Bevölkerungsfortschreibung seit 1987. Aus dieser Bevölkerungsfortschreibung resultierte eine Überschätzung der Bevölkerungsgröße von rund 1,5 Millionen Menschen im Jahr 2009. Auf Grundlage des zu großen Nenners wird die ermittelte Prävalenz zu niedrig geschätzt. Die in einigen Altersgruppen erkennbare Steigerung der Prävalenz im Jahr 2011 ist zu einem großen Teil auf die Korrektur des Nenners – also der Bevölkerungszahlen – durch den Zensus von 2011 zurückzuführen (vergleiche hierzu auch Rothgang et al. 2014, S. 66 ff.; Rothgang et al., 2015, S. 85 ff.).

Ab 2011 bis 2019 setzt aber in den meisten Altersgruppen bei beiden Geschlechtern eine deutliche Steigerung der Pflegeprävalenzen ein, die für die Jahre 2017 und 2019 besonders ausgeprägt ist. Es ist davon auszugehen, dass diese Entwicklung nicht das Resultat einer plötzlichen Morbiditätssteigerung ist, sondern eine Folge der Leistungsausweitungen in diesem Zeitraum.

Um die Reformfolgen der drei Pflegestärkungsgesetze in den Blick zu nehmen, wird im Folgenden der Zeitraum ab 2015 genauer betrachtet. Damit zeigt sich, dass die Reformfolgen des PSG II nicht bereits 2017, im Jahr des Inkrafttretens des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, abgeschlossen sind, sondern – in nach Alter, Geschlecht, Pflegegrad und Versorgungsart je unterschiedlicher Form – auch noch in den Folgejahren erkennbar sind.

steigende altersspezifische Prävalenzen

Abbildung 3.1: Pflegeprävalenz nach Altersgruppen und Geschlecht – 1999 bis 2019

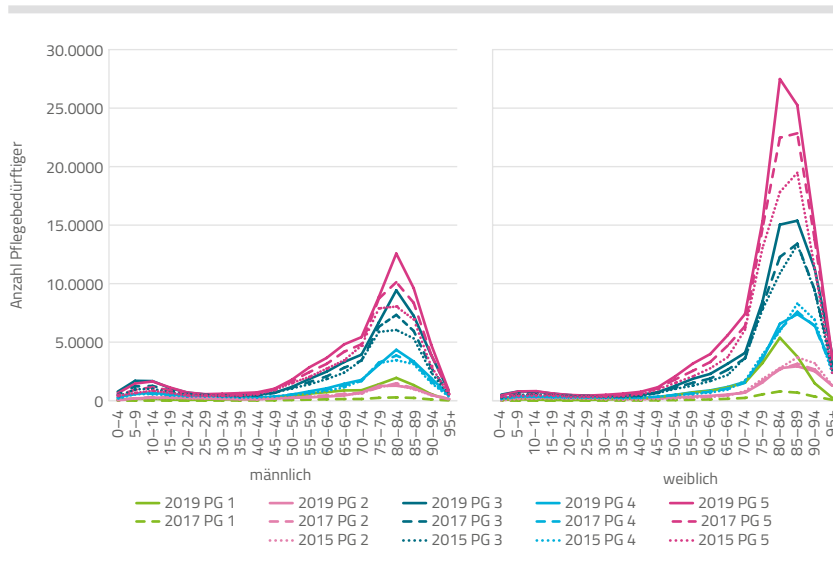


Quelle: Statistisches Bundesamt (2020e)

3.1.1 Dynamik der altersspezifischen Schweregrade der Pflegebedürftigkeit

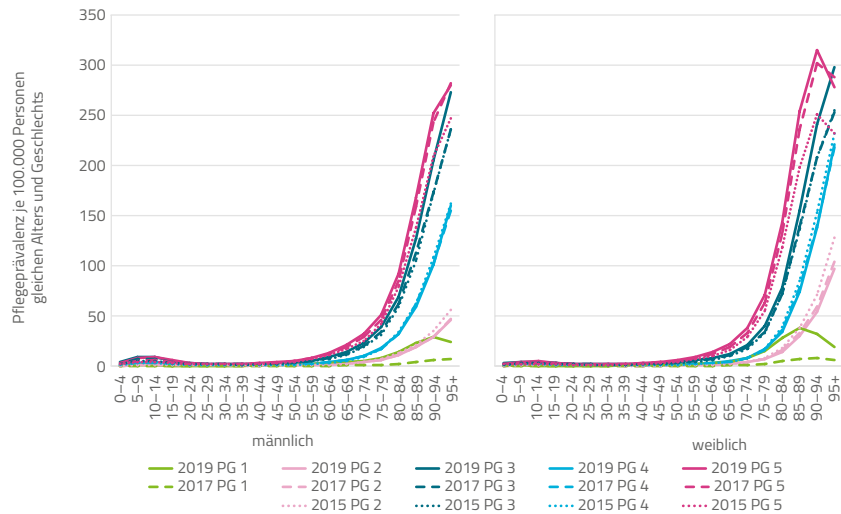
In Abbildung 3.2 und Abbildung 3.3 sind für Jahre 2015 bis 2019 die Anzahl beziehungsweise die Prävalenzen der Pflegebedürftigkeit nach Altersgruppen, Geschlecht und Pflegegraden dargestellt. Es zeigt sich, dass die Fallzahlen und Prävalenzen für die Pflegegrade 1 und 2 über alle Altersgruppen – und teils deutlich – zugenommen haben. Bei den Pflegegraden 4 und 5 gibt es auch rückläufige Tendenzen. Diese Veränderungen zeigen sich besonders im Vergleich der Jahre 2017 und 2015, aber – auf etwas geringerem Niveau – auch im Vergleich der Jahre 2019 und 2017. Das verdeutlicht, dass der Einführungseffekt der letzten Reformen, der sich insbesondere auf die niedrigen Pflegegrade bezieht, noch nicht abgeschlossen ist.

Abbildung 3.2: Anzahl Pflegebedürftiger nach Altersgruppen, Geschlecht, Pflegegrad und Jahr



Anmerkung: Noch nicht zugewiesene Pflegegrade sind PG 3 zugeschlagen.
 Quelle: Statistisches Bundesamt (2020e), eigene Berechnungen

Abbildung 3.3: Pflegeprävalenz nach Altersgruppen, Geschlecht, Pflegegrad und Jahr



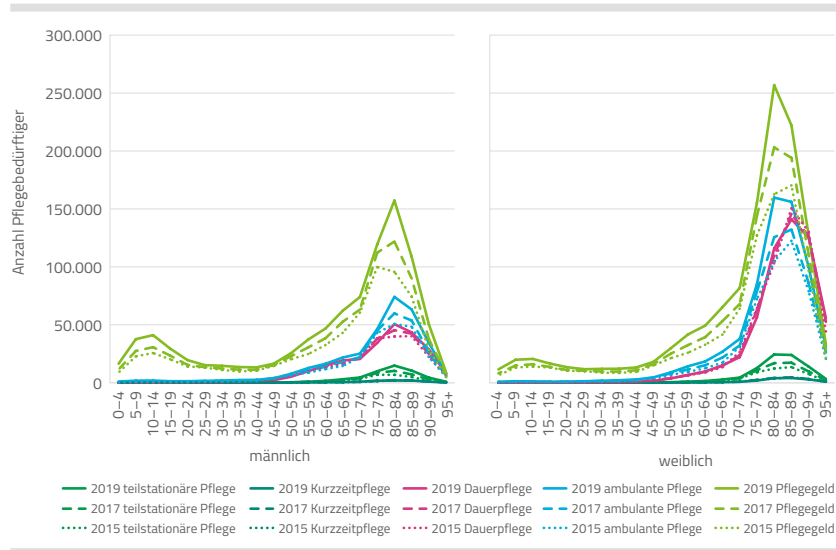
Anmerkung: Noch nicht zugewiesene Pflegegrade sind PG 3 zugeschlagen.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020e), eigene Berechnungen

3.1.2 Dynamik der altersspezifischen Inanspruchnahmen

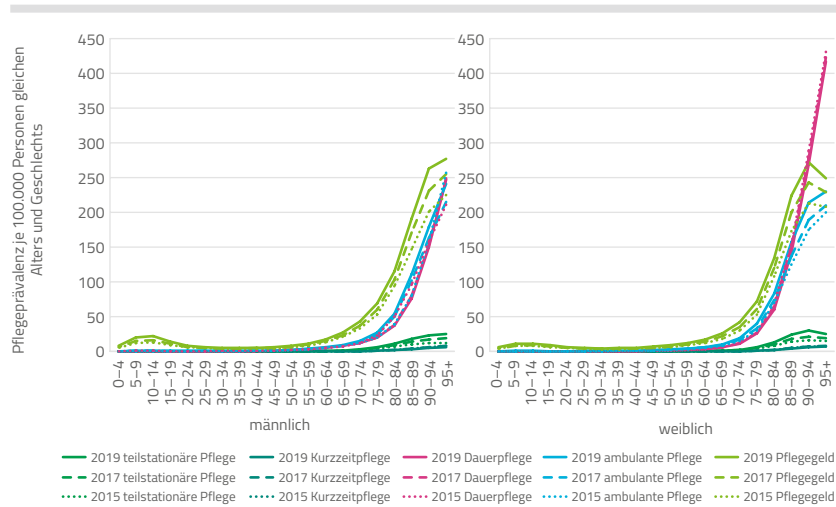
Entsprechende Entwicklungen zeigen sich auch bei der Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungen. Über alle Altersgruppen steigt die Anzahl (Abbildung 3.4) ebenso wie die Prävalenz (Abbildung 3.5) der Inanspruchnahme von Pflegegeld. Diese Entwicklung lässt sich genauso für die ambulante und die teilstationäre Pflege beobachten. In der vollstationären Dauerpflege und in der Kurzzeitpflege gibt es hingegen auch rückläufige Tendenzen. Diese Veränderungen sind aber ebenfalls nicht mit dem Jahr 2017 – also dem Jahr der Einführung der Pflegegrade – abgeschlossen, sondern laufen noch weiter.

Abbildung 3.4: Anzahl Pflegebedürftiger nach Altersgruppen, Geschlecht, Versorgungsart und Jahr



Quelle: Statistisches Bundesamt (2020e), eigene Berechnungen

Abbildung 3.5: Pflegeprävalenz nach Altersgruppen, Geschlecht, Versorgungsart und Jahr



Quelle: Statistisches Bundesamt (2020e), eigene Berechnungen

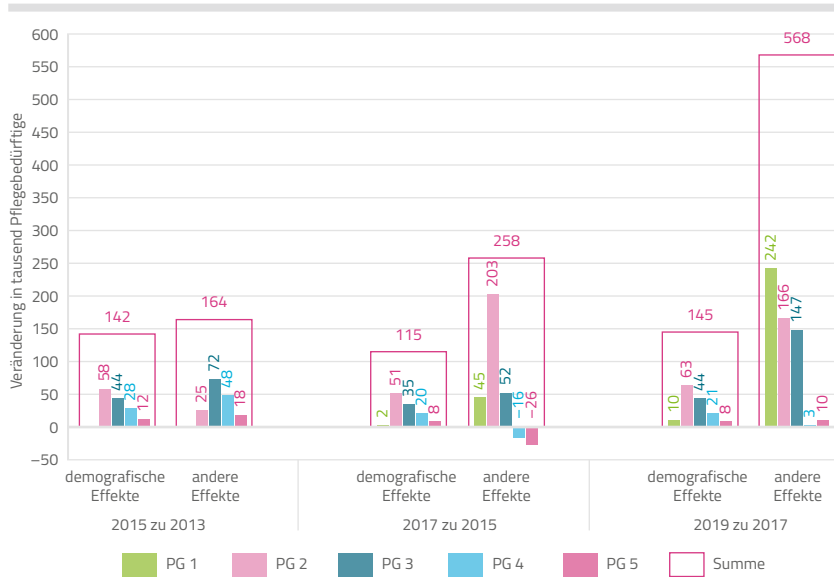
3.1.3 Demografische und andere Effekte auf die Zahl der Pflegebedürftigen

Um abschätzen zu können, inwieweit mit einer weiteren Fortdauer der Einführungseffekte zu rechnen ist, werden in diesem Kapitel die demografischen Effekte von anderen Effekten auf die Fallzahlen separiert. Dies geschieht, indem Ergebnisse eines Berichtsjahres mit den Ergebnissen einer Variante verglichen werden, die auf die Bevölkerung des vorherigen Berichtsjahres alters- und geschlechtsstandardisiert ist. Der Unterschied zwischen der standardisierten Variante und den tatsächlichen Ergebnissen ist der demografische Effekt, weitere Veränderungen sind durch andere Ursachen wie Gesetzesreformen und nachfolgender Einführungseffekte hervorgerufen.

Zur Einführung der Pflegegrade sind demografieunabhängige Einflüsse größer als die demografischen Einflüsse.

Zum Jahresende 2013 gab es gemäß Pflegestatistik rund 2.734.900 Pflegebedürftige – 108.700 in Pflegestufe 0, 1.465.400 in Pflegestufe I, 836.700 in Pflegestufe II und 310.700 in Pflegestufe III (Tabelle 2.3 in Kapitel 2.1.1). Wäre die Bevölkerung im Jahr 2015 nach Umfang, Alter und Geschlecht genauso strukturiert wie im Jahr 2013, dann wären bei den gegebenen alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen des Jahres 2015 rund 2.898.500 Personen pflegebedürftig gewesen. Unabhängig von der demografischen Entwicklung ist somit die Zahl der Pflegebedürftigen um rund 163.600 gestiegen. Real – also nicht standardisiert – waren es im Jahr 2015 aber 3.040.800 Pflegebedürftige. Es gab also noch einen demografiebedingten Zuwachs von 142.300 Pflegebedürftigen (Abbildung 3.6). Die demografischen Gründe und andere Gründe halten sich beim Anstieg von 2013 auf 2015 also mit etwa 142.000 und 164.000 fast die Waage. Während der demografische Effekt über die Zwei-Jahres-Vergleiche mit Werten von 142.000, 115.000 und 145.000 relativ konstant bleibt, steigen die anderen Effekte rapide an – von 164.000 über 258.000 auf 568.000.

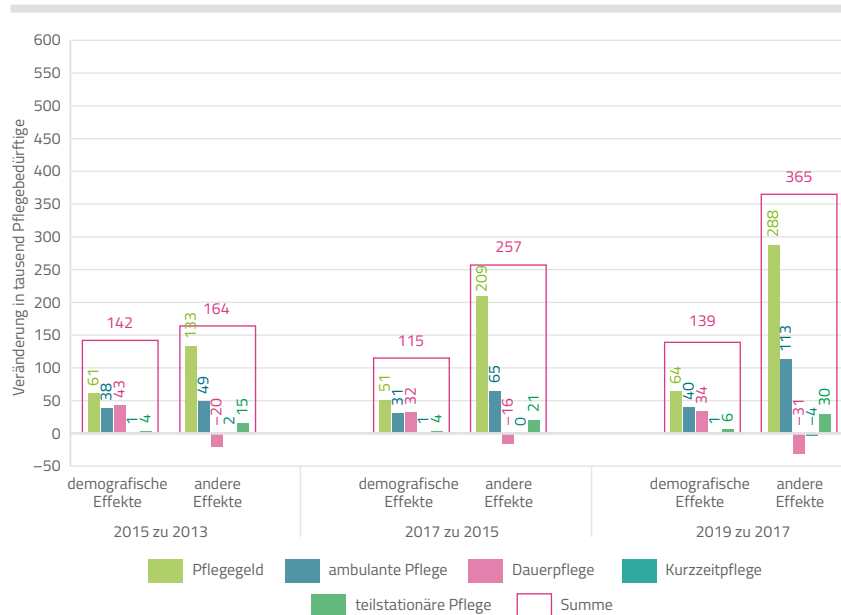
Abbildung 3.6: Demografische und andere Effekte auf die Anzahl Pflegebedürftiger nach Pflegegraden



Anmerkung: Noch nicht zugewiesene Pflegegrade sind PS II beziehungsweise PG 3 zugeschlagen.
 Quelle: Statistisches Bundesamt (2020b, 2020e), eigene Berechnungen

Für die Jahre 2013 und 2015 sind die Pflegestufen und PEA-Einstufungen gemäß der Überleitungsregelung in Pflegegrade umgerechnet. Die größten Effekte durch andere Gründe zeigen sich in der Regel zunächst in den niedrigsten Pflegegraden. Gerade die inzidenten Fälle haben überproportional niedrigere Pflegegrade (vergleiche Abbildung 2.14 und Tabelle 2.3). Dies kann als deutliches Indiz dafür gesehen werden, dass diese Zunahme insbesondere durch die Ausweitung des leistungsberechtigten Personenkreises erfolgt ist. Das zeigt sich insbesondere in der von der Demografie unabhängigen Zunahme in Pflegegrad 2 im Jahr 2017. Im Laufe der Zeit erfolgt aber auch für diese eine Höherstufung als nachlaufender Einführungseffekt, was sich in den weiteren von der Demografie unabhängigen Steigerungen im Jahr 2019 mit Pflegegrad 2 und 3 zeigt. Die besonders große Zunahme im Vergleich der Jahre 2019 und 2017 ist aber auch auf die verbesserte Erfassung der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 zurückzuführen. Dieser dokumentarische Effekt wird für die spätere Projektion umgangen, indem auf Hochrechnungen aus den BARMER-Daten zurückgegriffen wird, die diesbezüglich vollständiger sind.

Abbildung 3.7: Demografische und andere Effekte auf die Anzahl Pflegebedürftiger nach Versorgungsart



Anmerkung: Die teilstationäre Pflege geht nicht in die Berechnung der Gesamtzahl ein.
Quelle: Statistisches Bundesamt (2020b, 2020e), eigene Berechnungen

Werden die Veränderungen in der Zahl der genutzten Versorgungsarten betrachtet, dann bleiben die Gesamteffekte im Vergleich der Jahre 2015 und 2013 genauso groß wie bei der Betrachtung der Pflegegrade (Abbildung 3.7). Die Zunahme um rund 142.000 ist demografiebedingt, und eine weitere Zunahme von 164.000 ist auf andere Effekte zurückzuführen. Dementsprechend stellt sich die Situation für den Vergleich der Jahre 2017 und 2015 dar. Für den Vergleich der Jahre 2019 mit 2017 ergeben sich dagegen geringere Steigerungen als beim Vergleich der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegegraden. Das liegt daran, dass die zusätzlich in der Pflegestatistik 2019 erfassten Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 in der Regel keine dieser erwähnten Leistungsarten in Anspruch nehmen. Die Zahl der Pflegebedürftigen mit stationären oder ambulanten Leistungen oder Pflegegeldbezug steigt also weniger als die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen inklusive Pflegegrad 1.

Durch die Veränderung der Alters- und Geschlechterstruktur der Bevölkerung ergeben sich relativ konstante demografische Effekte auf die Zahl der Pflegegeldempfänger und sonstige Leistungsempfänger. In den Zwei-Jahres-Vergleichen nimmt die Zahl der Pflegegeldempfänger demografiebedingt um 61.000, 51.000 beziehungsweise 64.000 zu. In etwas geringerem Umfang gibt es entsprechende Zunahmen bei ambulanter Pflege und in der vollstationären Dauerpflege. Die demografiebedingten Veränderungen fallen aufgrund der insgesamt geringeren Fallzahlen bei teilstationärer Pflege und Kurzzeitpflege deutlich geringer aus.

Die demografieunabhängigen Effekte zeigen sich vor allem in Form von Zunahmen im Pflegegeldbezug. Hier gab es im Vergleich des Jahres 2017 zu 2015 eine Steigerung um 209.000 Pflegebedürftige und im Vergleich des Jahres 2019 zu 2017 sogar eine Steigerung um 288.000 Pflegebedürftige. Auch die demografieunabhängigen Steigerungen bei der ambulanten Pflege sind von 2017 bis 2019 größer als von 2015 bis 2017. Dies ist ebenfalls ein Zeichen dafür, dass der Einführungseffekt der letzten Pflegereformen noch nicht abgeschlossen ist. Der stationäre Bereich ist hingegen kaum durch demografieunabhängige Entwicklungen betroffen. Hier gibt es sogar rückläufige Tendenzen – schon im Zeitraum von 2013 bis 2015. Das ist kompatibel mit dem Befund, dass der stationäre Bereich von den Leistungsausweitungen des PSG II nur in geringem Umfang betroffen war (Rothgang et al., 2016a, S. 49 f.; Schwinger et al., 2018).

demografieunabhängige
Effekte vor allem in Form
von Zunahmen im Pflegegeldbezug

Bis zum Jahr 2019 lassen sich also folgende Entwicklungen beobachten: Die altersspezifische Pflegeprävalenz steigt, insbesondere in den niedrigen Pflegegraden. Werden die einzelnen Leistungsbereiche betrachtet, zeigt sich folgendes Bild: Die vollstationären Prävalenzen stagnieren und die Versorgungsanteile der häuslichen Pflege steigen – insbesondere der Pflegegeldbezug. Die teilstationäre Pflege wird demografieunabhängig stetig mehr genutzt.

Für die Zukunft ist daher davon auszugehen, dass die von der Demografie unabhängige Prävalenzsteigerung mittelfristig ausläuft, da sie sich als Einführungseffekt der letzten Pflegereformen verstehen lässt. Dementsprechend wird in Kapitel 3.2 die zukünftige Zahl der Pflegebedürftigen mit einer abklingenden Prävalenzsteigerung modelliert.

3.2 Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen

Die Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen erfolgt durch Kombination einer Bevölkerungsvorausberechnung mit Pflegeprävalenzen. In Kapitel 3.2.1 wird daher auf die hier als Grundlage verwendete 14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes eingegangen, während sich Kapitel 3.2.2 den Annahmen zur Prävalenzentwicklung widmet. Die Ergebnisse der Modellrechnung werden abschließend in Kapitel 3.2.3 präsentiert.

3.2.1 Bevölkerungsvorausberechnung

Die Bevölkerungsentwicklung ergibt sich aus dem Zusammenspiel von Fertilität, Mortalität und Migration. Die nachstehend präsentierten Modellrechnungen basieren auf den Ergebnissen der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt, 2019a), die für jede der drei genannten Determinanten mit alternativen Annahmen operiert.

Bezüglich der Migration werden drei Varianten berücksichtigt: Wanderungsvariante W1 unterstellt von 2019 bis 2060 eine jährliche Nettozuwanderung von 147.000 Personen, was dem Durchschnitt der Jahre 1955 bis 1989 entspricht. Wanderungsvariante W2 geht von einem durchschnittlichen Wanderungssaldo von 221.000 aus, was dem Durchschnitt der Jahre 1955 bis 2018 entspricht, und Wanderungsvariante W3 verwendet sogar ein durchschnittliches Wanderungssaldo von 311.000 Personen, was dem Durchschnitt der Jahre 1990 bis 2018 entspricht (Statistisches Bundesamt, 2019b, S. 13). Die dritte Variante beruht zwar auf dem aktuelleren Zeitraum, dieser umfasst allerdings mit der Wiedervereinigung und den damit verbundenen Zuwanderungen aus Osteuropa und mit dem Flüchtlingszustrom 2015 zwei extreme Ereignisse.

Hinsichtlich der Entwicklung der Geburtenziffern werden ebenfalls im Wesentlichen drei Varianten angeboten. Geburtenvariante G1 geht von der Annahme aus, dass die aktuelle Geburtenrate von 1,55 Kindern je Frau auf den langfristigen Durchschnitt von 1,4 Kindern absinkt. Geburtenvariante G2 hält die aktuelle Geburtenrate von 1,55 Kindern konstant, und Geburtenvariante G3 unterstellt eine Fortsetzung des aktuellen Fertilitätsanstiegs

auf 1,7 Kinder je Frau (Statistisches Bundesamt, 2019b, S. 14). Der langfristige Durchschnitt ist auch von den Geburtenausfällen nach der Wende in Ostdeutschland geprägt, die als Sondereffekt betrachtet werden können. Die zusammengefassten Geburtenziffern sind in den 2010er-Jahren fast stetig gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2019b, S. 14, 34). Zudem konvergieren in den europäischen Ländern die Geburtenziffern auf 1,6, was zu einer höheren Plausibilität der Variante G2 beiträgt.

Der langfristige Trend der immer weiter steigenden Lebenserwartung bei Geburt von jährlich 0,2 bis 0,4 Jahren hat sich zuletzt auf jährlich 0,1 Jahre verlangsamt. Die Variante mit dem geringsten erwarteten Anstieg der Lebenserwartung (L1) geht von einer Fortsetzung dieser niedrigeren Steigerungsraten seit 2010/2012 aus. Die Variante mit dem höchsten erwarteten Anstieg der Lebenserwartung (L3) unterstellt dagegen eine Fortsetzung des langfristigen Trends seit 1970/1972, während die mittlere Annahme (L2) eine Kombination beider Varianten ist. Obwohl in anderen, vergleichbaren Ländern eine Verlangsamung des Anstiegs oder zeitweise sogar ein Rückgang der Lebenserwartung zu beobachten ist (Statistisches Bundesamt, 2019b, S. 37 f.), wird eine konstante Lebenserwartung aber nicht modelliert.

Aktuelle Modellrechnungen zur Projektion der Zahl Pflegebedürftiger arbeiten meist mit einem mittleren Szenario, der Variante 2 (V2 G2-L2-W2). Für diese Variante und auf Grundlage der im Zeitverlauf konstant gesetzten Pflegeprävalenzen der Pflegestatistik 2017 wurden für das Jahr 2050 rund 5,36 Millionen Pflegebedürftige (inklusive Pflegegrad 1) projiziert (BIB, 2020). Mit Prävalenzen auf Grundlage der Pflegestatistik von 2019 wird diese Zahl vom BIB (2021) dann aber schon im Jahr 2040 erreicht. Das BMG (2021d) geht, basierend auf der Geschäftsstatistik der Pflegekassen, vom ersten Halbjahr 2020 sogar schon von einer solchen Zahl allein für die SPV-Versicherten im Jahr 2040 aus.

Andere Annahmen zur Entwicklung der Geburtenziffern, der Lebenserwartung und der Wanderung können diese Ergebnisse aber beeinflussen. Um die Effekte entsprechender Varianten abzuschätzen, werden nachfolgend zunächst anhand stabiler Pflegeprävalenzen die Auswirkungen verschiedener Bevölkerungsszenarien auf die Fallzahlen der Pflege-

bedürftigen ermittelt. Als Vergleichsgröße gilt die mittlere Variante 2 (V2 G2-L2-W2). Verglichen werden folgende Projektionsmodelle, die sich von der mittleren Vorausberechnung jeweils nur in einem Aspekt entweder nach oben oder nach unten unterscheiden:

Varianten der Bevölkerungsvorausberechnung nach Entwicklung der Geburtenziffern, der Lebenserwartung und des Wanderungssaldos

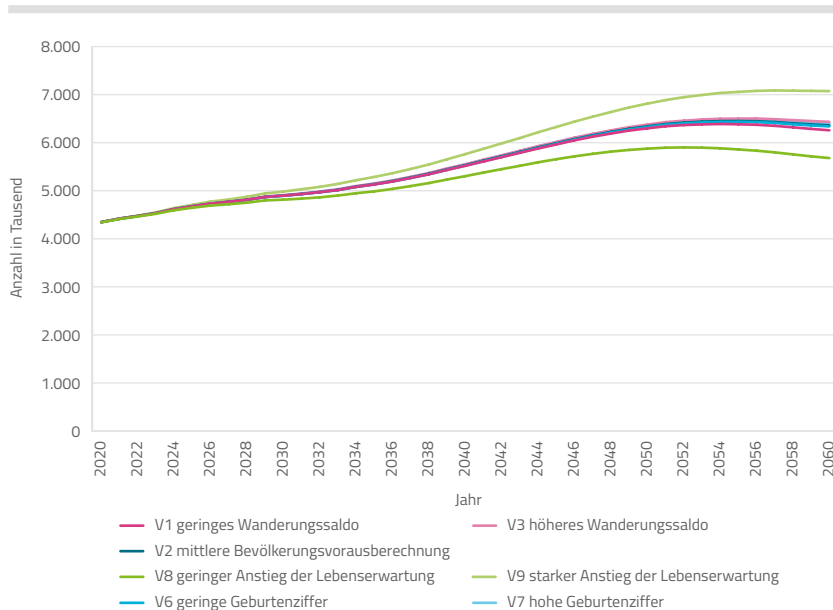
- geringe Geburtenziffer (V6 G1-L2-W2),
- hohe Geburtenziffer (V7 G3-L2-W2),
- geringer Anstieg der Lebenserwartung (V8 G2-L1-W2),
- starker Anstieg der Lebenserwartung (V9 G2-L3-W2),
- geringes Wanderungssaldo (V1 G2-L2-W1),
- höheres Wanderungssaldo (V3 G2-L2-W3).

Die Ergebnisse für 2019 weichen leicht von den Fallzahlen der Pflegestatistik für das Jahr 2019 ab, da die Bevölkerungsprojektion auf der Bevölkerung von 2018 aufsetzt und sich daher schon im Startjahr leicht von der tatsächlichen Bevölkerungszahl unterscheidet. Größere Differenzen entstehen durch die Kalkulation der Zahl der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1. Diese werden bei dieser Vorgehensweise deutlich unterschätzt. Für 2019 werden 298.117 Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 ausgewiesen (Statistisches Bundesamt, 2020e). Die Statistiken der sozialen und der privaten Pflegeversicherung weisen für das Jahr 2019 in der Summe aber schon 462.653 Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 aus (BMG, 2021d, S. 1 f.), von denen noch ein Teil in Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen versorgt wird. Anhand der BARMER-Daten lassen sich im Gegensatz zu den Daten der Pflegekassen alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzen berechnen. Bei entsprechender Hochrechnung der BARMER-Daten auf die Bevölkerung des Jahres 2019 werden 445.000 Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 ohne Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen ermittelt. Dieser Wert kann als eine sehr gute Annäherung an die tatsächliche Zahl gewertet werden. Dementsprechend sind in den Projektionen alters- und geschlechtsspezifische Fallzahlen mit Pflegegrad 1 aus den BARMER-Daten zugrunde gelegt.

Abbildung 3.8 zeigt die projizierte Zahl der Pflegebedürftigen für alle genannten Varianten der Bevölkerungsvorausberechnung bei Nutzung der im Zeitverlauf konstant alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen des Jahres 2019. In der mittleren Variante werden 6,36 Millionen Pflegebedürftige für das Jahr 2060 projiziert. Damit liegt diese

Schätzung schon um 170.000 höher als die Projektion des BIB (BIB, 2021), da in der vorliegenden Schätzung in Abbildung 3.8 von den höheren Fallzahlen in Pflegegrad 1 ausgegangen wird, während die Projektion des BIB auf den Daten der Pflegestatistik beruht, in denen der Pflegegrad 1 untererfasst ist.

Abbildung 3.8: Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen anhand der Prävalenzen von 2019 mit unterschiedlichen Annahmen zur Entwicklung der Geburtenraten, Sterbeziffern und Wanderungssaldi



Quelle: Statistisches Bundesamt (2019c, 2019d, 2020b, 2020e), eigene Berechnungen

Aus der Variation der Wanderungssaldi und der Geburtenziffern resultieren nur geringe Abweichungen von der mittleren Variante. Bei der Variation der Wanderungssaldi liegen die Projektionen für das Jahr 2060 zwischen 6,29 und 6,43 Millionen und bei Variation der Geburtenziffern zwischen 6,34 und 6,39 Millionen Pflegebedürftigen. Deutlich größere Effekte hat die Variation der Lebenserwartung. Bei geringeren Steigerungen der Lebenserwartung werden 5,68 Millionen Pflegebedürftige projiziert, bei höheren Steigerungen dagegen 7,07 Millionen Pflegebedürftige. Die Spannweite beträgt damit rund 1,4 Millio-

größte Unterschiede für die Zahl der projizierten Pflegebedürftigen bei Variation der Lebenserwartung

nen Pflegebedürftige. Somit erweist sich damit allein die Variation der Lebenserwartung als für die Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen relevant. Für die weiteren Projektionen werden daher die Varianten V2, V8 und V9 verwendet, die sich nur in ihren Annahmen zur Entwicklung der Lebenserwartung unterscheiden, bezüglich Geburten und Wanderung aber jeweils das mittlere Szenario verwenden.

3.2.2 Pflegeprävalenzen

In den nachfolgenden Berechnungen wird unterstellt, dass die Einführungseffekte innerhalb der nächsten Jahre ausklingen und dann wieder von im Zeitverlauf konstanten Pflegeprävalenzen ausgegangen werden kann. Hintergrund für diese zentrale Annahme der Modellrechnung ist zum einen der Befund weitgehend konstanter altersspezifischer Prävalenzen für den Beobachtungszeitraum, der nicht von Ausweitungen des Leistungsrechts gekennzeichnet war. Zum anderen führt jede Ausweitung des Leistungsrechts zu einer Fallzahlsteigerung nicht nur im Einführungsjahr, sondern auch noch einige Jahre danach. Durch die Ausweitung des Leistungsrechts steigen erstens die Inzidenzen, also die Zahl der Neufälle dauerhaft an. Schon dieser Prozess kann sich auf mehr als ein Jahr erstrecken, da die Kenntnis der neuen oder erweiterten Leistungen erst in die Bevölkerung diffundieren muss und die sich daraus ergebenden Verhaltensänderungen in Bezug auf das Antragstellungsverhalten ebenfalls einige Zeit in Anspruch nehmen. Da aber zweitens diese zusätzlichen Fälle nicht alle innerhalb eines Jahres wieder aus dem Leistungsbezug herausfallen, erhöht sich die Prävalenz auch in den Folgejahren noch weiter. Es kommen nämlich nicht nur mehr Neufälle aufgrund der höheren Inzidenz hinzu, sondern es sind auch die noch in Pflegebedürftigkeit überlebenden Neufälle der Vorjahre zu berücksichtigen. Erst wenn sich auf dem neuen Inzidenzniveau ein Gleichgewicht zwischen Zu- und Abgängen der zusätzlichen Pflegebedürftigen ergeben hat, sind die Prävalenzen wieder stabil. Das dauert in der Regel einige Jahre.

Der Übergang zu stabilen Prävalenzen muss zunächst modelliert werden. Weiterhin sind hinsichtlich der Entwicklung der Inanspruchnahmen verschiedener Versorgungsarten (vollstationäre Dauerpflege, Pflegedienst, Pflegegeld, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege) verschiedene Entwicklungen denkbar, die auch durch zukünftige Regulierungen beeinflusst werden könnten. Von Bedeutung ist dabei beispielsweise, ob die Eigenanteile im Pflegeheim effektiv begrenzt werden oder welche neuen Regeln für die Tagespflege

eingeführt werden. Ambulantisierte Wohn- und Betreuungsformen wie das betreute Wohnen werden derzeit durch die höheren Leistungssummen der Pflegeversicherung in einem Ausmaß begünstigt, das Reaktionen des Gesetzgebers erwarten lässt (Rothgang & Müller, 2019, S. 119). Entsprechende Entwicklungen können in den Modellrechnungen nicht berücksichtigt werden.

Für die Projektion zu modellieren ist zunächst die Geschwindigkeit, mit der die Einführungseffekte ausklingen. In Kapitel 3.1 wurde gezeigt, dass die Steigerung im Vergleich der Jahre 2019 zu 2017 noch höher lag als die Steigerung zwischen 2015 und 2017. Durch einen Rückgriff auf die annualisierten und bis ins Jahr 2020 hineinreichenden BARMER-Daten können die Entwicklungen der Vergangenheit detaillierter erfasst werden. Dazu werden zunächst die mittleren jährlichen Veränderungsrate der Pflegeprävalenzen ermittelt, die sich ergeben, wenn die alters- und geschlechtsspezifische Bevölkerungsstruktur „eingefroren“ wird.

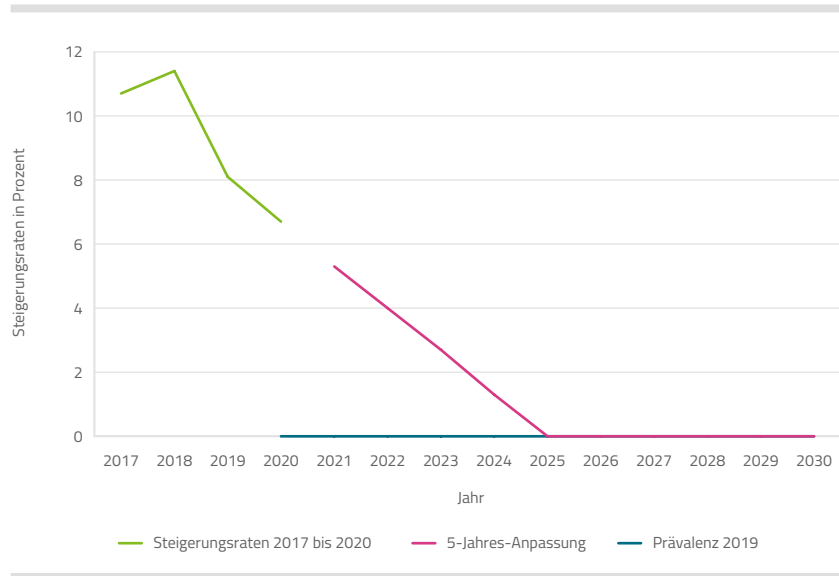
Unter Berücksichtigung der Pflegegrade 1 bis 5 gab es in den Jahren 2017 und 2018 Steigerungen von 10,7 Prozent und 11,4 Prozent. In den Jahren 2019 und 2020 flachten die Steigerungen auf 8,1 Prozent und 6,7 Prozent ab (Abbildung 3.9). Für die nachfolgenden Jahre wird angenommen, dass die Prävalenzsteigerungen weiter abnehmen, bis letztlich nur noch die demografiebedingten Steigerungen die Fallzahlen beeinflussen. Wird der Rückgang der Prävalenzsteigerungen annähernd linear fortgesetzt, ergibt sich eine Fünf-Jahres-Anpassung nach 2020 bis zum Jahr 2025. Die Prävalenzsteigerungen werden dazu in den nachfolgenden Jahren um ein Fünftel der Prävalenzsteigerung von 2020 verringert, bis sie auf null angekommen sind.

Herleitung der 5-Jahres-Anpassung der Prävalenzentwicklung durch lineare Absenkung der Steigerungsraten

Insgesamt ergibt sich für den Zeitraum von 2019 bis 2025 – bei Annahme einer konstanten Bevölkerung – dann eine weitere demografieunabhängige Steigerung der Prävalenzen von rund 22 Prozent. Dieser Wert liegt noch unter der von Braeseke et al. (2020a, S. 89 ff.) für eine Projektion für Bayern angesetzten Steigerung der Prävalenz von bis zu 40 Prozent für einen Zeitraum von 33 Jahren. Diese höhere Steigerungsrate wurde in Hinblick auf den Stützzeitraum 2002 bis 2016 berechnet, in dem es aber zu immensen Leistungsausweitungen und Ausweitungen der anspruchsberechtigten Klientel gekommen ist. Ohne weitere leistungserweiternden Pflegereformen ist die Fortführung einer

Entwicklung in diesem Ausmaß in naher Zukunft aber nicht mehr zu erwarten. Umgekehrt ist die Annahme, dass die Pflegeprävalenzen des Jahres 2019 auch für die Zukunft zugrunde gelegt werden können, weil alle mit dem PSG II verbundenen Einführungseffekte bereits aufgetreten sind, durch die Zahlen für 2020 bereits widerlegt. Die genannten Projektionen, die mit dieser Annahme arbeiten, unterschätzen damit die zukünftigen Fallzahlen. Berechnungen auf Basis konstanter Prävalenzen des Jahres 2019 werden im Folgenden aber dennoch ausgewiesen, um als Vergleichsmaßstab zu fungieren.

Abbildung 3.9: Gesamtsteigerungsrate der Pflegeprävalenz, standardisiert auf die Bevölkerung 2017 und modelliert ab 2021



Quelle: BARMER-Daten 2016–2020, standardisiert auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2017; eigene Berechnungen

Für die detailliertere Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen wird somit zunächst jeweils die Prävalenz des Jahres 2019 zugrunde gelegt und darauf aufbauend die Prävalenzsteigerung des Jahres 2020 über die nachfolgenden Jahre bis zum Jahr 2025 auf null abgesenkt. Als Ausgangsprävalenzen werden – wie oben schon erwähnt – für die Pflegegrade 2 bis 5 die Prävalenzen aus der Pflegestatistik und für Pflegegrad 1 wird die Prävalenz aus den BARMER-Daten verwendet.

Zu berücksichtigen ist zudem ein weiterer Sondereffekt: die Corona-Pandemie. Wie schon in Kapitel 2 dargestellt, gab es aufgrund der Corona-Pandemie kaum sichtbare Effekte auf die Zahl der positiven Begutachtungen und auf die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt. Allerdings gab es im Zuge der Corona-Pandemie in Teilen Veränderungen in der Inanspruchnahme verschiedener Versorgungsorten. So ist die Zahl der Pflegebedürftigen in der Kurzzeitpflege zurückgegangen und die Zahl der Pflegebedürftigen in teilstationärer Pflege nicht mehr so sehr gestiegen wie im zurückliegenden Trend. Dieser Corona-Effekt wird in der weiteren Projektion der stationären und ambulanten Pflege berücksichtigt. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die Inanspruchnahme formeller Pflegeangebote nach erfolgter Impfung und weiteren Maßnahmen zur Verringerung des Infektionsrisikos längerfristig wieder an den bisherigen Trend anpassen wird. Für das Jahr 2020 und 2021 werden die Auswirkungen der Pandemie daher direkt abgebildet. In der weiteren Vorausberechnung wird dann aber ein Anpassungspfad angesetzt, der wieder auf den Wachstumspfad zurückführt, der sich ohne die Pandemie ergeben hätte.

Die kontrafaktische Modellierung ohne Corona erfolgt, indem die durchschnittlichen Veränderungsraten der Jahre 2018 und 2019 mit 0,68349 multipliziert werden und die sich so ergebende Veränderungsrate für das Jahr 2020 angenommen wird. Dieser Faktor ist das Verhältnis der aus den BARMER-Daten ermittelten Gesamtsteigerungsrate für 2020 im Vergleich zur durchschnittlichen Gesamtsteigerung in den Jahren 2018 und 2019. Diese resultierende Veränderungsrate wird dann – wie in Abbildung 3.9 dargestellt – bis zum Jahr 2025 auf null abgesenkt.

Um den Corona-Effekt zu modellieren, werden die in den BARMER-Daten gefundenen tatsächlichen Veränderungen im Jahr 2020 verwendet. Die resultierenden Prävalenzen in der ambulanten und stationären Pflege werden für die folgenden Jahre konstant gehalten.

Für die Gesamtbetrachtung werden diese beiden Varianten kombiniert. Zunächst werden für die Jahre 2020 und 2021 die Werte aus der Corona-Variante verwendet. Für das Jahr 2022 werden die resultierenden Fallzahlen aus dem Corona-Modell und aus dem von Corona unabhängigen Modell gemittelt und ab 2023 die Werte aus der von den Corona-Effekten unabhängigen Modellierung verwendet. Hier wird also ein Corona-Effekt mit

besondere Berücksichtigung der Corona-Effekte

einem in Teilen kurzfristigen Rückgang und anschließendem Aufholeffekt modelliert. Dieser Corona-Effekt ist unter der Annahme bis dahin erfolgreicher Corona-Maßnahmen im Jahr 2023 beendet.

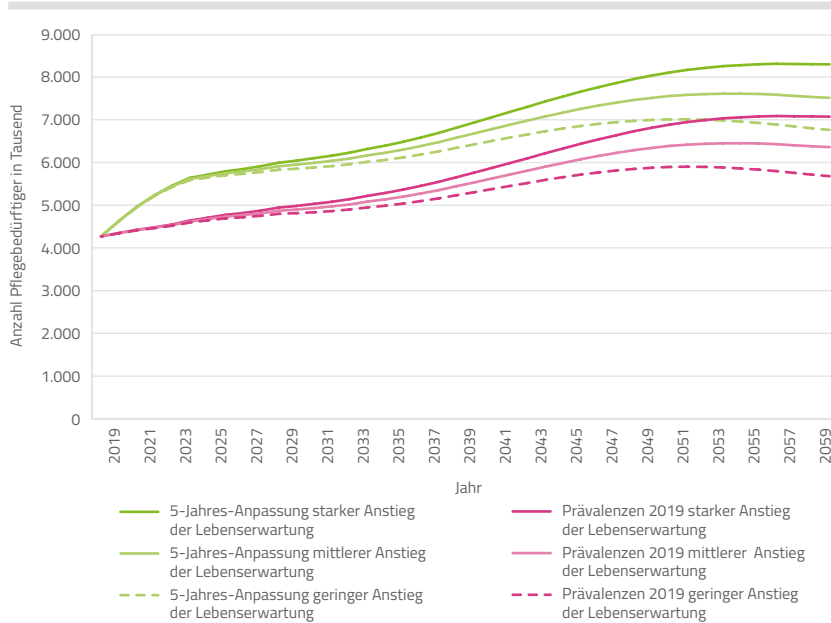
Um die Zahl der projizierten Pflegegeldempfänger zu ermitteln, werden von der Zahl der Pflegebedürftigen diejenigen mit ambulanter oder vollstationärer Pflege und diejenigen mit Pflegegrad 1 subtrahiert. Die Zahl der Pflegebedürftigen mit teilstationärer Pflege wird unabhängig von weiteren Versorgungarten nach dem gleichen Verfahren modelliert wie die Zahl der Pflegebedürftigen in ambulanter Pflege oder in vollstationärer Pflege. Für die Inanspruchnahme der teilstationären Pflege wird also ebenso wie bei der vollstationären und ambulanten Versorgung der Corona-Effekt für die Zeit von 2020 bis 2022 eingerechnet.

3.2.3 Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart und Pflegegrad

2025 nach Einführungseffekt 1 Mio. Pflegebedürftige mehr als bei konstanter Prävalenz

Unter der Annahme, dass die Prävalenzen des Jahres 2019 im Zeitverlauf konstant bleiben, würde die Zahl der Pflegebedürftigen in den drei Varianten der Bevölkerungsvorberechnung (V8 = geringer Anstieg der Lebenserwartung, V2 = mittlerer Anstieg der Lebenserwartung und V9 = höherer Anstieg der Lebenserwartung) bis zum Jahr 2025 auf 4,65 bis 4,71 Millionen ansteigen (Abbildung 3.10). Im Vergleich zur Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2019 wäre dies eine Steigerung um rund 380.000 bis 440.000 Pflegebedürftige. Unter der Annahme einer weiteren Steigerung der Prävalenz im Rahmen der Fünf-Jahres-Anpassung ist hingegen mit 5,65 bis 5,72 Millionen Pflegebedürftigen zu rechnen. Das wären jeweils noch rund eine Million zusätzlicher Pflegebedürftige.

Abbildung 3.10: Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen nach Art der Prävalenzanpassung und nach Steigerung der Lebenserwartung



Quelle: Statistisches Bundesamt (2019c, 2019d, 2020b, 2020e), BARMER-Daten 2017–2020, eigene Berechnungen

Da die alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen ab dem Jahr 2025 in allen Modellen konstant gehalten werden, verläuft der Wachstumspfad für die Modelle mit der Fünf-Jahres-Anpassung danach ähnlich parallel zu dem jeweiligen Szenario mit den Prävalenzen des Jahres 2019. Stärkere Effekte zeitigt die Variation der Lebenserwartungsentwicklung. Sollte es nur zu einer geringeren Steigerung der Lebenserwartung kommen, wäre das Maximum bei konstanter Prävalenz des Jahres 2019 mit 5,90 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2052 erreicht – bei der mittleren Variante mit 6,45 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2055 und bei der Variante mit dem höchsten Anstieg der Lebenserwartung im Jahr 2057 mit 7,09 Millionen Pflegebedürftigen. Mit der Fünf-Jahres-Anpassung ergeben sich in denselben Jahren Maximalwerte von 7,01 Millionen, 7,61 Millionen beziehungsweise 8,31 Millionen Pflegebedürftigen. Im Vergleich zum

2055: bei mittlerer Steigerung der Lebenserwartung 7,61 Mio. Pflegebedürftige

Angangswert für 2019 sind die Steigerungen von 64 Prozent, 78 Prozent beziehungsweise 95 Prozent.

Die Entwicklung wird sich aber nicht bei allen Pflegegraden und Versorgungsarten in gleicher Weise darstellen. Ausgehend von den letzten statistisch erfassten Steigerungsraten werden die Veränderungsrate in der Fünf-Jahres-Anpassung auf null reduziert. Das führt dazu, dass bei den Pflegegraden und Leistungsarten, bei denen es zuletzt noch große Veränderungen gegeben hat, auch in den Projektionen noch große Veränderungen sichtbar werden. Waren die jeweiligen Prävalenzen schon vorher relativ konstant, sind die Anpassungsschritte hin zu einer stabilen Prävalenz hingegen kleiner.

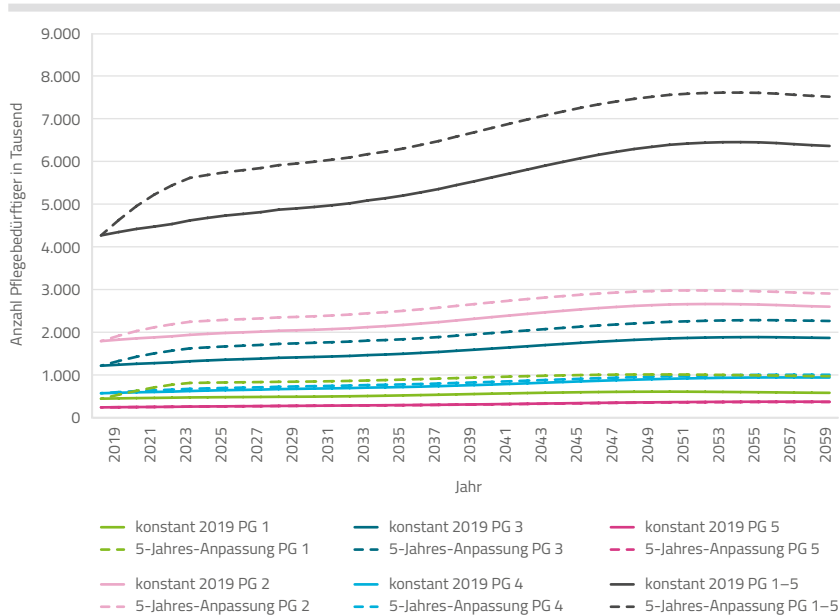
Für eine bessere Übersichtlichkeit in den detaillierteren Ergebnissen werden im Folgenden zunächst die Projektionen für die mittlere Steigerung der Lebenserwartung dargestellt. Eine Kurzübersicht mit der Betrachtung auch der Entwicklungen mit geringeren oder stärkeren Steigerungen der Lebenserwartung schließt sich an.

Abbildung 3.11 zeigt zunächst basierend auf der mittleren Bevölkerungsvorausberechnung (Variante 2 G2-L2-W2) die Entwicklung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen unter der Annahme einer konstanten Pflegeprävalenz (schwarze durchgezogene Linie) und unter der Annahme der Fünf-Jahres-Anpassung (schwarze gestrichelte Linie) wie auch schon in Abbildung 3.10 dargestellt).

Fallzahlen mit Pflegegrad 2 und 3 bleiben am höchsten.

Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Pflegegraden. In absoluten Zahlen ist die Anzahl der Pflegebedürftigen in den Pflegegraden 2 und 3 durchgängig am höchsten. Das Wachstum ist dagegen im Pflegegrad 1 am stärksten ausgeprägt. Schon bis zum Jahr 2030 erhöht sich die Zahl der Pflegebedürftigen in diesem Pflegegrad gemäß der Modellrechnung um rund 90 Prozent. Die Zahl der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 5 erhöht sich in dieser Berechnung im gleichen Zeitraum dagegen nur um rund 15 Prozent. Auch auf längere Sicht, bis zum Jahr 2055, weist der Pflegegrad 1 mit 124 Prozent die größten relativen Fallzahlsteigerungen auf und Pflegegrad 5 mit 52 Prozent die geringste. Die Steigerungsraten in den Pflegegraden 3 und 4 sind in diesem Zeitraum höher als die in den Pflegegraden 2 und 5.

Abbildung 3.11: Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad und nach Art der Prävalenzanpassung



Anmerkung: Entwicklung bei mittlerer Steigerung der Lebenserwartung (V2 G2-L2-W2)
 Quelle: Statistisches Bundesamt (2019c, 2019d, 2020b, 2020e), BARMER-Daten 2017–2020, eigene Berechnungen

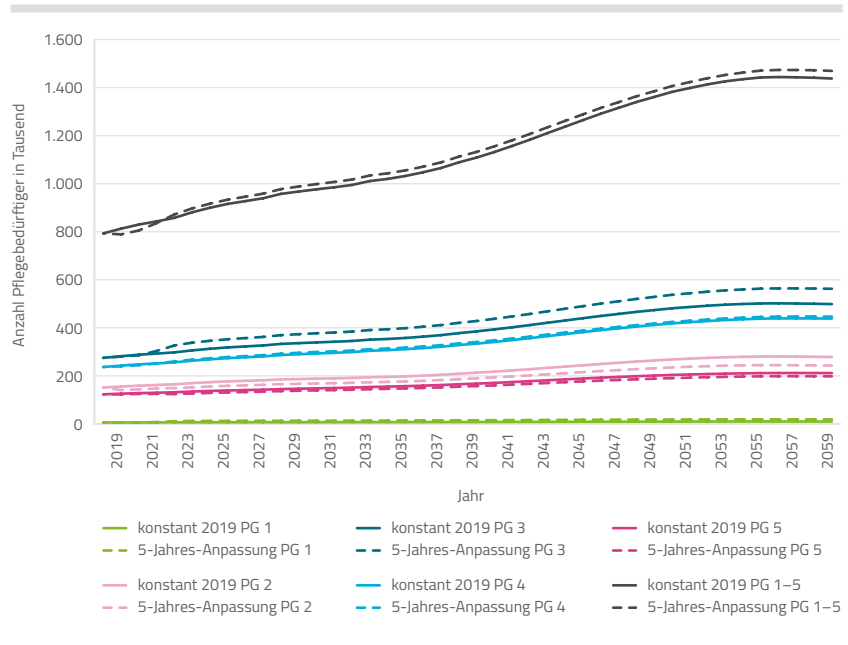
Im Zuge der Corona-Pandemie wurden die Zugänge zur professionellen Pflege teilweise deutlich eingeschränkt. Dabei wurden auch die Möglichkeiten der Angehörigen begrenzt, die Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen unterzubringen oder zu besuchen. Für viele war dies ein Grund dafür, entsprechende Versorgungsangebote nicht zu nutzen. Dies betrifft sowohl die Pflegedienste, die Tagespflege als auch die Kurzzeitpflege (Räker et al., 2021). Entsprechende Auswirkungen zeigen sich auch in den Fallzahlen in Kapitel 2.1.1.

Da die Pflegebedürftigen mit höherem Pflegegrad tendenziell häufiger im Pflegeheim versorgt werden, ist die projizierte Zahl der Pflegeheimbewohner auch abhängig von der Entwicklung der Pflegegrade. Abbildung 3.12 verdeutlicht, dass unter den genannten Annahmen auch in Zukunft die Mehrheit der Pflegebedürftigen im Pflegeheim Pflegegrad 3 oder 4 haben wird. Der Corona-Effekt sorgt dafür, dass die Projektionen mit den

In vollstationärer
 Dauerpflege dominieren
 weiterhin Pflegegrad 3
 und 4.

Fünf-Jahres-Anpassungen in den Jahren 2020 bis 2022 unterhalb der Fortschreibung mit konstanten Prävalenzen verlaufen, danach aber oberhalb. Für das Jahr 2030 werden beispielsweise 988.000 statt 967.000 Pflegebedürftige im Pflegeheim projiziert.

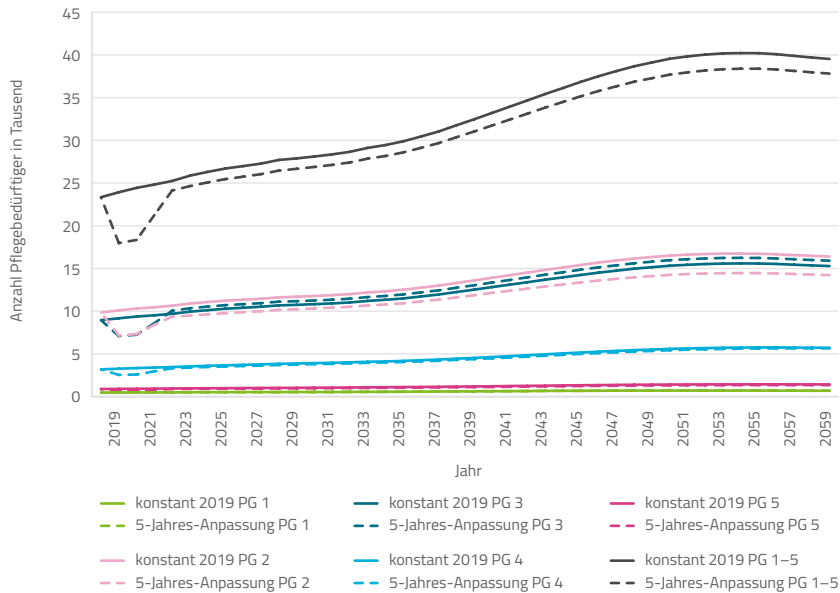
Abbildung 3.12: Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen in stationärer Dauerpflege nach Art der Prävalenzanpassung



Anmerkung: Entwicklung bei mittlerer Steigerung der Lebenserwartung (V2 G2-L2-W2)
Quelle: Statistisches Bundesamt (2019c, 2019d, 2020b, 2020e), BARMER-Daten 2018–2020, eigene Berechnungen

In der Kurzzeitpflege zeigt sich ein viel deutlicherer Corona-Effekt als in der vollstationären Dauerpflege. Der Einbruch im Jahr 2020 war bedeutend größer als in der vollstationären Dauerpflege (vergleiche Kapitel 2.1.1). Die entsprechende Anpassung in der Projektion der Kurzzeitpflege auch für das Jahr 2021 zeigt einen Einbruch um rund ein Viertel im Vergleich zur konstanten Fortführung der Prävalenzen in der Kurzzeitpflege (Abbildung 3.13).

Abbildung 3.13: Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen in Kurzzeitpflege nach Art der Prävalenzanpassung



Anmerkung: Entwicklung bei mittlerer Steigerung der Lebenserwartung (V2 G2-L2-W2)
 Quelle: Statistisches Bundesamt (2019c, 2019d, 2020b, 2020e), BARMER-Daten 2018–2020, eigene Berechnungen

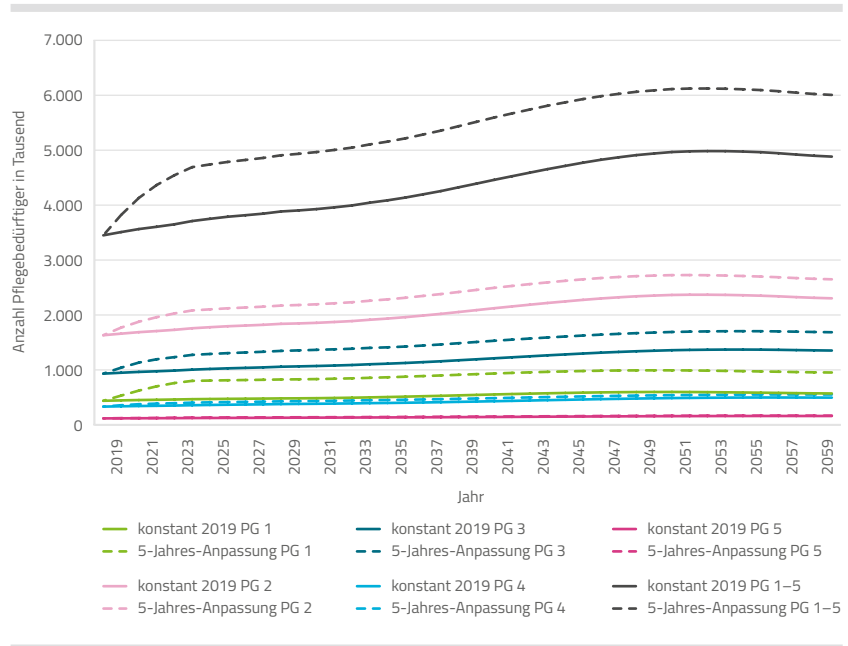
Während die jüngsten Trends in der vollstationären Dauerpflege noch eine geringe Steigerung der Prävalenz erkennen lassen, geht die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege auch absolut zurück. Dies hat Auswirkungen auf die Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen mit Kurzzeitpflege. Entsprechend den jüngsten Tendenzen erreicht die Fünf-Jahres-Anpassung nicht das Niveau der konstanten Fortschreibung der Prävalenzen von 2019. Während mit der mittleren Bevölkerungsprojektion unter Beibehaltung der 2019er-Prävalenzen im Maximum 40.000 Pflegebedürftige in Kurzzeitpflege erreicht würden, sind es mit der Fünf-Jahres-Anpassung nur 38.000 Pflegebedürftige.

Trotz eines Rückgangs der Prävalenzen steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in Kurzzeitpflege in der Vorausberechnung demografiebedingt an. Relativ ist der Anstieg in den

Pflegegraden 3 und 4 mit jeweils rund 80 Prozent dabei am größten. In absoluten Zahlen sind es dagegen vor allem die Pflegegrade 2 und 3, die die höchsten Fallzahlenstiege um rund 4.000 beziehungsweise 7.000 Pflegebedürftige aufweisen.

Bezüglich der Zahl der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den beiden Szenarien zur Prävalenzfortschreibung (Abbildung 3.14): Bei Nutzung der Prävalenzen des Jahres 2019 werden beim mittleren Mortalitätsszenario im Jahr 2053 4,98 Millionen Pflegebedürftige zu Hause versorgt werden. Auch mit der Fünf-Jahres-Anpassung wird der Maximalwert 2053 erreicht. Er liegt dann aber bei 6,12 Millionen Pflegebedürftigen.

Abbildung 3.14: Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege nach Art der Prävalenzanpassung



Anmerkung: Entwicklung bei mittlerer Steigerung der Lebenserwartung (V2 G2-L2-W2)
Quelle: Statistisches Bundesamt (2019c, 2019d, 2020b, 2020e), BARMER-Daten 2018–2020, eigene Berechnungen

Die größte quantitative Bedeutung haben auch in der häuslichen Pflege Pflegegrad 2 und Pflegegrad 3 (Abbildung 3.14). Gemessen in absoluten Zahlen ist der Zuwachs bei der Fünf-Jahres-Anpassung im Pflegegrad 2 am höchsten. Relativ zu den jeweiligen Ausgangswerten weist der Pflegegrad 1 das stärkste Wachstum der Fallzahlen auf. Diese werden sich bis 2055 mehr als verdoppeln. Für Pflegegrad 3 liegen die Steigerungsraten bis dahin bei 83 Prozent, für Pflegegrad 2 bei „nur“ 66 Prozent. Pflegegrad 5 wird sowohl in absoluten Zahlen wie auch in den Steigerungsraten von geringerer Bedeutung bleiben.

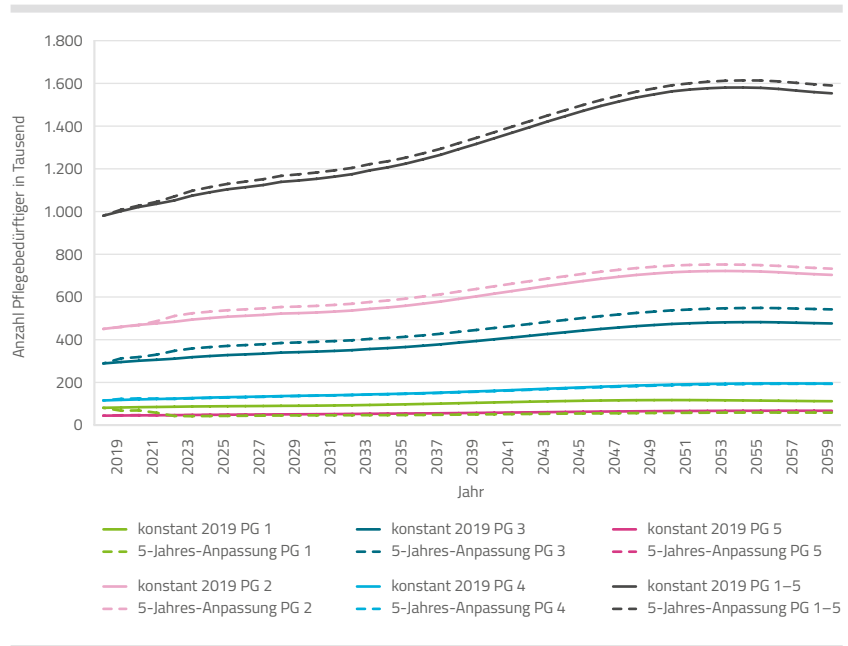
Die Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege können in drei Gruppen unterteilt werden: die Gruppe mit Nutzung von Pflegediensten (ambulante Pflege), die Pflegegeldempfänger, die auf formelle Pflege verzichten, und die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1, denen in der Pflegeversicherung weder Pflegegeld noch Sachleistungen zustehen.

Die Prävalenz der ambulanten Pflege ist zuletzt leicht gestiegen. Dieser jährliche Prävalenzanstieg mit der Fünf-Jahres-Anpassung ist bis zum Jahr 2025 auf null zurückgefahren. Im Resultat ergeben sich über den längeren Beobachtungszeitraum in der Fünf-Jahres-Anpassung etwas höhere Fallzahlen als bei der Fortschreibung der Prävalenzen von 2019 (Abbildung 3.15). Die Corona-Effekte haben sich allerdings auch bei der ambulanten Pflege bemerkbar gemacht. So ist bei der Gesamtprävalenz der ambulanten Pflege in den ersten Jahren kaum ein Unterschied zwischen der Fünf-Jahres-Anpassung und der Fortschreibung der Prävalenzen zu erkennen. Erst nach 2022 wird ein Unterschied in den Projektionen erkennbar. Im mittleren Mortalitätsszenario und bei Ansetzen konstanter Prävalenzen des Jahres 2019 würde im Jahr 2055 das Maximum von 1,58 Millionen Pflegebedürftigen erreicht. Nach der Fünf-Jahres-Anpassung liegt die Zahl dann bei 1,61 Millionen Pflegebedürftigen. Für das Jahr 2030 liegen die Zahlen bei 1,15 Millionen und 1,17 Millionen Pflegebedürftigen.

Die meisten Pflegebedürftigen in ambulanter Pflege sind weiterhin in Pflegegrad 2 oder 3 eingestuft. Die Maximalwerte werden aber innerhalb der einzelnen Pflegegrade zu unterschiedlichen Zeitpunkten erreicht. In dem mittleren Mortalitätsszenario und der Fünf-Jahres-Anpassung wären es 752.000 mit Pflegegrad 2 im Jahr 2054, 549.000 mit Pflegegrad 3 im Jahr 2056, 193.000 mit Pflegegrad 4 im Jahr 2058 und 64.000 mit Pflegegrad 5 im Jahr 2060. Die Entwicklungen sind – wie auch bei den anderen Versorgungsarten – über die Pflegegrade also nicht gleichförmig.

Die meisten Pflegebedürftigen in ambulanter Pflege sind weiterhin in Pflegegrad 2 oder 3 eingestuft.

Abbildung 3.15: Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen mit ambulanter Pflege nach Art der Prävalenzanpassung



Anmerkung: Entwicklung bei mittlerer Steigerung der Lebenserwartung (V2 G2-L2-W2)
Quelle: Statistisches Bundesamt (2019c, 2019d, 2020b, 2020e), BARMER-Daten 2018–2020, eigene Berechnungen

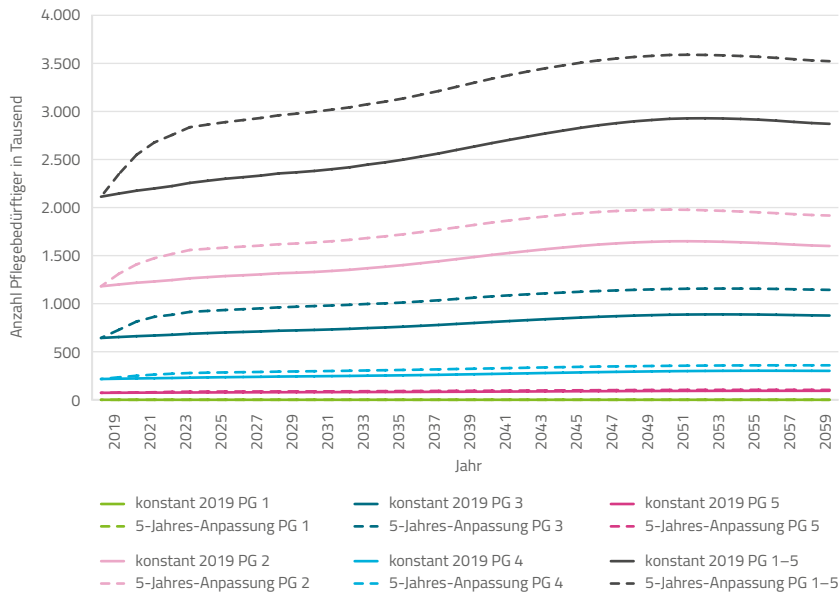
Die Zahl der Pflegegeldbezieher ist in den Projektionen (Abbildung 3.16) das Resultat der Subtraktion der Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer oder ambulanter Pflege und in Pflegegrad 1 von der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen. Letzteres ist darin begründet, dass Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 keinen Anspruch auf Pflegegeld haben. Für das Jahr 2030 weist die Modellrechnung nach der Fünf-Jahres-Anpassung bei mittlerer erwarteter Steigerung der Lebenserwartung 3,02 Millionen Pflegegeldbezieher aus. Bei konstanter Prävalenz wie im Jahr 2019 wären es dagegen nur 2,37 Millionen.

Die Projektion der Inanspruchnahme des Pflegegelds (Abbildung 3.16) hat am meisten Ähnlichkeit mit der Projektion der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen und der Gesamtzahl der häuslich versorgten Pflegebedürftigen. Das resultiert daraus, dass die Steigerung der Fallzahlen in den Jahren nach Einführung der Pflegegrade vor allem bei den niedrigen

Pflegegraden stattgefunden hat. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen Begutachtungsinstruments haben vor allem dazu geführt, dass bisher nicht als pflegebedürftig erachtete Personen als pflegebedürftig eingestuft wurden – aber überwiegend in den niedrigen Pflegegraden. Gleichzeitig hat sich die Steigerung der Inanspruchnahme vor allem beim Pflegegeld gezeigt (Schwinger et al., 2018). Diese Entwicklung wird in der Projektion fortgeführt.

Im Vergleich mit der Projektion mittels konstanter Prävalenzen des Jahres 2019 sind die Fallzahlen nach den Fünf-Jahres-Anpassungen deutlich höher. So wird in der Modellrechnung bei konstanter Prävalenz und mittlerer erwarteter Steigerung der Lebenserwartung die maximale Fallzahl von 2,93 Millionen Pflegegeldbeziehern im Jahr 2053 erreicht. Nach der Fünf-Jahres-Anpassung wären es 3,59 Millionen Pflegegeldbezieher im Jahr 2052.

Abbildung 3.16: Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen mit ausschließlich Pflegegeld nach Art der Prävalenzanpassung



Anmerkung: Entwicklung bei mittlerer Steigerung der Lebenserwartung (V2 G2-L2-W2)
 Quelle: Statistisches Bundesamt (2019c, 2019d, 2020b, 2020e), BARMER-Daten 2018–2020, eigene Berechnungen

Pflegebedürftige mit
ausschließlichem Pflege-
geldbezug überwiegend
mit Pflegegrad 2 oder 3

Pflegegrad 2 bleibt beim Pflegegeldbezug der dominante Pflegegrad, gefolgt von Pflegegrad 3. Während die Zahl der Pflegegeldbezieher mit Pflegegrad 2 in der Fünf-Jahres-Anpassung fast zwei Millionen erreicht, überschreitet die entsprechende Zahl für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 5 nur knapp den Wert von 100.000.

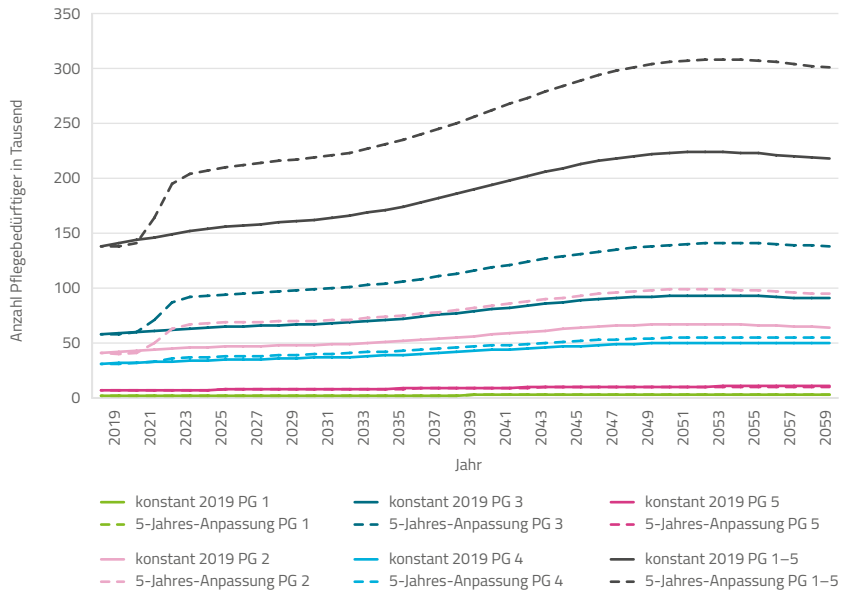
Die Zahl der Pflegebedürftigen mit teilstationärer Versorgung ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen, was sich auch in der Fünf-Jahres-Anpassung der Projektion niederschlägt (Abbildung 3.17). Im Vergleich zur Vorausberechnung mittels der Prävalenzen von 2019 liegen die Ergebnisse für die späteren Jahre deutlich höher. Ebenso wie bei der Kurzzeitpflege ist der Corona-Effekt hier aber sehr ausgeprägt. Er führt zwar nicht zu einem Rückgang der Fallzahlen, allerdings wurde der starke Anstieg der Fallzahlen in den Jahren bis 2019 in den Corona-Zeiten zur Stagnation abgeschwächt (vergleiche Kapitel 2.1.1). Entsprechend verläuft die Projektion in der Fünf-Jahres-Anpassung in den ersten Jahren ähnlich wie die Projektion bei fortgesetzter Prävalenz des Jahres 2019. In der langfristigen Perspektive ergeben sich aber um die Hälfte höhere Fallzahlen als bei im Zeitverlauf gleichbleibender Prävalenz. Bei konstanter Prävalenz des Jahres 2019 ergibt sich ein Maximum von 224.000 Pflegebedürftigen in teilstationärer Pflege im Jahr 2053. Bei Berechnungen mit der Fünf-Jahres-Anpassung liegt der Maximalwert bei 308.000 und wird im Jahr 2054 erreicht.

In der teilstationären Versorgung bleibt Pflegegrad 3 der dominante Pflegegrad. Am zweithäufigsten ist Pflegegrad 2, gefolgt von Pflegegrad 4. Sowohl die absoluten Zahlen als auch die Steigerungsraten fallen im Pflegegrad 1 und 5 geringer aus als bei den anderen Pflegegraden.

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der Entwicklung der Fallzahlen der Pflegebedürftigen Folgendes feststellen: Ausgehend davon, dass der Einführungseffekt der letzten Pflegereformen noch nicht abgeschlossen ist, wurden aktuelle Veränderungstendenzen über fünf Jahre bis zum Jahr 2025 auf eine stabile alters- und geschlechtsspezifische Prävalenz angepasst (Fünf-Jahres-Anpassung). Die sich daraus ergebenden Projektionen unterscheiden sich teils deutlich von den Projektionen, die auf einer Fortschreibung der Prävalenzen von 2019 beruhen und sich schon für 2020 als falsch erwiesen haben. Insbesondere die Gesamtfallzahlen, die Zahl der Pflegegeldbezieher und die Zahl der Pflegebedürftigen mit teilstationärer Pflege sind in der Fünf-Jahres-Anpassung deutlich höher.

Die Fallzahlen in ambulanter Pflege und vollstationärer Versorgung liegen in der Fünf-Jahres-Anpassung nur leicht über der Fortschreibung der Prävalenzen von 2019.

Abbildung 3.17: Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen mit teilstationärer Pflege nach Art der Prävalenzanpassung



Anmerkung: Entwicklung bei mittlerer Steigerung der Lebenserwartung (V2 G2-L2-W2)
 Quelle: Statistisches Bundesamt (2019c, 2019d, 2020b, 2020e), BARMER-Daten 2018–2020, eigene Berechnungen

Sollte die Steigerung der Lebenserwartung stärker oder geringer sein, hätte dies nicht nur Auswirkungen auf die Zahl der Pflegebedürftigen, sondern auch auf die Verteilung der Inanspruchnahmen. Für einen Überblick zeigt Tabelle 3.1 ausgewählte Fallzahlentwicklungen für die drei Varianten zur Veränderung der Lebenserwartung. Bei den Prävalenzen ist jeweils die Fünf-Jahres-Anpassung berücksichtigt. Je nach zu erwartender Steigerung der Lebenserwartung wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen im Zeitraum von 2020 bis 2030 um 1,23 bis 1,41 Millionen Pflegebedürftige erhöhen. Allerdings ist in dieser Steigerung auch eine große Zahl an Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 eingeschlossen, für die der Leistungsanspruch deutlich eingeschränkt ist. Allein für die Pflegegrade 2 bis 5 erge-

innerhalb von 10 Jahren
 über 1,2 Mio. mehr Pflegebedürftige – davon
 rund 1 Mio. mit PG 2–5

ben sich jedoch Steigerungen von 936.000 bis 1,099 Millionen Pflegebedürftigen im Zeitraum 2020 bis 2030. Bis zum Jahr 2050 liegt der Fallzahlzuwachs für Pflegebedürftige in Pflegegrad 2 bis 5 bei 1,953 Millionen bis 2,879 Millionen.

Tabelle 3.1: Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen je Versorgungsart nach unterschiedlichen Annahmen der Steigerung der Lebenserwartung

Jahr	gesamt	vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	ambulante Pflege	Pflegegeld	Tages-/ Nachtpflege	PG 2–5
geringere Steigerung der Lebenserwartung mit Fünf-Jahres-Anpassung der Prävalenz (Anzahl Pflegebedürftiger in Tausend)							
2020	4.623	788	18	1.008	2.346	138	4.086
2030	5.855	964	26	1.151	2.939	213	5.022
2040	6.423	1.068	29	1.283	3.194	244	5.512
2050	6.996	1.252	34	1.450	3.372	279	6.039
2060	6.762	1.260	33	1.404	3.234	265	5.862
Zunahme 2020–30	1.232	176	8	143	593	75	936
Zunahme 2020–50	2.373	464	16	442	1.026	141	1.953
mittlere Steigerung der Lebenserwartung mit Fünf-Jahres-Anpassung der Prävalenz (Anzahl Pflegebedürftiger in Tausend)							
2020	4.627	789	18	1.009	2.347	138	4.089
2030	5.949	988	27	1.174	2.977	217	5.107
2040	6.679	1.132	31	1.345	3.299	256	5.741
2050	7.512	1.385	37	1.576	3.578	304	6.500
2060	7.514	1.469	38	1.590	3.523	301	6.542
Zunahme 2020–30	1.322	199	9	165	630	79	1.018
Zunahme 2020–50	2.885	596	19	567	1.231	166	2.411
höhere Steigerung der Lebenserwartung mit Fünf-Jahres-Anpassung der Prävalenz (Anzahl Pflegebedürftiger in Tausend)							
2020	4.630	789	18	1.010	2.348	138	4.092
2030	6.043	1.012	27	1.197	3.015	222	5.191
2040	6.935	1.198	33	1.407	3.401	268	5.970
2050	8.035	1.523	41	1.705	3.784	329	6.971
2060	8.297	1.695	43	1.786	3.816	338	7.253
Zunahme 2020–30	1.413	223	9	187	667	84	1.099
Zunahme 2020–50	3.405	734	23	695	1.436	191	2.879

Quelle: Statistisches Bundesamt (2019c, 2019d, 2020b, 2020e), BARMER-Daten 2018–2020, eigene Berechnungen

Bei geringerer Steigerung der Lebenserwartung wird die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege (Dauerpflege und Kurzzeitpflege) im Zeitraum von 2020 bis 2030 um 184.000 zunehmen. Bei höherer Steigerung der Lebenserwartung steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege in diesem Zeitraum um 232.000. Die Zahl der Pflegebedürftigen in ambulanter Pflege steigt je nach Steigerung der Lebenserwartung im selben Zeitraum um 143.000 bis 187.000. Den größten Zuwachs gibt es beim ausschließlichen Bezug von Pflegegeld. Da liegen die zu erwartenden Veränderungen bei 593.000 bis 667.000 Pflegebedürftigen.

Bis zum Jahr 2050 steigt die Zahl der Pflegebedürftigen sogar um 2,37 Millionen bis 3,40 Millionen. Dabei liegt die Steigerung in der vollstationären Versorgung bei 480.000 bis 757.000, in der ambulanten Versorgung bei 442.000 bis 695.000 und beim ausschließlichen Pflegegeldbezug bei 1.026.000 bis 1.436.000 Pflegebedürftigen.

Wenn sich die Lebenserwartung wie in der Variante V8 mit der geringeren Steigerung entwickeln sollte, ergäben sich im Vergleich zur üblicherweise verwendeten mittleren Variante V2 der Bevölkerungsprojektion geringere Steigerungen der Fallzahlen. Bis 2030 würde die Zahl der Pflegebedürftigen um 90.000 weniger steigen. Die Zunahme bei der vollstationären Pflege wäre um 24.000, bei der ambulanten Pflege um 22.000 und bei den Pflegegeldempfängern um 37.000 geringer.

projizierte Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2030 um 90.000 geringer, wenn die Lebenserwartung weniger steigt

3.3 Projektion des Personalbedarfs

Pflegebedürftige Personen benötigen im Alltag in unterschiedlichem Ausmaß Betreuung, körperliche Pflege, Unterstützung im Haushalt und viele andere Hilfsmaßnahmen. In welchem Umfang diese Leistungen durch Angehörige oder professionelle Pflegekräfte übernommen werden, ist stark vom Versorgungssetting abhängig. In der vollstationären Pflege (vollstationäre Dauerpflege oder Kurzzeitpflege) gibt es eine Rundumversorgung durch die Pflegeheime. In der häuslichen Pflege inklusive teilstationärer Pflege sind hingegen nur individuell vereinbarte Versorgungsleistungen durch entsprechende Pflegeeinrichtungen abzudecken. In der häuslichen Versorgung sind die Anteile hauswirtschaftlicher oder haustechnischer Hilfen durch die Pflegeeinrichtungen deutlich geringer als in der stationären Versorgung (Statistisches Bundesamt, 2020e) und zudem wird ein

Großteil der pflegerischen Versorgung von Angehörigen übernommen. Wie groß der Personalbedarf in der häuslichen Versorgung ist, bleibt von den individuellen Verhältnissen und Vereinbarungen abhängig. Im vollstationären Pflegeheim ist es dagegen möglich, die Personalmenge zu bestimmen, die für eine fachgerechte Versorgung einer gegebenen Zahl Pflegebedürftiger benötigt wird.

Im Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) hat der Bundesgesetzgeber veranlasst, ein strukturiertes, empirisch abgesichertes und valides Verfahren für die Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen auf der Basis des durchschnittlichen Versorgungsaufwands für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung unter Berücksichtigung der fachlichen Ziele und Konzeption des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu entwickeln (Rothgang et al., 2020a, S. 25). Im entsprechenden Projekt zur Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen (PeBeM) wurden die für die Versorgung eines Pflegebedürftigen benötigten Zeitmengen (Soll-Zeitmengen) in Abhängigkeit vom Pflegegrad des Bewohners ebenso ermittelt wie die Verteilung dieser Soll-Zeitmengen auf die Qualitätsniveaus der Pflegekräfte (Tabelle 3.2). Bezüglich der Qualifikationsniveaus (QN) wurden dabei unterschieden: QN 1: Personen ohne Ausbildung, nach vier Monaten angeleiteter Tätigkeit; QN 2 (Pflege): Personen ohne Ausbildung mit einem zwei- bis sechsmonatigen Pflegebasiskurs und einjähriger angeleiteter Tätigkeit; QN 2 (Betreuung): Betreuungskräfte nach § 53c SGB XI; QN 3: Pflegehilfskräfte mit ein- oder zweijähriger Ausbildung; QN 4: Pflegefachkräfte mit dreijähriger Ausbildung.

Tabelle 3.2: Verteilung der Soll-Zeitmengen auf die Qualifikationsniveaus (QN) der Pflegekräfte in Prozent je Pflegegrad

	ohne	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	gesamt
QN 1	13	5	4	5	4	2	4
QN 2	56	38	46	33	21	16	26
QN 3	6	37	32	38	36	17	32
QN 4	24	19	17	24	39	64	38

Anmerkung: QN 1: Personen ohne Ausbildung, nach vier Monaten angeleiteter Tätigkeit; QN 2 (Pflege): Personen ohne Ausbildung mit einem zwei- bis sechsmonatigen Pflegebasiskurs und einjähriger angeleiteter Tätigkeit; QN 2 (Betreuung): Betreuungskräfte nach § 53c SGB XI; QN 3: Pflegehilfskräfte mit ein- oder zweijähriger Ausbildung; QN 4: Pflegefachkräfte mit dreijähriger Ausbildung
 Quelle: Rothgang et al. (2020a, S. 256)

Im Ergebnis der empirischen Beobachtungsstudie zeigt sich dabei, dass die Versorgungsanteile, die durch höher qualifiziertes Personal übernommen werden sollen, mit dem Pflegegrad steigen (Tabelle 3.2). Für die Versorgung eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 5 sollte beispielsweise der durchschnittliche zeitliche Aufwand zu 64 Prozent bei den Pflegefachkräften liegen. Die Verteilung der Pflegegrade hat somit direkte Auswirkungen auf den Personalbedarf.

Entsprechend den im PeBeM-Projekt ermittelten Bedarfen in der vollstationären Versorgung ergibt sich für die Versorgung ein Pflegeschlüssel, der sich aus den durchschnittlichen Soll-Zeitmengen der Pflegekräfte der einzelnen Qualifikationsniveaus ableitet. Das sich daraus ergebende Berechnungsverfahren (Algorithmus 1.0) des Personalbemessungsinstruments beziffert – bei einer Pflegegradverteilung gemäß der Pflegestatistik für Dezember 2017 – einen durchschnittlichen Bedarf von 54,93 VZÄ je 100 Pflegebedürftige in Pflegeheimen allein für die Pflege – ohne Pflegedienstleitung, Qualitätsbeauftragte und Betreuungspersonal (Rothgang et al., 2020a, S. 257). Nach Qualifikationsniveaus aufgeschlüsselt ergibt sich ein Pflegepersonalbedarf von 20,9 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) mit QN 4, 17,5 VZÄ mit QN 3, 14,5 VZÄ mit QN 2 und 2,1 VZÄ mit QN 1 (Rothgang et al., 2020a, S. 256). Für diese Berechnungen wurde eine Nettojahresarbeitszeit von 1.560 Stunden zugrunde gelegt (Rothgang et al., 2020a, S. 282). Wird eine andere Nettojahresarbeitszeit verwendet, ändern sich die Werte entsprechend.

Die für die Versorgung eines Pflegebedürftigen benötigten Zeitmengen (Soll-Zeitmengen) von Pflegefachkräften steigt mit dem Pflegegrad der Pflegebedürftigen.

Nach dem PeBeM-Abschlussbericht liegt das aktuell (das heißt 2018) vorzufindende Verhältnis der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte im Vergleich zur Zahl der Pflegebedürftigen (Status quo) bundesdurchschnittlich noch in allen Qualifikationsniveaus deutlich unterhalb des erfassten Personalbedarfs (Algorithmus 1.0). Während der Personalbedarf mit dem Algorithmus 1.0 mit 54,93 VZÄ angegeben wurde, sind bundesdurchschnittlich nur 40,33 VZÄ in einer Referenzeinrichtung mit 100 Bewohnern beschäftigt. Daraus resultiert schon in der aktuellen Situation ein erforderlicher Personalzuwachs von insgesamt 36 Prozent. Wird dieser erforderliche Personalzuwachs nach Qualifikationsniveau differenziert, besteht ein Mehrbedarf von 69 Prozent bei den Assistenzkräften und von 3,5 Prozent bei den Fachkräften (Rothgang et al., 2020a, S. 257).

Im Juni 2021 wurde das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) verabschiedet, mit dem Personalanhaltszahlen für die Zeit ab Juli 2023 im § 113c SGB XI verankert wurden. Die im Gesetz ausgewiesenen Personalanhaltszahlen gleichen den Unterschied zwischen dem Algorithmus 1.0 und dem Status quo allerdings nur zu 40 Prozent aus (Tabelle 3.3). Ob eine weitere Anpassung der Personalanhaltszahlen vorgenommen werden soll, wird erst nach im Jahr 2025 vorliegenden Daten und Ergebnissen entschieden. Zusätzlich zum Personal, das durch diese Personalanhaltszahlen bestimmt ist, sollen noch weitere Personalbedarfe berücksichtigt werden, die insbesondere die Pflegedienstleitung, Qualitätsbeauftragte und Praxisanleiter umfassen (§ 113c SGB XI).

Tabelle 3.3: Pflegeschlüssel im Vergleich vom Status quo 2019, dem Algorithmus 1.0 im PeBeM-Abschlussbericht und dem Schlüssel im GVWG

	Pflegeschlüssel: Pflege- und Betreuungskräfte pro Bewohner				
	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
	Status quo				
QN-Level 1–2 (Assistenzkräfte ohne Ausbildung)	0,06630844	0,09300737	0,12467792	0,16321235	0,18457027
QN-Level 3 (Assistenzkräfte mit 1- bis 2-jähriger Ausbildung)	0,02730671	0,04303132	0,06154819	0,07472733	0,0824805
QN-Level 4 (Fachkräfte mit mind. 3-jähriger Ausbildung)	0,09361515	0,13603869	0,1862261	0,23793968	0,26705077
Pflegekräfte insgesamt	0,18723029	0,27207738	0,37245221	0,47587936	0,53410154
	Algorithmus 1.0				
QN-Level 1–2 (Assistenzkräfte ohne Ausbildung)	0,11864871	0,16108353	0,17522211	0,16199059	0,16265138
QN-Level 3 (Assistenzkräfte mit 1- bis 2-jähriger Ausbildung)	0,09992923	0,10409951	0,17611995	0,24118549	0,15188704
QN-Level 4 (Fachkräfte mit mind. 3-jähriger Ausbildung)	0,05201332	0,05523959	0,10835817	0,25878736	0,55995844
Pflegekräfte insgesamt	0,27059126	0,32042262	0,45970023	0,66196345	0,87449687
	Personalanhaltszahlen nach dem GVWG				
QN-Level 1–2 (Assistenzkräfte ohne Ausbildung)	0,0872	0,1202	0,1449	0,1627	0,1758
QN-Level 3 (Assistenzkräfte mit 1- bis 2-jähriger Ausbildung)	0,0564	0,0675	0,1074	0,1413	0,1102
QN-Level 4 (Fachkräfte mit mind. 3-jähriger Ausbildung)	0,0770	0,1037	0,1551	0,2463	0,3842
Pflegekräfte insgesamt	0,2206	0,2914	0,4074	0,5503	0,6702

Quelle: GVWG; Rothgang et al. (2020a, S. 367)

Bezogen auf die in der Pflegestatistik für Dezember 2019 ausgewiesene Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege (Tabelle 3.4) ergeben sich hieraus die in Tabelle 3.5 angegebenen Personalbedarfe für 2019 entsprechend den jeweiligen Schlüsseln.

Tabelle 3.4: Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege im Dezember 2019

Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Insgesamt
6.048	152.072	273.346	237.482	123.584	792.532

Anmerkung: In der Pflegestatistik sind zudem noch 2.385 Personen in vollstationärer Dauerpflege ausgewiesen, die noch keinem Pflegegrad zugeordnet sind. Diese Personen werden in der nachfolgenden Tabelle nicht berücksichtigt.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020e)

Tabelle 3.5: Pflegepersonalbedarfe für 2019 gemäß den Personalschlüsseln im Status quo, im Algorithmus 1.0 im PeBeM-Abschlussbericht und im GVWG

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Summe
Status quo						
QN-Level 1–2 (Assistenzkräfte ohne Ausbildung)	401	14.144	34.080	38.760	22.810	110.195
QN-Level 3 (Assistenzkräfte mit 1- bis 2-jähriger Ausbildung)	165	6.544	16.824	17.746	10.193	51.473
QN-Level 4 (Fachkräfte mit mind. 3-jähriger Ausbildung)	566	20.688	50.904	56.506	33.003	161.668
Pflegekräfte insgesamt	1.132	41.375	101.808	113.013	66.006	323.335
Algorithmus 1.0						
QN-Level 1–2 (Assistenzkräfte ohne Ausbildung)	718	24.496	47.896	38.470	20.101	131.681
QN-Level 3 (Assistenzkräfte mit 1- bis 2-jähriger Ausbildung)	604	15.831	48.142	57.277	18.771	140.625
QN-Level 4 (Fachkräfte mit mind. 3-jähriger Ausbildung)	315	8.400	29.619	61.457	69.202	168.993
Pflegekräfte insgesamt	1.637	48.727	125.657	157.204	108.074	441.299
Personalanhaltszahlen nach dem GVWG						
QN-Level 1–2 (Assistenzkräfte ohne Ausbildung)	527	18.279	39.608	38.638	21.726	118.779
QN-Level 3 (Assistenzkräfte mit 1- bis 2-jähriger Ausbildung)	341	10.265	29.357	33.556	13.619	87.138
QN-Level 4 (Fachkräfte mit mind. 3-jähriger Ausbildung)	466	15.770	42.396	58.492	47.481	164.604
Pflegekräfte insgesamt	1.334	44.314	111.361	130.686	82.826	370.521

Quelle: eigene Berechnungen nach GVWG; Rothgang et al. (2020a, S. 367); Statistisches Bundesamt (2020e)

Die Personalbedarfe gemäß Algorithmus 1.0 übersteigen die mittels der Schlüssel im Status quo ermittelten Werte somit um 117.964 Vollzeitäquivalente. Aber auch die Berechnung gemäß den im GVWG normierten Werten ergibt einen Personalmehrbedarf von 47.186 gegenüber dem Status quo.

Da noch nicht absehbar ist, in welchem Umfang die Personalanzahlzahlen des GVWG 2025 angehoben werden, werden im Folgenden – konservativ – die Werte des GVWG verwendet. Dabei handelt es sich aber nicht um bedarfsgerechte Personalwerte. Die Ergebnisse unterschätzen den tatsächlichen Bedarf damit deutlich. Die Werte beziehen sich zudem auf eine Situation, in der die zusätzlichen Betreuungskräfte gemäß § 43b SGB XI auch weiterhin vollumfänglich zur Verfügung stehen.

Um die Bedarfe an Pflegekräften an späterer Stelle über alle Versorgungsbereiche zusammenzufassen, werden die Pflegekräfte auch im stationären Bereich nachfolgend in die Kategorien Pflegefachkräfte (QN 4), Pflegehilfskräfte mit Ausbildung (QN 3) sowie Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung (QN 1–2) zusammengefasst.

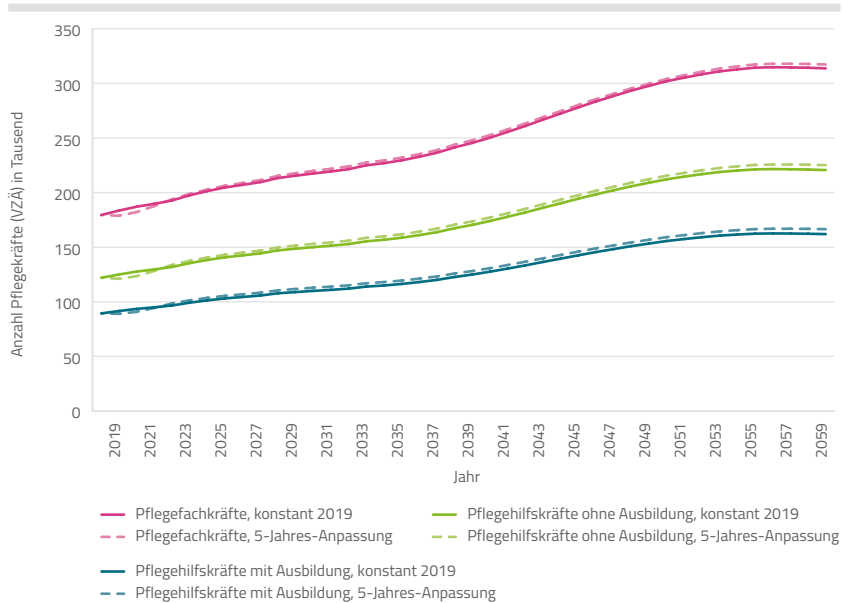
Zahl der Pflegebedürftigen × Pflegeschlüssel + besonderer Personalbedarf = vollstationärer Personalbedarf

Durch Multiplikation der Personalschlüssel des GVWG (Tabelle 3.3) mit der projizierten Zahl der Pflegebedürftigen in den einzelnen Pflegegraden ergeben sich die ausgewiesenen Pflegepersonalbedarfe im Zeitverlauf. Zusätzlich berücksichtigt sind je Pflegeheim – wiederum sehr konservativ – besondere Personalbedarfe für Pflegedienstleitung, Qualitätsbeauftragte und Praxisanleiter im Umfang von einem VZÄ mit dem Qualifikationsniveau 4 – also eine Pflegefachkraft (Abbildung 3.18).

Steigerung des Bedarfs an Pflegefachkräften in vollstationärer Pflege um 39.000 VZÄ zwischen 2020 und 2030

Bei Modellierung mit der Fünf-Jahres-Anpassung der Prävalenzen wird es zwischen 2020 und 2030 eine Steigerung des Bedarfs an Pflegefachkräften um 39.000 VZÄ geben. Der Mehrbedarf bei Pflegehilfskräften mit Ausbildung liegt bei 23.000 VZÄ und bei Pflegehilfskräften ohne Ausbildung bei 30.000 VZÄ. Im Jahr 2030 gibt es somit einen Gesamtbedarf in VZÄ von 218.000 Pflegefachkräften, 112.000 Pflegehilfskräften mit Ausbildung und 151.000 Pflegehilfskräften ohne Ausbildung. Bis zum Jahr 2050 steigt der Bedarf auf 300.000 Pflegefachkräfte, 157.000 Pflegehilfskräfte mit Ausbildung und 212.000 Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung. Im Vergleich zur konstanten Prävalenzfortschreibung ergeben sich in der Fünf-Jahres-Anpassung nur leicht erhöhte Bedarfe.

Abbildung 3.18: Projektion der benötigten Pflegekräfte in vollstationärer Pflege in VZÄ nach Art der Prävalenzanpassung



Quelle: Statistisches Bundesamt (2019c, 2019d, 2020b, 2020e), BARMER-Daten 2018–2020, eigene Berechnungen

Allerdings ist zu bedenken, dass der tatsächliche Ist-Wert für 2019 deutlich unterhalb des Soll-Werts gemäß GVWG liegt. Grund hierfür sind zum einen die unbesetzten Stellen, deren Umfang im Abschlussbericht zum PeBeM-Projekt mit rund 20.000 angesetzt wurde (Rothgang et al., 2020a, S. 368), und zum anderen die 2019 gültigen Personalschlüssel, die im Vergleich zu den Werten des GVWG deutlich niedrigere Personalbedarfe ergeben. Diese Personallücke gilt es zu schließen – zusätzlich zum notwendigen Personalaufwuchs aufgrund der demografischen Entwicklung und der noch nicht vollständig erfassten Folgewirkungen des PSG II.

In der ambulanten Versorgung ist eine Beschreibung von Soll-Größen aus oben genannten Gründen derzeit nicht möglich. Die Inanspruchnahmen von ambulanten Pflegeleistungen sind zudem regional sehr unterschiedlich und sie sind häufig verknüpft mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege, was eine Zuordnung des Personals zum

SGB XI-Bereich noch weiter erschwert (Rothgang et al., 2020a, S. 325 ff.). Die einzige Möglichkeit, dennoch eine Projektion des benötigten Pflegepersonals vorzunehmen, besteht in der Fortschreibung der aktuellen Ist-Verteilungen von Pflegepersonal zur Zahl der versorgten Pflegebedürftigen. Da aber auch schon die aktuelle Zahl der Pflegekräfte als nicht ausreichend angesehen wird, der Nachfrage gerecht zu werden (Rothgang et al., 2020a, S. 330 ff.), führt diese Fortschreibung zu einer deutlichen Unterschätzung des tatsächlichen Personalbedarfs.

Die Datengrundlage für die Projektion ist die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes. In der Pflegestatistik sind die Beschäftigten aber nicht so in Qualifikationsniveaus klassifiziert wie im PeBeM-Projekt und dann im neuen § 113c SGB XI. In der Pflegestatistik sind lediglich die Berufsabschlüsse und die überwiegenden Tätigkeiten der Beschäftigten angegeben. Aus der Kombination dieser Angaben wird im Folgenden eine Kodierung vorgenommen, die eine Vergleichbarkeit zu den Qualifikationsniveaus aus dem PeBeM-Projekt ermöglicht.

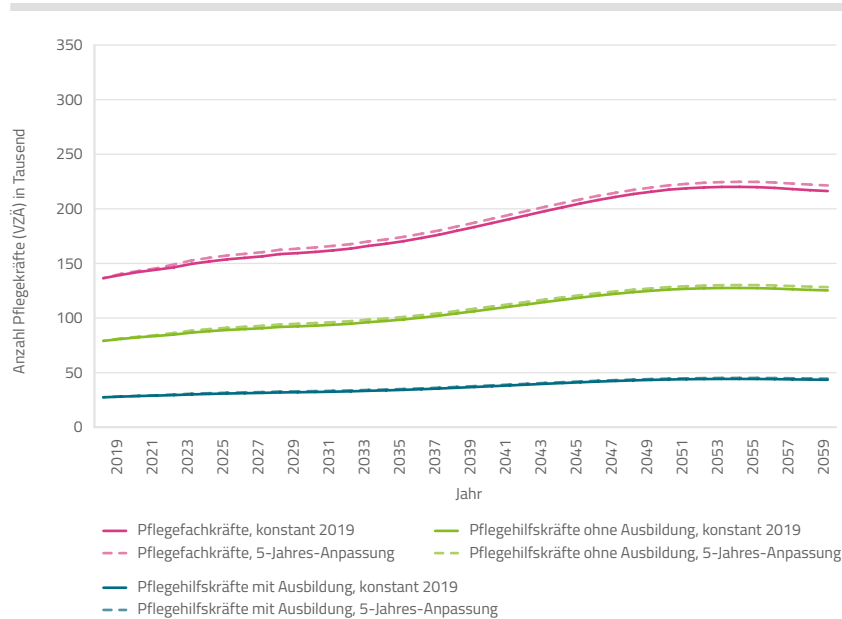
Als Pflegefachkräfte (QN 4) klassifiziert werden die staatlich anerkannten Altenpflegekräfte, die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte sowie die Personen mit pflegewissenschaftlichem Fachhochschul- oder Universitätsabschluss. Unter die Kategorie Pflegehilfskräfte mit Ausbildung (QN 3) fallen die staatlich anerkannten Altenpflegehilfskräfte, die Krankenpflegehilfskräfte sowie Familienpflegekräfte oder Dorfhelfer mit staatlichem Abschluss. Als Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung (QN1 und 2) werden diejenigen gefasst, die einen anderen Beruf haben, aber deren überwiegender Tätigkeitsbereich Pflege oder Betreuung ist.

Im Resultat ergibt sich ein Personalbedarf in der ambulanten Pflege, der sich proportional zur Zahl der Pflegebedürftigen verhält, die entsprechende Leistungen in Anspruch nehmen (Abbildung 3.19). Ebenso wie bei der Zahl der Pflegebedürftigen gibt es nur geringere Unterschiede nach der Prävalenzanpassung. Mit konstanten Pflegeprävalenzen des Jahres 2019 ergeben sich für das Jahr 2030 Bedarfe von 159.000 VZÄ Pflegefachkräfte, 32.000 VZÄ Pflegehilfskräfte mit Ausbildung und 92.000 VZÄ Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung. Mit der Fünf-Jahres-Anpassung sind es Bedarfe von 163.000, 33.000 und 95.000 VZÄ – in der Summe also lediglich 8.000 VZÄ mehr als bei konstant gehaltener Pflegeprävalenz.

Unter Verwendung der Fünf-Jahres-Anpassung liegt der Bedarf (in VZÄ) im Jahr 2030 schon um 32.000 Pflegefachkräfte höher als im Jahr 2020. Der Mehrbedarf an Pflegehilfskräften mit Ausbildung liegt bei 6.000 und an Pflegehilfskräften ohne Ausbildung bei 21.000 VZÄ. Bis zum Jahr 2050 liegt der Mehrbedarf (in VZÄ) bei 108.000 Pflegefachkräften, 22.000 Pflegehilfskräften mit Ausbildung und 72.000 Pflegehilfskräften ohne Ausbildung.

Steigerung des Bedarfs an Pflegefachkräften in der ambulanten Pflege um 32.000 VZÄ zwischen 2020 und 2030

Abbildung 3.19: Projektion der benötigten Pflegekräfte in der ambulanten Pflege in VZÄ nach Art der Prävalenzanpassung

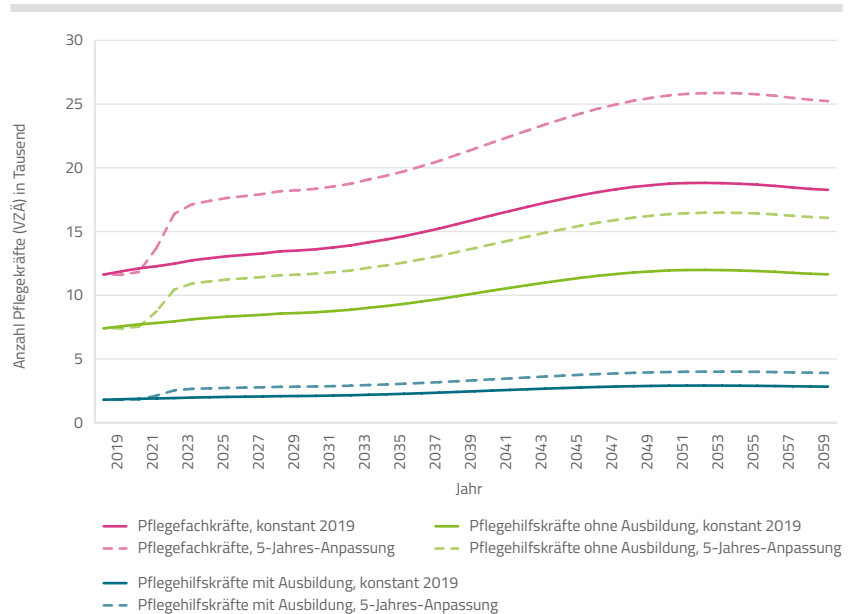


Quelle: Statistisches Bundesamt (2019c, 2019d, 2020b, 2020e), BARMER-Daten 2018–2020, eigene Berechnungen

Ebenso wie in der ambulanten Pflege ist eine genaue Bedarfsbestimmung für die teilstationäre Pflege sehr schwierig. Im Rahmen des Projekts zur Bemessung des Personalbedarfs in der stationären Versorgung sind zwar sechs teilstationäre Einrichtungen betrachtet worden. Wegen der geringen Fallzahl ist die Validität der ermittelten Personalbedarfszahlen aber begrenzt (Rothgang et al., 2020a, S. 261). Daher wurde zur

Ermittlung des Personalbedarfs ebenso wie für die ambulante Pflege die Zahl der aktuellen Pflegekräfte zur Zahl der Pflegebedürftigen in teilstationärer Pflege ins Verhältnis gesetzt. In den Veröffentlichungen zur Pflegestatistik sind allerdings die Beschäftigten nicht nach Qualifikationsniveau speziell für die teilstationäre Versorgung dargestellt. Daher wurden die Verhältniszahlen am Gastwissenschaftlerarbeitsplatz im Forschungsdatenzentrum (FDZ) der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder am Standort Bremen ermittelt. Dort wurden die Daten der Einrichtungen, die ausschließlich teilstationäre Leistungen anbieten, ausgewertet. Die so ermittelten Verhältniszahlen wurden nachfolgend für alle Pflegebedürftigen, die teilstationäre Pflege in Anspruch nehmen, verwendet (Abbildung 3.20).

Abbildung 3.20: Projektion der benötigten Pflegekräfte in der teilstationären Pflege in VZÄ nach Art der Prävalenzanpassung



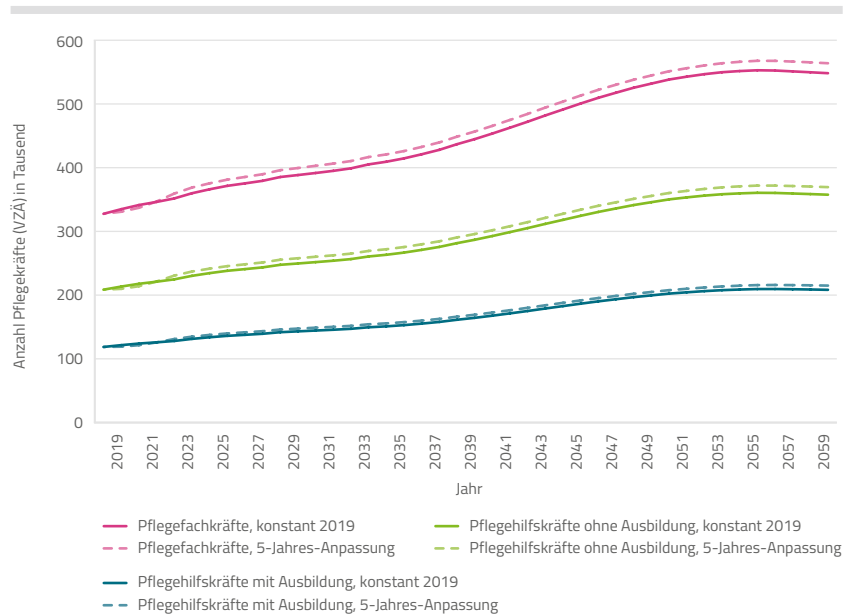
Quelle: Statistisches Bundesamt (2019c, 2019d, 2020b, 2020e); FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 2019; BARMER-Daten 2018–2020; eigene Berechnungen

So wie die Zahl der Pflegebedürftigen in teilstationärer Pflege in der Corona-Pandemie stagniert, stagniert auch der Personalbedarf. Unter der Annahme, dass die Corona-Effekte im Jahr 2023 ausgelaufen sind, wird sich bei Nutzung der Fünf-Jahres-Anpassung auch die Zahl der benötigten Pflegekräfte wieder erhöhen. Da die teilstationäre Pflege im langfristigen Trend stark zugenommen hat, wird auch von einer weiteren Steigerung ausgegangen, die sich in der Fünf-Jahres-Anpassung ab 2023 deutlich zeigt. Damit verbunden ist auch ein erhöhter Bedarf an Pflegekräften, der deutlich höher liegt, als bei konstant gehaltener Prävalenz zu erwarten wäre. Im Jahr 2030 gibt es bei Nutzung der Fünf-Jahres-Anpassung einen Bedarf an Pflegefachkräften von 18.000 VZÄ. Bei konstanter Prävalenz wären es nur 14.000 VZÄ. Die relativen Unterschiede bleiben auch in den anderen Qualifikationsniveaus bestehen – allerdings auf einem in absoluten Zahlen niedrigerem Niveau. Der Bedarf an Pflegehilfskräften mit Ausbildung liegt im Jahr 2030 bei Anwendung der Fünf-Jahres-Anpassung bei 3.000 VZÄ im Vergleich zu 2.000 bei konstanter Prävalenz, und der Bedarf an Pflegehilfskräften ohne Ausbildung liegt bei 12.000 VZÄ im Vergleich zu 9.000 VZÄ bei konstanter Prävalenz. Für das Jahr 2050 sind nach der Fünf-Jahres-Anpassung Bedarfe von 25.000 Pflegefachkräften, 4.000 Pflegehilfskräften mit Ausbildung und 16.000 Pflegehilfskräften ohne Ausbildung, jeweils gemessen in VZÄ, zu erwarten. Bei Nutzung der konstant gehaltenen Prävalenzen des Jahres 2019 wären es nur 19.000 Pflegefachkräfte, 3.000 Pflegehilfskräfte mit Ausbildung und 12.000 Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung. Im Vergleich zu 2020 besteht 2030 – im Modell mit der Fünf-Jahres-Anpassung – ein in VZÄ gemessener Mehrbedarf von 6.000 Pflegefachkräften, 1.000 Pflegehilfskräften mit Ausbildung sowie 5.000 Pflegehilfskräften ohne Ausbildung und bis zum Jahr 2050 ein Mehrbedarf von 13.000 Pflegefachkräften, 2.000 Pflegehilfskräften mit Ausbildung sowie 9.000 Pflegekräften ohne Ausbildung.

Relativ betrachtet sind somit die Unterschiede zwischen der Fortschreibung der Prävalenz und der Fünf-Jahres-Anpassung bei der teilstationären Pflege am größten. Bei Zusammenfassung der drei formellen Versorgungsbereiche fallen die relativen Unterschiede geringer aus, da die relativen Unterschiede in der vollstationären und in der ambulanten Pflege nur gering sind. Dennoch ergeben sich in der Summe absolut gesehen noch merkliche Unterschiede im Vergleich der Fünf-Jahres-Anpassung zur konstanten Fortschreibung der Prävalenzen (Abbildung 3.21).

Gemäß den Projektionsergebnissen gibt es im Jahr 2019 – jeweils gemessen in VZÄ – einen Bedarf an 335.000 Pflegefachkräften, 121.000 Pflegehilfskräften mit Ausbildung sowie 212.000 Pflegehilfskräften ohne Ausbildung. Gemäß Pflegestatistik liegt die Beschäftigtenzahl – gemessen in VZÄ – im Jahr 2019 bei 336.277 Pflegefachkräften, 81.215 Pflegehilfskräften mit Ausbildung und 250.217 Pflegehilfskräften ohne Ausbildung (Statistisches Bundesamt, 2020e). In der Summe liegt der Bedarf an Pflegefachkräften im Jahr 2019 etwa im Bereich des vorhandenen Personals. Der Bestand an Pflegehilfskräften mit Ausbildung ist dagegen schon initial deutlich zu niedrig.

Abbildung 3.21: Projektion der Gesamtzahl der benötigten Pflegekräfte in VZÄ nach Art der Prävalenzanpassung



Quelle: Statistisches Bundesamt (2019c, 2019d, 2020b, 2020e), BARMER-Daten 2018–2020, eigene Berechnungen

Gemäß der Modellrechnung mit der Fünf-Jahres-Anpassung gibt es im Jahr 2030 (in VZÄ) insgesamt einen Bedarf an 399.000 Pflegefachkräften, 147.000 Pflegehilfskräften mit Ausbildung sowie 258.000 Pflegehilfskräften ohne Ausbildung. Damit liegt der Bedarf um 68.000 Pflegefachkräfte, 28.000 Pflegehilfskräfte mit Ausbildung sowie 48.000 Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung höher als im Jahr 2020. Im Jahr 2050 liegt der Bedarf – wiederum gemessen in VZÄ – bei 545.000 Pflegefachkräften, 205.000 Pflegehilfskräften mit Ausbildung sowie 356.000 Pflegehilfskräften ohne Ausbildung und damit um 214.000 Pflegefachkräfte, 86.000 Pflegehilfskräfte mit sowie 146.000 Pflegekräfte ohne Ausbildung höher als im Jahr 2020.

Bedarfssteigerung in
VZÄ von 2020 bis 2030:
68.000 Pflegefachkräfte,
28.000 Pflegehilfskräfte
mit Ausbildung, 48.000
Pflegehilfskräfte ohne
Ausbildung

Die Unterschiede zwischen der Modellierung mittels Fünf-Jahres-Anpassung und konstanter Fortschreibung der Prävalenzen liegen im Jahr 2030 bei 11.000 Pflegefachkräften, 4.000 Pflegehilfskräften mit Ausbildung sowie 8.000 Pflegehilfskräften ohne Ausbildung. Der Personalbedarf liegt somit bei Berücksichtigung der Fünf-Jahres-Anpassung etwa drei Prozent höher als nach konventionellen Vorausberechnung mit stabilen Prävalenzen. Im Jahr 2050 liegen die Unterschiede bei 13.000 Pflegefachkräften, 5.000 Pflegehilfskräften mit Ausbildung sowie 10.000 Pflegehilfskräften ohne Ausbildung. Eine übliche Projektion mit konstanten Prävalenzen unterschätzt demnach die Zahl der 2030 benötigten Pflegekräfte um 23.000.

Personalbedarf 2030
um 3% höher als mit
konventionellen Schätzungen

Die in diesem Kapitel bisher genannten Zahlen beziehen sich durchweg auf die Projektion mit der mittleren Steigerung der Lebenserwartung. Sollte die Steigerung der Lebenserwartung aber geringer ausfallen, wäre auch mit einer geringeren Zahl an Pflegebedürftigen und damit auch mit einem geringeren Bedarf an Pflegekräften zu rechnen. Bei einer stärkeren Steigerung der Lebenserwartung resultiert dagegen ein nochmals höherer Pflegekräftebedarf. Im unteren Mortalitätsszenario liegt der Bedarf an Pflegefachkräften im Jahr 2030 um 9.000 VZÄ niedriger und im oberen Mortalitätsszenario um 8.000 höher als im mittleren Szenario. Bis zum Jahr 2050 steigen die Differenzen in VZÄ auf 47.000/+49.000 Pflegefachkräfte, 19.000/+20.000 Pflegehilfskräfte mit Ausbildung sowie 32.000/+33.000 Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung (Tabelle 3.6).

Tabelle 3.6: Projektion der Zahl der benötigten Pflegekräfte nach unterschiedlichen Annahmen der Steigerung der Lebenserwartung

Jahr	Pflegekräfte in tausend VZÄ			Pflegekräfte in tausend Beschäftigte		
	bezogen auf die Fünf-Jahres-Anpassung der Prävalenzen					
	Fachkräfte	Hilfskräfte mit Ausbildung	Hilfskräfte ohne Ausbildung	Fachkräfte	Hilfskräfte mit Ausbildung	Hilfskräfte ohne Ausbildung
geringere Steigerung der Lebenserwartung						
2020	330	119	210	423	158	314
2030	391	144	252	499	192	377
2040	434	160	280	554	213	419
2050	498	186	324	635	247	484
2060	492	185	321	627	247	479
mittlere Steigerung der Lebenserwartung						
2020	331	119	210	423	158	314
2030	399	147	258	510	196	386
2040	457	169	296	583	225	442
2050	545	205	356	695	272	532
2060	564	215	369	719	286	552
höhere Steigerung der Lebenserwartung						
2020	331	119	210	423	159	314
2030	408	151	264	521	201	394
2040	480	179	312	613	237	466
2050	593	225	389	757	298	581
2060	641	247	422	817	328	630

Quelle: Statistisches Bundesamt (2019c, 2019d, 2020b, 2020e), BARMER-Daten 2018–2020, eigene Berechnungen

Mehrbedarf 2030 im Vergleich zum Personalbestand 2019: 81.000 Pflegefachkräfte, 87.000 Pflegehilfskräfte mit Ausbildung

Da ein Großteil der Pflegekräfte nicht in Vollzeit arbeitet, ist die Zahl der benötigten Pflegekräfte insgesamt größer. Legt man die Verhältniszahlen der Pflegekräfte zu den VZÄ des Jahres 2019 (Statistisches Bundesamt, 2020e) zugrunde, liegen nach der mittleren erwarteten Steigerung der Lebenserwartung die in Köpfen gerechneten Bedarfe für das Jahr 2030 bei 510.000 Pflegefachkräften, 196.000 Pflegehilfskräften mit Ausbildung sowie 386.000 Pflegehilfskräften ohne Ausbildung. Das sind 81.000 Pflegefachkräfte, 87.000 Pflegehilfskräfte mit Ausbildung und 14.000 Pflegekräfte ohne Ausbildung mehr

als durch die Pflegestatistik für das Jahr 2019 ausgewiesen. Daraus ergibt sich für 2030 im Vergleich zu 2019 ein Mehrbedarf von 182.000 Personen.

Um die Größe der damit verbundenen Herausforderung abschätzen zu können, lohnt sich ein Blick auf den Arbeitsmarkt. Bei einer insgesamt – insbesondere für Fachkräfte – sehr angespannten Lage gab es doch in der jüngsten Vergangenheit gleichzeitig Beschäftigungszuwächse. So ist die Zahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Altenpflegekräfte mit mindestens einjähriger Ausbildung von 536.000 im Jahr 2016 auf 615.000 im Jahr 2020 gestiegen. Einen Zuwachs gab es im gleichen Zeitraum auch bei den sozialversicherungspflichtig beschäftigten Krankenpflegekräften mit mindestens einjähriger Ausbildung, und zwar von 1,02 Millionen auf 1,11 Millionen (BA, 2021, S. 7). Insgesamt gab es somit einen Zuwachs von rund 170.000 Pflegekräften mit mindestens einjähriger Ausbildung innerhalb von vier Jahren. Jedoch betrifft nur der kleinere Teil dieser Zuwächse die Langzeitpflege.

Die Pflegestatistik weist für das Jahr 2015 insgesamt 396.845 Pflegefachkräfte und 97.978 Pflegehilfskräfte mit Ausbildung aus. Für das Jahr 2019 sind 429.249 Pflegefachkräfte und 108.541 Pflegehilfskräfte mit Ausbildung ausgewiesen. Im Zeitraum von vier Jahren ist die Anzahl der ausgebildeten Pflegekräfte somit um rund 43.000 gestiegen. Der Zuwachs in der Gesamtsumme der Pflegekräfte schlägt sich also nur zu einem geringeren Teil in der Versorgungsstruktur der Langzeitpflege nieder. Andere Branchen wie der Krankenhausbereich, MD oder Beratung haben ebenfalls Personalbedarfe.

Werden die Zuwächse des Vier-Jahres-Zeitraums annualisiert, ergibt sich eine durchschnittliche jährliche Zunahme von 10.750 ausgebildeten Pflegekräften pro Jahr. Demgegenüber steht ein Zusatzbedarf von 125.000 Pflegekräften mit mindestens einjähriger Ausbildung für den Zeitraum von 2020 bis 2030, wenn das mittlere Mortalitätsszenario unterstellt wird (Tabelle 3.6). Pro Jahr entspricht dies einem Zusatzbedarf von 12.500, der nur wenig über dem erreichten Zuwachs der Jahre 2015 bis 2019 liegt. Allerdings ist zudem zu berücksichtigen, dass die Beschäftigtenzahlen im stationären Bereich 2019 bereits deutlich unter den Personalziffern des GVWG lagen und diese Lücke zusätzlich geschlossen werden muss.

geringeres Einkommen
in der Altenpflege als in
der Krankenpflege

Sowohl für Fach- als auch für Hilfskräfte bestehen zudem erhebliche Unterschiede zwischen der Entlohnung im Krankenhaus und in der Langzeitpflege. So lagen die Medianentgelte im Jahr 2019 für vollzeitbeschäftigte Krankenpflegehilfskräfte bei 2.677 Euro, für Krankenpflegefachkräfte bei 3.547 Euro, für Altenpflegehilfskräfte bei 2.146 Euro und für Altenpflegefachkräfte bei 3.032 Euro. Zwar sind die Gehälter in der Altenpflege zwischen 2012 und 2019 um rund neun Prozentpunkte mehr gestiegen als in der Krankenpflege und bei den Beschäftigten insgesamt. Dennoch besteht damit immer noch für beide Qualifikationsniveaus ein Einkommensunterschied von rund 500 Euro zwischen Alten- und Krankenpflege (Carstensen et al., 2020, S. 3). Da insbesondere die generalistisch ausgebildeten Pflegefachmänner und -frauen in Zukunft problemlos zwischen den Alten- und Krankenhauspflegestellen wählen können, befindet sich die Langzeitpflege in einer Konkurrenzsituation mit den Krankenhäusern, bei der die Krankenhäuser aufgrund der von ihnen angebotenen höheren Entlohnung Wettbewerbsvorteile haben.

angespannte
Arbeitsmarktlage

Zwar werden in der Arbeitslosenstatistik in den Jahren 2016 bis 2020 jeweils über 30.000 Arbeitslose mit dem Zielberuf Altenpflege geführt, aber darunter befanden sich 2020 nur 3.600 examinierte Fachkräfte oder Spezialisten und 2.300 Personen mit einer einjährigen Ausbildung zum Altenpflegehelfer. Bei den Pflegehelfern mit Ausbildung ist die Arbeitslosenquote somit sehr gering. Ausreichend Pflegekräfte – auch für die kommenden Jahre – bietet der Arbeitsmarkt nur für den Bereich der Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung. Die durchschnittliche Anzahl gemeldeter Arbeitsstellen für ausgebildete Altenpflegekräfte übersteigt das Angebot an qualifiziertem Personal um ein Vielfaches. Von 20.700 offenen Stellen waren 65 Prozent für examinierte Pflegekräfte ausgeschrieben. Ein weiteres Indiz für die angespannte Arbeitsmarktlage ist die Dauer der Arbeitslosigkeit bei Arbeitsaufnahme. Während diese Dauer im Durchschnitt aller Berufe im Jahr 2020 bei 232 Tagen lag, betrug sie bei examinierten Altenpflegekräften nur 106 Tage und bei Altenpflegehilfskräften 114 Tage (BA, 2021, S. 12).

höhere Ausbildungszahlen als notwendiger
Bestandteil der Problemlösung

Höhere Ausbildungszahlen sind daher ein notwendiger Bestandteil der Problemlösung. In der amtlichen Statistik werden für das Schuljahr 2019/2020 insgesamt 167.313 Auszubildende in der Pflege gezählt – davon 71.271 im ersten Schuljahrgang. Im ersten Schuljahr verteilen sich die Auszubildenden dabei wie folgt auf die Zielberufe: 5.106 Auszubildende im Bereich Gesundheits- und Krankenpflegehilfen, 3.081 in der Gesund-

heits- und Kinderkrankenpflege, 25.728 in der Gesundheits- und Krankenpflege, 9.147 in der Altenpflegehilfe, 27.309 in der Altenpflege sowie 900 in der generalistischen Ausbildung, die allerdings erst seit 2020 angeboten und daher erst in der näheren Zukunft deutlich an Gewicht gewinnen wird (Statistisches Bundesamt, 2021b). Sollten alle Auszubildenden ihre Ausbildung erfolgreich beenden und anschließend dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, würde dieser Ausbildungsjahrgang 57.018 Pflegefachkräfte und 14.253 Pflegehilfskräfte generieren. Vergleicht man aber die Absolventenzahlen mit den Ausbildungszugängen drei beziehungsweise ein Jahr zuvor, dann wird eine relativ hohe Abbruchquote deutlich. Im Jahr 2019 gab es 17.250 Abschlüsse zur Altenpflege und 5.907 Abschlüsse zur Altenpflegehilfe (Statistisches Bundesamt, 2021b). Im Vergleich dazu gab es 24.130 Auszubildende zur Altenpflege im ersten Jahr in 2016 (Statistisches Bundesamt, 2018c, S. 89) beziehungsweise 8.484 Auszubildende zur Altenpflegehilfe im ersten Jahr in 2018 (Statistisches Bundesamt, 2019e, S. 92). Daraus resultiert eine Abbruchquote von 28,5 Prozent beziehungsweise 30,4 Prozent. Um die gewünschten Effekte zu erzielen, müssen diese Abbruchquoten noch deutlich verringert werden.

Problemverschärfend kommt hinzu, dass auch die (Netto-)Berufsaustritte kompensiert werden müssen. Mit den BARMER-Routinedaten wurden, bezogen auf die Zahl der examinieren Altenpflegekräfte, sechs Prozent Austritte, aber auch vier Prozent Wiedereintritte ab einem Alter von 35 Jahren pro Jahr erfasst. Die Wiedereintritte in den Beruf ab einem Alter von 35 Jahren werden in den nächsten Jahren aber schon allein wegen der demografischen Entwicklung zurückgehen, so dass sich auch diese Lücke vergrößert.

Eine weitere mögliche Lösungsoption liegt darin, die Zahl der Pflegekräfte aus dem Ausland zu erhöhen. Tatsächlich hat in Deutschland in den vergangenen Jahren die Zahl der Pflegekräfte aus dem Ausland zugenommen (Gottschall et al., 2021; Safuta et al., 2021). Allerdings ist Pflegekräftemangel auch in anderen Ländern vorzufinden. Nach einer internationalen Studie der Europäischen Union (EU) werden in der EU bis 2030 rund elf Millionen zusätzliche Arbeitskräfte im Gesundheitswesen und in der Langzeitpflege gebraucht (Grubanov Boskovic et al., 2021, S. 54). Von 14,2 Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen und in der Langzeitpflege sind schon im Jahr 2018 rund zwei Millionen Beschäftigte in einem anderen Land geboren – 1,3 Millionen davon außerhalb der EU. Im Jahr

Deutschland im internationalen Wettbewerb um Pflegekräfte

2017 sind von den in Deutschland beschäftigten 908.000 Pflegekräften 71.000 Pflegekräfte (= 7,9 Prozent) im Ausland ausgebildet worden. Damit ist Deutschland in absoluten wie in relativen Zahlen Spitzenreiter in der EU (Grubanov Boskovic et al., 2021, S. 139). Innerhalb der EU ist eine „Arbeitsteilung“, bei der Pflegekräfte in Mittel- und Osteuropa ausgebildet werden, um dann in Westeuropa zu arbeiten, nicht nachhaltig, da die ausbildenden Länder schon jetzt nachdrücklich darauf verweisen, dass die wirtschaftlich stärkeren Länder so Lasten auf die wirtschaftlich schwächeren verlagern. Entsprechende Initiativen des Bundesgesundheitsministeriums zielen daher insbesondere auf Nicht-EU-Staaten (Kosovo, Philippinen, Mexiko) ab. Aber selbst auf den Philippinen, wo die Pflegeausbildung mit dem Ziel der anschließenden Beschäftigung im globalen Norden politisch gewollt ist, zeigen sich inzwischen erhebliche Versorgungslücken. In den 2040er- und 2050er-Jahren, wenn die Personallücken am größten sind, muss Deutschland zudem mit anderen Ländern auf dem Weltmarkt um Pflegekräfte konkurrieren. Auch die anderen Länder werden einen hohen Bedarf haben – nicht zuletzt China, das am schnellsten alternde Land der Welt.

3.4 Projektion der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung

Abhängig davon, wie viele Personen mit welchem Pflegegrad pflegebedürftig sind und welche Leistungen sie in Anspruch nehmen, entwickeln sich die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind gesetzlich entweder als Pauschalen benannt oder vom Betrag gedeckelt. Die Maximalsummen werden von den Pflegebedürftigen aber nicht immer vollumfänglich abgefordert (Rothgang & Müller, 2019, S. 150 f.). Dies liegt zum einen daran, dass beispielsweise monatliche Maximalbeträge nicht vollständig abgerufen werden können, wenn die entsprechende Leistung nicht durchgängig bezogen wurde. Zum anderen werden verschiedene Leistungen wie Tages- und Nachtpflege oder Kurzzeitpflege von vielen Pflegebedürftigen gar nicht in Anspruch genommen. Für die Projektion der Leistungsausgaben werden daher nicht die maximalen gesetzlichen Leistungsbeträge verwendet, sondern die durchschnittlichen Beträge, die sich aus den Auswertungen der BARMER-Daten für Pflegebedürftige in den verschiedenen Versorgungslagen ergeben.

Die Projektion wird dabei an die ab 2022 beziehungsweise 2023 geltenden Leistungshöhen angepasst. Wenn bisher beispielsweise 80 Prozent einer Maximalsumme ausgeschöpft wurden, dann wird dieser Prozentsatz auf die ab 2022 beziehungsweise 2023 geltenden Maximalsummen angewendet. Dies betrifft die Pflegesachleistungen, die vollstationäre Dauerpflege und die Kurzzeitpflege. Zudem werden für die vollstationäre Dauerpflege noch die im GVWG eingeführten Leistungszuschläge zu den pflegebedingten Eigenanteilen gemäß § 43c SGB XI integriert, die von der Dauer der bisherigen Pflege in der vollstationären Dauerpflege abhängig sind (vergleiche hierzu Kapitel 2.3.1). Für alle anderen Leistungsbereiche sind die maximalen Leistungssummen seit 2017 stabil geblieben und werden entsprechend verwendet. Da sich die Leistungsdynamisierung gemäß § 30 SGB XI insbesondere an der Inflationsrate orientiert, kann auf eine Inflationierung und Deflationierung mit der gleichen Rate auch verzichtet werden. Die sich ergebenden Leistungsausgaben sind also reale Ausgaben, das heißt Ausgaben bezogen auf das aktuelle Preisniveau.

Projektion der
Leistungsausgaben
in heutigen Preisen

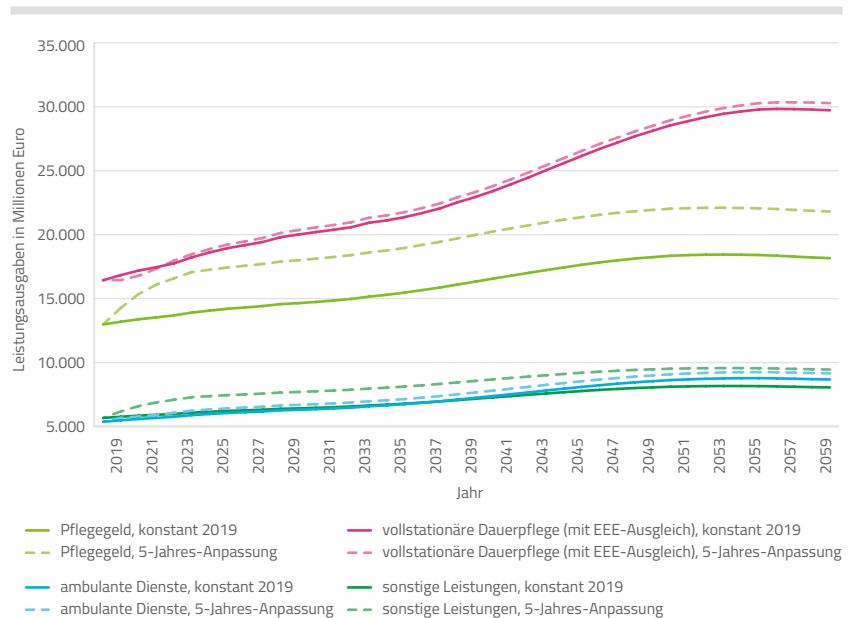
Für verschiedene Leistungsbereiche werden die von der Pflegeversicherung zu tragenden Leistungssummen differenziert dargestellt (Abbildung 3.22 und Abbildung 3.23). Grundlage ist zunächst die Annahme der mittleren Bevölkerungsprojektion. Verglichen werden dabei wiederum die Modelle mit konstant gehaltenen Prävalenzen aus dem Jahr 2019 und mit der Fünf-Jahres-Anpassung der Prävalenzen. Abbildung 3.22 stellt die zu erwartenden Leistungssummen für die Leistungsbereiche Pflegegeld, ambulante Dienste und vollstationäre Dauerpflege dar. In Abbildung 3.23 werden die Leistungssummen für Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege, stationäre Vergütungszuschläge und Betreuungs- und Entlastungsleistungen dargestellt. Alle sonstigen Leistungsausgaben – wie zum Beispiel die soziale Absicherung von Pflegepersonen, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Zuschläge für Pflege-Wohngemeinschaften – werden in Abbildung 3.22 zu sonstigen Leistungen zusammengefasst.

Die größten Leistungssummen sind derzeit für die vollstationäre Dauerpflege aufzuwenden, und das wird gemäß den Modellrechnungen auch so bleiben. Auch wenn die Entwicklung für diesen Ausgabenposten in den ersten Jahren der Projektion moderater ver-

größte Leistungssummen für vollstationäre Dauerpflege

läuft als beim Pflegegeld, steigt der Anteil der Leistungsausgaben für die vollstationäre Dauerpflege vor allem ab 2040 besonders stark. In der Modellierung mit der Fünf-Jahres-Anpassung ergibt sich für vollstationäre Pflege im Jahr 2030 ein Ausgabenvolumen von rund 20,4 Milliarden Euro. Bis zum Jahr 2050 steigen die Ausgaben sogar auf 28,5 Milliarden Euro. Der größte Teil der Zunahmen ist dabei wegen der relativ konstant bleibenden Prävalenzen in der vollstationären Dauerpflege der demografischen Entwicklung geschuldet. Die Leistungsausgaben wachsen noch schneller, wenn unterstellt wird, dass die Anstiege der Pflegesätze die Leistungsdynamisierung übertreffen und dann auch die Leistungszuschläge nach § 43c weiter anwachsen (vergleiche Rothgang, 2021).

Abbildung 3.22: Leistungsausgaben der Pflegeversicherung für die Hauptleistungsarten und sonstige Leistungen nach Szenario der Prävalenzanpassung



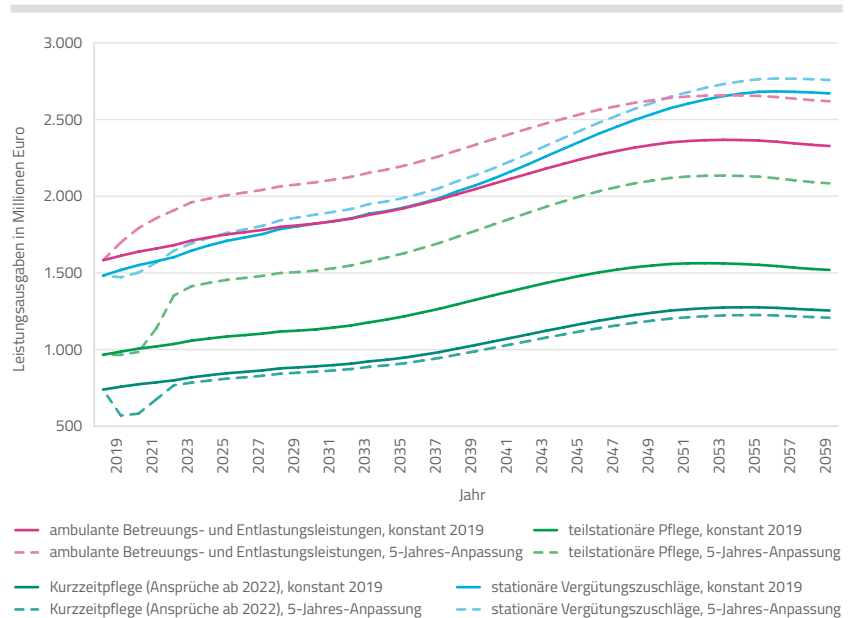
Anmerkung: Unter sonstige Leistungen fallen alle weiteren Leistungen außer Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege, stationäre Vergütungszuschläge und Betreuungs- und Entlastungsleistungen.
 Quelle: Statistisches Bundesamt (2019c, 2019d, 2020b, 2020e), BARMER-Daten 2018–2020, eigene Berechnungen

Die hohen Zunahmen der Leistungsausgaben beim Pflegegeld in den ersten Jahren sind dem auslaufenden Einführungseffekt der letzten Reformen geschuldet. 2030 belaufen sich die Leistungsausgaben für Pflegegeld auf 18,0 Milliarden Euro. Wird von konstanten Prävalenzen seit 2019 ausgegangen, liegen die Ausgaben für diese Leistungsart mit 14,6 Milliarden Euro niedriger. Bis zum Jahr 2050 steigt die Ausgaben auf 21,9 Milliarden Euro an. Bei Berechnung mit konstanten Prävalenzen des Jahres 2019 liegen die Leistungsausgaben für dieses Jahr mit 18,2 Milliarden Euro um 3,7 Milliarden Euro niedriger. Die Leistungsausgaben für Pflegesachleistungen sind aktuell wie auch in der Projektion deutlich niedriger als die für Pflegegeld. Bei der Vorausberechnung mittels der Fünf-Jahres-Anpassung ergeben sich Leistungsausgaben von 6,7 Milliarden Euro für das Jahr 2030 und 9,0 Milliarden Euro für das Jahr 2050 (Abbildung 3.22).

Als Ergänzungsleistungen sind die Kurzzeitpflege, die Tages- und Nachtpflege, die ambulanten Betreuungs- und Entlastungsleistungen sowie die stationären Vergütungszuschläge zusammengefasst. Unterschiede in der Projektion mit der Fünf-Jahres-Anpassung im Vergleich zur Konstanzhaltung der Prävalenz gibt es insbesondere bei den ambulanten Betreuungs- und Entlastungsleistungen sowie bei der teilstationären Pflege. Bei diesen beiden Leistungen gibt es aktuell noch größere von der Demografie unabhängige Entwicklungen, so dass sie in der Modellierung erst später auf eine stabile Prävalenz zurückfallen. Im Jahr 2030 werden Leistungsausgaben für Kurzzeitpflege in Höhe von 849 Millionen Euro, für teilstationäre Pflege in Höhe von 1,5 Milliarden Euro, für ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Höhe von 2,1 Milliarden Euro und für stationäre Vergütungszuschläge in Höhe von 1,9 Milliarden Euro errechnet. Für das Jahr 2050 liegen diese Werte dann bei 1,2 Milliarden Euro für Kurzzeitpflege, 2,1 Milliarden Euro für teilstationäre Pflege, 2,6 Milliarden Euro für ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen sowie 2,6 Milliarden Euro für stationäre Vergütungszuschläge (Abbildung 3.23). Die Summen für sonstige Leistungen entwickeln sich über 7,7 Milliarden Euro im Jahr 2030 auf 9,5 Milliarden Euro im Jahr 2050 (Abbildung 3.22).

Bei den Modellrechnungen mittels der Fünf-Jahres-Anpassung verlaufen die Ausgabenentwicklungen auf einem höheren Niveau als bei der Annahme konstanter Prävalenzen. Die Ausnahme hiervon bilden bei einzelnen Leistungen die Zeiten der Corona-Pandemie, aber auf lange Sicht nur die Leistungsausgaben für die Kurzzeitpflege.

Abbildung 3.23: Leistungsausgaben der Pflegeversicherung für Ergänzungsleistungen nach Art der Prävalenzanpassung



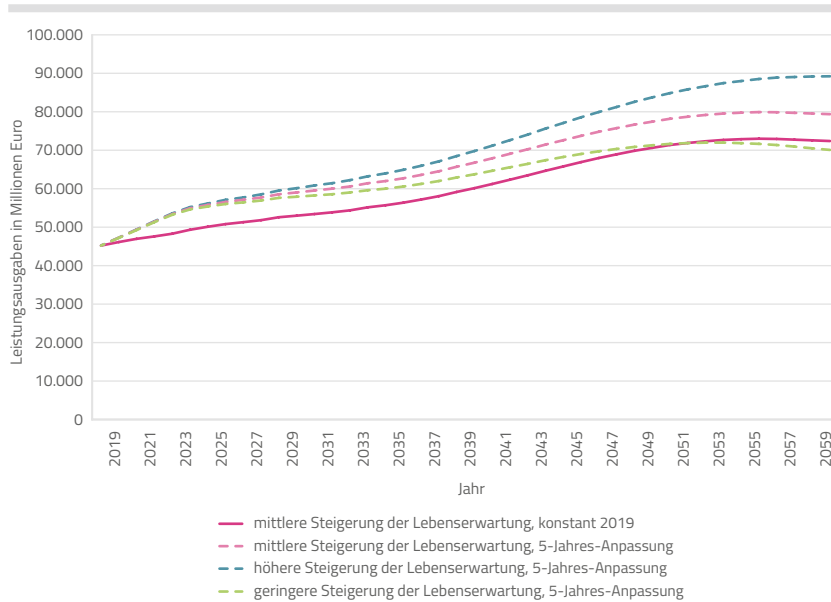
Quelle: Statistisches Bundesamt (2019c, 2019d, 2020b, 2020e), BARMER-Daten 2018–2020, eigene Berechnungen

zu erwartende Leistungssummen der Pflegeversicherung im Jahr 2030 von 57,9 bis 60,1 Mrd. € und im Jahr 2050 von 71,3 bis 83,7 Mrd. € in heutigen Preisen

Abbildung 3.24 verdeutlicht abschließend, welche Auswirkungen unterschiedliche Entwicklungen der Lebenserwartungen auf die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung haben. Unter der Annahme konstanter Prävalenzen bei mittlerer Steigerung der Lebenserwartung steigen die Leistungsausgaben in der Modellrechnung bis zum Jahr 2030 auf 53,0 Milliarden Euro und bis zum Jahr 2050 auf 70,6 Milliarden Euro an. Da die Annahme einer konstanten Prävalenz auf dem Niveau von 2019 aber empirisch schon für 2020 widerlegt ist, muss von einem Auslaufen der Einführungseffekte ausgegangen werden. Bei der Fünf-Jahres-Anpassung bei mittlerer Steigerung der Lebenserwartung wachsen die Leistungsausgaben für die Pflegeversicherung bis zum Jahr 2030 auf 59,0 Milliarden Euro und bis zum Jahr 2050 auf 77,4 Milliarden Euro an. Bei geringerer Steigerung der Lebenserwartung ergeben sich Leistungsausgaben von 57,9 Milliarden Euro beziehungsweise

71,3 Milliarden Euro. Sollte die Lebenserwartung hingegen stärker steigen, ergeben sich sogar Leistungsausgaben von 60,1 Milliarden Euro beziehungsweise 83,7 Milliarden Euro.

Abbildung 3.24: Gesamte Aufwendungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige nach Art der Prävalenzanpassung und nach erwarteter Steigerung der Lebenserwartung



Quelle: Statistisches Bundesamt (2019c, 2019d, 2020b, 2020e), BARMER-Daten 2018–2020, eigene Berechnungen

Möglichkeiten, wie dieser weitere Finanzierungsbedarf bewältigt werden könnte, sind in Kapitel 1.4 kurz skizziert. Neben Beitragsanpassungen können auch Steuerzuschüsse in Betracht kommen. Weitere Möglichkeiten sind aber auch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze sowie die Integration der privaten Pflegepflichtversicherung und sozialen Pflegeversicherung in eine gemeinsame Pflegeversicherung. Welcher Weg gewählt wird, ist eine politische Entscheidung, aber über kurz oder lang muss eine entsprechende Entscheidung getroffen werden, damit die soziale Pflegeversicherung nicht ins Defizit rutscht.

Anhang

Anhang

Amtliche und halbamtliche Daten zur Pflegebedürftigkeit

Pflegestatistik

berücksichtigter
Personenkreis der
Pflegestatistik

Die Pflegestatistik nach § 109 SGB XI wird zweijährlich im Dezember erhoben und bezieht sich auf das gesamte Versorgungssystem in Deutschland. Sie beruht auf zwei Erhebungen der Statistischen Ämter der Länder und des Bundes: einer Erhebung bei den Leistungsanbietern (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) über erbrachte Leistungen und die personelle Ausstattung der Einrichtungen sowie einer Erhebung bei den Kostenträgern (den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen) über die Leistungsgewährung und die Leistungsempfänger. Die Pflegestatistik dient vor allem dazu, die Situation in den Pflegeheimen und den ambulanten Diensten zu beschreiben (Statistisches Bundesamt, 2020d). Die Pflegestatistik stellt ab 1999 Informationen zur Verfügung und wird alle zwei Jahre erstellt. Sie berichtet vollständig über die Leistungserbringer, die Versicherten der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV), schließt ab dem Jahr 2013 auch Personen mit der Pflegestufe 0 mit ein und berücksichtigt außerdem noch Personen in stationärer Pflege, bei denen die Pflegestufe noch nicht festgestellt wurde. Es fehlen allerdings Informationen über die Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.

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

Berechnung
Vollzeitäquivalente

Die Berechnung der VZÄ wird entsprechend den Vorgaben des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt, 2020d, S. 8) durchgeführt: vollzeitbeschäftigt (Faktor 1), teilzeitbeschäftigt über 50 Prozent (Faktor 0,75), teilzeitbeschäftigt 50 Prozent und weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt (Faktor 0,45), geringfügig beschäftigt (Fak-

tor 0,25), Auszubildende, (Um-)Schüler (Faktor 0,5), Helfer im freiwilligen sozialen Jahr (Faktor 1), Zivildienstleistende und Helfer im Bundesfreiwilligendienst (Faktor 1) und Praktikant außerhalb einer Ausbildung (Faktor 0,5).

Kassenstatistik der sozialen Pflegeversicherung (SPV)

Die Kassenstatistik wird zwar jährlich erhoben, ist in der Regel aktueller als die Pflegestatistik und umfasst auch Informationen zum Finanzierungsaufwand. Sie bezieht sich aber nur auf die Versorgung der Versicherten der SPV. Daher kann mit der Kassenstatistik kein vollständiger Überblick über die Pflegebedürftigkeit in Deutschland gewonnen werden. Allerdings sind in diesen Daten – anders als in der Pflegestatistik – auch Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen berücksichtigt. Bei den Daten der SPV stehen vor allem Fragen der Ausgabenentwicklung und der Finanzierung im Vordergrund. Der Berichtszeitraum umfasst die gesamte Zeit seit Einführung der Pflegeversicherung. Informationen über die Leistungsanbieter sind nicht enthalten. Es wird lediglich die Leistungsanspruchnahme der Versicherten beschrieben.

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

Leistungsempfänger-
statistik PG 2

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

Finanzstatistik der
Pflegekassen PV 45

Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)

Informationen zu den Pflegebedürftigen, die in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert sind, werden an das BMG gemeldet und ebenfalls vom Ministerium veröffentlicht. Berichterstattungen über die Begutachtung und Versorgung von Versicherten der PPV sowie des entsprechenden Finanzierungsaufwands erfolgen in jährlichen Berichten des PKV-Verbands, sind aber nicht so detailliert wie die Pflegestatistik und erscheinen in aller Regel verzögert. Die Statistik der PKV bietet vor allem Informationen zur Finanzentwicklung der PPV.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

Der MDS führt intern Statistiken über die Zahl und die Art der Begutachtungen. Die Begutachtungsstatistik des MDS wird jährlich erhoben und liefert Informationen darüber, wie viele Personen mit welchem Pflegegrad begutachtet wurden. Diese Statistik bezieht sich ebenso wie die Kassenstatistik nur auf die Versicherten der SPV. Unterschieden wird dabei zwischen Erstbegutachtungen, Widerspruchsbegutachtungen und Änderungs- oder Wiederholungsbegutachtungen. Weitere Unterscheidungsmerkmale sind die Begutachtungsergebnisse in Form von Pflegestufen und Einstufung der eingeschränkten Alltagskompetenz beziehungsweise der Pflegegrade sowie Alter, Geschlecht, Empfehlungen zu rehabilitativen Maßnahmen und pflegebegründenden Diagnosen. Die Standardberichterstattung ist deutlich eingeschränkt worden, aber erforderliche Daten können direkt beim MDS angefragt werden.

MEDICPROOF

Für die Privatversicherten übernimmt die MEDICPROOF GmbH die Begutachtungen. Die Ergebnisse der Begutachtungen werden jährlich online veröffentlicht. Sie umfassen Auftragsgänge, Arten der Begutachtungen und Differenzierungen nach Pflegegraden.

Begutachtungen
in der SPV

Begutachtungen
in der PPV

BARMER-Daten

Eine weitere zentrale Datenquelle für diesen Report sind die Routinedaten der BARMER. Prozessproduzierte Routinedaten von Krankenkassen haben generell ein großes Potenzial für die Versorgungsforschung (Swart et al., 2014), insbesondere, weil sie sektorübergreifend Informationen zum Leistungsgeschehen sehr großer Populationen enthalten. Für die Auswertungen berücksichtigt sind Daten von mehr als acht Millionen Versicherten der BARMER. Das sind mehr als jeder Zehnte der Bundesbevölkerung beziehungsweise rund jeder Achte der GKV-Versicherten.

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

Zuordnung von Pflegeleistungen und Pflegegraden

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

Berücksichtigung von
Pflegestufe 0; Umkodierung
in Pflegegrade

In den Auswertungen erfolgt eine Zuordnung zum Leistungsbezug und zum Pflegegrad dann, wenn innerhalb eines Monats eine entsprechende Leistung bezogen wurde oder eine Pflegestufe (inklusive Pflegestufe 0) oder ein Pflegegrad vorlag. Die Zuordnung erfolgt hierarchisch für die Pflegestufen beziehungsweise Pflegegrade und auch für die Pflegeleistungen. Liegen im Monat zwei verschiedene Pflegestufen oder Pflegegrade vor,

Zuordnung zum
Leistungsbezug

wird die höhere verwendet. Die Leistungen werden in folgender Weise hierarchisch überschrieben: vollstationäre Dauerpflege, Pflege in Behinderteneinrichtungen, Pflegesachleistungen vor Pflegegeld. Wenn keine dieser Leistungen vorliegt, wird noch unterschieden zwischen Personen mit Ersatzleistungen (Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, Tages- oder Nachtpflege) und Personen ohne Leistungen. Das Vorliegen einer Pflegestufe (mindestens Pflegestufe 0) beziehungsweise eines Pflegegrads ist aber Voraussetzung für die Berücksichtigung. Kurze Lücken in der Erfassung der Pflegestufen und Pflegegrade von bis zu einem Monat sind durch die vorherigen Pflegestufen oder Pflegegrade aufgefüllt worden. Für Episoden mit ausgewiesener Pflegestufe (0 bis III) oder ausgewiesenem Pflegegrad (2 bis 5) sind Nachträge beim Pflegegeldbezug vorgenommen worden, wenn keine Einträge bezüglich Pflegegeld, Pflegesachleistung, vollstationärer Dauerpflege oder Hilfe für Pflegebedürftige in Behinderteneinrichtungen vorlagen. Umgekehrt sind Pflegegeldeinträge für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 gelöscht worden.

Selektionen

nur mit gültigen Werten
und Vorversichertenzeit

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

Hochrechnung und Gewichtung

Hochrechnung nach
Alter, Geschlecht
und Bundesland

Ein häufig genannter Einwand in Bezug auf die Eignung der Routinedaten für Analysen bezieht sich auf die Repräsentativität der Daten für Deutschland. So unterscheidet sich die Alters- und Geschlechterstruktur der Versicherten teilweise von der Struktur der Bevölkerung Deutschlands (Rothgang et al., 2011, S. 116 ff.). Zur Lösung dieses Problems

werden bei aggregierten Analysen die Ergebnisse nach Alter, Geschlecht und Bundesland auf die Bevölkerung Deutschlands hochgerechnet. Dennoch können auch darüber hinaus Unterschiede zur Bevölkerung in Deutschland bestehen, die in erster Linie durch eine unterschiedliche Morbiditätsstruktur in den unterschiedlichen Krankenkassen begründet liegt (Hoffmann & Koller, 2017). Die Ergebnisse in Kapitel 2 beruhen allesamt auf Hochrechnungen bezüglich der Verteilung nach Geburtsjahr, Geschlecht und Bundesland (Statistisches Bundesamt, 2020b). Hochrechnungen mit Daten der Jahre bis 2019 sind auf die Bevölkerungszahlen der entsprechenden Jahre vorgenommen worden. Da die Bevölkerungszahlen vom Statistischen Bundesamt für das Jahr 2020 noch nicht vorliegen und die Bevölkerungsprognosen aus dem Jahr 2019 für 2020 auf Bundeslandebene zu grob ist, werden statt der Bevölkerungsprognosen für das Jahr 2020 die bestehenden Verteilungen aus dem Jahr 2019 auch für das Jahr 2020 übernommen.

Limitierungen der BARMER-Daten

Die Hochrechnungen zur Zahl der Pflegebedürftigen unterscheiden sich von den Angaben in der Pflegestatistik. Während in der Pflegestatistik 2019 2.116.451 Pflegebedürftige (mit Pflegegrad 2 bis 5) ausgewiesen werden, die allein durch Angehörige versorgt werden, beläuft sich die Hochrechnung der BARMER-Daten auf 1.760.672 Pflegebedürftige. Die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten erfolgt nach der Pflegestatistik 2019 durch 901.241 und nach der Hochrechnung durch 804.822 Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5. In der vollstationären Versorgung befinden sich nach der Pflegestatistik 2019 811.796 und nach der Hochrechnung 741.807 Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5. Die Unterschätzung der Anzahl liegt somit bei 6,0 Prozent bei der vollstationären Pflege, bei 10,7 Prozent bei der Pflegesachleistung und bei 16,8 Prozent beim Pflegegeld. Ein Teil der Unterschätzung ist jedoch ein Artefakt und resultiert daraus, dass die Hochrechnungen im Jahresdurchschnitt erfolgen, während die Daten der Pflegestatistik vom Dezember des Erhebungsjahres stammen.

Hochrechnungen der BARMER-Daten weisen geringere Fallzahlen als die Pflegestatistik aus.

Ergebnistabellen

Tabelle A 1: Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend (zu Abbildung 2.1)

Alters- gruppe	Männer				Frauen			
	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
0-4	6	8	3	1	4	5	2	1
5-9	15	17	6	2	8	8	4	2
10-14	16	17	7	3	8	8	4	2
15-19	11	11	5	3	6	6	3	2
20-24	7	7	4	3	5	5	3	2
24-29	6	5	3	3	4	4	2	2
30-34	6	5	3	3	5	4	3	2
35-39	6	5	3	2	6	4	2	2
40-44	7	5	3	2	8	5	2	1
45-49	10	7	3	2	11	7	3	2
50-54	18	12	5	3	21	13	5	3
55-59	28	19	8	4	32	19	7	3
60-64	37	25	10	4	40	23	9	4
65-69	48	33	14	6	56	32	12	5
70-74	54	39	18	7	74	41	16	7
75-79	89	67	31	11	153	85	35	16
80-84	126	94	43	15	275	150	66	28
85-89	96	72	33	11	253	154	74	29
90-94	48	39	19	6	147	113	64	25
95+	9	9	5	1	37	40	30	13

Tabelle A 2: Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil an allen Pflegebedürftigen innerhalb der Altersgruppe in Prozent (zu Abbildung 2.1)

Alters- gruppe	Männer				Frauen			
	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
0–4	36,5	44,2	16,0	3,3	36,4	41,8	17,5	4,4
5–9	37,1	43,1	14,7	5,1	37,6	37,7	17,2	7,5
10–14	38,4	39,0	15,6	7,1	37,6	35,8	16,2	10,4
15–19	36,8	35,1	17,4	10,7	34,5	34,0	17,8	13,7
20–24	33,3	32,8	18,9	14,9	33,4	31,9	18,3	16,4
24–29	32,7	31,5	19,2	16,6	33,1	31,8	18,6	16,5
30–34	35,1	30,2	19,3	15,4	35,8	30,4	18,6	15,2
35–39	39,1	29,5	18,4	13,0	41,4	29,4	17,0	12,3
40–44	42,4	30,3	16,9	10,4	46,0	30,2	15,0	8,8
45–49	46,1	30,7	14,7	8,5	48,5	30,9	13,4	7,2
50–54	47,6	31,1	13,5	7,8	50,6	30,8	12,1	6,5
55–59	48,4	31,5	13,5	6,6	51,9	30,6	11,8	5,7
60–64	47,9	32,5	13,8	5,8	52,7	30,3	11,6	5,4
65–69	47,5	32,6	14,2	5,7	53,6	30,2	11,2	5,0
70–74	46,1	33,3	15,0	5,6	53,7	29,6	11,6	5,0
75–79	44,9	33,9	15,6	5,6	53,0	29,3	12,3	5,4
80–84	45,2	33,9	15,6	5,3	53,0	29,0	12,7	5,4
85–89	45,2	34,1	15,7	5,0	49,6	30,2	14,5	5,8
90–94	42,9	34,9	17,2	5,0	42,2	32,3	18,4	7,2
95+	36,8	36,0	21,1	6,1	31,1	33,3	24,8	10,8

Tabelle A 3: Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung innerhalb der Altersgruppe in Prozent (zu Abbildung 2.1)

Alters- gruppe	Männer				Frauen			
	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
0-4	0,3	0,4	0,1	0,0	0,2	0,3	0,1	0,0
5-9	0,8	0,9	0,3	0,1	0,4	0,4	0,2	0,1
10-14	0,9	0,9	0,4	0,2	0,5	0,4	0,2	0,1
15-19	0,6	0,5	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,1
20-24	0,3	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
24-29	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
30-34	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
35-39	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
40-44	0,3	0,2	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1
45-49	0,4	0,3	0,1	0,1	0,4	0,3	0,1	0,1
50-54	0,5	0,3	0,2	0,1	0,6	0,4	0,2	0,1
55-59	0,8	0,5	0,2	0,1	0,9	0,6	0,2	0,1
60-64	1,3	0,9	0,4	0,2	1,4	0,8	0,3	0,1
65-69	2,1	1,4	0,6	0,3	2,2	1,2	0,5	0,2
70-74	3,2	2,3	1,0	0,4	3,8	2,1	0,8	0,4
75-79	5,1	3,9	1,8	0,6	7,1	4,0	1,7	0,7
80-84	9,2	6,9	3,2	1,1	14,3	7,8	3,4	1,4
85-89	16,8	12,7	5,9	1,9	25,4	15,5	7,4	3,0
90-94	25,2	20,5	10,1	2,9	31,5	24,1	13,8	5,4
95+	28,0	27,3	16,0	4,7	27,8	29,8	22,1	9,7

Tabelle A 4: Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht.
Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend (zu Abbildung 2.2)

Alters- gruppe	Männer				Frauen			
	Pflege- geld	ambulanter Pflegedienst	Pflege- heim	Kurzzeit- pflege	Pflege- geld	ambulanter Pflegedienst	Pflege- heim	Kurzzeit- pflege
0-4	16	1	0	0	11	1	0	0
5-9	38	2	0	0	20	1	0	0
10-14	41	2	0	0	21	1	0	0
15-19	29	1	0	0	16	1	0	0
20-24	19	1	0	0	13	1	0	0
24-29	15	1	0	0	12	1	0	0
30-34	15	2	1	0	12	2	0	0
35-39	13	2	1	0	12	2	1	0
40-44	13	2	1	0	13	2	1	0
45-49	16	3	2	0	18	4	2	0
50-54	25	7	5	0	30	8	4	0
55-59	37	11	10	0	42	13	7	0
60-64	47	15	15	0	49	16	10	0
65-69	62	20	19	0	65	24	15	0
70-74	74	23	20	1	82	34	22	1
75-79	119	43	34	1	155	76	56	2
80-84	157	69	50	2	257	143	115	4
85-89	109	59	43	2	222	143	140	4
90-94	50	33	28	1	127	94	125	3
95+	9	7	8	0	33	30	55	1

**Tabelle A 5: Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht.
Anteil an allen Pflegebedürftigen innerhalb der Altersgruppe in Prozent
(zu Abbildung 2.2)**

Alters- gruppe	Männer				Frauen			
	Pflege- geld	ambulanter Pflegedienst	Pflege- heim	Kurzzeit- pflege	Pflege- geld	ambulanter Pflegedienst	Pflege- heim	Kurzzeit- pflege
0–4	94,4	5,3	0,3	0,0	93,2	6,3	0,5	0,0
5–9	95,6	4,3	0,1	0,0	94,4	5,5	0,1	0,0
10–14	95,8	4,1	0,1	0,0	95,0	4,9	0,1	0,0
15–19	95,8	4,0	0,1	0,0	94,8	4,8	0,3	0,1
20–24	93,2	5,9	0,8	0,1	92,6	6,6	0,8	0,1
24–29	89,6	8,6	1,9	0,0	89,3	9,0	1,7	0,1
30–34	86,6	10,3	3,1	0,0	85,6	11,2	3,1	0,1
35–39	82,3	12,7	4,9	0,1	82,9	13,0	4,0	0,1
40–44	79,4	13,6	7,0	0,1	80,0	15,1	4,8	0,1
45–49	74,5	15,7	9,6	0,2	76,2	17,1	6,6	0,1
50–54	67,8	18,5	13,4	0,2	71,8	19,3	8,7	0,2
55–59	63,4	19,4	16,8	0,3	68,2	20,8	10,8	0,2
60–64	61,3	19,2	19,1	0,4	65,2	21,8	12,7	0,3
65–69	61,3	19,6	18,7	0,4	62,5	22,9	14,2	0,4
70–74	62,8	19,6	17,2	0,5	59,3	24,4	15,8	0,5
75–79	60,4	21,7	17,2	0,6	53,7	26,2	19,4	0,6
80–84	56,5	24,7	18,0	0,7	49,5	27,6	22,2	0,7
85–89	51,1	27,8	20,2	0,8	43,6	28,1	27,5	0,8
90–94	44,8	29,0	25,3	0,9	36,4	27,1	35,7	0,8
95+	36,5	30,5	32,2	0,8	27,9	24,9	46,5	0,7

**Tabelle A 6: Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht.
Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung innerhalb der Altersgruppe
in Prozent (zu Abbildung 2.2)**

Alters- gruppe	Männer				Frauen			
	Pflege- geld	ambulanter Pflegedienst	Pflege- heim	Kurzzeit- pflege	Pflege- geld	ambulanter Pflegedienst	Pflege- heim	Kurzzeit- pflege
0–4	0,8	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0
5–9	2,0	0,1	0,0	0,0	1,1	0,1	0,0	0,0
10–14	2,2	0,1	0,0	0,0	1,1	0,1	0,0	0,0
15–19	1,4	0,1	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0
20–24	0,8	0,1	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0
24–29	0,6	0,1	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
30–34	0,5	0,1	0,0	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0
35–39	0,5	0,1	0,0	0,0	0,5	0,1	0,0	0,0
40–44	0,5	0,1	0,0	0,0	0,5	0,1	0,0	0,0
45–49	0,6	0,1	0,1	0,0	0,7	0,2	0,1	0,0
50–54	0,8	0,2	0,1	0,0	0,9	0,2	0,1	0,0
55–59	1,1	0,3	0,3	0,0	1,2	0,4	0,2	0,0
60–64	1,7	0,5	0,5	0,0	1,7	0,6	0,3	0,0
65–69	2,7	0,9	0,8	0,0	2,6	0,9	0,6	0,0
70–74	4,3	1,3	1,2	0,0	4,2	1,7	1,1	0,0
75–79	6,9	2,5	2,0	0,1	7,2	3,5	2,6	0,1
80–84	11,5	5,0	3,7	0,2	13,4	7,4	6,0	0,2
85–89	19,1	10,4	7,5	0,3	22,4	14,4	14,1	0,4
90–94	26,3	17,0	14,8	0,5	27,2	20,2	26,7	0,6
95+	27,7	23,2	24,5	0,6	24,9	22,3	41,5	0,7

Tabelle A 7: Pflegebedürftige nach Versorgungsart und Pflegegrad in den Jahren 2013 bis 2020 (zu Abbildung 2.4)

Jahr	Pflegegrad	Pflegegeld	Pflegesachleistung	stat. Dauerpflege	Behinderteneinrichtung	Summe
		in Tausend				
2013	2	574,4	264,1	144,0	41,7	1.024,1
	3	304,3	183,7	186,2	30,8	705,1
	4	128,9	99,5	194,1	21,3	443,9
	5	38,9	40,3	131,7	3,7	214,5
2014	2	614,2	288,7	139,1	40,9	1.082,9
	3	321,5	191,2	189,2	31,8	733,8
	4	137,0	103,6	197,7	22,1	460,3
	5	44,5	43,2	138,7	4,4	230,9
2015	2	661,2	312,4	140,5	40,7	1.154,7
	3	340,9	200,0	197,5	33,5	771,9
	4	144,8	105,9	199,4	23,2	473,3
	5	49,5	45,4	140,0	6,0	241,0
2016	2	711,4	330,2	154,6	43,0	1.239,1
	3	356,5	210,5	205,0	35,1	807,1
	4	151,3	109,1	203,6	24,8	488,8
	5	52,6	46,3	141,1	7,3	247,4
2017	2	788,2	356,0	147,6	71,3	1.363,1
	3	399,2	220,3	216,0	39,9	875,4
	4	156,8	109,3	213,8	26,6	506,4
	5	60,7	48,2	134,8	11,3	255,0
2018	2	881,1	374,8	142,0	72,5	1.470,4
	3	464,0	238,8	237,3	41,5	981,6
	4	167,5	109,3	221,3	27,5	525,6
	5	61,2	47,5	130,2	12,3	251,2
2019	2	988,1	388,9	138,0	72,1	1.587,0
	3	529,3	255,6	247,5	43,0	1.075,4
	4	180,1	111,8	226,1	29,2	547,2
	5	63,2	48,6	130,2	13,8	255,8
2020	2	1.082,9	387,4	124,6	70,7	1.665,6
	3	591,4	269,6	245,4	44,5	1.150,9
	4	193,1	115,9	223,1	30,4	562,6
	5	65,4	49,5	126,7	15,1	256,7

Verzeichnisse

Verzeichnisse

Abkürzungsverzeichnis und Glossar

AentG	Arbeitnehmer-Entsendegesetz vom 20. April 2009
AK	Ausbildungskosten
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BA	Bundesagentur für Arbeit
BGBI	Bundesgesetzblatt
BIB	Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BT-Drucksache	Bundestagsdrucksache
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EEE	Einrichtungseinheitliche Eigenanteile
EU	Europäische Union
FDZ	Forschungsdatenzentrum
G1, G2, G3	verschiedene Modellierungen der erwarteten Geburtenraten. G1: geringer, G2 mittel, G3 höher
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
GPVG	Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz vom 22. Dezember 2020
GVWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungweiterentwicklungsgesetz) vom 11. Juli 2021

IfSG	Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000
KAP	Konzertierte Aktion Pflege
L1, L2, L3	verschiedene Modellierungen des erwarteten Anstiegs der Lebenserwartung. L1: geringer, L2 mittel, L3 höher
MD	Medizinischer Dienst
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
PEA	Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
PeBeM	Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen
Pflege-WG	ambulant betreute Wohngruppen/Wohngemeinschaften
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008
PG	Pflegegrad
PKV	Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz vom 23. Oktober 2012
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018
PPV	Private Pflegepflichtversicherung
PSG I	Erstes Pflegestärkungsgesetz vom 17. Dezember 2014
PSG II	Zweites Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015
QN	Qualifikationsniveau QN 1–2: ohne Pflegeausbildung QN 3: Pflegehilfskraft QN 4: Pflegefachkraft

RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SPV	soziale Pflegeversicherung
V1, V2, ... V9	Modellvarianten der Bevölkerungsprojektionen: geringe Geburtenziffer (V6 G1-L2-W2), hohe Geburtenziffer (V7 G3-L2-W2), geringer Anstieg der Lebenserwartung (V8 G2-L1-W2), starker Anstieg der Lebenserwartung (V9 G2-L3-W2), geringes Wanderungssaldo (V1 G2-L2-W1), höheres Wanderungssaldo (V3 G2-L2-W3)
vbw	Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V.
vdek	Verband der Ersatzkassen
VZÄ	Vollzeitäquivalente
W1, W2, W3	verschiedene Modellierungen des erwarteten Saldos der Bevölkerungswanderungen. W1: geringer, W2 mittel, W3 höher
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Bundesdurchschnittliche Entgeltbestandteile in Pflegeheimen ...	27
Abbildung 1.2:	Medianentgelte sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigter im Dezember 2019 in Euro	32
Abbildung 1.3:	Kumulierte Entlastung eines Heimbewohners ... Monate nach Erstbezug der Leistungen bei vollstationärer Pflege	39
Abbildung 1.4:	Privat zu zahlende Beiträge für pflegebedingte Aufwände (EEE plus AK)	42
Abbildung 2.1:	Absolute und relative Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2019	55
Abbildung 2.2:	Absolute und relative Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2019	58
Abbildung 2.3:	Pflegebedürftige nach Versorgungsart in den Jahren 2013 bis 2020	59
Abbildung 2.4:	Pflegebedürftige nach Versorgungsart und Pflegegrad in den Jahren 2013 bis 2020	61
Abbildung 2.5:	Ergänzende und ersetzende Pflegeleistungen je Monat	62
Abbildung 2.6:	Leistungen hinsichtlich der Wohnsituation	63
Abbildung 2.7:	Anteil Verstorbener mit Pflegeleistungen, hochgerechnet auf Verstorbene der BRD des jeweiligen Jahres	65
Abbildung 2.8:	Anteil jemals Pflegebedürftiger im Sinne des SGB XI nach Sterbealter und Geschlecht der Jahre 2013 bis 2019	66
Abbildung 2.9:	Anteile verstorbener Männer und Frauen nach höchstem Pflegegrad im Pflegeverlauf in den Sterbejahren 2013 bis 2020	68
Abbildung 2.10:	Anteil der Verstorbenen mit ausgewählten Leistungen der Pflegeversicherung innerhalb der zwei Jahre vor dem Versterben	69
Abbildung 2.11:	Anteil der Verstorbenen nach dem maximalen Professionalisierungsgrad der Versorgungsart innerhalb der zwei Jahre vor dem Versterben	70
Abbildung 2.12:	Ergebnisse von Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch die MD	73

Abbildung 2.13:	Pflegeeintritte und Inzidenz nach Alter und Geschlecht im Jahr 2020	78
Abbildung 2.14:	Pflegeeintritte nach Pflegegrad in den Jahren 2013 bis 2020	79
Abbildung 2.15:	Pflegeeintritte nach Versorgungsart in den Jahren 2013 bis 2020	80
Abbildung 2.16:	Monatliche Übergänge in die verschiedenen Pflegegrade in den Jahren 2013 bis 2020 in Prozent	82
Abbildung 2.17:	Monatliche Übergänge in die verschiedenen Versorgungsarten in den Jahren 2013 bis 2020 in Prozent	84
Abbildung 2.18:	Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigen, im nächsten Monat verstorben oder aus dem Leistungsbezug ausgetreten zu sein, nach Jahren und bisheriger Pflegedauer	86
Abbildung 2.19:	Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigen, im nächsten Monat verstorben oder aus dem Leistungsbezug ausgetreten zu sein, nach Alter, Geschlecht und bisheriger Pflegedauer im Jahr 2019	87
Abbildung 2.20:	Anteile verstorbener Männer und Frauen nach Pflegedauern in Monaten vor Eintritt des Todes in den Jahren 2013 bis 2020 ..	89
Abbildung 2.21:	Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen in den Monaten seit Pflegebeginn (Survivalfunktion) der Inzidenzjahre 2013 bis 2019	90
Abbildung 2.22:	Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen in den Monaten seit Pflegebeginn (Survivalfunktion) der Inzidenzjahre 2013, 2017 und 2019 nach Pflegegraden bei Pflegeeintritt	92
Abbildung 2.23:	Survivalfunktion im Pflegeheim bei Heimeintritt in den Jahren seit 2013	93
Abbildung 2.24:	Survivalfunktion im Pflegeheim bei Heimeintritt in den Jahren 2013, 2017 und 2019 nach Pflegegraden bei Heimeintritt	94
Abbildung 2.25:	Zahl der an der Pflege beteiligten Privatpersonen 1998, 2010, 2016 und 2018 in Prozent	112
Abbildung 2.26:	Anzahl monatlicher Beitragszahlungen zur Rentenversicherung für Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht der Pflegebedürftigen – 2013 und 2020	114

Abbildung 3.1:	Pflegeprävalenz nach Altersgruppen und Geschlecht – 1999 bis 2019	140
Abbildung 3.2:	Anzahl Pflegebedürftiger nach Altersgruppen, Geschlecht, Pflegegrad und Jahr	141
Abbildung 3.3:	Pflegeprävalenz nach Altersgruppen, Geschlecht, Pflegegrad und Jahr	142
Abbildung 3.4:	Anzahl Pflegebedürftiger nach Altersgruppen, Geschlecht, Versorgungsart und Jahr	143
Abbildung 3.5:	Pflegeprävalenz nach Altersgruppen, Geschlecht, Versorgungsart und Jahr	143
Abbildung 3.6:	Demografische und andere Effekte auf die Anzahl Pflegebedürftiger nach Pflegegraden	145
Abbildung 3.7:	Demografische und andere Effekte auf die Anzahl Pflegebedürftiger nach Versorgungsart	146
Abbildung 3.8:	Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen anhand der Prävalenzen von 2019 mit unterschiedlichen Annahmen zur Entwicklung der Geburtenraten, Sterbeziffern und Wanderungssaldi	151
Abbildung 3.9:	Gesamtsteigerungsraten der Pflegeprävalenz, standardisiert auf die Bevölkerung 2017 und modelliert ab 2021	154
Abbildung 3.10:	Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen nach Art der Prävalenzanpassung und nach Steigerung der Lebenserwartung	157
Abbildung 3.11:	Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad und nach Art der Prävalenzanpassung	159
Abbildung 3.12:	Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen in stationärer Dauerpflege nach Art der Prävalenzanpassung	160
Abbildung 3.13:	Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen in Kurzzeitpflege nach Art der Prävalenzanpassung	161
Abbildung 3.14:	Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege nach Art der Prävalenzanpassung	162
Abbildung 3.15:	Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen mit ambulanter Pflege nach Art der Prävalenzanpassung	164

Abbildung 3.16:	Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen mit ausschließlich Pflegegeld nach Art der Prävalenzanpassung	165
Abbildung 3.17:	Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen mit teilstationärer Pflege nach Art der Prävalenzanpassung	167
Abbildung 3.18:	Projektion der benötigten Pflegekräfte in vollstationärer Pflege in VZÄ nach Art der Prävalenzanpassung	175
Abbildung 3.19:	Projektion der benötigten Pflegekräfte in der ambulanten Pflege in VZÄ nach Art der Prävalenzanpassung	177
Abbildung 3.20:	Projektion der benötigten Pflegekräfte in der teilstationären Pflege in VZÄ nach Art der Prävalenzanpassung	178
Abbildung 3.21:	Projektion der Gesamtzahl der benötigten Pflegekräfte in VZÄ nach Art der Prävalenzanpassung	180
Abbildung 3.22:	Leistungsausgaben der Pflegeversicherung für die Hauptleistungsarten und sonstige Leistungen nach Szenario der Prävalenzanpassung	188
Abbildung 3.23:	Leistungsausgaben der Pflegeversicherung für Ergänzungsleistungen nach Art der Prävalenzanpassung	190
Abbildung 3.24:	Gesamte Aufwendungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige nach Art der Prävalenzanpassung und nach erwarteter Steigerung der Lebenserwartung	191

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Entlastung der Heimbewohner durch Zuschläge zu den Eigenanteilen gemäß § 43c (neu) SGB XI in Euro pro Monat, bezogen auf einen pflegebedingten Eigenanteil von 935 Euro	35
Tabelle 1.2:	Belastung der Heimbewohner durch Verzicht auf Leistungsdynamisierung in Euro pro Monat	36
Tabelle 1.3:	Kumulierte und saldierte Entlastung der Heimbewohner durch die Maßnahmen des GVWG in Euro pro Monat	38
Tabelle 1.4:	Entwicklung der pflegebedingten Eigenanteile	41
Tabelle 2.1:	Anzahl der Pflegebedürftigen nach Datenquelle 1995 bis 2020	51
Tabelle 2.2:	Anzahl der Leistungsberechtigten mit Pflegegrad 1, 2017 bis 2020	52
Tabelle 2.3:	Anzahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufe oder Pflegegrad 1999 bis 2019	53
Tabelle 2.4:	Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufe oder Pflegegrad 1999 bis 2019	54
Tabelle 2.5:	Anzahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart 1999 bis 2019	56
Tabelle 2.6:	Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart 1999 bis 2019	57
Tabelle 2.7:	Anzahl der Begutachtungen der MD und der Knappschaft nach Gutachtenart in Tausend	74
Tabelle 2.8:	Begutachtungen durch MEDICPROOF in den Jahren 2015 bis 2020	76
Tabelle 2.9:	Zu erwartende durchschnittliche Dauer der Pflegebedürftigkeit für inzidente Pflegebedürftige der Jahre 2013, 2015, 2017 und 2019 in Jahren	96
Tabelle 2.10:	Personal im Pflegedienst nach Beschäftigungsverhältnis und nach Tätigkeitsbereich	99
Tabelle 2.11:	Personal im Pflegedienst nach Qualifikation 2019	101
Tabelle 2.12:	Anzahl der Pflegeheime nach Pflegeangebot in Tausend	103
Tabelle 2.13:	Anzahl der verfügbaren Heimplätze in Tausend	103

Tabelle 2.14:	Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich	105
Tabelle 2.15:	Personal im Pflegeheim nach Qualifikation 2019	107
Tabelle 2.16:	Entwicklung der monatlichen Pflegekosten, Versicherungs- leistungen und Eigenanteile in der stationären Pflege in Euro	109
Tabelle 2.17:	Maximale Leistungen der Pflegeversicherung im Zeitverlauf – Teil I	118
Tabelle 2.18:	Maximale Leistungen der Pflegeversicherung im Zeitverlauf – Teil II	121
Tabelle 2.19:	Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung	123
Tabelle 2.19:	Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Fortsetzung I)	124
Tabelle 2.19:	Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Fortsetzung II)	125
Tabelle 2.20:	Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung	127
Tabelle 2.21:	Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege“ – Empfänger und Nettoausgaben ..	129
Tabelle 2.22:	Leistungsausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2019	132
Tabelle 3.1:	Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen je Versorgungsart nach unterschiedlichen Annahmen der Steigerung der Lebenserwartung	168
Tabelle 3.2:	Verteilung der Soll-Zeitmengen auf die Qualifikationsniveaus (QN) der Pflegekräfte in Prozent je Pflegegrad	170
Tabelle 3.3:	Pflegeschlüssel im Vergleich vom Status quo 2019, dem Algorithmus 1.0 im PeBeM-Abschlussbericht und dem Schlüssel im GVWG	172
Tabelle 3.4:	Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege im Dezember 2019	173
Tabelle 3.5:	Pflegepersonalbedarfe für 2019 gemäß den Personalschlüsseln im Status quo, im Algorithmus 1.0 im PeBeM-Abschlussbericht und im GVWG	173

Tabelle 3.6:	Projektion der Zahl der benötigten Pflegekräfte nach unterschiedlichen Annahmen der Steigerung der Lebenserwartung	182
Tabelle A 1:	Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend (zu Abbildung 2.1)	200
Tabelle A 2:	Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil an allen Pflegebedürftigen innerhalb der Altersgruppe in Prozent (zu Abbildung 2.1)	201
Tabelle A 3:	Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung innerhalb der Altersgruppe in Prozent (zu Abbildung 2.1)	202
Tabelle A 4:	Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht. Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend (zu Abbildung 2.2)	203
Tabelle A 5:	Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil an allen Pflegebedürftigen innerhalb der Altersgruppe in Prozent (zu Abbildung 2.2)	204
Tabelle A 6:	Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung innerhalb der Altersgruppe in Prozent (zu Abbildung 2.2)	205
Tabelle A 7:	Pflegebedürftige nach Versorgungsart und Pflegegrad in den Jahren 2013 bis 2020 (zu Abbildung 2.4)	206

Literaturverzeichnis

- Augurzky, B., Borchert, L., Deppisch, R., Krolop, S., Mennicken, R., Preuss, M., Rothgang, H., Stocker-Müller, M. & Wasem, J. (2007). Gründe für die Höhe der Heimentgelte in den stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Essen.
- BA – Bundesagentur für Arbeit (2020). Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg, Mai 2020. Verfügbar unter: https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=7 [02.09.2020]
- BA – Bundesagentur für Arbeit (2021). Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Mai 2021. Nürnberg. Verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf> [24.05.2021]
- BIB – Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2015). Rund ein Drittel mehr Pflegebedürftige bis 2030. Pressemitteilung Nr. 7 vom 24.06.2015. Wiesbaden. Verfügbar unter: https://www.bib.bund.de/DE/Service/Presse/2015/pdf/2015-07-Fewer-and-Fewer-People-Marry-a-Second-Time.pdf?__blob=publicationFile&v=4 [28.01.2021]
- BIB – Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2020). Demografieportal – Fakten – Anzahl der Pflegebedürftigen. Verfügbar unter: <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/pflegebeduerftige.html> [29.01.2021]
- BIB – Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2021). Demografieportal – Fakten – Anzahl der Pflegebedürftigen. Verfügbar unter: <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/pflegebeduerftige.html> [29.01.2021]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2009). Leistungsansprüche der Versicherten an die Pflegeversicherung im Überblick. Stand Februar 2009. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_statistiken/pflege/Leistungsansprueche-3-09-2008.pdf [04.12.2018]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2012). Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2013 an die Pflegeversicherung im Überblick. Berlin. Verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversi->

cherung/Zahlen_und_Fakten/Leistungen_der_Pflegeversicherung_im_Ueberblick.pdf [02.04.2013]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2015). Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2015 an die Pflegeversicherung im Überblick. Verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Pflegeversicherung_im_Ueberblick_2015.pdf [09.10.2015]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2017). Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2017 an die Pflegeversicherung im Überblick. Stand 17.02.2017. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungen/Leistungsbetraege_2017.pdf [03.11.2017]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2018). Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2018 an die Pflegeversicherung im Überblick. Stand 26.01.2018. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungen/Leistungsbetraege_2018.pdf [03.05.2018]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2019a). Pflegeleistungen zum Nachschlagen. 5. aktualisierte Auflage, Stand März 2019. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/190329_Pflegeleistungen_2019.pdf [09.05.2019]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2019b). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand August 2019. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_2019.pdf [11.09.2019]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021a). Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/2020_Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_bf.pdf [12.05.2021]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021b). Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihen 1995 bis 2020) am Jahresende nach Pflegestufen und Pflegegraden. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/2020_Leistungsempfaenger-am-Jahresende-nach-Pflegestufen-und-Pflegegraden.pdf

de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfänger/2020_Leistungsempfänger-der-sozialen-PV-nach-Pflegestufen___Pflegegraden_bf.pdf [12.05.2021]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021c). Pflegereform – Altenpflege wird besser bezahlt und der Beruf attraktiver. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/20202021/pflegereform.html> [07.06.2021]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021d). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand 15.02.2021. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_Februar-2021_bf.pdf [19.02.2021]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021e). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand 14.06.2021. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_Juni_2021_bf.pdf [09.07.2021]

BMG/BMFSFJ – Bundesministerium für Gesundheit & Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020). Roadmap zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege und zur schrittweisen Einführung eines Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/Roadmap_zur_Einfuehrung_eines_Personalbemessungsverfahrens.pdf. [07.10.2021]

BVerfG – Bundesverfassungsgericht (2001). Urteil des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 3. April 2001, Aktenzeichen 1 BvR 2014/95 – Rn. (1-93), BVerfGE 103, 197–225. Verfügbar unter: http://www.bverfg.de/e/rs20010403_1bvr201495.html. [08.10.2021]

Braeseke, G., Pflug, C., Tisch, T., Wentz, L., Schauber, C., Zettl, A., Lingott, N., Pörschmann-Schreiber, U., Kulas, H., Burgart, E. & Nauen, K. (2020a). Gutachten für den Bereich der Pflege für die Jahre 2025 bis 2050 in Bayern. LOS 1 und LOS 2 – Teilbericht A: Gesamtgutachten. Berlin.

Braeseke, G., Pflug, C., Tisch, T., Wentz, L., Schauber, C., Zettl, A., Lingott, N., Pörschmann-Schreiber, U., Kulas, H., Burgart, E. & Nauen, K. (2020b). Gutachten für den

- Bereich der Pflege für die Jahre 2025 bis 2050 in Bayern. LOS 1 und LOS 2 – Teilbericht B: Tabellenband. Berlin.
- Bundesregierung (2019). Konzertierte Aktion Pflege: Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Verfügbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf. [07.10.2021]
- Bundesregierung (2020). Konzertierte Aktion Pflege: Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/2020-12-09_Umsetzungsbericht_KAP_barrierefrei.pdf. [07.10.2021]
- Bundesregierung (2021). Konzertierte Aktion Pflege: Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/KAP_Zweiter_Bericht_zum_Stand_der_Umsetzung_der_Vereinbarungen_der_Arbeitsgruppen_1_bis_5.pdf. [07.10.2021]
- Carstensen, J., Seibert, H. & Wiethölter, D. (2020). Entgelte von Pflegekräften. 4. November 2020. Nürnberg. Verfügbar unter: http://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2019.pdf [03.09.2021]
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2020). Rentenversicherung in Zeitreihen. Ausgabe 2020. DRV-Schriften Band 22. Berlin.
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2021). Versicherte 2019. Band 220. Berlin.
- Geiss, S., Pupeter, M. & Schneekloth, U. (2019). Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 2: Allgemeine Befragungen. München.
- GKV-SV – GKV Spitzenverband Bund & MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2020a). Gemeinsame Verlautbarung von GKV-Spitzenverband und MDS zum Umgang mit der Pflegebegutachtung und den Qualitätsprüfungen während der aktuell beschlossenen Kontaktbeschränkungen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie vom 5.11.2020. Essen. Verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/2020-11-05_Verlautbarung_v._GKV-SV_und_MDS_01.pdf [29.01.2021]

- GKV-SV – GKV Spitzenverband Bund & MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2020b). Verlängerung der gemeinsamen Verlautbarung von GKV-Spitzenverband und MDS vom 1. Dezember 2020 zum Umgang mit der Pflegebegutachtung und den Qualitätsprüfungen aufgrund der weiter gehenden Kontaktbeschränkungen von Bund und Ländern zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie. 22.12.2020. Essen. Verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/201222_FIN_Verlaengerung_Verlautbarung.pdf [29.01.2021]
- GKV-SV – GKV Spitzenverband Bund & MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2021). Fortgeltung der gemeinsamen Verlautbarung von GKV-Spitzenverband und MDS zum Umgang mit der Pflegebegutachtung und den Qualitätsprüfungen aufgrund der Beibehaltung der Kontaktbeschränkungen von Bund und Ländern zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie. 26.02.2021. Essen. Verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/2021-02-26_Verlaengerung_Verlautbarung.pdf [02.03.2021]
- Gottschall, K., Noack, K. & Rothgang, H. (2021). Interdependencies of Long-Term Care Policy and East-West Migration – The Case of Germany. In F. Nullmeier, D. Gonzalez de Raufels & H. Obinger (Hrsg.), *International Impacts on Social Policy. Short Histories in a Global Perspective*. Palgrave MacMillan, Cham: im Erscheinen.
- Grubanov Boskovic, S., Belmonte, M., Conte, A., Ghio, D., Goujon, A., Scipioni, M., Kalantaryan, S., Gómez-González, E., Gómez, E., Tolan, S., Martínez-Plumed, F., Pesole, A., Fernández-Macías, E. & Hernández-Orallo, J. (2021). Health and long-term care workforce: demographic challenges and the potential contribution of migration and digital technology. Luxembourg. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/23-02-2021_health_and_longterm_care_workforce_online.pdf [11.03.2021]
- Hoffmann, F. & Koller, D. (2017). Verschiedene Regionen, verschiedene Versichertenpopulationen? Soziodemografische und gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Krankenkassen. In: *Das Gesundheitswesen*, 79 (1), 1–9.
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2020). Medizinische Dienste starten ab Oktober mit Hausbesuchen und Qualitätsregelprüfungen in der Pflege. Pressemitteilung vom 18.09.2020. Essen. Verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/20-09-18_PM_Start_Wiederaufnahme_Hausbesuch_u_QPR_01.pdf [29.01.2021]

- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2021). Begutachtungen 2020. Daten auf Anfrage.
- MEDICPROOF (2016). Zahlen, Daten, Fakten 2015. Köln. Verfügbar unter: https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/ZDF/ZDF-2015.pdf [14.01.2021]
- MEDICPROOF (2017). Zahlen, Daten, Fakten 2016. Köln. Verfügbar unter: https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/ZDF/ZDF-2016.pdf [14.01.2021]
- MEDICPROOF (2018). Zahlen, Daten, Fakten 2017. Köln. Verfügbar unter: https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/ZDF/ZDF-2017.pdf [14.01.2021]
- MEDICPROOF (2019). Zahlen, Daten, Fakten 2018. Köln. Verfügbar unter: https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/ZDF/ZDF_2018_final.pdf [14.01.2021]
- MEDICPROOF (2020). Zahlen, Daten, Fakten 2019. Köln. Verfügbar unter: https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/ZDF/ZDF-19.pdf [14.01.2021]
- MEDICPROOF (2021). Zahlen, Daten, Fakten 2020. Köln. Verfügbar unter: https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/ZDF/ZDF-20_210222.pdf [12.05.2021]
- Meißner, S. (2014). Investitionskosten von Pflegeheimen zeigen deutliche Unterschiede in den Bundesländern. Verfügbar unter: <https://web.archive.org/web/20140507034845/http://www.pflegemarkt.com/media/datenmarkt/uploads/fachartikel/investitionskosten-von-pflegeheimen-in-den-bundeslaendern.pdf> [20.02.2019]
- PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung (2006). Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2005/2006. Köln, Berlin.
- PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung (2007). Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2006/2007. Köln, Berlin.
- PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung (2012). Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012. Köln.
- PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung (2018). Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung. Jahreswerte zum 31.12.2007 bis 2017. Verfügbar unter: <https://www.pkv-zahlenportal.de/werte/2007/2017/12/pers-ppv-lemopf/basket/result> [25.02.2019]
- PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung (2020). Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2019. Köln.
- Räker, M., Klauber, J. & Schwinger, A. (2021). Pflegerische Versorgung in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber. & A. Schwinger

- (Hrsg.), Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen (S. 33–58). Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (2020). Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 31.12.2020. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Dez_2020/2020-12-31-de.pdf?__blob=publicationFile [23.08.2021]
- Rothgang, H. (2021). Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GPVG) (BT-Drucksache 19/26822) und zu den Änderungsanträgen 1 bis 20 der Fraktionen CDU/CSU und SPD zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (Ausschussdrucksache 19(14)320.1) anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 7.6.2021. Ausschussdrucksache 19(14)347(20). Verfügbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/845766/65d271c2c1e4fed19a8a351130eb847d/19_14_0347-20-_Prof-Dr-Heinz-Rothgang_AeA-GVWG-data.pdf. [20.09.2021]
- Rothgang, H. & Domhoff, D. (2019). Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Working Paper Nr. 150 der Hans-Böckler-Stiftung. Hans-Böckler-Stiftung: Düsseldorf. Verfügbar unter: https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_150_2019.pdf. [17.10.2019]
- Rothgang, H., Görres, S., Darmann-Finck, I., Wolf-Ostermann, K., Becke, G., Brannath, W., Cordes, J., Fünfstück, M., Heinze, F., Kalwitzki, T., Stolle, C., Kloep, S., Krempa, A., Matzner, L., Zenz, C. & Sticht, S. (2020a). Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Bremen.
- Rothgang, H., Heinze, F. & Kalwitzki, T. (2021). Zur Notwendigkeit einer Finanzreform der Pflegeversicherung jenseits der „kleinen Pflegereform“ des GVWG. In Gesundheits- und Sozialpolitik (G&S) – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, 75. Jg., Heft 4: 19–28, doi: 10.5771/1611-5821-2021-4-5-19.
- Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S. & Unger, R. (2011). BARMER GEK Pflegereport 2011. Schwerpunktthema: Zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. St. Augustin.

- Rothgang, H. & Kalwitzki, T. (2021). Pflegeversicherungsreform 2021 – Was muss geschehen und was geht noch? In: Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 2: 6–15. doi: <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2021-2>.
- Rothgang, H. & Kalwitzki, T. (2015). Pflegestärkungsgesetz II – eine erstaunlich großzügige Reform. In Gesundheits- und Sozialpolitik - Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, 69 (5), 46–54.
- Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2015). BARMER GEK Pflegereport 2015. Schwerpunkt: Pflegen zu Hause. Siegburg.
- Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2016a). BARMER GEK Pflegereport 2016. Siegburg.
- Rothgang, H., Kalwitzki, T., Unger, R. & Amsbeck, H. (2016b). Pflege in Deutschland im Jahr 2030 – regionale Verteilung und Herausforderungen. Gütersloh.
- Rothgang, H. & Müller, R. (2018). BARMER Pflegereport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 12. Berlin.
- Rothgang, H. & Müller, R. (2019). BARMER Pflegereport 2019. Ambulantisierung der Pflege. Berlin.
- Rothgang, H., Müller, R., Mundhenk, R. & Unger, R. (2014). BARMER GEK Pflegereport 2014. Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger. Siegburg.
- Rothgang, H., Müller, R. & Preuß, B. (2020b). BARMER Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen. Berlin.
- Rothgang, H., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2017). BARMER Pflegereport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5. Siegburg.
- Rothgang, H., Müller, R. & Unger, R. (2013). BARMER GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Rehabilitation und Pflege. Siegburg.
- Rothgang, H., Müller, R., Unger, R., Weiß, C. & Wolter, A. (2012). BARMER GEK Pflegereport 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit. Siegburg.
- Rothgang, H., Schmid, A., Maaß, L., Preuß, B. & Wagner, C. (2019). Abschlussbericht zum Projekt „Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 4: Statistische Untersuchung“, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.

- Rothgang, H. & Vogler, A. (1997). Der Einfluss demographischer Faktoren auf die Finanzentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung. ZeS-Arbeitspapier Nr. 18/1997. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik.
- Safuta, A., Noack, K., Gottschall, K., Rothgang, H. (2021). Migrants to the rescue? Mechanisms of care workforce migrantisation on the example of elder care in Germany. In J. Kuhlmann & F. Nullmeier (Hrsg.), *Causal Mechanisms in the Global Development of Social Policies*. Cham: Palgrave Macmillan, im Erscheinen.
- Schmidt, M. & Schneekloth, U. (2011). Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.
- Schneekloth, U., Geiss, S., Pupeter, M., Rothgang, H., Kalwitzki, T. & Müller, R. (2017). Abschlussbericht. Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. München.
- Schneekloth, U. & von Törne, I. (2007). Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In U. Schneekloth & H. W. Wahl (Hrsg.), *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“* (S. 53–168). München.
- Schwinger, A., Klauber, J. & Tsiasioti, C. (2019). Pflegepersonal heute und morgen. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* (S. 3–21). Berlin, Heidelberg.
- Schwinger, A., Rothgang, H. & Kalwitzki, T. (2018). „Die Pflegeversicherung boomt“: Mehrausgaben der Pflegeversicherung – Retrospektive und Projektion. In *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik*, 21 (6), 13–22.
- Statistisches Bundesamt (2018a). Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe in Deutschland im Laufe des Berichtsjahres nach Art des Trägers, Hilfearten, Bruttoausgaben, Einnahmearten und Nettoausgaben sowie Ort der Leistungserbringung. Datentabellen von 2009 bis 2016 auf Anfrage. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2018b). Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe nach Art des Trägers, außerhalb von und in Einrichtungen sowie Hilfearten. Datentabellen von 1995 bis 2008 auf Anfrage. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt (2018c). Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2016/2017. Fachserie 11, Reihe 2. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2019a). Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Verfügbar unter: https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/data/14_bevoelkerungsvorausberechnung_daten.csv [02.12.2020]
- Statistisches Bundesamt (2019b). Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2019c). Bevölkerung in Deutschland bis 2060 – Tabellenband – Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung 2019 – Hauptvarianten 1 bis 9. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2019d). Bevölkerung in Deutschland bis 2060 – Tabellenband – Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung 2019 – Modellrechnungen M1 bis M9. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2019e). Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2018/2019. Fachserie 11, Reihe 2. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2019f). Statistik der Kriegsopferversorge. Ausgaben und Einnahmen. Empfänger/-innen 2018. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2020a). Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe in Deutschland im Laufe des Berichtsjahres. Länderübersicht über die Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege sowie Ort der Leistungserbringung. Datentabellen von 2017 bis 2018 auf Anfrage. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2020b). Bevölkerung zum Stichtag 31.12. Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität (Grundlage Zensus 2011). Verfügbar unter: <http://www.gbe-bund.de> [18.08.2020]
- Statistisches Bundesamt (2020c). Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege nach Geschlecht und Ort der Leistungserbringung im Zeitvergleich am 31.12. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Tabellen/liste-hilfe-pflege.html> [24.01.2021]
- Statistisches Bundesamt (2020d). Pflegestatistik 2019 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2020e). Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Standardtabellen.

- Statistisches Bundesamt (2020f). Wirtschaftsrechnungen. Laufende Wirtschaftsrechnungen. Einkommen, Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte – Fachserie 15 Reihe 1 – 2019. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2021a). Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe in Deutschland im Laufe des Berichtsjahres. Länderübersicht über die Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege sowie Ort der Leistungserbringung. Datentabellen von 2019 auf Anfrage. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2021b). Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Schuljahr 2019/2020. Fachserie 11, Reihe 2. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2021c). Gestorbene: Deutschland, Jahre, Geschlecht, Altersjahre. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de [05.03.2021]
- Statistisches Bundesamt (2021d). Sonderauswertung Sterbefälle. Fallzahlen nach Tagen, Wochen, Monaten, Altersgruppen, Geschlecht und Bundesländern für Deutschland. 2021-05-25. Wiesbaden. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle-pdf.pdf?__blob=publicationFile [26.05.2021]
- Statistisches Bundesamt (2021e). Sterbefälle, Sterbeziffern je 100000 Einwohner (altersstandardisiert) (ab 1980). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, Todesursachen laut „Europäischer Kurzliste“, Art der Standardisierung. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de [04.06.2021]
- Swart, E., Ihle, P., Gothe, H. & Matusiewicz, D. (Hrsg.) (2014). Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven (2. Aufl.). Bern.
- vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. (Hrsg.) (2012). Pflegelandschaft 2030. Eine Studie der Prognos AG im Auftrag der vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. München.
- vdek – Verband der Ersatzkrankenkassen (2021a). Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in EUR je Monat nach Bundesländern. 1. Juli 2021. Berlin. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/daten/f_pflegeversicherung/spv_finanzielle_belastung_pflegebeduerftiger_stationaer_saeulen.jpg [14.07.2021]

- vdek – Verband der Ersatzkrankenkassen (2021b). Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in EUR je Monat. 2018–2021 – Bundesgebiet. Berlin. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/daten/f_pflegeversicherung/10_spv_finanzielle_belastung_pflegebeduerftiger_stationaer_2018_2021_bund.jpg [14.07.2021]
- vdek – Verband der Ersatzkrankenkassen (2021c). SPV-Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung und Eigenanteile in EUR. 1. Juli 2021. Berlin. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/daten/f_pflegeversicherung/spv_pflegekosten_eigenanteil_nach_pfligestufen_saeulen.jpg [14.07.2021]
- WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK (2021). Pressemitteilung. Pflege-Report 2021: Deutlicher Anstieg der Sterblichkeit in Pflegeheimen während der ersten und zweiten Pandemiewelle. Berlin: WIdO.

Autorenverzeichnis

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

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