

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 38

BARMER

Pflegereport 2022

Stationäre Versorgung und COVID-19

Heinz Rothgang,
Rolf Müller



Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 38

BARMER

Pflegereport 2022

Stationäre Versorgung und COVID-19

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,

Nadine Markschat, 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: 978-3-946199-80-9

ISBN PDF: 978-3-946199-81-6

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. 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 2021/2022	8
Pflege im Spiegel der Statistik	11
Schwerpunkt: Stationäre Versorgung und COVID-19	14
Einleitung	19
1 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2021/2022	24
1.1 Wirkungen des GVWG	24
1.2 Der Koalitionsvertrag 2021 und seine bisherige Umsetzung	30
1.3 Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Berücksichtigung der Kinderzahl im Beitragsrecht der Pflegeversicherung	33
1.4 Zusatzausgaben der Pflegeversicherung zur Unterstützung der Pflegeeinrichtungen im Zuge der COVID-19-Pandemie	35
1.5 Einrichtungsbezogene Impfpflicht	37
2 Pflege im Spiegel der Statistik	44
2.1 Pflegebedürftige	45
2.1.1 Anzahl der Pflegebedürftigen	46
2.1.2 Prävalenzen: Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung	56
2.1.3 Begutachtungen	61
2.1.4 Pflegeeintritt und Inzidenz	66
2.1.5 Beendigung von Pflegebedürftigkeit	72
2.1.6 Fazit zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen	75

2.2	Leistungserbringung	77
2.2.1	Ambulante Pflegedienste	77
2.2.2	Stationäre Einrichtungen	85
2.2.3	Pflegepersonen	96
2.2.4	Fazit zur Leistungserbringung	99
2.3	Finanzierung	100
2.3.1	Leistungen der Pflegeversicherung	101
2.3.2	Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung	103
2.3.3	Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung	106
2.3.4	Finanzierung durch die Sozialhilfe	107
2.3.5	Finanzierung im Überblick	109
3	Stationäre Versorgung und COVID-19	114
3.1	Differenzierte stationäre Versorgung auf Landesebene	114
3.1.1	Entwicklung der Einrichtungen (Strukturen und Angebote)	115
3.1.2	Entwicklung der Anzahl und der Qualifikation des Pflegepersonals	121
3.1.3	Arbeitslosenstatistik im Bereich Pflege	128
3.1.4	Entwicklung der Heimentgelte in der stationären Versorgung	130
3.1.5	Fazit zur stationären Versorgungsstruktur	131
3.2	Stationäre Pflege in Zeiten von Corona	132
3.2.1	Betroffenheit der Pflegekräfte im Pflegeheim	138
3.2.2	Betroffenheit der Pflegebedürftigen im Pflegeheim	143
3.2.3	Effekte auf die Nutzung der Pflegeleistungen	152
3.2.4	Fazit zur stationären Versorgung in Zeiten von Corona	159

Anhang	166
Amtliche und halbamtliche Daten zur Pflegebedürftigkeit	166
BARMER-Daten	169
Verzeichnisse	176
Abkürzungsverzeichnis und Glossar	176
Abbildungsverzeichnis	179
Tabellenverzeichnis	182
Literaturverzeichnis	185
Autorenverzeichnis	198

Vorwort

Hygienekonzepte, Maskenpflicht, Kontaktsperren – die Corona-Pandemie hat von Anfang an Pflegebedürftige, aber auch Pflegekräfte besonders stark belastet. Zahlreiche Maßnahmen sollten Heimbewohnerinnen und -bewohner und die dort arbeitenden Menschen vor einer Infektion schützen. Haben all diese Schutzvorkehrungen geholfen? In unserem aktuellen Pflegereport untersuchen wir die einzelnen Wellen der Pandemie und analysieren die Situation detailtief. Wie viele Menschen sind dort erkrankt? Wie hoch war die Sterblichkeit, auch im Vergleich zur gesamten Bevölkerung? Gerade zu Beginn der Pandemie sind besonders in den Pflegeheimen viele Menschen an COVID-19 erkrankt. Zudem waren 50 bis 60 Prozent der mit COVID-19 Verstorbenen stationär Pflegebedürftige. Am Ende der vierten Welle waren es noch zwischen 30 und 40 Prozent. Somit hat sich die Situation dort zwar deutlich entspannt, klar ist aber auch, dass Pflegeheime nach wie vor ein Corona-Hotspot sind. Auch wenn inzwischen für viele das Leben wieder halbwegs normal verläuft, ist die Situation in Pflegeheimen weiterhin angespannt.

Auch das Personal in Pflegeheimen ist stark von den jeweiligen Wellen der COVID-19-Pandemie betroffen gewesen, zu Spitzenzeiten sogar fast fünfmal so viel wie andere Berufsgruppen. Das hat sich erst in der vierten Welle von August bis Dezember 2021 angeglichen. Hier waren Pflegekräfte ungefähr genauso oft aufgrund einer COVID-19-Erkrankung arbeitsunfähig wie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in anderen Wirtschaftszweigen. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Pflegebedürftigen. Sie erhielten ebenfalls überproportional häufig eine COVID-19-Diagnose, und zwar durchweg häufiger als der Rest der Bevölkerung. Dieser Unterschied hat sich zum Ende des Jahres 2021 hin zwar deutlich reduziert, bleibt aber weiterhin bestehen. Daher gibt es auch hier keinen Grund zur Entwarnung.

Die Corona-Pandemie hat auch zu einer weiteren bemerkenswerten Entwicklung geführt. Gerade zu Beginn der Pandemie sind weniger Pflegebedürftige vollstationär gepflegt worden. Die Anzahl der Menschen, die von der häuslichen Pflege in die stationäre Pflege wechselten, sank von jeweils über 25.000 im April der Jahre 2018 und 2019 auf rund 17.000 im Mai 2020. Das entspricht einem Minus von rund einem Drittel. Dieser Rückgang könnte zum einen daran liegen, dass Pflegeheime aufgrund zahlreicher erkrankter Pflegekräfte mancherorts an ihre Kapazitätsgrenzen gekommen sind. Zum anderen wird

es die Sorge der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen vor Corona gewesen sein, die zu weniger Aufnahmen in ein Pflegeheim geführt hat. Erst im späteren Verlauf der Pandemie ist die Zahl der Menschen, die vom häuslichen in das stationäre Setting wechselten, wieder gestiegen.

Fakt ist, die Pandemie hat die Pflegebedürftigen und die Pflegenden enorm belastet. Sie hatte aber ebenfalls deutliche Auswirkungen auf die Finanzierung durch die soziale Pflegeversicherung. So gab es in den Pflegeeinrichtungen einerseits Mehrausgaben, etwa für Sachmittel sowie Personal, und andererseits Mindereinnahmen, unter anderem durch nicht belegte Heimplätze. Dafür stellten die Einrichtungen bei den Pflegekassen Anträge auf Erstattung in Milliardenhöhe. Ein weiterer massiver Kostenblock waren die Ausgaben für Antigen-Tests. Unter dem Strich haben sich die Beträge für Pflege-Rettungsschirme, Tests und die Corona-Pflegeprämie bis zum ersten Quartal 2022 auf mehr als neun Milliarden Euro belaufen. Trotz nachträglicher Steuerzuschüsse sind davon 6,4 Milliarden Euro zum Ende des ersten Quartals 2022 offen geblieben. Hier ist die Pflegeversicherung in Vorkasse gegangen, und das in einer ohnehin angespannten Situation.

Die vorherigen Corona-Wellen liefern wichtige Anhaltspunkte für den weiteren Umgang mit der Pandemie in der stationären Pflege. Nun gilt es, die richtigen Schlüsse zu ziehen. So waren die harten Kontaktbeschränkungen der ersten Welle zuletzt nicht mehr erforderlich, weil inzwischen Impfungen möglich und die neueren Virusvarianten nicht mehr ganz so gefährlich waren wie die ersten. Trotzdem bleibt die strikte Einhaltung der Abstands- und Hygieneregeln weiterhin unerlässlich. Es geht also um einen Schutz mit Augenmaß in diesem Winter, in dem wieder über einen langen Zeitraum mit hohen Fallzahlen zu rechnen ist. Dies zumindest lehrt uns die Erfahrung aus den vergangenen Wintern.

Mein Dank gilt an dieser Stelle den Autoren des Pflegereports, Prof. Dr. Heinz Rothgang und Dr. Rolf Müller von der Universität Bremen. Den Leserinnen und Lesern wünsche ich eine ebenso spannende wie erkenntnisreiche Lektüre des Reports.

Prof. Dr. med. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER
Berlin, im November 2022

Zusammenfassung

Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2021/2022

Das GVWG ist zur nachhaltigen Begrenzung der Eigenanteile ungeeignet

Die tatsächliche Pflegesatzsteigerung übersteigt die im letzten Pflegereport vorausberechnete sogar noch leicht. Die inzwischen vorliegenden Daten für 2021 und die erste Jahreshälfte 2022 bestätigen damit das zentrale Ergebnis der prospektiven Evaluation aus dem letztjährigen Pflegereport: Das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) ist nicht in der Lage, die Eigenanteile in der stationären Pflege nachhaltig zu begrenzen. Zwar entlasten die seit Januar 2022 gewährten Zuschläge zu den Eigenanteilen nach § 43c SGB XI die Pflegebedürftigen kurzfristig. Diese Entlastung wird durch die – gleichsam notwendigen – Maßnahmen des GVWG, die zu einer Pflegesatzsteigerung führen, sowie die inflationsbedingte beziehungsweise durch die regulären Tarifierpassungen ausgelöste Pflegesatzsteigerung im Durchschnitt aber schon 2024 (über)kompensiert. Für Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die bis zu einem Jahr im Pflegeheim leben, sind die durchschnittlichen Eigenanteile schon jetzt höher als vor der Reform.

Gleichzeitig ist das GVWG unterfinanziert. Das Bundesministerium für Gesundheit ging in der Vorhersage noch von 2,74 Milliarden Euro aus, die als Zuschläge nach § 43c SGB XI im Jahr 2022 anfallen würden. Werden die Quartalsergebnisse für die beiden ersten Quartale des Jahres 2022 hochgerechnet, resultieren daraus aber schon 3,66 Milliarden Euro. Die Ausgaben für die Zuschläge nach § 43c SGB XI wurden demnach für 2022 schon um mehr als 900 Millionen Euro unterschätzt. Bis 2024 wird diese Finanzierungslücke weiter auf 1,8 Milliarden Euro anwachsen.

Die Ankündigungen des Koalitionsvertrags wurden bisher noch nicht umgesetzt

Im Koalitionsvertrag von November 2021 werden eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Langzeitpflege aufgeführt. Tatsächlich ist noch keine dieser Maßnahmen umgesetzt worden, bei den meisten sind nicht einmal Vorarbeiten erkennbar. Da es sich bei den im Koalitionsvertrag genannten Vorhaben um dringende Weiterentwicklungsbedarfe handelt, kann nur gehofft werden, dass deren Umsetzung im nächsten Jahr begonnen wird. Ansonsten wird die Zeit bis zum Ende der Legislaturperiode für die notwendige große Pflegereform nicht mehr ausreichen.

Das Verfassungsgerichtsurteil zur Berücksichtigung der Kinderzahl im Beitragsrecht der Pflegeversicherung führt zu neuem Reformbedarf

In seinem Urteil vom 7. April 2022 hat das Bundesverfassungsgericht die derzeit geltenden Regelungen des Kinder-Berücksichtigungsgesetzes von 2004 für verfassungswidrig erklärt und eine Neuregelung bis zum 31. Juli 2023 gefordert. In dieser neuen Regelung muss sichergestellt werden, dass die Kinderzahl bei der Ermittlung der Beitragssatzdifferenzierung berücksichtigt wird und Eltern schon ab dem zweiten Kind gegenüber der heutigen Regelung entlastet werden. Die Umsetzung dieses Urteils dürfte für die Pflegeversicherung zu Einnahmeausfällen in Höhe von rund zwei Milliarden Euro führen. Da die Beitragssatzdifferenzierung der Entlastung der Familien von der Kostenlast der Kindererziehung dienen soll, verweist das Gericht damit indirekt auf den Familienlastenausgleich. Hierbei handelt es sich aber um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die ordnungspolitisch aus Steuermitteln finanziert werden sollte. Da das Gericht selbst eine Steuerfinanzierung dieser Entlastung ausdrücklich für möglich erklärt, wäre ein Bundeszuschuss als Kompensation für den durch die Neuregelung entstehenden Einnahmeausfall nur folgerichtig.

Pandemiebedingte Mehrausgaben in der Langzeitpflege werden von der Pflegeversicherung getragen

Im Koalitionsvertrag wird versprochen, die pandemiebedingten Zusatzkosten der Pflegeversicherung aus Steuermitteln zu finanzieren. Tatsächlich stehen den bis zum Ende des 1. Quartals 2022 aufgelaufenen Zusatzkosten von 9,2 Milliarden Euro für den Rettungsschutz für Pflegeeinrichtungen, die von der Testverordnung vorgegebenen PoC-Antigen-Tests und die Corona-Pflegeprämie lediglich steuerfinanzierte Bundeszuschüsse in Höhe von 4,0 Milliarden Euro gegenüber. Ein Betrag von 5,2 Milliarden Euro verbleibt damit bei der Pflegeversicherung. Die Ankündigung des Koalitionsvertrags wird somit nicht eingehalten. Vielmehr werden erneut gesamtgesellschaftliche Aufgaben beitragsfinanziert.

Einrichtungsbezogene Impfpflicht hilft nicht bei der Pandemiebekämpfung

Die Ende 2021 eingeführte einrichtungsbezogene Impfpflicht muss als Fehlschlag angesehen werden. Um die Impfquote der Beschäftigten unter anderem in Pflegeeinrichtungen zu erhöhen, wurde Ungeimpften ein Bußgeld und schließlich sogar das Verbot, die Einrichtung zu betreten, angedroht. Allerdings wurden diese Sanktionen nur sehr selten umgesetzt. Hieran wird sich auch nichts mehr ändern, da die Bundesländer die Überprüfung des Impfstatus zunehmend einstellen und die Impfpflicht Ende des Jahres 2022 ausläuft. Eine signifikante Erhöhung der Impfquote von Beschäftigten, die so einer Bußgeldzahlung oder einem etwaigen Betretungsverbot entgehen wollten, ist im Impfmonitoring des RKI ebenfalls nicht erkennbar. Schließlich ist die Wirksamkeit der Impfung zum Schutz Dritter mit Auftreten und dann Dominanz der Omikron-Variante deutlich gesunken, so dass auch eine erfolgte Erhöhung der Impfquote nur begrenzte Wirkung hätte. Insgesamt hat die einrichtungsbezogene Impfpflicht somit keinen wesentlichen Beitrag zur Pandemiebekämpfung geleistet.

Pflege im Spiegel der Statistik

Pflegebedürftige

Seit 2017 gilt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der sowohl physische als auch psychische Einschränkungen berücksichtigt. Bei der Einstufung werden nunmehr Pflegegrade ermittelt, die sich von den zuvor genutzten Pflegestufen unterscheiden, so dass Zeitreihenbetrachtungen über diesen Umstellungszeitraum hinaus schwierig sind. Um Brüche in der Darstellung zu vermeiden, werden in diesem Report – im Gegensatz zu den vorherigen Reporten – nur noch die Zeitfenster ab dem Jahr 2017 betrachtet. Anders als in den Pflegereporten zuvor werden in diesem Report auch die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 trotz ihrer nur sehr eingeschränkten Leistungsansprüche durchgängig als Pflegebedürftige mitgezählt. Wenn in den Daten auch für die Zeit nach dem 1. Januar 2017 noch Einträge nach Pflegestufen und Einstufungen als Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gegeben waren, wurden sie auf Grundlage des Überleitungsschlüssels in § 140 SGB XI in Pflegegrade umkodiert.

Berichterstattung
ab 2017

Von 2017 bis 2019 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen nach Angaben der Pflegestatistik um 20,9 Prozent. Ausweislich der hochgerechneten BARMER-Daten erfolgte im Zeitraum von 2019 bis 2021 ein weiterer Anstieg um 17,3 Prozent. Damit liegt der Anstieg sogar noch etwas höher als in der Projektion im Pflegereport 2021. In der aktuellen Erfassung der Pflegebedürftigen mit den hochgerechneten BARMER-Daten zeigen sich Steigerungsraten von 43,3 Prozent bei Pflegegrad 1, 14,9 Prozent bei Pflegegrad 2 und 18,0 Prozent bei Pflegegrad 3. Bei den Pflegegraden 4 und 5 fiel der Anstieg mit 8,6 Prozent und 2,8 Prozent deutlich geringer aus.

Dass der Zugang vermehrt durch Pflegebedürftige mit geringem Pflegegrad erfolgt, wird auch aus der Begutachtungsstatistik des Medizinischen Dienstes (MD) und der Knappschaft deutlich. Die Zahl der positiven Erstbegutachtungen mit Pflegegrad 2 bis Pflegegrad 5 bleibt über die Jahre 2017 bis 2021 relativ konstant oder ist gar rückläufig. Hingegen gab es seit 2017 einen stetigen Anstieg positiver Erstbegutachtungen mit Pflegegrad 1. Rund 257.000 Personen haben im Jahr 2017 und etwa 317.000 Personen im Jahr 2021 den Pflegegrad 1 erhalten.

Zahl der Erstbegutach-
tungen mit Pflegegrad 1
weiterhin steigend

geringste Pflege-
prävalenz in Bayern

Pflegebedürftige: Ländervergleich

Nach der Pflegestatistik waren im Dezember 2019 fast 5,0 Prozent der Bevölkerung pflegebedürftig. Auch standardisiert auf die Bundesbevölkerung – also unabhängig von der Alters- und Geschlechterverteilung – zeigen sich in den Bundesländern Bayern mit 4,0 Prozent, Schleswig-Holstein (4,3 Prozent), Baden-Württemberg (4,5 Prozent), Hamburg (4,8 Prozent) und Rheinland-Pfalz (4,9 Prozent) geringere Prävalenzen als im restlichen Bundesgebiet.

Ambulante Dienste: Ländervergleich

Von den ambulanten Pflegediensten in Deutschland sind im Jahr 2019 rund 67 Prozent in privater Trägerschaft. Einen noch höheren Anteil gibt es vor allem in Berlin (80 Prozent), Hamburg (76 Prozent) und Hessen (76 Prozent).

Vollzeitbeschäftigten-
quote in den ambulanten
Pflegediensten bei
28 % – in Ostdeutschland
überwiegend höher

Die Vollzeitbeschäftigtenquote in ambulanten Pflegediensten liegt in Deutschland insgesamt bei etwa 28 Prozent. Dabei zeigen sich in den meisten ostdeutschen Bundesländern überdurchschnittliche Quoten: Brandenburg (32,4 Prozent), Mecklenburg-Vorpommern (32,9 Prozent), Sachsen (27,8 Prozent), Sachsen-Anhalt (35,1 Prozent) und Thüringen (34,6 Prozent). Bei einer in Westdeutschland leicht steigenden und einer in Ostdeutschland leicht sinkenden Vollzeitbeschäftigtenquote gleichen sich die Verhältnisse tendenziell an. Die Varianz der Vollzeitquote deutet darauf hin, dass diese durchaus gestaltbar ist; ihr insgesamt niedriges Niveau zeigt das Potenzial, durch Erhöhung dieser Quote einen Beitrag zur Reduktion von Personallücken zu leisten.

Zur Erfassung des Verhältnisses von Pflegekräften zu Pflegebedürftigen wurde die Arbeitszeit der Pflegekräfte in Vollzeitäquivalente (VZÄ) umgerechnet und mit dem Arbeitsanteil für Leistungen nach SGB XI gewichtet. Demnach sind für je 100 versorgte Pflegebedürftige in Deutschland neun Pflegefachkräfte, zwei Pflegehilfskräfte mit Ausbildung und fünf Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung tätig. Ein höherer Versorgungsgrad durch Pflegefachkräfte findet sich in Sachsen-Anhalt, Sachsen und Hamburg mit jeweils zehn Fachkräften. Eine hohe Hilfskraftquote je 100 versorgte Pflegebedürftige findet sich in Berlin mit vier VZÄ mit Ausbildung und 17 VZÄ ohne Ausbildung und in Brandenburg mit vier VZÄ mit Ausbildung und neun VZÄ ohne Ausbildung.

Pflegeheime: Ländervergleich

Von den Pflegeheimen sind rund 43 Prozent in privater Trägerschaft. Diese Quote ist niedriger als bei den ambulanten Pflegediensten. In Schleswig-Holstein (64,0 Prozent), Niedersachsen (60,1 Prozent) und Hamburg (54,4 Prozent) ist der Anteil der privaten Pflegeheime deutlich höher.

Die Vollzeitbeschäftigtenquote liegt in Pflegeheimen mit rund 29 Prozent nicht viel höher als im ambulanten Bereich. Anders ist dagegen die regionale Verteilung. Spitzenreiter sind hierbei das Saarland (43,4 Prozent), Berlin (40,9 Prozent) und Hamburg (40,3 Prozent). Die ostdeutschen Länder haben sogar unterdurchschnittliche Vollzeitbeschäftigtenquoten. Kompensatorisch ist hier eine deutlich höhere Quote bei den Teilzeitbeschäftigten mit über 50 Prozent der Regelarbeitszeit festzustellen.

Vollzeitbeschäftigten-
quote in Pflegeheimen
bei 29% – in Ostdeutsch-
land niedriger

Das Verhältnis von Pflegekräften zu Pflegebedürftigen liegt im Pflegeheim höher als in der ambulanten Pflege. Im Pflegeheim sind es 25 Pflegefachkräfte, 6 Pflegehilfskräfte mit Ausbildung und 15 Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung (gemessen in VZÄ und gewichtet nach dem Arbeitsanteil nach SGB XI) je 100 versorgte Pflegebedürftige. Der Versorgungsgrad schwankt zwischen 21 Pflegefachkräften in Brandenburg und Schleswig-Holstein und 29 in Nordrhein-Westfalen. Bei den Pflegehilfskräften mit Ausbildungen gibt es Schwankungen von 3 Pflegehilfskräften mit Ausbildung in Thüringen und 8 in Bremen und Schleswig-Holstein. Bei den Pflegehilfskräften ohne Ausbildung schwankt die Zahl zwischen 13 VZÄ in Sachsen-Anhalt und 17 VZÄ in Bayern und Brandenburg.

hohe Fachkraftquote
in Nordrhein-Westfalen

Finanzierung

Die Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung haben sich von 36,10 Milliarden Euro im Jahr 2017 auf 52,50 Milliarden Euro im Jahr 2021 um 16,40 Milliarden Euro (= 45,4 Prozent) gesteigert. Der Anstieg ist primär auf die Anhebungen des Beitragssatzes zurückzuführen. Zum 1. Januar 2017 lag der Beitragssatz bei 2,55 Prozent (2,8 Prozent für Kinderlose) und wurde zum 1. Januar 2019 auf 3,05 Prozent (3,3 Prozent für Kinderlose, seit 2022: 3,4 Prozent) erhöht. Einen weiteren Anteil an der Steigerung haben die Sonderzahlungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie. Die Leistungsausgaben sind von 35,5 Milliarden Euro im Jahr 2017 auf 50,2 Milliarden Euro im Jahr 2021 gestiegen. Das Defizit von

Einnahmen der sozialen
Pflegeversicherung von
36,0 Mrd. Euro auf
52,5 Mrd. Euro gestiegen

1,5 Milliarden Euro im Jahr 2021 resultiert auch aus den besonderen Ausgaben im Rahmen der COVID-19-Pandemie, die nicht vollständig durch einen Steuerzuschuss ausgeglichen werden.

Die private Pflegeversicherung nimmt weiterhin weitaus mehr Geld durch die Prämienzahlungen ein, als sie für Leistungen ausgibt. Im Jahr 2020 wurden nur 42 Prozent der Beitragseinnahmen für Leistungen aufgewendet. Der Kapitalstock der Altersrückstellungen beläuft sich inzwischen auf 41,9 Milliarden Euro. Der Mittelbestand in der sozialen Pflegeversicherung beläuft sich hingegen zum Jahresende 2021 auf 6,9 Milliarden Euro.

Der Anteil der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ innerhalb von Einrichtungen ist von 29,5 Prozent im Jahr 2017 auf 31,5 Prozent im Jahr 2019 gestiegen. Auf 100 Pflegebedürftige, die durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden, kamen im Jahr 2017 knapp sieben Pflegebedürftige mit „Hilfe zur Pflege“. Im Jahr 2019 lag der Anteil nur noch bei 5,5 Prozent.

Hauptfinanzier der Leistungsausgaben für Pflegebedürftige ist weiterhin die soziale Pflegeversicherung mit 86,6 Prozent der Anteile an den öffentlichen Ausgaben und 68,5 Prozent der Gesamtausgaben.

Schwerpunkt: Stationäre Versorgung und COVID-19

Ausgehend von China hat sich COVID-19 ab Anfang 2020 auch in Europa ausgebreitet. In den ersten beiden Wellen waren Alten- und Pflegeheime Kulminationspunkte von Infektionen und Todesfällen. Während dieser beiden Wellen waren durchgängig mehr als die Hälfte der mit COVID-19 Verstorbenen Pflegebedürftige im Pflegeheim und insgesamt mehr als 80 Prozent Pflegebedürftige im Sinne der Pflegeversicherung. Um die Infektionsraten und die Raten der Betroffenen mit schweren Verläufen zu dämpfen, wurden insbesondere in der ersten Welle strenge Kontaktbeschränkungen ergriffen. Die Priorisierung Pflegebedürftiger bei der Impfkampagne ab Ende 2020 hat dafür gesorgt, dass der Anteil der Pflegebedürftigen an den Erkrankten und mit COVID-19 Verstorbenen in der dritten Welle wesentlich niedriger war. Bisherige Berichterstattungen zur Entwicklung

des COVID-19-Geschehens bezogen sich in der Regel auf die ersten beiden Wellen, die den Zeitraum bis zum Frühjahr 2021 umspannen. Im vorliegenden Report wird hingegen das gesamte Jahr 2021 mit abgedeckt.

Stationäre Entwicklung vor der Pandemie (teilstationär vs. vollstationär)

Die Zahl der vollstationären Plätze für die Dauerpflege ist nur um 0,1 Prozent gestiegen und stagniert damit. Die Zahl der teilstationären Plätze ist hingegen um 24,0 Prozent gestiegen. Dabei ist die Zahl der teilstationären Plätze in ausschließlich teilstationären Einrichtungen noch mehr gestiegen und in Einrichtungen, die auch vollstationäre Pflege anbieten, zurückgegangen. Die teilstationäre Pflege expandierte somit und bildete immer mehr einen eigenständigen Versorgungszweig.

Der Fachkräftemangel hat Auswirkungen auf die Inhalte der Tätigkeiten in den Einrichtungen. Pflegekräfte hatten in Pflegeeinrichtungen neben Pflege und Betreuung auch andere Tätigkeiten übernommen. Die Anteile, die Pflegekräfte für sonstige Tätigkeiten aufgewendet haben, nehmen inzwischen aber ab. Pflegekräfte konzentrieren ihre Arbeit noch weiter auf Pflege und Betreuung als Kern ihrer Tätigkeit. Die sonstigen Arbeitsbereiche werden vermehrt von weiterem Personal ausgefüllt. Dies ist auch nötig, da sich der Fachkräftemangel sogar noch verstärkt hat, was sich daran zeigt, dass die durchschnittliche Zeit bis zur Besetzung einer bei der Arbeitsagentur gemeldeten Fachkraftstelle von 170 Tagen im Jahr 2017 auf 230 Tage im Jahr 2021 gestiegen ist.

Teilstationäre Pflege entwickelt sich zu einem unabhängigen Bereich.

Erkrankungen und Krankenstände in der Pflege in Coronazeiten

Das Pflegepersonal im Pflegeheim ist stark von den jeweiligen Wellen der COVID-19-Pandemie betroffen gewesen. Im April 2020 hatten mehr als 2 von 1.000, im Dezember 2020 mehr als 5 von 1.000 und im November 2021 2,6 bis 3 von 1.000 Pflegekräften in der vollstationären Pflege eine AU-Diagnose mit COVID-19. Beschäftigte in anderen Berufen und anderen Wirtschaftszweigen waren in den ersten beiden Wellen zu den benannten Zeiten mit 0,5 von 1.000 und 1,1 von 1.000 deutlich weniger betroffen. Zur vierten Welle im November 2021 hatten sie aber mit 2,6 von 1.000 ähnliche AU-Fallzahlen wie die Pflegekräfte im Pflegeheim, die Pflegekräfte waren zu diesem Zeitpunkt also nicht mehr in höherem Maße betroffen als andere Berufsgruppen.

COVID-19-Fälle in den ersten beiden Wellen überproportional in der Pflege, dann wie in anderen Berufsgruppen

Ein Vergleich der sonstigen AU-Fälle von Pflegekräften im Pflegeheim in den Jahren 2020 und 2021 mit den sonstigen AU-Fällen in den Jahren 2017 bis 2019 ergibt, dass die Fallzahlen in der ersten Welle (April und Mai 2020) und in der zweiten Welle (Winter 2020/2021) deutlich geringer ausfielen und damit sogar die Ausfälle durch COVID-19 kompensiert wurden. Der Rückgang der AU-Fallzahlen durch sonstige Erkrankungen betrifft in noch höherem Maße die sonstigen Berufsgruppen in sonstigen Wirtschaftszweigen. Während dort Effekte durch Kurzarbeit gegeben sein können, dürfte dies in der vollstationären Pflege kaum gegeben sein.

Erkrankungen und Sterberaten von Pflegebedürftigen

Im Mai 2020 hatten 2,2 Prozent, im November 2020 8,3 Prozent und im November 2021 4,3 Prozent der Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege im entsprechenden Quartal eine COVID-19-Diagnose erhalten. In der Gesamtbevölkerung waren es nur 0,3 Prozent, 1,2 Prozent beziehungsweise 2,6 Prozent. Die Pflegebedürftigen waren somit durchweg stärker betroffen als die Gesamtbevölkerung, der Unterschied hat sich allerdings zum Ende 2021 hin deutlich reduziert.

durchgängig überproportionale Betroffenheit von Pflegebedürftigen, aber besonders in den ersten beiden Wellen

Nach den Hochrechnungen mit den BARMER-Daten kam es im April 2020 zu 3.970 Todesfällen mit COVID-19. Davon sind 61 Prozent Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege und insgesamt 81 Prozent Pflegebedürftige gewesen. Für Dezember 2020 werden sogar 21.677 Todesfälle mit COVID-19 ermittelt. Wiederum sind davon 61 Prozent Pflegebedürftige aus dem Pflegeheim und insgesamt 83 Prozent Pflegebedürftige. Die letzte Spitze im Zeitraum 2020 bis 2021 zeigt sich im Dezember 2021 mit 11.391 Todesfällen mit COVID-19. Davon sind nach den Hochrechnungen mit den BARMER-Daten allerdings nur noch 30,3 Prozent Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege und insgesamt 65 Prozent Pflegebedürftige. Dennoch ist die absolute Zahl der im Pflegeheim mit COVID-19 Verstorbenen von 280 im Juli 2021 auf 3.454 im Dezember 2021 gestiegen. Die Gefährdung der Pflegebedürftigen ist somit noch nicht vorbei.

Die vielfach belegte Reduktion der Kontakte zur medizinischen Versorgung durch Pflegebedürftige zeigt sich auch in den BARMER-Daten für die erste Welle. Dabei sind in der ersten Welle Reduktionen der Anteile mit Diagnosen in verschiedenen Diagnosehaupt-

gruppen um bis über einen Prozentpunkt im Vergleich zu den Vorjahren festzustellen. Der Anteil von Pflegebedürftigen mit diagnostizierter psychischer Störung ist auch im Verlauf des Jahres 2021 um rund einen Prozentpunkt geringer als in den Vergleichsjahren. Die Diagnosehäufigkeit bei körperlichen Befunden hat sich hingegen wieder normalisiert.

Effekte auf die Nutzung der Pflegeleistungen

In Bezug auf COVID-19 waren die therapeutischen Möglichkeiten zunächst begrenzt, und eine Impfung war bis Ende 2020 noch nicht möglich, da noch keine Impfstoffe zugelassen waren. In Deutschland wie auch in den meisten anderen europäischen Ländern wurde mit Maßnahmen zur Kontaktreduktion reagiert, die als Lockdowns bezeichnet wurden – obwohl die deutschen Vorschriften weit hinter den „harten“ Lockdowns in Italien, Frankreich oder Spanien zurückgeblieben sind. Hygienevorschriften und Maskenpflicht wurden prägend für die nachfolgende Zeit. Anweisungen zur Kontaktreduktion, um Gesundheit und Leben zu schützen, waren aus der Situation heraus das Gebot der Stunde. Um eine Ausbreitung der Infektion zu begrenzen, haben Pflegeheime drastische Kontaktsperrungen für Besucher, Ehrenamtliche, aber teilweise auch ärztliches und therapeutisches Personal durchgesetzt.

All diese Maßnahmen und die Berichterstattung über die Gefährdung im Pflegeheim hatten Auswirkungen auf die Inanspruchnahmen der stationären Leistungen. Ein Rückgang der Nutzung der vollstationären Dauerpflege ist in der ersten COVID-19-Welle zu beobachten und ein deutlich größerer zum Ende der zweiten Welle. Der langfristige Trend der steigenden Zahl der Pflegebedürftigen mit teilstationärer Pflege setzte sich noch bis Februar 2020 fort. Mit der ersten COVID-19-Welle erfolgte allerdings ein deutlicher Einbruch, der bis zum Ende der dritten Welle, Mitte 2021, angehalten hat. Erst zum Ende 2021 wurde wieder das Niveau von Anfang 2020 erreicht. Bei der Kurzzeitpflege hat sich in der ersten Welle ein noch deutlich größerer Einbruch ergeben. Zum Ende der ersten Welle hat sich die Zahl der Nutzer innerhalb eines Monats von 68.000 auf 34.000 halbiert. Das Ausgangsniveau wurde trotz eines gewissen Anstiegs auch im Sommerplateau 2020 nicht wieder erreicht. Mit der zweiten Welle reduzierte sich die Inanspruchnahme erneut. Erst im Sommerplateau 2021 wurden wieder Nutzungsgrade wie im Jahr 2019 realisiert.

Einbrüche in der Nutzung stationärer Angebote in den ersten beiden Wellen, teilweise Normalisierung zum Ende 2021

Bedingt sind die rückläufigen Nutzerzahlen durch die erhöhten Sterberaten in den COVID-19-Wellen, vor allem aber durch Nutzung anderer Versorgungsarrangements. Wechselten im April der Jahre 2018 und 2019 weit über 25.000 von häuslicher Pflege zur vollstationären Dauerpflege, reduzierte sich die Zahl im April 2020 auf etwas über 20.000 und sank im Mai 2020 sogar auf rund 17.000. Erst nach der zweiten Welle und der Impfkampagne im Pflegeheim, die für dieses Setting weitere Sicherheit geschaffen hat, sind erhöhte Eintrittsraten zu beobachten, die die vorherigen Reduktionen ausgeglichen haben. Mit über 40.000 Eintritten ins Pflegeheim aus der häuslichen Pflege heraus wurden im August und September 2021 Spitzenwerte erreicht.

Handlungsempfehlungen

Trotz Normalisierungstendenzen bleibt die Gefahr bestehen.

In der Bevölkerung wird COVID-19 derzeit nicht mehr als so risikoreich wahrgenommen, und die Pflege scheint nicht mehr in so besonderem Maße betroffen zu sein wie in den ersten beiden Wellen. Dennoch zeigen sich immer noch erhöhte Infektions- und Mortalitätsraten bei den Pflegebedürftigen. Schutzmaßnahmen sollten daher nicht gänzlich abgebaut werden. Da nicht vorauszusehen ist, ob sich weitere Virusvarianten durchsetzen, die womöglich zu schweren Verläufen führen, sollten hierfür Eventualplanungen erarbeitet und entsprechende Vorbereitungen getroffen werden. Je nach Entwicklung der Varianten empfiehlt der Corona-ExpertInnenrat der Bundesregierung unterschiedliche Maßnahmen. Wird eine weniger krankmachende Variante als die Omikron-Variante dominant werden, sind keine Kontaktbeschränkungen notwendig. Sollte die Krankheitslast durch SARS-CoV-2 ähnlich sein wie bei den Omikron-Varianten des Sommers 2022, dann wäre wieder eine erhöhte Zahl an Arbeitsausfällen zu erwarten. Dies hätte entsprechende Auswirkungen auf die Versorgung im Pflegeheim. Um dem entgegenzuwirken, müssten wieder Maskenpflicht und Abstandsgebote in Innenräumen eingeführt werden. Sollte sich eine neue Variante mit erhöhter Krankheitsschwere und erhöhter Übertragbarkeit entwickeln, müssten Kontaktbeschränkungen für gefährdete Gruppen wie Pflegebedürftige wieder in Betracht gezogen werden. Der Deutsche Pflegerat warnt aber vor den Nebenwirkungen einer Isolation. Einrichtungen sollten durchgehend für Besuche geöffnet bleiben. Risikopersonen und ihre Angehörigen sollten Informationsmöglichkeiten erhalten, damit sie zwischen dem Risiko vor Ansteckung und benötigter Pflege beziehungsweise Teilhabe abwägen können.

Einleitung

Pflegesicherungssysteme sind der jüngste Zweig des Wohlfahrtsstaats. Wie Gesundheitssysteme müssen sie drei Funktionen erfüllen: Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung. Bei der Finanzierungsfunktion geht es darum, die finanziellen Ressourcen bereitzustellen, die das System benötigt, um Langzeitpflege zu finanzieren. In Deutschland sind diesbezüglich die Pflegeversicherung, die Sozialhilfe und die privat aufgebrachten Eigenmittel als wichtigste Finanzierungsquellen zu benennen. Während die Leistungserbringung im Gesundheitssystem praktisch ausschließlich durch Gesundheitseinrichtungen und entsprechend ausgebildetes Gesundheitspersonal erfolgt, sind in der Langzeitpflege neben den formellen Anbietern von Pflegeleistungen auch die informellen Strukturen zu betrachten. Die Regulierung 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 die bislang erkennbaren Wirkungen des GVWG vom Juli letzten Jahres, den Stand der Umsetzung des Koalitionsvertrags, die sich aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Berücksichtigung der Kinderzahl im Beitragsrecht der Pflegeversicherung ergebenden Konsequenzen, die Finanzierung der pandemiebedingten Zusatzausgaben sowie die Effekte der einrichtungsbezogenen Impfpflicht.

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 „Stationäre Versorgung und COVID-19“

In Kapitel 3 wird dann der Rahmen der Routineberichterstattung verlassen und ein Schwerpunktthema behandelt: Stationäre Versorgung und COVID-19. Dieses Thema ist in zwei Kapitel aufgeteilt. In Kapitel 3.1 werden die letzten Entwicklungen im stationären Versorgungsangebot differenzierter erfasst als üblich, da es deutlich unterschiedliche Entwicklungen im vollstationären und teilstationären Bereich gibt. Dazu wurde insbesondere die Pflegestatistik intensiver ausgewertet. Kapitel 3.2 widmet sich hingegen den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die stationäre Versorgung. In den Fokus kommen die Betroffenheit der Pflegekräfte in Form von Erkrankungen und Fehlzeiten am Arbeitsplatz, die Betroffenheit von Pflegebedürftigen in Form von Erkrankungen und Sterberaten sowie die Auswirkungen auf die Nutzung der stationären Versorgungsangebote.



www.bifg.de/Y925Xu/

Umfangreichere Ergebnisse als im vorliegenden Report sind in Form von interaktiven Grafiken auf der Internetseite des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg) zugänglich. Im Report erfolgt jeweils ein Verweis auf die weiterführenden interaktiven Webgrafiken, um eigenständige, weitergehende Betrachtungen zu ermöglichen. An den entsprechenden Stellen sind ein QR-Code und eine Kurz-URL platziert.

Kapitel 1

Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2021/2022

1 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2021/2022

Kurz vor der Bundestagswahl wurden im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 (BGBl. I, S. 2754) Maßnahmen ergriffen, um den fortwährend steigenden Eigenanteilen im Pflegeheim entgegenzuwirken. Auch wenn der Titel des neuen § 43c SGB XI hier von einer „Begrenzung des Eigenanteils“ spricht, wurde bereits im letztjährigen Pflegereport aufgezeigt, dass dieser Anspruch nicht eingelöst werden kann und dass die eingeführten Maßnahmen als unzureichend kritisiert werden müssen, da sie nur zu einer kurzfristigen Entlastung führen und die Eigenanteile nicht nachhaltig begrenzen. Inzwischen liegen erste Beobachtungsdaten vor, die diese Vorausberechnungen bestätigen (Kapitel 1.1). Dies ist umso bedeutsamer, als im Koalitionsvertrag vereinbart wurde, die Entwicklung der Eigenanteile und der Entlastungen durch die Leistungszuschläge des § 43c SGB XI zu beobachten, um daraus entsprechende weitergehende Reformnotwendigkeiten abzuleiten. Inwieweit die im Koalitionsvertrag gesetzten Impulse zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung bislang umgesetzt wurden, wird in Kapitel 1.2 diskutiert. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 zur Berücksichtigung der Kinderzahl im Beitragsrecht der Pflegeversicherung gibt dem Gesetzgeber einen weiteren Gestaltungsauftrag, der bis zum 31. Juli 2023 umgesetzt werden muss (Kapitel 1.3). Wiederum war die Pflegepolitik des letzten Jahres stark durch die COVID-19-Pandemie geprägt. Dies zeigt sich in den zusätzlichen Ausgaben der Pflegeversicherung für den „Corona-Schutzschirm“ und die einrichtungsbezogene Impfpflicht, die in den Kapitel 1.4 beziehungsweise 1.5 thematisiert werden.

1.1 Wirkungen des GVWG

Bereits im letztjährigen Pflegereport wurde eine prospektive Wirkungsanalyse des GVWG vorgelegt. Dabei wurde vorausberechnet, dass die Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI zwar zu einer vorübergehenden Reduktion der durchschnittlichen Eigenanteile führen würden. Diesen wirken aber der Tariftreuegrundsatz (ab September 2022) und die Personalmehrung zur Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens (ab Juli 2023) entgegen,

darunter die zusätzliche Finanzierung der bis zu 13.000 zusätzlichen Fachkraftstellen nach dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) sowie die bis zu 20.000 zusätzlichen Pflegehilfskraftstellen nach dem Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung (GPVG) über die Pflegesätze (unmittelbar zum Juli 2023). Dadurch wird die vorübergehende Reduktion der durchschnittlichen Eigenanteile bereits ab Mitte der Legislaturperiode kompensiert, so dass auch die Sozialhilfequoten dann schnell wieder die Werte vor Einführung der Leistungszuschläge erreichen.

Inzwischen liegen erste Ist-Werte vor, die die Ergebnisse der Modellrechnungen bestätigen. Wie Tabelle 1.1 zeigt, liegt die tatsächliche Summe der durchschnittlichen pflegebedingten Eigenanteile und der in Rechnung gestellten Ausbildungskosten zum 1. Januar 2022 um 69 Euro und zum 1. Juli 2022 um 49 Euro über den Werten der Projektion.

Tabelle 1.1: Vorausberechnung der pflegebedingten Aufwände (EEE + AK) und tatsächliche Werte in Euro pro Monat

	1. Quartal 2021	3. Quartal 2021	1. Quartal 2022	3. Quartal 2022	1. Quartal 2023	3. Quartal 2023	1. Quartal 2024	3. Quartal 2024
Projektion			590	644	739	894	930	958
Ist-Werte	900	944	659	693				
Differenz			69	49				

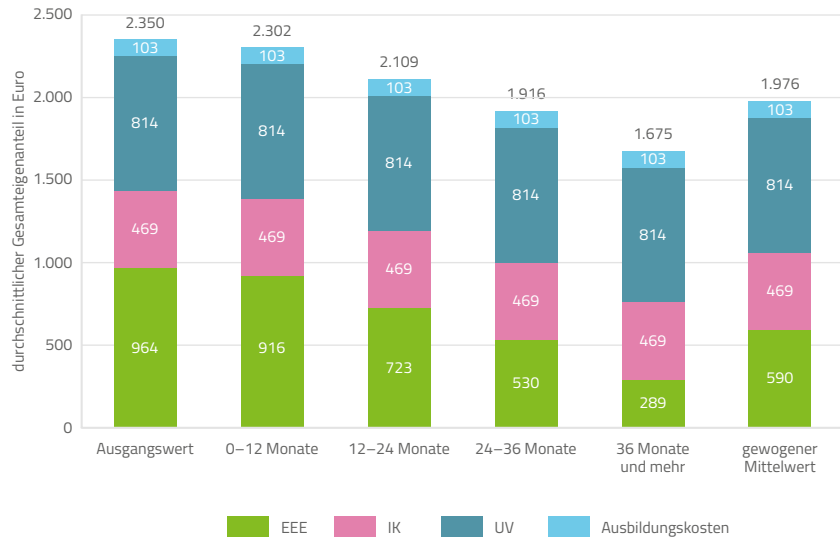
Anmerkung: einrichtungseinheitliche Eigenanteile (EEE), Ausbildungskosten beziehungsweise Ausbildungsumlage (AK). Die Ausbildungskosten werden vom vdek für 2021 in zwischen mit 69 und 71 Euro angegeben, während sie im letztjährigen Pflegereport mit 62 Euro angesetzt wurden. Diese minimale Differenz wurde angepasst. Für 2022 werden Kosten der Ausbildungsumlage von 101 Euro (erstes Quartal) und 103 (drittes Quartal) berücksichtigt. Diese Werte stammen vom vdek, sind in seinen als Quellen zitierten Veröffentlichungen aber nicht enthalten.

Quelle: Rothgang & Müller (2021, S. 42); vdek (2022a, 2022b)

Zu beachten ist, dass die Eigenanteile seit dem 1. Januar 2022 von der Dauer abhängen, die Pflegebedürftige jeweils bereits in vollstationärer Pflege verbracht haben. Die ausgewiesenen Werte ab dem 1. Quartal 2022 sind daher gewogene Mittelwerte, wobei der

Anteil der Pflegebedürftigen im Heim, die weniger als ein Jahr, ein bis zwei Jahre, zwei bis drei Jahre sowie drei Jahre und mehr Leistungen der vollstationären Pflege in Anspruch genommen haben, als Gewichte fungieren. Werden diese Personengruppen unterschieden, zeigen sich die in Abbildung 1.1 angegebenen Werte. Demnach belaufen sich die bundesdurchschnittlichen Eigenanteile für Personen mit weniger als zweijährigem Bezug vollstationärer Pflege auf mehr als 2.100 Euro, und die durchschnittliche Summe aus EEE und Ausbildungskosten liegt für die Personen mit bis zu einjährigem Heimaufenthalt mit 1.019 Euro bereits wieder höher als vor Einführung der Zuschläge.

Abbildung 1.1: Durchschnittliche Gesamteigenanteile in vollstationärer Pflege nach Dauer der Inanspruchnahme vollstationärer Leistungen, Stand: 1. Juli 2022



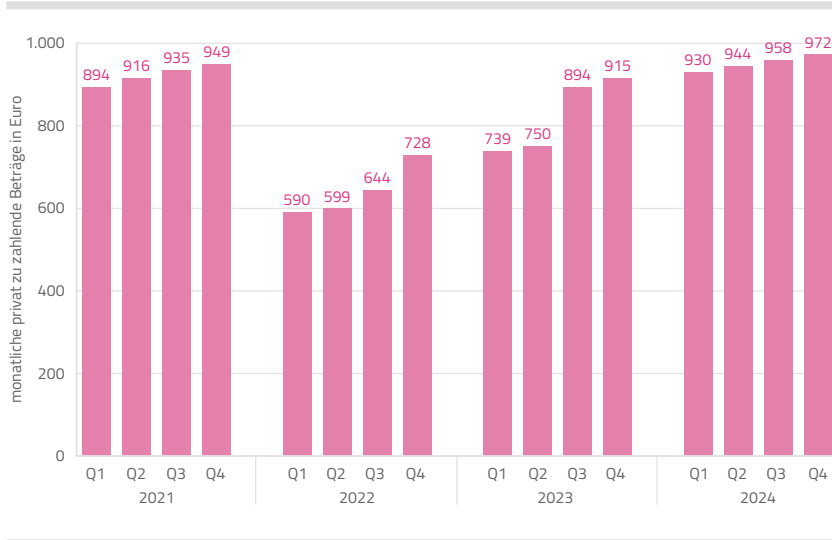
Anmerkung: einrichtungseinheitliche Eigenanteile (EEE), Investitionskosten (IK), Unterkunft und Verpflegung (UV)

Quelle: vdek (2022a); Ausbildungskosten siehe Anmerkung zu Tabelle 1.1; eigene Berechnungen

Entscheidend ist allerdings, dass die genannten durch das GVVG induzierten Zusatzausgaben gemeinsam mit den regulären Preissteigerungen dafür sorgen werden, dass die durchschnittlichen pflegebedingten Eigenanteile bereits 2024 wieder die Werte vor

Inkrafttreten der Zuschläge nach § 43c SGB XI überschreiten werden. Hierzu sei noch einmal auf die Projektion verwiesen, die bereits im letztjährigen Pflegereport enthalten war (Abbildung 1.2).

Abbildung 1.2: Privat zu zahlende Beträge für pflegebedingte Aufwände (EEE plus AK)



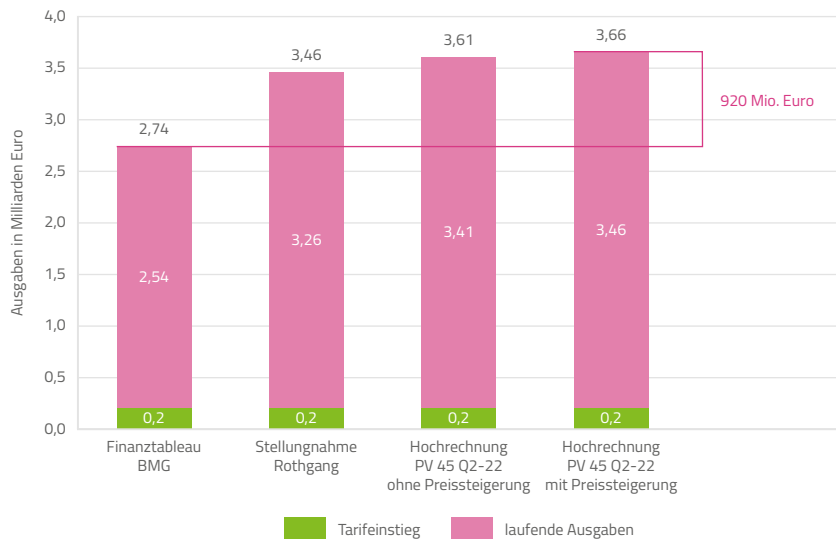
Quelle: Rothgang & Müller (2021, S. 42)

Allerdings führen die im letzten Jahr noch nicht absehbaren Preissteigerungen, insbesondere bei den Energiepreisen, zu weiteren Entgeltsteigerungen, insbesondere, aber nicht ausschließlich im Bereich Unterkunft und Verpflegung. Hieraus ergibt sich eine zusätzliche Notwendigkeit, die Eigenanteile zu begrenzen – wie es auch im Koalitionsvertrag vorgesehen ist (Kapitel 1.2).

Wenn das GVWG sein Ziel, die pflegebedingten Eigenanteile nachhaltig zu begrenzen, schon konzeptionell nicht erreichen kann, so ist es zudem unterfinanziert. Das lässt sich gut an den Ausgaben für die Zuschläge nach § 43c SGB XI zeigen. Gemäß dem vom Bundesgesundheitsministerium entwickelten, aber nie offiziell vorgelegten Finanztableau waren für 2022 Ausgaben für diese Zuschläge in Höhe von 2,74 Milliarden Euro vorgese-

hen (Finanztableau enthalten in der Anlage zu Rothgang, 2021). Bereits in einer eigenen Stellungnahme zu den Änderungsanträgen zum GVWG wurde dieser Wert als zu gering eingeschätzt. Eine Hochrechnung der Quartalsergebnisse aus den ersten beiden Quartalen 2022 unter Berücksichtigung der zu erwartenden unterjährig Pflegesatzsteigerungen zeigt, dass der tatsächliche Wert um rund 920 Millionen Euro höher liegen dürfte als der vom BMG seinerzeit angesetzte (Abbildung 1.3).

Abbildung 1.3: Ausgaben für die Zuschläge nach § 43c SGB XI für 2022

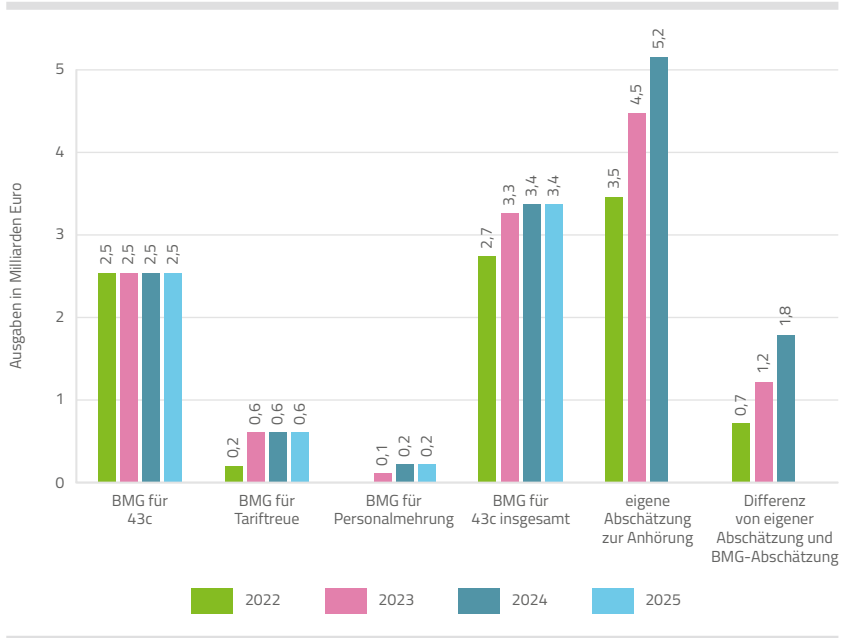


Quelle: Rothgang (2021); eigene Berechnungen beruhend auf der PV-45-Statistik für die ersten beiden Quartale 2022.

Mittelfristig dürfte sich diese Finanzlücke sogar vergrößern. Abbildung 1.4 enthält wiederum die Angaben des BMG aus dem Gesetzgebungsverfahren und kontrastiert diese mit eigenen Berechnungen, wie sie in der Stellungnahme zur Ausschussanhörung dargelegt wurden. Demnach wächst das Defizit sogar auf 1,8 Milliarden Euro im Jahr 2024. Ursächlich hierfür ist, dass in den BMG-Berechnungen zwar die Mehrausgaben für die

Zuschläge eingestellt sind, die sich aufgrund der Anwendung des Tarifreuegrundsatzes und der zweiten Umsetzungsstufe des Personalbemessungsverfahrens ergeben, nicht aber die Mehrausgaben aufgrund der Pflegesatzsteigerung durch auch ansonsten anfallende Pflegesatzsteigerungen (beispielsweise durch regelmäßige Anstiege der Tariflöhne) und die ab 2023 eintretende Pflegesatzrelevanz bisher extern finanzierter Pflegekräfte (siehe oben).

Abbildung 1.4: Ausgaben für die Zuschläge nach § 43c SGB XI für die Jahre 2022–2025



Quelle: Rothgang (2021); eigene Berechnungen

Insgesamt sind die Zuschläge zu den Eigenanteilen gemäß § 43c SGB XI daher einerseits ungeeignet, die pflegebedingten Eigenanteile (und erst recht die Gesamteigenanteile) zu begrenzen, sind andererseits aber unterfinanziert und tragen so zum Defizit der Pflegeversicherung bei.

1.2 Der Koalitionsvertrag 2021 und seine bisherige Umsetzung

Im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung kommt der Pflege eine prominente Rolle zu. Sichtbar wird dies schon daran, dass der entsprechende Teil mit „Pflege und Gesundheit“ überschrieben wird, die Pflege damit – erstmalig – vor der Gesundheit rangiert. Versprochen wird im Koalitionsvertrag im Pflegebereich insbesondere,

- die Eigenanteile in der stationären Langzeitpflege zu begrenzen, planbar zu machen und zu prüfen, wie sie weiter abgesenkt werden können,
- die Ausbildungskostenumlage aus den Eigenanteilen herauszunehmen,
- versicherungsfremde Leistungen wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige und die pandemiebedingten Zusatzkosten aus Steuermitteln zu finanzieren,
- das Pflegegeld ab 2022 regelhaft zu dynamisieren,
- eine Lohnersatzleistung im Falle pflegebedingter Auszeiten einzuführen,
- mittels einer Expertenkommission bis 2023 konkrete Vorschläge zu erarbeiten, die soziale Pflegeversicherung um eine freiwillige, paritätisch finanzierte Vollversicherung zu ergänzen,
- den Ausbau des Personalbemessungsverfahrens in der stationären Langzeitpflege zu beschleunigen,
- die Gehaltslücke zwischen Kranken- und Altenpflege zu schließen und
- die entsprechenden Ausbildungen durch bundeseinheitliche Berufsgesetze für Pflegeassistenten zu harmonisieren.

Von diesen Vorhaben, die durchgängig sinnvoll und notwendig sind, wurde bislang noch keines umgesetzt, bei den meisten sind nicht einmal Vorarbeiten zu erkennen:

Wie in Kapitel 1.1 dargelegt wurde, sind die im GVG eingeführten Zuschläge zu den Eigenanteilen nach § 43c SGB XI dem Grunde nach ungeeignet, die Eigenanteile zu begrenzen und planbar zu machen. Bereits in der Mitte dieser Legislaturperiode werden die durchschnittlichen Eigenanteile – auch unter Berücksichtigung der Zuschläge – daher neue Rekordhöhen erreichen. Bislang hat die Bundesregierung aber – entgegen den Ankündigungen im Koalitionsvertrag – noch keine Vorschläge vorgelegt, dem abzuwehren.

Auch die Herauslösung der Ausbildungsumlage aus den Eigenanteilen wurde noch nicht in Angriff genommen.

Die bislang gewährten Bundeszuschüsse sind nicht einmal ansatzweise ausreichend, um die pandemiebedingten Zusatzkosten aus Steuermitteln zu finanzieren (siehe Kapitel 1.4) – von einer Steuerfinanzierung der im Koalitionsvertrag benannten weiteren versicherungsfremden Leistungen ist gar nicht mehr die Rede.

Auf die Einführung einer Lohnersatzleistung bei Übernahme familialer Pflege wurde bislang ebenso verzichtet wie auf die – regelhafte – Dynamisierung des Pflegegeldes, die für 2022 angekündigt war, in diesem Jahr aber nicht mehr realisiert wird.

Die Einrichtung einer Expertenkommission kann ein Instrument sein, um Zeit für die Erarbeitung solider Vorschläge zu gewinnen. Tatsächlich ist es aber bislang nicht einmal zur Einrichtung einer solchen Expertenkommission gekommen. Soll die Kommission tatsächlich inhaltlich arbeiten, ist damit auch die Vorlage von entsprechenden Ergebnissen im Jahr 2023 hinfällig geworden. Damit besteht aber die Gefahr, dass etwaige Vorschläge erst so spät vorgelegt werden, dass eine Umsetzung in dieser Legislaturperiode nicht mehr möglich ist.

Die Beschleunigung der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens in der stationären Langzeitpflege hätte vorausgesetzt, dass das in § 8 Abs. 3b SGB XI vorgesehene Modellprogramm zügig umgesetzt wird. Tatsächlich wurden die entsprechenden Ausschreibungen vom GKV-Spitzenverband aber erst im Dezember 2021 veröffentlicht, und eine Zuschlagerteilung ist bis Ende September 2022 noch nicht erfolgt. Damit können die Modellprojekte ihre Arbeit zur Organisationsentwicklung in den Einrichtungen frühestens im Frühling 2023 aufnehmen, so dass eine Handreichung für die zweite Umsetzungsstufe des Personalbemessungsverfahrens, die im GVWG auf Juli 2023 terminiert wurde, nicht mehr zeitgerecht erstellt werden kann. Die Verzögerungen können weiterhin dazu führen, dass die notwendigen Daten zur Quantifizierung der dritten Umsetzungsstufe nicht mehr rechtzeitig vorgelegt werden, um den im GVWG enthaltenen Zeitplan aufrechtzuerhalten. Anstelle einer Beschleunigung ist es somit zu einer Verzögerung bei der Implementierung des Personalbemessungsverfahrens gekommen.

Seit dem 1. September 2022 greift der im GVWG normierte Tariftreuegrundsatz. Damit werden die Durchschnittsgehälter in der Langzeitpflege steigen. Insofern geschieht an dieser Stelle etwas – auch wenn das grundsätzlich schon in der letzten Legislaturperiode beschlossen wurde, im Pflegebonusgesetz, das zum 30. Juni in Kraft getreten ist, dann aber überarbeitet und praxistauglicher gemacht wurde. Allerdings handelt es sich hierbei nicht primär um eine gezielte Angleichung der Bezahlung in Alten- und Krankenpflege, sondern um eine Angleichung der Gehälter innerhalb der Langzeitpflege nach oben. Damit sind an dieser Stelle Ergebnisse erzielt worden.

Die Harmonisierung der Ausbildungen durch ein bundeseinheitliches Berufsgesetz für Pflegeassistenten ist vor dem Hintergrund des deutschen Föderalismus eine große Herausforderung. Hierzu muss eine Vielzahl von Gesprächen mit allen Beteiligten geführt werden, bevor gesetzgeberische Maßnahmen ergriffen werden können. Tatsächlich hat die Länderarbeitsgruppe bereits Anfang 2022 erste Ergebnisse an das zuständige Familienministerium weitergeleitet, allerdings gehen die darauf aufbauenden Überlegungen der Länder derzeit in verschiedene Richtungen, so dass Harmonisierungstendenzen nicht erkennbar sind. Dass an dieser Stelle noch keine sichtbaren Erfolge vorliegen, ist daher am wenigsten überraschend.

Insgesamt verdichtet sich aber das Bild, dass die Bundesregierung in der Langzeitpflege in dieser Legislaturperiode bislang noch nicht aktiv geworden ist und praktisch alle Vorhaben des Koalitionsvertrags noch auf ihre Umsetzung warten. Diese Untätigkeit ist sicherlich in Teilen darin begründet, dass die anhaltende COVID-19-Pandemie und der russische Angriffskrieg in der Ukraine nicht nur Aufmerksamkeit von anderen Politikbereichen abgezogen, sondern auch die finanziellen Spielräume weiter eingeeengt haben. Allerdings handelt es sich bei den im Koalitionsvertrag genannten Vorhaben um dringende Weiterentwicklungsbedarfe, so dass es unangemessen ist, dieses Politikfeld in einem derartigen Ausmaß unbearbeitet zu lassen. Es ist daher zu hoffen, dass zumindest im nächsten Jahr begonnen wird, die eigene Reformagenda im Pflegebereich abzuarbeiten.

1.3 Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Berücksichtigung der Kinderzahl im Beitragsrecht der Pflegeversicherung

In seinem Urteil vom 3. April 2001 (BvR 1629/94) hat das Bundesverfassungsgericht die seinerzeit geltenden Beitragsregelungen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) für verfassungswidrig erklärt und es dem Gesetzgeber auferlegt, bis 2004 die Kindererziehungsleistungen im Beitragsrecht der Pflegeversicherung zu berücksichtigen (für Details siehe Rothgang, 2001). Zur Begründung hat das Gericht seinerzeit ausgeführt, dass Familien zukünftige Beitragszahler in der SPV erziehen und damit einen generativen Realbeitrag zur Sicherung dieses Systems leisten, der im Beitragsrecht ausgeglichen werden müsse. Hieraus folgt, dass die Kinderzahl berücksichtigt werden muss, da der generative Beitrag linear mit der Kinderzahl steigt. Im Kinder-Berücksichtigungsgesetz (KiBG) vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I, S. 3448) hat der Gesetzgeber das Verfassungsurteil aber derart umgesetzt, dass Kinderlose einen Zusatzbeitragssatz von 0,25 Beitragssatzpunkten zahlen müssen. Mit dem GVVG wurde dieser Zusatzbeitrag auf 0,35 Beitragssatzpunkte erhöht, was einer (noch unterproportionalen) Anpassung an die seit dem KiBG erfolgten Anhebungen des allgemeinen Beitragssatzes entspricht – allerdings ohne dabei eine strukturelle Anpassung des Gesetzes vorzunehmen (Rothgang, 2021). Damit hat das KiBG die Intention des Bundesverfassungsgerichts erkennbar verfehlt (Rothgang, 2004). Es kann daher nicht überraschen, dass das Bundesverfassungsgericht in einem neuen Urteil vom 7. April 2022 (Vorlageverfahren 1 BvL 3/18 sowie Verfassungsbeschwerde 1 BvR 717/16) die geltende gesetzliche Regelung für verfassungswidrig erklärt und den Gesetzgeber dazu verpflichtet hat, spätestens bis zum 31. Juli 2023 eine Neuregelung vorzunehmen, die eine Beitragssatzdifferenzierung nicht nur nach der Elterneigenschaft, sondern zusätzlich auch nach der Kinderzahl vorsieht.

In diesem neuen Urteil verweist das Gericht zwar wiederum darauf, „dass beitragspflichtige Eltern durch ihre Erziehungsleistung in dem als Umlageverfahren organisierten und der Absicherung eines Altersrisikos dienenden System der sozialen Pflegeversicherung neben ihrem die gegenwärtige Funktionsfähigkeit des Umlageverfahrens sichernden monetären Beitrag – anders als Kinderlose – auch einen ‚generativen Beitrag‘ (vgl. BVerfGE 103, 242 <266>) zur Sicherung des Vorhandenseins künftiger Beitragszahler und damit des künftigen Bestands des Umlageverfahrens leiste[n]“ (Randnummer (Rn.) 245). Bei der Abschätzung der Ungleichbehandlungen wird aber nicht auf die Quantifizierung dieses externen

Nutzens, sondern auf die „Kostenlast der Kindererziehung“ (Rn. 246) abgestellt. Hier führt das Gericht aus, dass der wirtschaftliche Kindererziehungsaufwand mit der Zahl der Kinder steigt, „jedoch nicht proportional zur Kinderzahl“ (Rn. 264). Die daraus folgende Benachteiligung der Familien im derzeit geltenden Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung trete – so das Bundesverfassungsgericht – „bereits ab einschließlich dem zweiten Kind ein“ (Rn. 271). Die Annahme des Vorlagegerichts, die Beitragssatzdifferenz von 0,35 Beitragssatzpunkten beziehe sich implizit auf eine Familie mit zwei Kindern, wird vom Verfassungsgericht explizit zurückgewiesen. Daraus folgt unmittelbar, dass alle Familien mit zwei und mehr Kindern im Vergleich zu Kinderlosen, aber auch zu Eltern von einem Kind entlastet werden müssen, wobei die Entlastung mit der Kinderzahl zuzunehmen hat.

Wird der Überlegung des Gerichts zum unterproportionalen Anstieg des wirtschaftlichen Kindererziehungsaufwands mit der Kinderzahl gefolgt, kann der Gesetzgeber – bei unverändertem Beitragssatz für Kinderlose und Familien mit einem Kind – eine degressive Abstufung des Beitragssatzes vorsehen. Dabei ist – je nach Ausgestaltung – von einem Einnahmeverlust von rund zwei Milliarden Euro auszugehen (Rothgang et al., 2022). Allerdings ist auch eine Erhöhung der Beiträge für Kinderlose und Eltern mit weniger Kindern möglich, was dann als differenzielle Absenkung des Beitragssatzes für Eltern bei einer gleichzeitigen allgemeinen Beitragssatzerhöhung angesehen werden kann. Allerdings unterscheidet sich das aktuelle Urteil von dem des Jahres 2001 darin, dass ein Ausgleich (nur) im Beitragsrecht nunmehr nicht mehr gefordert wird: „Der Gesetzgeber kann sich auch zu einer Steuerfinanzierung entschließen. Die Verfassung enthält keine Bestimmung, wonach es geboten oder verboten wäre, die gesetzliche Sozialversicherung teilweise aus Steuermitteln zu finanzieren“ (Rn. 289). Insofern das Verfassungsgericht die Notwendigkeit einer Entlastung von Familien mit mehreren Kindern nunmehr mit der „Kostenlast“ der Kindererziehung begründet (siehe oben), verweist es selbst auf den Familienlastenausgleich. Dieser ist aber als allgemeine Staatsaufgabe ordnungspolitisch grundsätzlich aus Steuermitteln zu finanzieren. Damit gibt das Urteil deutliche Hinweise darauf, dass eine Entlastung der Familien mit mehr als einem Kind steuerfinanziert werden könnte. Für die bis Mitte nächsten Jahres zu erfolgende Neuregelung bietet es sich daher an, die Minder-einnahmen der Pflegeversicherung durch einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss auszugleichen, um so diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Entlastung der Familien mit mehreren Kindern in der Pflegeversicherung sachgerecht zu finanzieren.

1.4 Zusatzausgaben der Pflegeversicherung zur Unterstützung der Pflegeeinrichtungen im Zuge der COVID-19-Pandemie

Die COVID-19-Pandemie hat bei den Pflegeeinrichtungen zu Mehrausgaben und Mindereinnahmen geführt, zu deren Finanzierung der Gesetzgeber einen „Schutzschirm“ eingeführt hat: „Den zugelassenen Pflegeeinrichtungen werden die ihnen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden, außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, erstattet“ (§ 150 Abs. 2 SGB XI). Entsprechende Unterstützung erhalten gemäß § 150 Abs. 5a SGB XI auch Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI. Tabelle 1.2 enthält die Mehraufwände und Mindereinnahmen, die die Anbieter gegenüber den Pflegekassen geltend gemacht haben. Von 2020 bis ins 1. Quartal 2022 beläuft sich die Gesamtsumme der Anträge auf insgesamt knapp 6 Milliarden Euro, davon allein mehr als 3,5 Milliarden Euro im stationären Bereich.

Tabelle 1.2: Anträge auf Erstattung der Mehraufwände und Mindereinnahmen nach § 150 Abs. 2 SGB XI und § 150 Abs. 5a SGB XI von Pflegeeinrichtungen und Anbietern von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI) – Ausgaben aller Pflegekassen (bundesweit) in Millionen Euro

		ambulante Pflegeein- richtungen	stationäre Pflegeein- richtungen	teilstationäre Pflegeeinrich- tungen	Hospiz	Anbieter nach § 45a SGB XI	insge- samt
2020	Mindereinnahmen	283	453	462	11	14	1.224
	Mehraufwendungen	203	631	20	3	3	860
	insgesamt	486	1.084	482	14	16	2.083
2021	Mindereinnahmen	362	1.130	450	22	21	1.986
	Mehraufwendungen	266	894	30	4	6	1.200
	insgesamt	629	2.024	480	27	27	3.186
I. Quartal 2022	Mindereinnahmen	99	254	89	6	5	453
	Mehraufwendungen	56	192	5	1	1	256
	insgesamt	156	446	94	7	6	709
2020 – I. Quartal 2022	Mindereinnahmen	745	1.838	1.001	39	40	3.663
	Mehraufwendungen	526	1.716	55	8	9	2.316
	insgesamt	1.271	3.554	1.057	48	49	5.978

Quelle: Finanzstatistik der Pflegekassen PV 45

Zudem sind den Kassen weitere Ausgaben durch die in der Coronavirus-Testverordnung vorgeschriebenen Antigen-Tests entstanden (Tabelle 1.3). Da die Antigen-Tests erst im Herbst 2020 zugelassen wurden und in größerem Umfang zur Verfügung standen, sind die Ausgaben 2021 und im 1. Quartal 2022 entsprechend höher. Insgesamt beläuft sich das Antragsvolumen bis einschließlich des 1. Quartals 2022 aber insgesamt schon auf knapp 2,4 Milliarden Euro.

Tabelle 1.3: Anträge auf Erstattung der Aufwände für PoC-Antigen-Tests (§ 7 Abs. 2 Coronavirus-Testverordnung) von Pflegeeinrichtungen und Anbietern von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI) – Ausgaben aller Pflegekassen (bundesweit) in Euro

	2020	2021	I. Quartal 2022	Summe 2020 bis I. Quartal 2022
ambulante Pflegeeinrichtungen	16.352.000	375.970.214	140.912.306	533.234.520
stationäre Pflegeeinrichtungen (inkl. Kurzzeitpflegeeinrichtungen)	42.996.000	1.243.700.984	419.219.372	1.705.916.357
teilstationäre Pflegeeinrichtungen	2.887.000	71.588.905	28.789.399	103.265.304
Hospiz	109.000	6.807.835	2.041.998	8.958.833
Anbieter nach § 45a SGB XI	73.000	11.117.926	5.057.307	16.248.233
insgesamt	62.417.000	1.709.185.864	596.020.383	2.367.623.247

Quelle: Finanzstatistik der Pflegekassen PV 45

Tabelle 1.4: Anträge auf Zahlung der Corona-Pflegeprämie für Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen – Ausgaben aller Pflegekassen (bundesweit) in Euro

	2020	2021	I. Quartal 2022	Summe 2020 bis I. Quartal 2022
	Prämie	Prämie	Prämie	
ambulante Pflegeeinrichtungen	311.430.000	-117.264	-147.247	311.165.489
stationäre Pflegeeinrichtungen (Tagespflege, Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflegeeinrichtungen)	527.145.000	-8.102.093	-435.489	518.607.418
andere Arbeitgeber in ambulanten Pflegeeinrichtungen	3.929.000	-1.704.594	-31.837	2.192.568
andere Arbeitgeber in stationären Pflegeeinrichtungen	26.370.000	-3.492.576	-7.584	22.869.840
insgesamt	868.874.000	-13.416.527	-622.158	854.835.315

Quelle: Finanzstatistik der Pflegekassen PV 45

Schließlich sind den Pflegekassen Ausgaben für die Corona-Pflegeprämie für Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen gemäß § 150a Abs. 7 SGB XI entstanden. Wie Tabelle 1.4 zeigt, wurden hierfür insgesamt gut 850 Millionen Euro beantragt.

Werden die Ausgaben für Rettungsschirm, Antigen-Tests und Corona-Pflegeprämie für den Zeitraum von 2020 bis zum ersten Quartal 2022 addiert, ergibt sich ein Betrag von 9,2 Milliarden Euro. Dem steht ein Bundeszuschuss zur Bewältigung der Pandemiefolgen in Höhe von 1,8 Milliarden Euro im Jahr 2020 und von 1,0 Milliarden im Jahr 2021 (Finanzstatistik der Pflegekassen PV 45) gegenüber. Für 2022 wird seitens der Bundesregierung zudem ein rückzahlbares Darlehen gewährt. Werden diese Steuermittel von den genannten pandemiebedingten Zusatzausgaben abgezogen, verbleibt ein Betrag von 6,4 Milliarden Euro. In dieser Höhe sind der sozialen Pflegeversicherung somit bis zum 1. Quartal 2022 pandemiebedingte Mehrausgaben entstanden, die nicht durch Bundesmittel ausgeglichen wurden – obwohl im Koalitionsvertrag zugesagt wurde, „die pandemiebedingten Zusatzkosten aus Steuermitteln (zu) finanzieren“ (SPD et al., 2021, S. 80). Im April 2022 wurde zwar ein weiterer Bundeszuschuss von 1,2 Milliarden Euro gewährt. Dieser gleicht aber den bis dahin entstandenen Fehlbetrag bei Weitem nicht aus. Hier zeigt sich erneut eine ordnungspolitisch problematische Finanzierung einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, nämlich der Bewältigung der Pandemiefolgen, durch Beitragsmittel – und zwar entgegen anderslautenden Ankündigungen der Regierung. Allein die – zugesagte – Steuerfinanzierung dieser Ausgaben würde die Pflegeversicherung in erheblichem Umfang entlasten.

1.5 Einrichtungsbezogene Impfpflicht

Am 12. Dezember 2021 ist das Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162) in Kraft getreten. Im Vorgriff auf eine allgemeine Impfpflicht wurde darin eine einrichtungsbezogene Impfpflicht vorgeschrieben, die sich auf ambulante, teilstationäre und vollstationäre Pflegeeinrichtungen bezieht: Alle Personen, die in den betroffenen Einrichtungen und Unternehmen tätig sind, mussten bis zum Ablauf des 15. März 2022 der Leitung den erforderlichen Impfnachweis vorlegen.

Sofern entsprechende Impfnachweise nicht vorgelegt werden, kann das zuständige Gesundheitsamt Bußgelder verhängen und als Ultima Ratio den betreffenden Personen untersagen, die Einrichtungsräume zu betreten und dort tätig zu sein. Die einrichtungsbezogene Impfpflicht wurde damit begründet, dass in den betroffenen Einrichtungen vulnerable Gruppen versorgt werden, die in besonderem Maße des Schutzes vor einer Infektion bedürfen. Gleichzeitig wurde davon ausgegangen, dass es sich hierbei um einen ersten Schritt auf dem Weg zu einer allgemeinen Impfpflicht handele, die am Ende des Jahres 2021 von den Regierungsparteien ebenso wie von der CDU/CSU gefordert wurde.

Allerdings haben die entsprechenden Anträge im Bundestag keine Mehrheit gefunden, so dass keine allgemeine Impfpflicht eingeführt wurde. Dies hat dazu geführt, dass die von der einrichtungsbezogenen Impfpflicht betroffenen Beschäftigten zum Teil den Eindruck hatten, ein Sonderopfer erbringen zu müssen und unberechtigterweise als Pandemietreiber dargestellt zu werden, was der Akzeptanz der Impfpflicht nicht zuträglich war. So hat der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) schon im Dezember 2021 in seiner Stellungnahme zwar eine allgemeine Impfpflicht begrüßt, eine Impfpflicht nur für beruflich Pflegende aber strikt abgelehnt (DBfK, 2021). Entsprechend hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft in Reaktion auf das Scheitern der allgemeinen Impfpflicht im April 2022 gefordert, „dass die einrichtungsbezogene Impfpflicht umgehend auf den Prüfstand gehört“ (DKG, 2022).

Frühzeitig haben dann auch verantwortliche Politiker in einzelnen Bundesländern deutlich gemacht, dass sie verhindern wollen, dass Betretungsverbote ausgesprochen werden. In seinem Konzept für die einrichtungsbezogene Impfpflicht hat sich Bayerns Gesundheitsminister Klaus Holetschek für eine „pragmatische Umsetzung mit Augenmaß“ ausgesprochen (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2022). Durch ein „gestuftes Verwaltungsverfahren“, das Beratungsangebote und Anhörungen der Einrichtungen vorsieht, wird sichergestellt, dass ein zeitnahes Betretungsverbot nicht ausgesprochen werden kann. Entsprechend will Bayern, das in dieser Frage eine Vorreiterrolle eingenommen hat, auch die vom Bund vorgesehene zweite Stufe der einrichtungsbezo-

genen Impfpflicht, die den Nachweis einer dritten Impfung zum 1. Oktober 2022 vorsieht, nur für Personal umsetzen, das ab dem 1. Oktober eine neue Tätigkeit in einem Bereich aufnimmt, der der einrichtungsbezogenen Impfpflicht unterliegt (aerzteblatt.de, 2022). Damit wird diese zweite Stufe de facto außer Kraft gesetzt. Ähnlich will auch Baden-Württemberg bei Personen, die bereits in den Einrichtungen tätig sind, ab Oktober keine erneute Vorlage eines Immunitätsnachweises verlangen (Hofmann, 2022).

Auch in Ländern, die sich weniger prominent positioniert haben, war die Wirkung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht in Bezug auf ausgesprochene Sanktionen gering. So haben nach einer Umfrage unter den hessischen Gesundheitsämtern vom 8. September gut 10.000 Beschäftigte – trotz Aufforderung – keine Impfnachweise vorlegen können. Allerdings ist es nur in 31 Fällen zu Bußgeldbescheiden und in 12 Fällen (= 0,12 Prozent) zu Betretungsverboten gekommen (Engelke, 2022). In Hamburg wurde dagegen in immerhin 241 Fällen ein Betretungsverbot angeordnet (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, 2022).

Im Ergebnis war die Umsetzung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht somit von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Insgesamt ist es aber nicht in nennenswertem Umfang zu Betretungsverboten gekommen. Da die einrichtungsbezogene Impfpflicht zudem Ende des Jahres ausläuft, wird sich an diesem Befund nichts mehr ändern.

Ein Grund für die zunehmende Skepsis ist, dass bei der inzwischen vorherrschenden Omikron-Variante der Fremdschutz durch die Impfung erheblich reduziert ist. Zwar wird vom RKI berichtet, dass die Impfung gegen schwere Krankheitsverläufe einen guten Schutz bietet. Dennoch verringert sich über die Zeit der Schutz gegen eine Infektion. Eine Übertragbarkeit unter Omikron wird nach Studien in Norwegen und Dänemark durch eine Grundimmunisierung (zwei Impfstoffdosen) nur um 6 bis 21 Prozent und nach einer Auffrischungsimpfung nur um weitere 5 bis 20 Prozent reduziert (RKI, 2022c).

Tabelle 1.5: Impfquoten bei Beschäftigten, aufgeschlüsselt nach Bundesland

	April 2022			Juli 2022			Differenz	
	Beschäftigte	Ungeimpfte	Anteil	Beschäftigte	Ungeimpfte	Anteil	absolut	relativ
Baden-Württemberg	59.647	3.109	5,2%	80.844	3.712	4,6%	0,6%	11,9%
Bayern	75.704	5.362	7,1%	99.734	6.471	6,5%	0,6%	8,4%
Berlin	11.936	368	3,1%	15.947	477	3,0%	0,1%	3,0%
Brandenburg	13.811	880	6,4%	17.171	1.110	6,5%	-0,1%	-1,5%
Bremen	3.946	112	2,8%	6.296	127	2,0%	0,8%	28,9%
Hamburg	8.046	184	2,3%	12.044	234	1,9%	0,3%	15,0%
Hessen	33.160	1.167	3,5%	45.609	1.401	3,1%	0,4%	12,7%
Mecklenburg-Vorpommern	8.788	507	5,8%	14.902	1.010	6,8%	-1,0%	-17,5%
Niedersachsen	50.046	1.211	2,4%	73.568	1.371	1,9%	0,6%	23,0%
Nordrhein-Westfalen	149.629	2.581	1,7%	150.289	2.389	1,6%	0,1%	7,8%
Rheinland-Pfalz	34.478	923	2,7%	29.019	818	2,8%	-0,1%	-5,3%
Saarland	5.178	122	2,4%	9.342	198	2,1%	0,2%	10,0%
Sachsen	30.769	5.507	17,9%	41.129	6.935	16,9%	1,0%	5,8%
Sachsen-Anhalt	11.804	739	6,3%	18.801	1.028	5,5%	0,8%	12,7%
Schleswig-Holstein	15.640	324	2,1%	25.321	458	1,8%	0,3%	12,7%
Thüringen	15.178	1.734	11,4%	18.947	1.970	10,4%	1,0%	9,0%
Bund	527.760	24.830	4,7%	658.963	29.709	4,5%	0,2%	4,2%

Anmerkung: Zahlen für Nordrhein-Westfalen sind lediglich Näherungswerte.
Quelle: RKI (2022a, 2022b); eigene Berechnungen

Eine andere Frage ist, ob allein die Ankündigung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht zu einer Erhöhung der Impfquote unter den Beschäftigten geführt hat. Für die Zeit vor Inkrafttreten der einrichtungsbezogenen Impfpflicht liegen hierzu keine Daten vor. Erstmals zum April 2022 hat das RKI aber Informationen zu den Impfquoten der Beschäftigten in von der einrichtungsbezogenen Impfpflicht betroffenen Einrichtungen zur Verfügung gestellt (RKI, 2022a). Werden diese Zahlen mit dem letzten verfügbaren Bericht zum Juli 2022 (RKI, 2022b) verglichen, zeigt sich, dass die Impfquoten in 13 der 16 Bundesländer in diesem 3-Monats-Zeitraum gestiegen sind (Tabelle 1.5). Inwiefern dies der Impf-

pflicht geschuldet ist, kann aus diesen Zahlen jedoch nicht abgelesen werden. Zudem ist der Effekt vergleichsweise gering. Bundesweit hat sich der Anteil der Ungeimpften von 4,7 Prozent auf 4,5 Prozent verringert. Dieser Rückgang um 0,2 Prozentpunkte entspricht einem relativen Rückgang des Ausgangswertes um 4,2 Prozent. Insgesamt kann der einrichtungsbezogenen Impfpflicht daher keine signifikante Bedeutung bei der Bekämpfung der Pandemie zugesprochen werden.

Kapitel 2

Pflege im Spiegel der Statistik

2 Pflege im Spiegel der Statistik

Eine Gesundheitsberichterstattung zum Thema „Pflegebedürftigkeit“ muss insbesondere Auskunft geben über die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen (Kapitel 2.1), die Leistungserbringung und die zugrunde liegenden Versorgungsstrukturen (Kapitel 2.2) sowie die Finanzierung der Leistungen (Kapitel 2.3). Thematisiert werden hier nicht die Pflegeleistungen im Krankenhaus oder die Pflegeleistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege, sondern nur die Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Langzeitpflege – also der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI.

In diesem Report wird so weit wie möglich eine Differenzierung nach Bundesländern vorgenommen. Die Datengrundlagen in diesem Report sind primär die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts, die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlichten Ergebnisse der Kassenstatistik, die Begutachtungsstatistik des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS), die Berichterstattung des Verbands der Privaten Krankenversicherung (PKV), die Begutachtungsstatistik des Unternehmens MEDICPROOF sowie die Routinedaten der BARMER (BARMER-Daten).

Die Pflegestatistik wird zweijährlich im Dezember jeden ungeraden Jahres erhoben und bezieht sich auf das gesamte Versorgungssystem in Deutschland. Sie beinhaltet regional differenzierbare Informationen über die Pflegebedürftigen und die Versorgungsangebote. Die Kassenstatistik wird zwar jährlich erhoben, ist in der Regel aktueller und umfasst auch Informationen zum Finanzierungsaufwand. Sie bezieht sich aber nur auf die Versorgung der Versicherten der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und lässt sich nicht regional differenzieren. Die Begutachtungsstatistik des MDS wird ebenfalls jährlich erhoben und liefert Informationen darüber, wie viele Personen mit welchem Pflegegrad begutachtet wurden. Auch diese Statistik bezieht sich nur auf die Versicherten der SPV und lässt sich nicht regional differenzieren. Berichterstattungen über die Begutachtung und Versorgung von Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) sowie den entsprechenden Finanzierungsaufwand erfolgen ebenfalls jährlich, sind aber nicht so detailliert wie die Pflegestatistik und erscheinen in aller Regel verzögert. Auch in der PPV-Statistik ist eine regionale Differenzierung nicht möglich. Die BARMER-Daten können im Gegensatz zu

den anderen Datenquellen Verläufe und zudem gleichzeitige Inanspruchnahmen verschiedener Leistungen abbilden. Allerdings handelt es sich dabei um die Daten einer selektiven Population. Um über den Versichertenkreis der BARMER hinausreichende Ergebnisse zu erzielen, werden die Ergebnisse der BARMER-Daten nach Alter, Geschlecht und Bundesland der Versicherten auf die Bevölkerung des entsprechenden Jahres in Deutschland hochgerechnet. Zu den einzelnen dargestellten Aspekten werden die jeweils geeignetsten Daten verwendet.

Zum Jahr 2017 erfolgte die Umstellung der Erfassung der Pflegebedürftigkeit von Pflegestufen auf Pflegegrade. Um Brüche in der Darstellung zu vermeiden, werden in diesem Report im Gegensatz zu den vorherigen Reporten nur noch die Zeitfenster ab dem Jahr 2017 betrachtet.

2.1 Pflegebedürftige

In diesem Kapitel wird beschrieben, wie viele Personen pflegebedürftig sind (Fallzahl und Prävalenz), wie viele pflegebedürftig werden (Fallzahl und Inzidenz) und wie viele die Pflegebedürftigkeit – meist durch den Tod – beenden. Zur Darstellung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen werden die Pflegestatistik und die BARMER-Daten verwendet. Die Pflegestatistik ist eine Vollerhebung, ihre Ergebnisse stehen aber erst mit erheblicher Zeitverzögerung zur Verfügung. Daher werden auch die BARMER-Daten herangezogen, die es ermöglichen, aktuellere Entwicklungen aufzuzeigen (Kapitel 2.1.1). Die Prävalenzen, also die Anteile der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung, werden anhand der Pflegestatistik und der Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamts dargestellt (Kapitel 2.1.2). Informationsgrundlagen für die Zahl der Begutachtungen sind die MD-Statistiken und die Statistiken von MEDICPROOF (Kapitel 2.1.3). Die Inzidenzen, also die Wahrscheinlichkeit des Pflegeeintritts (Kapitel 2.1.4), wie auch die Beendigung der Pflegebedürftigkeit (Kapitel 2.1.5) werden anhand der BARMER-Daten abgebildet. Abschließend werden die Ergebnisse zu den Pflegebedürftigen kurz zusammengefasst (Kapitel 2.1.6).

2.1.1 Anzahl der Pflegebedürftigen

Die hier verwendeten Daten beziehen sich auf die sozialrechtliche Erfassung der Pflegebedürftigkeit. Die jetzt schon seit Jahrzehnten erhobenen amtlichen Statistiken (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, für die eine positive Begutachtung erfolgt oder beantragt ist. Personen, die keinen Antrag zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit gestellt haben, aber in gleicher Weise körperlich oder geistig eingeschränkt sind wie anerkannte Pflegebedürftige, werden hier nicht mitgezählt.

Als Pflegebedürftige gelten hier Personen mit mindestens Pflegegrad 1.

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 in die Pflegebedürftigkeit und nur Personen mit entsprechenden Einschränkungen hatten einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Ab dem Jahr 2008 konnten auch Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) Betreuungsleistungen beziehen – auch wenn sie (noch) nicht als pflegebedürftig galten (Pflegestufe 0). Ab dem Jahr 2013 konnten PEA mit Pflegestufe 0 auch Pflegegeld und Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen. Mit diesem Leistungsanspruch sind die PEA mit Pflegestufe 0 auch in der Pflegestatistik aufgeführt. Seit 2017 gilt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der sowohl körperliche als auch geistige Einschränkungen berücksichtigt. Personen mit Pflegestufe 0 sind im Zuge der Umstellung auf Pflegegrade in Pflegegrad 2 übergeleitet worden. Für die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 besteht zwar kein Anspruch auf Pflegegeld, auch sie werden aber nach dem gesetzlichen Verständnis als Pflegebedürftige erfasst. Um möglichst mit den Veröffentlichungen der amtlichen Statistik im Einklang zu bleiben, werden im Gegensatz zu den bisherigen Reporten nun auch die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 durchgängig mitgezählt.



www.bifg.de/Y925PF



www.bifg.de/Y925Pd



www.bifg.de/Y925PX

Die Anzahl der Pflegebedürftigen (basierend auf BARMER-Daten) differenziert nach Pflegeleistung, Pflegegrad, Altersgruppe, Bundesland und Geschlecht für die Jahre 2017 bis 2021 wird in interaktiven Grafiken auf der Website dargestellt.

Tabelle 2.1: Pflegebedürftige nach Jahren im Ländervergleich

	Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend		Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen in Prozent
	2017	2019	2019 vs. 2017
Baden-Württemberg	399	472	18,4
Bayern	399	492	23,2
Berlin	136	158	16,8
Brandenburg	132	154	16,3
Bremen	29	35	19,2
Hamburg	63	77	22,5
Hessen	262	311	18,7
Mecklenburg-Vorpommern	91	103	13,1
Niedersachsen	387	456	17,8
Nordrhein-Westfalen	769	965	25,5
Rheinland-Pfalz	161	203	25,8
Saarland	46	55	21,4
Sachsen	205	251	22,5
Sachsen-Anhalt	111	130	17,2
Schleswig-Holstein	109	130	19,4
Thüringen	116	136	17,3
Deutschland	3.414	4.128	20,9

Quelle: Statistisches Bundesamt (2021f), eigene Berechnung

Seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung ist eine stetige Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen zu beobachten. Diese lag mit Berücksichtigung der PEA und ohne Pflegegrad 1 in den Zweijahresvergleichen der Pflegeversicherung zwischen 1,2 Prozent und 11,2 Prozent. Mit der Einführung der Pflegegrade kam es dabei zu einem besonders hohen Anstieg, da dadurch der Kreis der Leistungsberechtigten deutlich ausgeweitet wurde (Rothgang & Müller, 2021). Im Vergleich der Berichtsjahre 2019 und 2017 zeigt sich anhand der Pflegestatistik ein weiterer Anstieg um 20,9 Prozent (Tabelle 2.1). Dabei ist aber anzumerken, dass in der Pflegestatistik die Fallzahlen mit Pflegegrad 1 noch deutlich

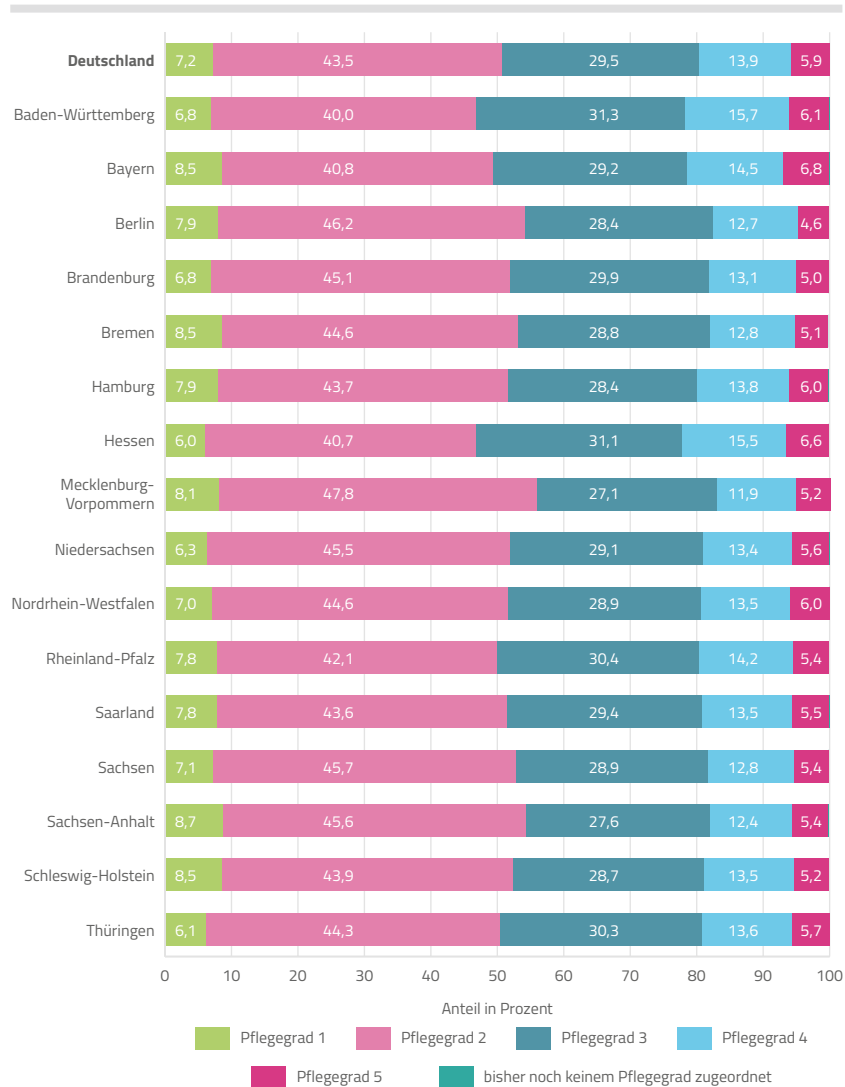
unterschätzt sind. Dies betrifft insbesondere die Berichterstattung für das Jahr 2017. Der Einführungseffekt mit den starken Fallzahlensteigerungen ist dennoch nicht beendet. Anhand der BARMER-Daten zeigt sich im Vergleich der Jahre 2019 und 2021 eine weitere Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen um 17,3 Prozent (Abbildung 2.3).

In der Entwicklung zeigen sich insgesamt erhebliche regionale und zeitliche Unterschiede (Tabelle 2.1). Die höchsten Steigerungsraten im Vergleich der Jahre 2019 und 2017 zeigen sich in Rheinland-Pfalz (25,8 Prozent) und in Nordrhein-Westfalen (25,5 Prozent). Die niedrigsten Steigerungsraten finden sich in Mecklenburg-Vorpommern (13,1 Prozent).

Ausweislich der Pflegestatistik sind die meisten Pflegebedürftigen (43,5 Prozent) Ende 2019 in Pflegegrad 2 eingestuft (Abbildung 2.1). Weniger als ein Drittel (29,5 Prozent) sind in Pflegegrad 3, fast ein Siebtel (13,9 Prozent) in Pflegegrad 4 und etwa jeder Sechzehnte (5,9 Prozent) in Pflegegrad 5 eingestuft. Von den Pflegebedürftigen sind zudem 7,2 Prozent mit Pflegegrad 1 und 0,1 Prozent noch ohne Pflegegrad in der Pflegestatistik erfasst. Diese Anteilswerte unterscheiden sich zwischen den Bundesländern. Die Unterschiede können zum Teil auch geprägt sein durch die unvollständige Erfassung der Pflegegrade 1 in der Pflegestatistik. Dennoch zeigen sich bei überdurchschnittlichen Anteilen mit Pflegegrad 1 in Berlin (7,9 Prozent), Mecklenburg-Vorpommern (8,1 Prozent) und Sachsen-Anhalt (8,7 Prozent) auch überdurchschnittliche Anteile mit Pflegegrad 2 (Berlin: 46,2 Prozent, Mecklenburg-Vorpommern: 47,8 Prozent, Sachsen-Anhalt: 45,6 Prozent). In diesen Ländern ist der Pflegebedarf pro pflegebedürftige Person also durchschnittlich geringer. In Bayern gibt es hingegen trotz höherer ausgewiesener Anteile mit Pflegegrad 1 (8,5 Prozent) auch anteilig überdurchschnittlich viele Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 (14,5 Prozent) oder 5 (6,8 Prozent).

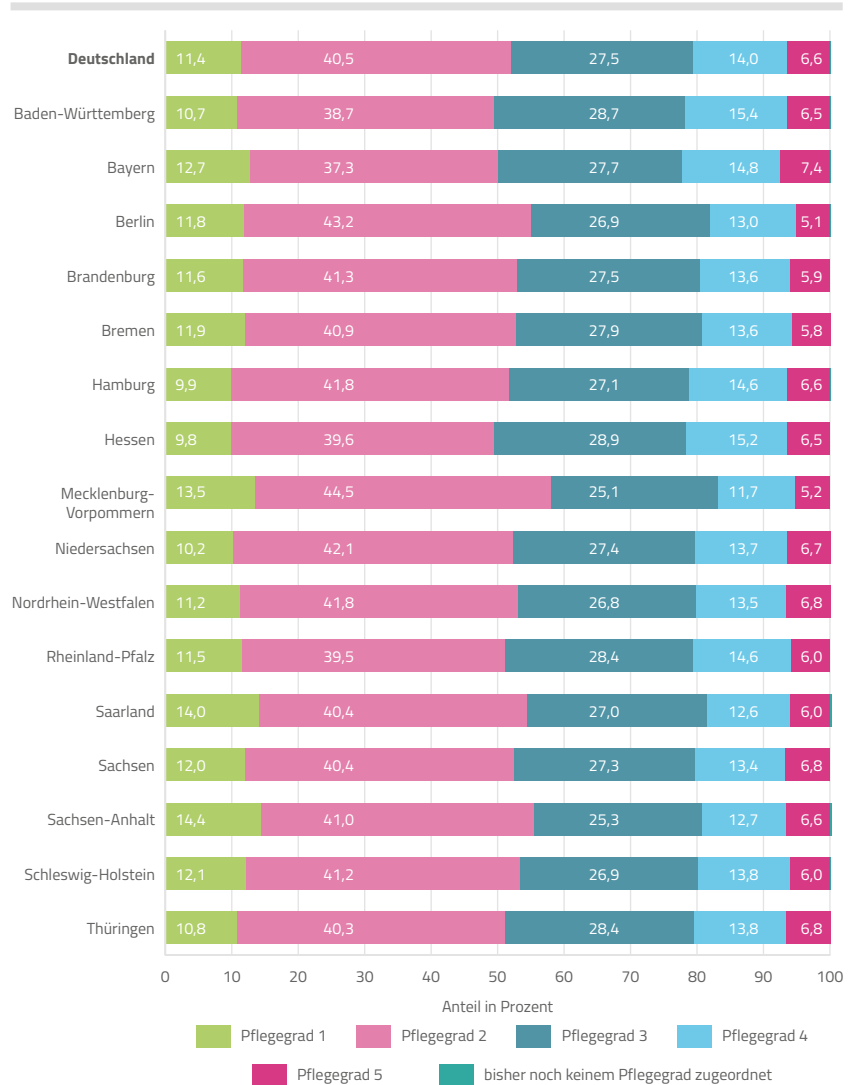
Die Verteilung nach Pflegegraden erscheint im Vergleich der beiden Datengrundlagen (Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts in Abbildung 2.1 und BARMER-Daten in Abbildung 2.2) sehr ähnlich, was für die diesbezügliche Repräsentativität der BARMER-Daten spricht. Es wird aber auch deutlich, dass in den BARMER-Daten sehr viel mehr Leistungsberechtigte mit Pflegegrad 1 erfasst sind (Abbildung 2.2).

Abbildung 2.1: Pflegegrade nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2019
(Pflegestatistik)



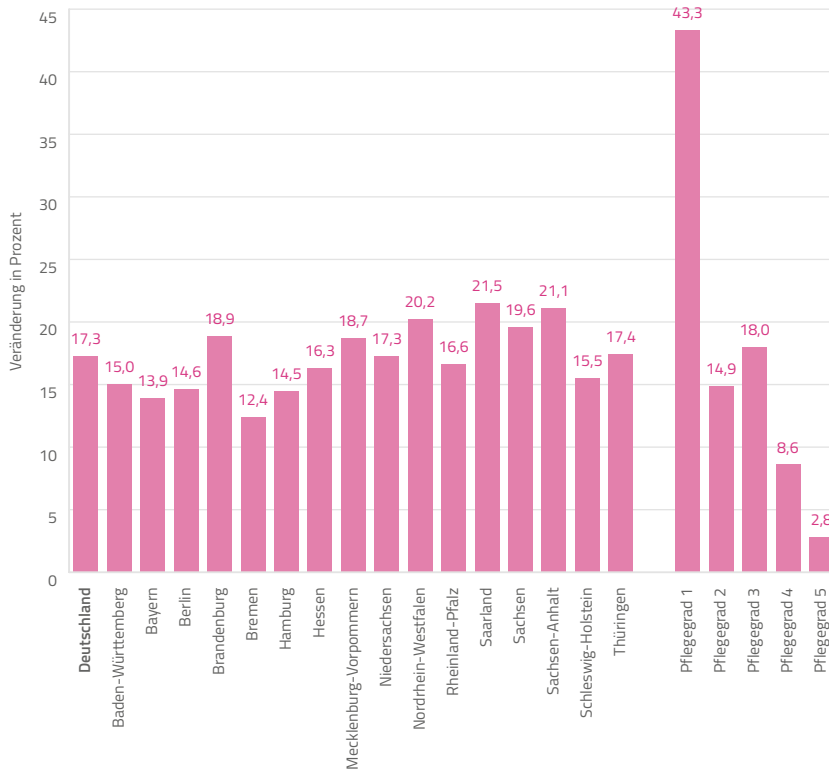
Quelle: Statistisches Bundesamt (2021f), eigene Berechnung

Abbildung 2.2: Pflegegrade nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2019 (BARMER)



Quelle: BARMER-Daten 2019, hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands 2019

Abbildung 2.3: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesländern und nach Pflegegraden – 2021 gegenüber 2019 (BARMER)



Quelle: BARMER-Daten 2019 und 2021, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

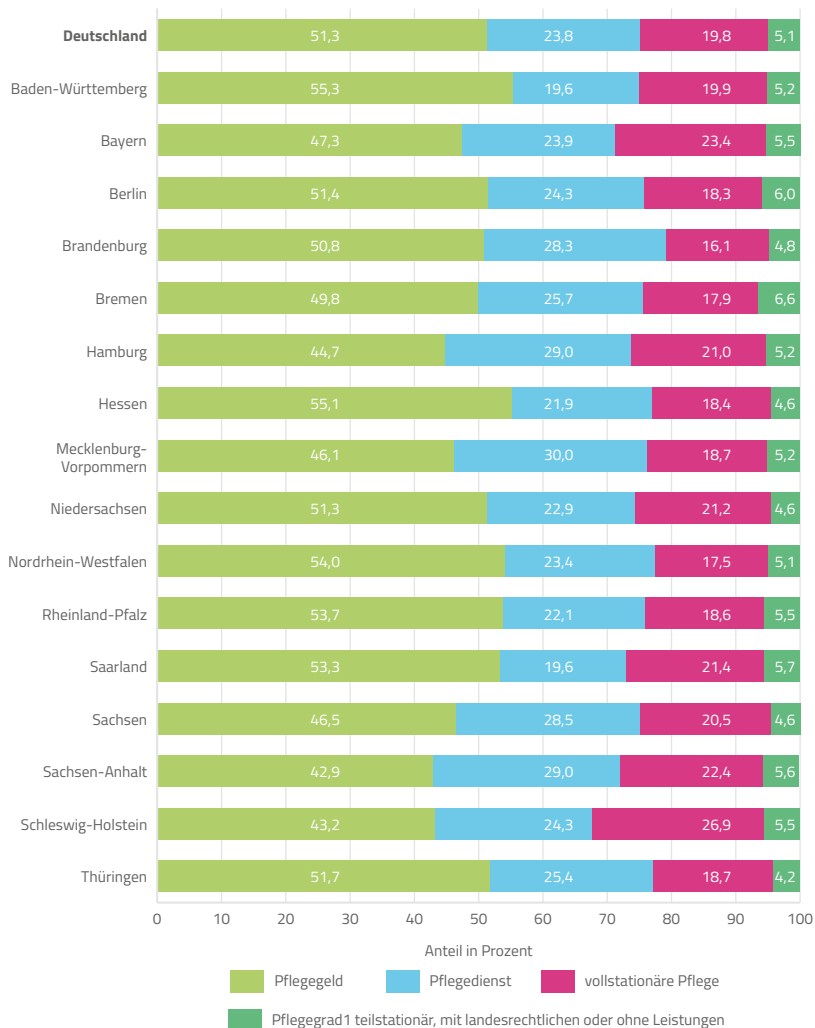
Von 2019 bis 2021 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen ausweislich der hochgerechneten BARMER-Daten um 17,3 Prozent (Abbildung 2.3). Damit liegt der Anstieg sogar noch etwas höher als in der Projektion im Pflegereport 2021. Dort wurde für den Vergleich der Jahre 2021 zu 2019 ein Anstieg um 16,2 Prozent projiziert. Die größten Anstiege sind mit den aktuellen Zahlen in Nordrhein-Westfalen und den meisten ostdeutschen Ländern zu verzeichnen. Die geringsten Anstiege zeigen sich in den Stadtstaaten und den süddeutschen Ländern.

Die Anstiege kommen nur in geringem Umfang durch eine Fallzahlsteigerung mit höheren Pflegegraden zustande. Die größte Zunahme gab es mit 43,3 Prozent in der Zahl der Personen mit Pflegegrad 1. Nachdem es im Zweijahresvergleich von 2019 zu 2017 sogar einen Rückgang bei der Anzahl mit Pflegegrad 5 gegeben hat (Rothgang et al., 2020c, S. 63), ist nun aber auch dort ein Anstieg von immerhin 2,8 Prozent zu beobachten.

Nach der Pflegestatistik zeigen sich auch bei den Versorgungsarten deutliche Unterschiede in der regionalen Verteilung (Abbildung 2.4). So liegt der Anteil der in Pflegeheimen versorgten Pflegebedürftigen im Jahr 2019 in Schleswig-Holstein mit 26,9 Prozent um sieben Prozentpunkte höher als im Bundesdurchschnitt (19,8 Prozent) und um mehr als zehn Prozentpunkte höher als in Brandenburg, das mit 16,1 Prozent den niedrigsten Wert aller Bundesländer aufweist. Die häusliche Pflege unter Beteiligung ambulanter Pflegedienste ist dagegen in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen sowie in Ostdeutschland am weitesten verbreitet. Hier finden sich die höchsten Anteile in Mecklenburg-Vorpommern (30,0 Prozent), Hamburg (29,0 Prozent) und Sachsen-Anhalt (29,0 Prozent), während in den meisten westdeutschen Bundesländern die Anteile unter dem Bundesdurchschnitt von 23,8 Prozent liegen. Die ausschließliche Pflege durch Angehörige erfolgt verstärkt in der Mitte und im Südwesten Deutschlands, also in Baden-Württemberg (55,3 Prozent), in Hessen (55,1 Prozent), in Nordrhein-Westfalen (54,0 Prozent), in Rheinland-Pfalz (53,7 Prozent) sowie im Saarland (53,3 Prozent).

Die regionale Verteilung der pflegebedürftigen Menschen im Jahr 2019 nach Versorgungsarten entspricht im Ranking weitgehend derjenigen in den Vorjahren (Rothgang et al., 2020c, S. 64). Die Inanspruchnahme der Versorgungsarten korreliert mit der Angebotsstruktur (Rothgang et al., 2016, S. 105, 110). Dementsprechend ist der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen höher, wenn die Anzahl der zur Verfügung stehenden Heimplätze pro 100 Pflegebedürftige höher ist (Kapitel 2.2.2). Entsprechend werden mehr Pflegebedürftige durch ambulante Pflegedienste versorgt, wenn die Anzahl der zur Verfügung stehenden Beschäftigten gemessen in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) (Kapitel 2.2.1) in den ambulanten Pflegediensten höher liegt.

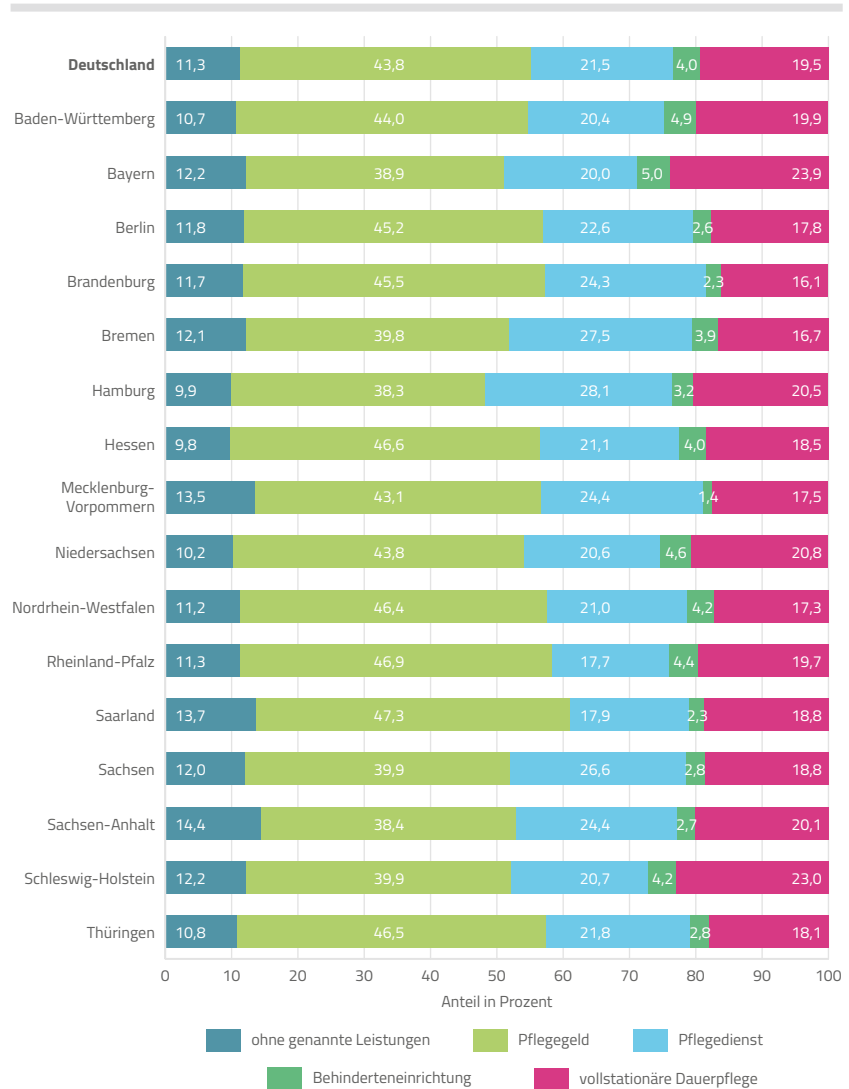
Abbildung 2.4: Versorgungsarten nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2019
(Pflegestatistik)



Anmerkung: teilstationäre Pflege bei Pflegegrad 2 bis 5 nicht berücksichtigt, vollstationäre Pflege umfasst Dauerpflege und Kurzzeitpflege

Quelle: Statistisches Bundesamt (2021f), eigene Berechnung

Abbildung 2.5: Versorgungsarten nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2019 (BARMER)



Quelle: BARMER-Daten 2019, hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands 2019

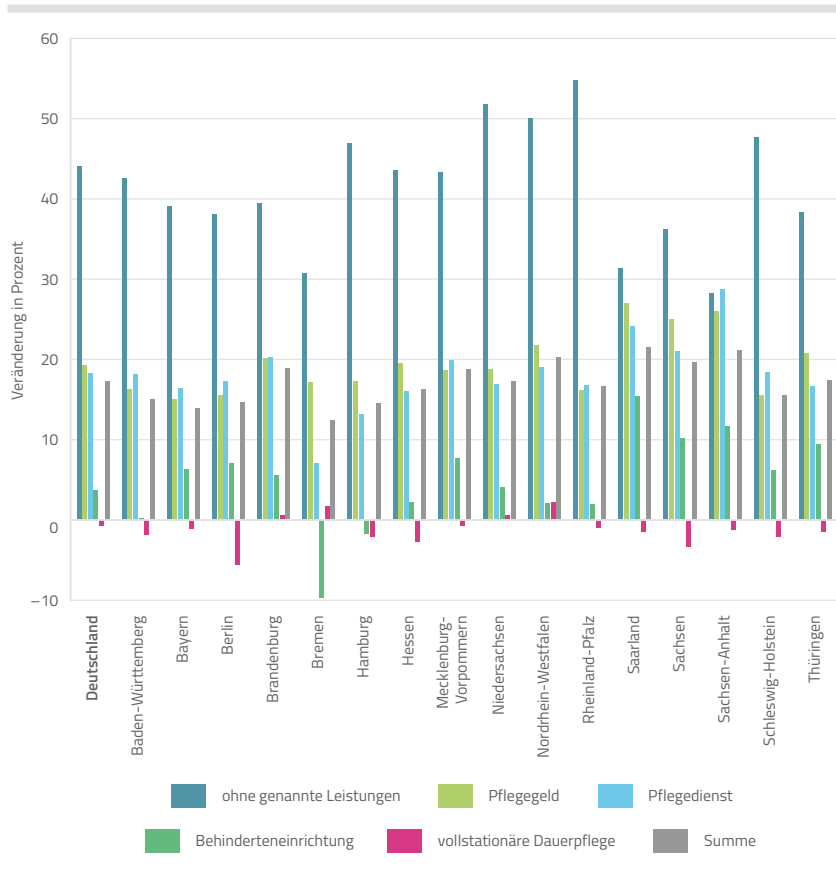
Die Pflegestatistik gilt zwar als Vollerhebung, da sie alle häuslich und in Pflegeheimen versorgten Pflegebedürftigen umfasst, sie schließt aber die Pflegebedürftigen in den Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nicht mit ein. Gerade junge Pflegebedürftige sind aber sehr häufig auf diese Weise versorgt (Rothgang et al., 2017). In welchem Ausmaß auch Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen versorgt werden, lässt sich mit den BARMER-Daten darstellen (Abbildung 2.5). Zudem sind in den BARMER-Daten auch Zeiten ohne die genannten Hauptleistungen vollumfänglich erfasst. Diese kommen insbesondere bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 zum Tragen. Durch die zusätzliche Berücksichtigung weiterer Versorgungsarten sind die Anteilswerte für Pflegegeld, Pflegedienst und Pflegeheim auf Basis der BARMER-Daten etwas geringer als in der Pflegestatistik. Auch darüber hinaus unterscheiden sich die Anteilswerte teilweise. So sind beispielsweise in den BARMER-Daten die Anteilswerte für die Versorgung durch Pflegedienste fast genauso groß wie in der Pflegestatistik, aber die Anteilswerte für die Pflegebedürftigen mit Pflegegeld merklich geringer.

Unabhängig von gegebenen Unterschieden in den Verteilungen lassen sich aktuelle Trends mit den BARMER-Daten beschreiben (siehe Abbildung 2.6), die mit den amtlichen Statistiken noch nicht beobachtbar sind, da diese nur die Entwicklung bis in das Jahr 2019 abbilden.

Die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen stagniert im Zeitraum von 2019 bis 2021 und ist in manchen Ländern sogar deutlich rückläufig. Gleichzeitig steigt die Zahl der Pflegebedürftigen, die von Pflegediensten versorgt werden, um 18,2 Prozent und die Zahl der Pflegegeldempfänger sogar um 19,2 Prozent. Nachdem die Zahl der Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Behindertenhilfe nach der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade um 42,2 Prozent gestiegen ist (Rothgang & Müller, 2018, S. 58), hat sich der Anstieg normalisiert und beträgt im Vergleich von 2021 zu 2019 noch 3,7 Prozent. Wird berücksichtigt, dass fast die Hälfte der Pflegebedürftigen ausschließlich Pflegegeld beziehen (Abbildung 2.5), wird deutlich, dass der weit überwiegende Teil der Fallzahlsteigerung auf diese Teilgruppe entfällt. Auch der Anstieg bei der Nutzung der Pflegedienste übersteigt die Steigerungsrate von 5,9 Prozent der Jahre 2017 bis 2019 (Rothgang et al., 2020a, S. 66) um ein Vielfaches. Die größte Zunahme in der Zahl der Pflegebedürftigen gibt es aber bei denjenigen ohne die genannten Leistungen. Dies betrifft den Großteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1.

stärkere Nutzung
von Pflegegeld und
Pflegediensten

Abbildung 2.6: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten und Bundesländern – 2021 gegenüber 2019 (BARMER)



Quelle: BARMER-Daten 2019 und 2021, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

2.1.2 Prävalenzen: Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist in erster Linie davon abhängig, wie groß die Population ist. Um die individuelle Wahrscheinlichkeit zu ermitteln, pflegebedürftig zu sein, muss daher die Zahl der Pflegebedürftigen in dieser Population zu deren Gesamtzahl ins Verhältnis gesetzt werden. Die resultierende Zahl ist die Pflegeprävalenz – auch Pflegequote genannt.

Deutschlandweit wie auch in allen Bundesländern steigt die Gesamtpflegeprävalenz ausweislich der Pflegestatistik im gesamten Zeitraum der Berichterstattung. Galten im Jahr 1999 insgesamt 2,45 Prozent der Bevölkerung in Deutschland als pflegebedürftig (Rothgang et al., 2020c), waren es im Jahr 2019 schon 4,96 Prozent (Tabelle 2.2). 2017 lag die erfasste Pflegeprävalenz noch zwischen 3,07 Prozent (Bayern) und 5,65 Prozent (Mecklenburg-Vorpommern). Im Jahr 2019 lag sie dann schon zwischen 3,75 Prozent in Bayern und 6,40 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern. Auch wenn die Extremwerte in Bayern und Mecklenburg-Vorpommern geblieben sind, zeigen sich doch zwischen den Bundesländern unterschiedliche Zuwächse. Den geringsten Zuwachs gab es von 2017 bis 2019 in Berlin (0,56 Prozentpunkte) und den höchsten in Sachsen (1,14 Prozentpunkte).

Anstieg der
Gesamtprävalenz

Tabelle 2.2: Pflegeprävalenz nach Jahren im Ländervergleich

	Pflegeprävalenz in Prozent		Veränderung der Pflegeprävalenz in Prozentpunkten
	2017	2019	2019 vs. 2017
Baden-Württemberg	3,62	4,25	0,64
Bayern	3,07	3,75	0,68
Berlin	3,75	4,32	0,56
Brandenburg	5,29	6,11	0,82
Bremen	4,26	5,08	0,82
Hamburg	3,45	4,19	0,74
Hessen	4,19	4,94	0,75
Mecklenburg-Vorpommern	5,65	6,40	0,75
Niedersachsen	4,86	5,71	0,84
Nordrhein-Westfalen	4,29	5,38	1,08
Rheinland-Pfalz	3,96	4,95	1,00
Saarland	4,58	5,61	1,02
Sachsen	5,02	6,16	1,14
Sachsen-Anhalt	4,98	5,91	0,93
Schleswig-Holstein	3,78	4,49	0,71
Thüringen	5,37	6,36	0,98
Deutschland	4,12	4,96	0,84

Quelle: Statistisches Bundesamt (2021b, 2021f), eigene Berechnung

Die Gesamtprävalenz ist vor allem abhängig von der Altersstruktur der betreffenden Population, da insbesondere die hochaltrige Bevölkerung zu einem höheren Anteil pflegebedürftig ist (Rothgang & Müller, 2021, S. 55). Verändert sich der Anteil der älteren Personen in einer Population, so verändert sich – ceteris paribus – auch die Zahl der Pflegebedürftigen. Für einen regionalen Vergleich ist es daher interessant, den Teil des Unterschieds zu ermitteln, der auf eine unterschiedliche Altersstruktur zurückzuführen ist, und ihn dem Teil gegenüberzustellen, der auf unterschiedlichen altersspezifischen Pflegehäufigkeiten beruht.

Tabelle 2.3: Pflegeprävalenz nach Altersklassen und Jahren im Ländervergleich in Prozent

	unter 75 Jahre		75 bis 84 Jahre		85 bis 89 Jahre		90 Jahre und älter	
	2017	2019	2017	2019	2017	2019	2017	2019
Baden-Württemberg	1,2	1,5	14,7	17,3	42,1	46,0	68,1	73,6
Bayern	1,0	1,2	12,7	15,7	36,9	42,6	62,6	69,7
Berlin	1,6	1,8	15,9	18,1	42,0	44,2	68,5	70,5
Brandenburg	1,9	2,2	19,0	21,5	51,4	54,3	80,2	82,0
Bremen	1,6	2,0	16,8	20,2	42,9	48,4	65,3	72,0
Hamburg	1,3	1,7	14,8	18,0	38,5	43,3	62,6	68,4
Hessen	1,5	1,8	17,6	20,7	47,0	51,4	72,3	76,6
Mecklenburg-Vorpommern	2,0	2,4	20,6	22,6	55,2	57,1	83,7	84,8
Niedersachsen	1,7	2,1	19,0	22,2	51,6	55,5	78,6	82,8
Nordrhein-Westfalen	1,5	2,0	17,4	22,0	45,1	52,1	71,2	78,1
Rheinland-Pfalz	1,3	1,7	15,9	20,2	43,9	50,3	68,0	75,9
Saarland	1,6	2,0	17,1	21,1	44,6	50,3	68,8	76,0
Sachsen	1,6	2,0	15,8	19,5	46,2	51,8	75,8	82,4
Sachsen-Anhalt	1,7	2,1	16,5	19,2	46,4	49,8	75,5	79,7
Schleswig-Holstein	1,4	1,8	13,5	15,7	38,6	41,4	64,2	69,0
Thüringen	1,9	2,3	18,8	21,7	51,2	54,9	79,3	82,4
Deutschland	1,4	1,8	16,3	19,6	44,5	49,4	70,7	76,3

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020b)

Tabelle 2.3 zeigt die deutlich höheren Prävalenzen im höheren Alter. Trotz der schon hohen Prävalenz von 70,7 Prozent bei den über 90-Jährigen im Jahr 2017 ist in dieser Altersgruppe die Steigerung der Prävalenz noch am höchsten. Im Jahr 2019 waren es mit 76,3 Prozent noch einmal 5,6 Prozentpunkte mehr als 2017. Aber auch in den anderen Altersgruppen zeigen sich deutliche Steigerungen. Ein Großteil der Steigerung der Gesamtprävalenz ist in der Alterung der Bevölkerung begründet. Diese altersspezifischen Trends sind nicht in allen Bundesländern gleich. So sind die Steigerungen in Mecklenburg-Vorpommern beispielsweise deutlich geringer als in Bayern. Wie die Veränderungen in Tabelle 2.3 zeigen, ist aber ein nicht unerheblicher Teil auch in der Leistungsausweitung des Pflegeversicherungssystems begründet.

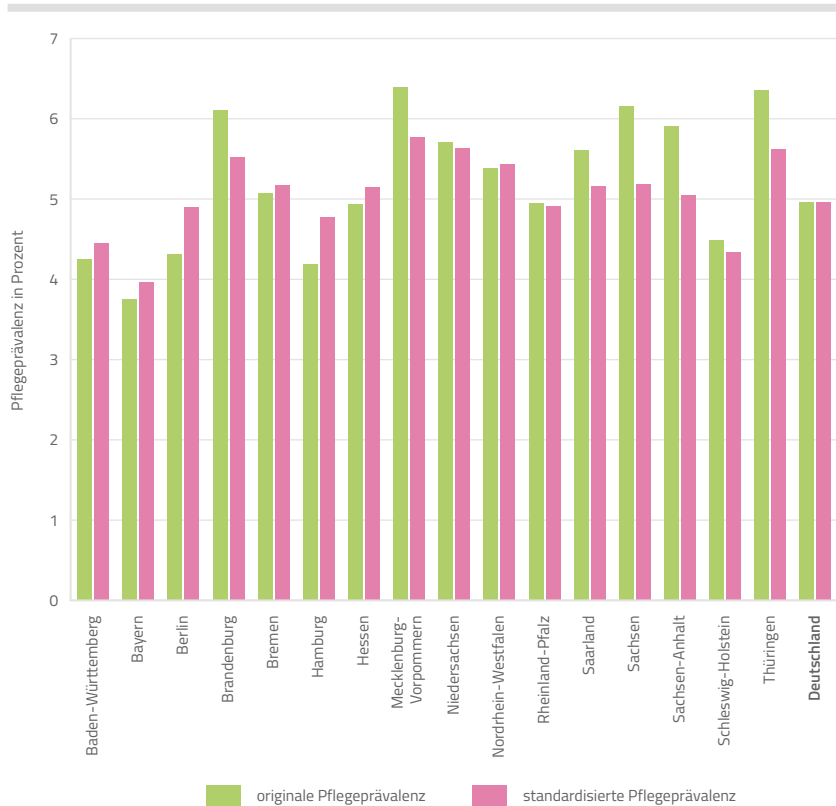
Um den Gesamteffekt der Altersverteilung auf die landesspezifischen Prävalenzen zu ermitteln, werden im Folgenden die Pflegeprävalenzen des Jahres 2019 für Männer und Frauen für die einzelnen Bundesländer unter Verwendung der Bevölkerungsfortschreibung von 2019 sowie der Pflegestatistik des Jahres 2019 berechnet.

Dabei wird zunächst die gegebene Zahl der Pflegebedürftigen in Beziehung zur jeweiligen Landesbevölkerung gesetzt und so die tatsächliche Gesamtpflegeprävalenz ermittelt. Dies sind die Werte in Tabelle 2.2. Diese ist aber stark von der Altersstruktur des Bundeslands abhängig. Um demografische Effekte herauszurechnen, müssen alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzen je Bundesland berechnet werden. Diese werden dann auf eine Standardpopulation (hier Deutschland im Jahr 2019) projiziert (Standardisierung). Aus der Summe der einzelnen so errechneten Zahlen pflegebedürftiger Personen je Altersgruppe errechnet sich die standardisierte Gesamtprävalenz. Bei dieser standardisierten Gesamtpflegeprävalenz handelt es sich somit um eine hypothetische Pflegeprävalenz, die vorliegen würde, wenn jedes Bundesland die Alters- und Geschlechterverteilung von Deutschland aufwiese.

doppelte Herausforderung in Ostdeutschland: ungünstige Altersstruktur und höhere altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit

Auch bei Betrachtung der auf die Bevölkerung Deutschlands standardisierten Prävalenzen bleibt die Rangfolge der Bundesländer weitgehend erhalten (siehe Abbildung 2.7): Höhere altersstandardisierte Pflegeprävalenzen finden sich überwiegend im Osten und niedrigere Pflegeprävalenzen überwiegend im Westen, allerdings sind die Unterschiede zum Bundesdurchschnitt jetzt meist geringer. Insbesondere die ostdeutschen Länder sind somit doppelt herausgefordert: In Bezug auf die Pflegebedürftigkeit haben sie eine ungünstigere Altersstruktur und gleichzeitig für das jeweilige Alter eine höhere Pflegewahrscheinlichkeit.

Abbildung 2.7: Pflegeprävalenzen nach Bundesländern im Jahr 2019



Anmerkung: Standardisierung nach Geschlecht und 5-Jahres-Altersgruppen auf die Bevölkerung Ende 2019

Quelle: Statistisches Bundesamt (2021f, 2022b), eigene Berechnung

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.



www.bifg.de/Y925Pv

Fast vollständige Zahlen zum Zugang bieten die Begutachtungsstatistiken des Medizinischen Dienstes (MD) für die SPV-Versicherten. Der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung wird bei der zuständigen Pflegekasse gestellt (§ 18 SGB XI). Im Rahmen der SPV wird der MD mit einer Begutachtung beauftragt, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der Paragraphen 14 und 15 des SGB XI vorliegt. Wenn diejenigen, für die der Antrag gestellt wird, noch keine Pflegeversicherungsleistungen nach dem SGB XI beziehen, handelt es sich um eine Erstbegutachtung. Der MD spricht eine Empfehlung aus und die Pflegekasse folgt dabei in aller Regel der Begutachtung und den Empfehlungen 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 privaten Pflegepflichtversicherung 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 eine Zunahme des Hilfebedarfs vermutet wird. Widerspruchsgutachten erfolgen, wenn Versicherte Einspruch gegen den Leistungsbescheid der Leistungsträger erheben.

Mehr Pflegebedürftige und längere Pflegedauern führen zu mehr Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen.

Die Zahl der Begutachtungen ist in den Jahren 2017 bis 2021 von 2,0 Millionen auf 2,5 Millionen gestiegen (Tabelle 2.4). Zum Jahr 2017 wurden für Pflegebedürftige ihre bisherigen Pflegestufen und Feststellungen der Alltagskompetenz in Pflegegrade überleitet. Aufgrund der Überleitungsvorschriften konnten 2017 teilweise keine Höherstufungsanträge gestellt werden. Verbunden mit der Einführung der Pflegegrade ist auch eine Ausweitung des prinzipiell berechtigten Personenkreises. Dies spiegelt sich auch in den hohen Zahlen der Erstgutachten wider. Nach dem ersten Jahr mit den Pflegegraden ging die Zahl der Erstgutachten entsprechend wieder leicht zurück. Absolut und relativ hat aber die Zahl der Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen stetig zugenommen. Dies hängt damit zusammen, dass es immer mehr Pflegebedürftige gibt und die Dauern der Pflegebedürftigkeit immer länger werden (Rothgang & Müller, 2021, S. 89).

Tabelle 2.4: Zahl der Begutachtungen der MD und der Knappschaft nach Gutachtenart

Jahr	Anzahl der Begutachtungen in Tausend			
	insgesamt	Erstgutachten	Höherstufungs-/Rückstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen	Widerspruchsgutachten
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
2021	2.483	1.158	1.143	182

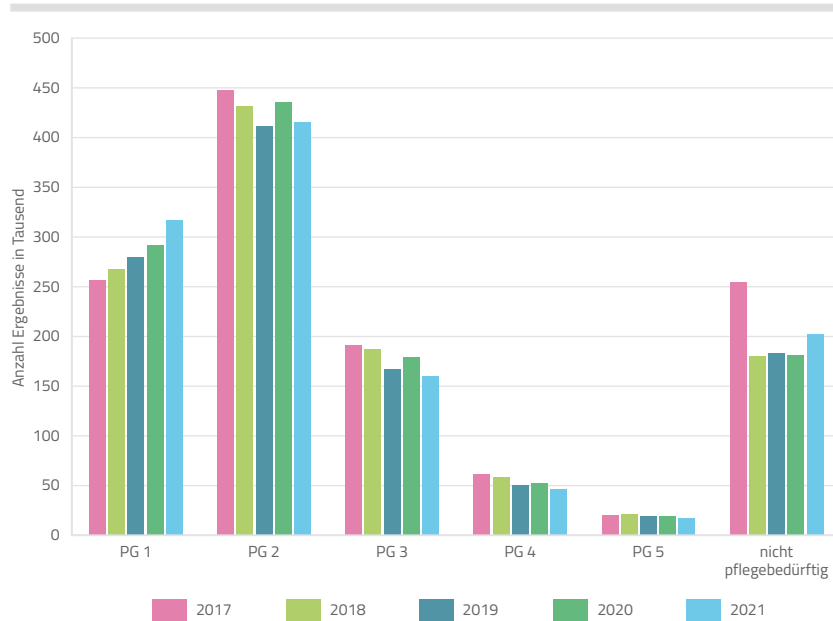
Anmerkung: ohne Begutachtungen in Fällen mit verkürzter Begutachtungsfrist (Pflegegrad noch nicht feststellbar)

Quelle: MD-Bund (2022); Rothgang & Müller (2021, S. 74)

Erstbegutachtungen: Konstanz oder Rückläufigkeit bei Pflegegraden 2 bis 5, Wachstum bei Pflegegrad 1

Im Zeitverlauf geändert haben sich die in der Begutachtung festgestellten Schweregrade der Pflegebedürftigkeit. Die Zahl der Erstbegutachtungen mit resultierenden Pflegegraden 1 nimmt stetig zu (Abbildung 2.8). Sie stieg von 256.681 Fällen im Jahr 2017 auf 316.678 Fälle im Jahr 2021.

Abbildung 2.8: Ergebnisse von Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch den MD und die Knappschaft



Pflegegrad	2017	2018	2019	2020	2021
PG 1	256.681	267.716	279.289	292.024	316.678
PG 2	447.586	431.189	411.816	435.808	415.304
PG 3	191.177	187.169	167.300	178.877	159.751
PG 4	61.048	58.046	50.577	52.112	46.573
PG 5	19.938	21.705	19.077	19.058	17.371
nicht pflegebedürftig	254.548	179.688	183.064	180.974	202.184
Summe Erstgutachten	1.230.978	1.145.513	1.111.123	1.158.853	1.157.861

Anmerkung: ohne Begutachtungen in Fällen mit verkürzter Begutachtungsfrist (Pflegegrad noch nicht feststellbar) und ohne rund 10.000 Begutachtungen der Knappschaft im Jahr 2017 nach altem Begutachtungsverfahren

Quelle: MD-Bund (2022)

Trotz einer zuletzt deutlich erhöhten Zahl an Anträgen ist der Anteil der negativen Bescheide in den Jahren nach der Umstellung auf Pflegegrade deutlich zurückgegangen. Der Anteil der nicht als pflegebedürftig eingestuftten Personen war in den Jahren 2018 bis 2021 mit Werten zwischen 15,6 und 17,5 Prozent deutlich niedriger als im Jahr 2017 (20,7 Prozent).

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

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 weitestmöglich 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 2019 sind die Ergebnisse aus dem Jahr 2020 nicht besonders auffällig. Auch die Verteilung der Pflegegrade entspricht etwa denen der Vorjahre (Abbildung 2.8). Die Zahl der Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen ist im Beobachtungszeitraum kontinuierlich gestiegen. Mit der Einführung der Pflegegrade gab es eine großzügige Überleitung von Pflegestufen auf Pflegegrade und einen Bestandsschutz der gegebenen Leistungsansprüche (Rothgang & Kalwitzki, 2015). Entsprechend gab es mit 636.000 Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen im Jahr 2017 relativ wenige Begutachtungen, die am jeweiligen Status quo etwas ändern könnten. Der Anteil lag nur bei 31,7 Prozent aller Begutachtungen. Bis zum Jahr 2021 ist dieser Anteil mit 1.143.000 Begutachtungen nun auf 46,0 Prozent gestiegen und ist damit fast so groß wie der Anteil der Erstgutachten. Die Widerspruchsgutachten sind deutlich seltener. Sie machen allerdings im Jahr 2020 einen merklichen Sprung von 139.000 auf 182.000. Diese Entwicklung ist zum Teil der gestiegenen Fallzahl der Begutachtungen insgesamt geschuldet. Zwar gab es in den Jahren 2020 und 2021 geänderte Begutachtungsverfahren, die mit ursächlich für die Widersprüche sein könnten. Allerdings sind die Trends in den Resultaten der Erstbegutachtungen davon kaum beeinflusst.

Die Begutachtungsstatistik der MEDICPROOF GmbH ist etwas anders strukturiert (Tabelle 2.5). Neben den Erstgutachten und Veränderungsgutachten werden beispielsweise auch Pflegehilfsmittelgutachten ausgewiesen. Dementsprechend liegt der Anteil der Erstgutachten für das Jahr 2021 nicht wie in der MD-Statistik bei knapp 47, sondern nur bei 40 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 2021 und 2017 um 38,9 Prozent gestiegen, was für die Zukunft auch für

die private Pflegeversicherung zu bedeuten hat, dass auch in ihrem Versicherungsweig die Fallzahlen steigen werden. Nach an anderer Stelle durchgeführten Vorausberechnungen wird der Anstieg deutlich stärker sein als in der SPV (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 61 f.). Im Jahr 2020 ist die Zahl der Auftragseingänge zwar um zwei Prozent zurückgegangen, was mit der Corona-Pandemie im Zusammenhang stehen kann. Im Jahr 2021 ist die Zahl allerdings wieder um 19,6 Prozent gestiegen. Während im Jahr 2020 leichte Verschiebungen in Richtung höherer Pflegegrade zu sehen sind, verschieben sich die Proportionen im Jahr 2021 in Richtung niedrigerer Pflegegrade als in den Jahren zuvor. Dies könnte ein Hinweis auf aufgeschobene Begutachtungen bei leichter Pflegebedürftigkeit im Jahr 2020, dem ersten Corona-Jahr, sein.

Tabelle 2.5: Begutachtungen durch MEDICPROOF in den Jahren 2017 bis 2021

	2017	2018	2019	2020	2021
Auftragseingänge zu Begutachtungen	189.093	206.756	224.161	219.661	262.669
Arten der Begutachtungen in Prozent					
Erstgutachten (inkl. wiederholter Erstgutachten)	51	46	42	43	40
Veränderungsgutachten	26	31	33	36	33
Wiederholungsgutachten	4	5	6	2	7
Pflegehilfsmittelgutachten	7	6	7	7	6
Zweitgutachten	4	4	4	4	4
Sonstiges (u. a. Einstufung nach Aktenlage)	8	8	8	8	10
Pflegegrad aller Einstufungsgutachten in Prozent					
ohne Anspruch	6	6	6	5	6
PG 1	12	12	13	12	14
PG 2	29	29	29	28	29
PG 3	29	28	28	28	28
PG 4	17	18	18	19	17
PG 5	7	7	7	8	7
Pflegegrad aller Erstgutachten in Prozent					
ohne Anspruch	9	9	9	8	10
PG 1	17	18	20	20	22
PG 2	37	37	37	37	36
PG 3	26	24	23	24	22
PG 4	9	9	8	9	8
PG 5	3	3	3	3	3

Quelle: MEDICPROOF (2022); Rothgang & Müller (2021, S. 76)

Ebenso wie in der MD-Statistik gibt es einen höheren Anteil mit niedrigeren Pflegegraden. Der Anteil der als nicht leistungsberechtigt eingestuften Personen liegt bei den PPV-Begutachtungen mit durchschnittlich sechs Prozent aller Einstufungsgutachten und neun Prozent aller Erstgutachten deutlich niedriger als bei den Begutachtungen der SPV-Versicherten. Wenn PPV-Versicherte erstmals positiv begutachtet wurden, dann resultierte daraus häufiger ein höherer Schweregrad als bei SPV-Versicherten.

Detailliertere Ergebnisse zu den Erstbegutachtungen zur Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst und die Knappschaft liefert die interaktive Grafik auf der Website des bifg.

2.1.4 Pflegeeintritt und Inzidenz



www.bifg.de/Y925Pg

Eintritte allgemein

Wie viele Menschen in einem gegebenen Zeitraum leistungsberechtigt werden (Pflegeeintritte), lässt sich mit den Daten der Pflegestatistik nicht darstellen. Da die Empfehlungen der Begutachtungen üblicherweise von den Pflegekassen übernommen werden, liefert die Begutachtungsstatistik hierzu aber gute Hinweise. Allerdings lassen sich die veröffentlichten Angaben der Begutachtungsstatistik nicht regional differenzieren. Daher wird hierzu nachfolgend auf Hochrechnungen auf Basis der BARMER-Routinedaten zurückgegriffen. Tabelle 2.6 zeigt zunächst die Zahl der Pflegeeintritte im Zeitraum von 2017 bis 2021. In Abbildung 2.9 sind diese Zahlen in Relation zur nicht pflegebedürftigen Bevölkerung gesetzt, womit die Pflegeinzidenz abgebildet wird.

Rückgang der Pflegeeintritte im Jahr 2018 und Anstieg seither

Nach den Hochrechnungen der BARMER-Daten auf die Bundesbevölkerung gab es 2017 insgesamt 1,03 Millionen Pflegeeintritte. Nach diesem ersten Jahr mit einer Begutachtung nach dem neuen Begutachtungsinstrument verringerte sich die Zahl im nächsten Jahr auf 0,97 Millionen Pflegeeintritte. Nachfolgend stieg die Zahl kontinuierlich an. Im Vergleich mit dem Jahr 2017 liegt die Zahl der Pflegeeintritte im Jahr 2021 nun schon um mehr als drei Prozent höher.

Tabelle 2.6: Eintritt in die Pflegebedürftigkeit nach Jahren im Ländervergleich

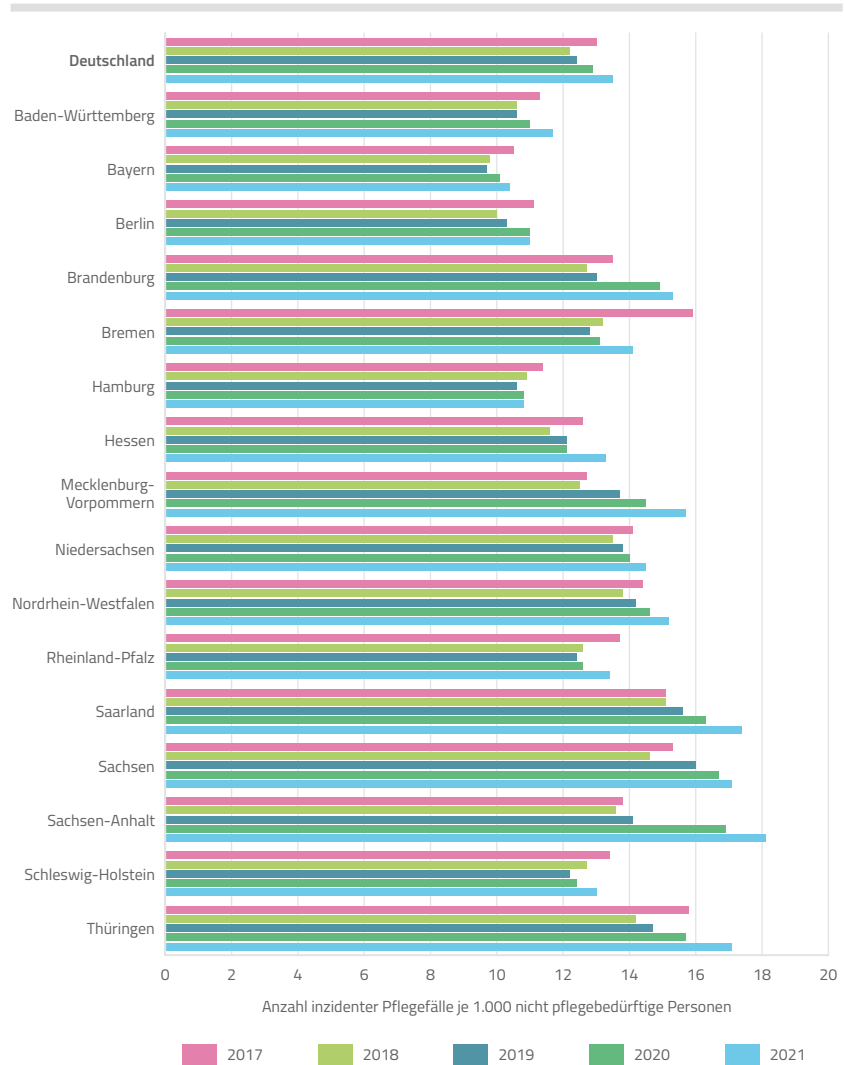
Land	Jahr					Anstieg 2021 zu 2017 in Prozent
	2017	2018	2019	2020	2021	
Baden-Württemberg	120.060	113.172	113.112	116.376	124.272	4
Bayern	133.104	123.816	122.256	128.244	132.036	-1
Berlin	38.688	35.220	36.396	38.496	38.532	0
Brandenburg	32.460	30.504	31.152	35.760	36.612	13
Bremen	10.344	8.568	8.292	8.436	9.000	-13
Hamburg	20.244	19.332	18.816	19.188	19.068	-6
Hessen	75.864	69.576	72.720	72.540	79.368	5
Mecklenburg-Vorpommern	19.692	19.140	20.940	22.080	23.820	21
Niedersachsen	107.748	102.180	103.956	105.360	109.308	1
Nordrhein-Westfalen	247.932	235.932	241.716	247.212	255.324	3
Rheinland-Pfalz	53.688	49.248	48.552	49.356	52.092	-3
Saarland	14.448	14.316	14.616	15.156	16.080	11
Sachsen	59.796	56.412	61.356	63.684	64.608	8
Sachsen-Anhalt	29.496	28.716	29.328	34.788	36.936	25
Schleswig-Holstein	37.380	35.220	33.756	34.260	35.964	-4
Thüringen	32.472	28.860	29.604	31.320	33.768	4
Deutschland	1.033.476	970.200	986.556	1.022.256	1.066.812	3

Anmerkung: Inzidenz = Pflegegrad 1 oder höher, wenn gleichzeitig in den zwölf Monaten zuvor kein Pflegegrad 1 oder höher vorlag

Quelle: BARMER-Daten 2017 bis 2021, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Ähnliche Entwicklungen finden sich in den meisten Bundesländern. In allen Bundesländern hat nach 2017 zunächst ein Rückgang der Pflegeeintritte stattgefunden. Insbesondere in ostdeutschen Ländern gab es dann aber eine besonders starke Zunahme. In Sachsen-Anhalt (+25 Prozent), in Mecklenburg-Vorpommern (+21 Prozent) und in Brandenburg (+13 Prozent) fielen die Steigerungen zwischen 2017 und 2021 am stärksten aus (Tabelle 2.6). Die höheren Anstiege in diesen Ländern implizieren dort auch in naher Zukunft einen höheren Pflegebedarf.

Abbildung 2.9: Jahresinzidenz der Pflegebedürftigkeit je 1.000 nicht pflegebedürftige Personen



Anmerkung: Inzidenz = Pflegegrad 1 oder höher, wenn gleichzeitig in den zwölf Monaten zuvor kein Pflegegrad 1 oder höher vorlag

Quelle: BARMER-Daten 2017 bis 2021, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Dass diese Entwicklung nicht auf einen Anstieg der Bevölkerungszahlen zurückzuführen ist, zeigt die Abbildung der Inzidenzen (Abbildung 2.9). Auch je 1.000 nicht pflegebedürftige Personen hat die Zahl der Neufälle im gleichen Umfang zugenommen. Nachdem im Jahr 2017 noch 13,0 Promille der nicht pflegebedürftigen Bevölkerung innerhalb des Jahres pflegebedürftig wurden, sank die Inzidenz zunächst auf 12,2 Promille im Jahr 2018 und stieg anschließend auf 13,5 Promille im Jahr 2021. Etwa 13 von 1.000 nicht pflegebedürftigen Personen werden also innerhalb eines Jahres pflegebedürftig.

Rund 13 von 1.000
werden innerhalb eines
Jahres pflegebedürftig.

Die Unterschiede in den Inzidenzen zwischen den Ländern haben sich zwischen 2017 und 2021 teilweise sogar noch verstärkt: So finden sich in Bayern, Berlin, Hamburg und Baden-Württemberg auch im Jahr 2021 nur Inzidenzen unter zwölf Promille, während diese in den ostdeutschen Ländern, im Saarland und in Nordrhein-Westfalen über 15 Promille liegen. Gleichzeitig sind auch in Bayern, Berlin, Hamburg und Baden-Württemberg die Bevölkerungszahlen um knapp ein Prozent oder deutlich mehr als ein Prozent gestiegen, während sie in Bremen (–0,67 Prozent), im Saarland (–1,19 Prozent), in Sachsen (–0,94 Prozent), Sachsen-Anhalt (–2,42 Prozent) und Thüringen (–1,97 Prozent) sogar rückläufig waren (Statistisches Bundesamt, 2022b). Unterschiedliche Wanderungsbewegungen können Auswirkungen auf den Zähler wie auf den Nenner der Inzidenz haben. Auszugehen ist davon, dass die jüngeren und gesünderen Menschen in die prosperierenden Regionen ziehen und die älteren und kränkeren in den anderen Regionen zurückbleiben.

Eintritte in die vollstationäre Dauerpflege

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen (§ 2 SGB XI). Entsprechend soll die Pflegeversicherung mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können (§ 3 SGB XI). Vor diesem Hintergrund stellen Tabelle 2.7 und Abbildung 2.10 dar, wie sich die Zahl der Eintritte in die vollstationäre Pflege und die Jahresinzidenz bundesweit und regional geändert haben. Erfasst werden dabei alle Eintritte in die vollstationäre Dauerpflege, gleich ob mit oder ohne vorherige ambulante Pflege.

Tabelle 2.7: Eintritte in die vollstationäre Dauerpflege nach Jahren im Ländervergleich

Land	Jahr					Anstieg 2021 zu 2017 in Prozent
	2017	2018	2019	2020	2021	
Baden-Württemberg	35.532	40.248	44.352	35.868	43.668	23
Bayern	45.312	45.792	46.944	42.828	70.524	56
Berlin	11.316	12.072	11.436	10.200	19.068	69
Brandenburg	8.112	8.544	8.940	8.724	12.180	50
Bremen	2.376	2.664	2.592	2.544	3.456	45
Hamburg	6.216	6.420	7.800	6.528	6.888	11
Hessen	20.160	22.668	21.792	20.592	26.040	29
Mecklenburg-Vorpommern	5.436	5.556	5.508	5.544	6.780	25
Niedersachsen	32.652	35.736	36.120	34.092	44.148	35
Nordrhein-Westfalen	62.472	68.136	65.832	65.028	81.684	31
Rheinland-Pfalz	14.712	16.320	15.996	14.268	17.544	19
Saarland	4.272	3.900	4.188	4.272	4.980	17
Sachsen	16.320	17.904	28.008	16.524	23.652	45
Sachsen-Anhalt	8.460	10.416	9.312	9.492	14.544	72
Schleswig-Holstein	11.664	12.000	14.316	11.088	13.944	20
Thüringen	8.292	9.312	8.640	8.388	13.860	67
Deutschland	293.304	317.724	331.812	296.016	402.960	37

Anmerkung: Inzidenz = Eintritt in die vollstationäre Dauerpflege mit Pflegegrad 1 oder höher, wenn gleichzeitig in den zwölf Monaten zuvor keine vollstationäre Dauerpflege mit Pflegegrad 1 oder höher vorlag

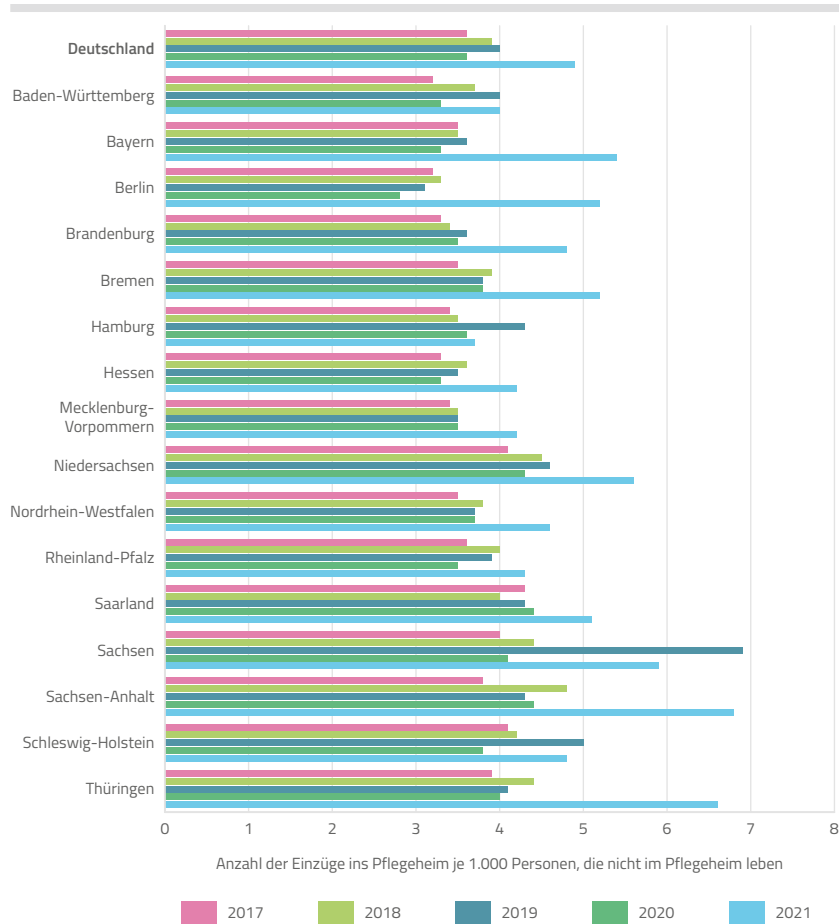
Quelle: BARMER-Daten 2017 bis 2021, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Rückgang der Eintritte
in die vollstationäre
Pflege im ersten Corona-
Jahr und Aufholeffekt im
Jahr 2021

Nach den Hochrechnungen der BARMER-Daten ist die Gesamtzahl der Eintritte in die Pflegebedürftigkeit im Jahr 2018 rückläufig gewesen und in den Folgejahren kontinuierlich gestiegen (Tabelle 2.6). Dabei liegt der Gesamtanstieg im Vergleich der Jahre 2021 mit 2017 bei drei Prozent. Im Vergleich dazu fällt die Steigerung der Zahl der Heimeintritte um 37 Prozent im Vergleich der Jahre 2021 und 2017 weitaus höher aus (Tabelle 2.7). Diese besondere Steigerungsrate scheint aber teilweise durch die Reaktionen auf die COVID-19-Pandemie bedingt. Denn in den Jahren 2017 bis 2019 zeichnete sich ein stetiger und gleichmäßiger Anstieg ab, der aber im Jahr 2020 vehement unterbrochen wurde. Statt eines gleichmäßigen Anstiegs auf rund 350.000 oder 360.000 kam es zu einer Reduktion auf rund 296.000 Eintritte in die vollstationäre Dauerpflege. Die Eintrittszahlen aus dem Jahr 2021 passen eher wieder in den langfristigen Trend, sie fallen aber höher aus, als aus dem langfristigen Trend zu erwarten wäre. Hier lässt sich somit auch ein Aufholeffekt aus

dem Jahr 2020 vermuten (siehe auch Kapitel 3). Die größten Zuwächse im Vergleich der fünf Jahre lassen sich in Sachsen-Anhalt (+72 Prozent), Berlin (+69 Prozent) und Thüringen (+67 Prozent) beobachten. Die geringsten Anstiege finden sich in Hamburg (+11 Prozent), im Saarland (+17 Prozent) und in Rheinland-Pfalz (+19 Prozent).

Abbildung 2.10: Jahresinzidenz der vollstationären Dauerpflege je 1.000 Personen außerhalb der Einrichtungen



Anmerkung: Inzidenz = Eintritt in die vollstationäre Dauerpflege mit Pflegegrad 1 oder höher, wenn gleichzeitig in den zwölf Monaten zuvor keine vollstationäre Dauerpflege mit Pflegegrad 1 oder höher vorlag

Quelle: BARMER-Daten 2017 bis 2021, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

5 je 1.000 Versicherte kamen 2021 ins Pflegeheim.

Die Inzidenz – also die Zahl der Heimeintritte je 1.000 Personen außerhalb der vollstationären Versorgung – entwickelt sich deutschlandweit entsprechend den Fallzahlen, was dadurch bedingt ist, dass sich der Nenner – also die Bevölkerung außerhalb des Pflegeheims – nicht gravierend ändert. Der deutschlandweite Anstieg von 3,6 Promille auf 4,9 Promille findet sich in ähnlicher Form in den meisten Bundesländern wieder. Allerdings bleibt das Niveau in Baden-Württemberg, Hamburg und Hessen weiterhin deutlich unter dem Bundesdurchschnitt.



www.bifg.de/Y925PG

2.1.5 Beendigung von Pflegebedürftigkeit

Die Beendigung des Leistungsanspruchs gegenüber der Pflegeversicherung kann durch den Tod erfolgen oder dadurch, dass die Voraussetzung für eine Leistungsberechtigung durch eine Rückstufung nicht mehr erfüllt ist. Ein Erlöschen der Leistungsberechtigung durch Rückstufung erfolgt häufig bei jungen Pflegebedürftigen (Rothgang et al., 2017, S. 122). Mit steigendem Alter wird diese Form der Beendigung seltener. Stattdessen steigt mit dem Alter die Wahrscheinlichkeit rapide an, innerhalb des Folgejahres zu versterben.

Ein weiterer Aspekt, der den Beendigungsgrund mitbestimmt, ist das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit zu Beginn der Pflegebedürftigkeit. Pflegebedürftige, die schon zu Beginn der Pflegebedürftigkeit schwerstpflegebedürftig (Pflegestufe III) waren, sind im Durchschnitt deutlich schneller verstorben als diejenigen, die zu Beginn nur erheblich pflegebedürftig (Pflegestufe I) waren (Rothgang et al., 2016, S. 167).

starker Anstieg der Zahl der Todesfälle

Vor dem Hintergrund einer stark steigenden Zahl an Pflegebedürftigen nimmt auch die Zahl der Todesfälle und anderer Beendigungsgründe zu (Tabelle 2.8). Dabei liegt der Anteil der Beendigungen durch den Tod bei etwa 98 bis 99 Prozent. Die Zahl der Beendigungen durch den Tod liegt nach den Hochrechnungen mit den BARMER-Daten für das Jahr 2017 bei etwa 572.000 und im Jahr 2021 bei gut 685.000. Ein weiterer Faktor für die erhöhte Zahl der Beendigungen im Jahr 2021 ist zudem die COVID-19-Pandemie (siehe hierzu Kapitel 3).

Tabelle 2.8: Zahl der Todesfälle und anderer dauerhafter Beendigungen der Pflegebedürftigkeit in den Jahren 2017 und 2021 im Ländervergleich

Land	2017		2021	
	Tod	andere Beendigung	Tod	andere Beendigung
Baden-Württemberg	69.816	792	81.876	1.862
Bayern	76.824	1.332	94.104	2.458
Berlin	21.228	168	23.580	365
Brandenburg	18.648	108	24.096	182
Bremen	5.484	72	5.820	96
Hamburg	10.908	276	13.404	576
Hessen	42.672	648	49.992	1.114
Mecklenburg-Vorpommern	11.460	84	15.012	173
Niedersachsen	60.432	720	72.204	1.421
Nordrhein-Westfalen	128.388	984	152.112	2.064
Rheinland-Pfalz	29.328	192	34.020	480
Saarland	7.968	24	9.792	125
Sachsen	32.640	180	40.584	490
Sachsen-Anhalt	17.136	156	22.584	288
Schleswig-Holstein	21.408	408	24.480	682
Thüringen	17.232	156	21.048	442
Deutschland	571.584	6.300	684.672	12.797

Anmerkung: ohne Pflegegrad 1; dauerhafte Beendigung = in den folgenden zwölf Monaten liegt keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 oder höher vor.

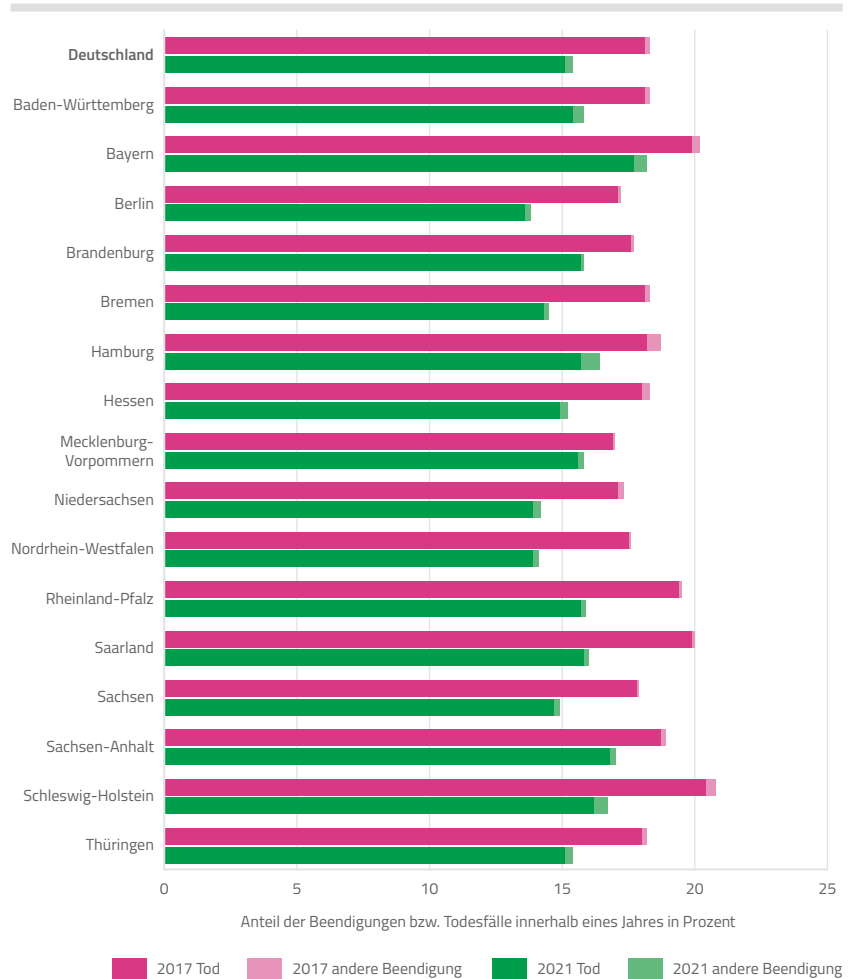
Quelle: BARMER-Daten 2017 und 2021, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Bezieht man die Zahl der Todesfälle und der sonstigen Beendigungen der Pflegebedürftigkeit auf die Zahl der Pflegebedürftigen, dann sinkt die jährliche Beendigungswahrscheinlichkeit sogar. Im Jahr 2017 verstarben noch 18,1 Prozent der Pflegebedürftigen innerhalb eines Jahres. Zum Jahr 2021 reduzierte sich die Mortalitätsrate auf 15,1 Prozent. Die Beendigung aus anderem Grund stieg von 0,2 Prozent auf 0,3 Prozent (Abbildung 2.11). Die jährliche Austrittswahrscheinlichkeit je Pflegebedürftigen ist somit zurückgegangen. Ursache für diese Entwicklung ist insbesondere die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen mit geringeren Schweregraden. Diese haben im Durchschnitt eine

deutlicher Rückgang des Anteils der Pflegebedürftigen, die innerhalb eines Jahres versterben

längere Überlebenszeit (Rothgang & Müller, 2019, S. 70). Mit der Ausbreitung der COVID-19-Erkrankung sind zeitweilig unterschiedliche Entwicklungen zu beobachten (siehe Kapitel 3).

Abbildung 2.11: Prozentualer Anteil der Todesfälle oder anderer dauerhafter Beendigungen innerhalb eines Jahres (2017 und 2021)



Anmerkung: ohne Pflegegrad 1; dauerhafte Beendigung = in den folgenden zwölf Monaten liegt keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 oder höher vor.

Quelle: BARMER-Daten 2017 und 2021, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Bayern fällt nicht nur durch sehr niedrige Inzidenzen (Kapitel 2.1.4), sondern auch durch höhere Beendigungsraten auf (Abbildung 2.11). Damit lässt sich in Teilen auch die besonders geringe Pflegeprävalenz (Kapitel 2.1.2) in Bayern erklären. Besonders geringe Mortalitätsraten finden sich in Berlin, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. Eine Verringerung der Mortalitätsrate hat es in allen Bundesländern gegeben. Am deutlichsten fiel diese in Schleswig-Holstein (−4,2 Prozentpunkte) und im Saarland (−4,1 Prozentpunkte) aus. Diese verringerte Mortalitätsrate ist aber das Resultat einer erhöhten Sterbefallzahl bei gleichzeitig gestiegener Inzidenz mit geringen Pflegegraden.

2.1.6 Fazit zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

In der Berichterstattung dieses Reports wurde in der Regel Bezug auf die Pflegebedürftigen genommen, die nach 2017 mindestens Pflegegrad 1 hatten. Auch auf Grundlage dieser Definition verzeichnet die Pflegestatistik mit 4,13 Millionen Pflegebedürftigen am Jahresende 2019 den bisher höchsten Stand. Zwei wesentliche Faktoren lassen sich als Gründe für diesen Anstieg anführen: Erstens haben die Reformen in der Pflegeversicherung zu einer Ausweitung der Leistungsberechtigung und der Leistungen geführt. Mit der Umstellung auf die Pflegegrade durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) wurden kognitive Einschränkungen mehr berücksichtigt als vormalig mit der Erfassung durch Pflegestufen. Zudem wurde unterhalb der bisherigen Leistungsansprüche noch ein Pflegegrad 1 eingeführt. Der Einführungseffekt durch die Umstellung auf Pflegegrade ist noch nicht beendet. Zweitens sind neben den Auswirkungen des Leistungsumfanges und des Leistungszugangs noch die demografischen Entwicklungen zu nennen, die einen Effekt auf die Zahl der Pflegebedürftigen haben. Aufgrund der demografischen Alterung sind immer mehr Menschen in das pflegerelevante Alter vorgerückt. Die Fallzahlzunahmen sind derzeit aber mehr den Einführungseffekten durch die Pflegegrade geschuldet als der demografischen Entwicklung (Rothgang & Müller, 2021, S. 146).

Der mit der Pflegestatistik derzeit abbildbare Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen fiel dabei im Zweijahresintervall von 2017 bis 2019 mit rund 21 Prozent sehr groß aus und erreichte in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz sogar Zuwachsraten von mehr als 25 Prozent. Für das Zweijahresintervall von 2019 bis 2021 lassen sich mit den BARMER-Daten noch aktuellere Entwicklungen aufzeigen. Hier zeigt sich eine Steigerung auf Bundesebene von gut 17 Prozent. Diese Steigerungsrate liegt sogar noch etwas über

der im BARMER Pflegereport 2021 projizierten Steigerung von 16,2 Prozent. Die höchsten Steigerungsraten von über 21 Prozent finden sich im Saarland und in Sachsen-Anhalt.

Alle Zahlen sprechen für ein weiteres Wachstum der Zahl der Pflegebedürftigen.

Die aktuellen Zuwächse bei der Zahl der Pflegebedürftigen sind im Wesentlichen auf die Entwicklungen in den niedrigen Pflegegraden zurückzuführen. Im Zweijahresintervall von 2019 bis 2021 gab es in den Pflegegraden 2 und 3 eine Zunahme von rund 15 beziehungsweise 18 Prozent, während die Zahl mit Pflegegrad 4 nur um knapp 9 Prozent und mit Pflegegrad 5 nur um knapp drei Prozent gestiegen ist. Mit über 43 Prozent ist der Anstieg aber bei Pflegegrad 1 deutlich am höchsten. Pflegebedürftige, die mit geringeren Pflegegraden pflegebedürftig werden, haben eine längere Pflegedauer zu erwarten. Da insgesamt der Anteil der inzidenten Fälle mit geringeren Pflegegraden sehr zugenommen hat, wird in Zukunft im Durchschnitt mit immer längeren Pflegedauern zu rechnen sein.

Entsprechend der Steigerung der Fallzahlen mit geringen Pflegegraden entwickeln sich aktuell auch die Anteile der Versorgungsarten. Die wesentlichen Zunahmen finden sich beim Bezug von Pflegegeld (+19 Prozent im Zeitraum von 2019 bis 2021) mit dem Maximum im Saarland mit gut 27 Prozent und dem Minimum von 15 Prozent in Bayern. Die Heimpflege wiederum stagniert oder ist sogar rückläufig. So ist ein größerer Anstieg der Zahl der Pflegeheimbewohner mit rund zwei Prozent nur noch in Bremen und Nordrhein-Westfalen zu beobachten. Der größte Anstieg von rund 44 Prozent findet aber bei denjenigen ohne Pflegegeldbezug und ohne die Nutzung von Pflegeeinrichtungen statt. Dies sind in der Regel Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1.

Weitere Gründe für die Wahl der Versorgungsarten liegen auch in der Struktur der familialen Netzwerke (Schneekloth et al., 2017, S. 244), in der individuellen Einkommenssituation (Unger et al., 2015) sowie in der gegebenen Angebotsstruktur (Rothgang et al., 2016, S. 105, 110) im ambulanten und stationären Sektor.

Die Gesamtprävalenz ist von der Bevölkerungsstruktur abhängig. Je höher der Anteil der jungen und gesunden Menschen in einem Bundesland ist, desto geringer ist folglich der Anteil der Pflegebedürftigen. Die großen Zuwanderungsraten junger und gesunder Men-

schen nach Bayern, Berlin und Hamburg sorgen dort für eine geringere Gesamtpflegeprävalenz. Eine Standardisierung relativiert zwar die Unterschiede, dennoch zeigen sich auch dabei höhere Gesamtpflegeprävalenzen in den ostdeutschen Bundesländern.

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 Personen werden in Kapitel 2.2.3 behandelt. Differenzierte Ergebnisse zu Pflegeeinrichtungen nach Träger und Einrichtungsart und dem Personal in Pflegeeinrichtungen können in Form interaktiven Grafiken auf der bifg-Website abgerufen werden.



www.bifg.de/Y925P5

2.2.1 Ambulante Pflegedienste

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste (Tabelle 2.9) beläuft sich im Jahr 2019 auf 14.688, wovon sich 66,5 Prozent in privater Trägerschaft befinden. Der größte Teil der anderen Pflegedienste ist in freigemeinnütziger und nur ein kleiner Teil in öffentlicher Trägerschaft. Daher werden die öffentlichen Träger nachfolgend mit den freigemeinnützigen zusammengefasst. Zwar gibt es annähernd doppelt so viele private wie freigemeinnützige oder öffentliche Pflegedienste. Wird hingegen die Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen zugrunde gelegt, dominieren die privaten Pflegedienste nur noch leicht (Tabelle 2.10): 52,3 Prozent der durch Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen werden von privaten Pflegediensten versorgt, während 47,7 Prozent von freigemeinnützigen oder öffentlichen Diensten versorgt werden.

2 von 3 Pflegediensten
in privater Trägerschaft

Allerdings variiert die Trägerschaft je nach Bundesland. Während in Berlin (80,4 Prozent) und Hamburg (75,7 Prozent) mehr als drei Viertel der Pflegedienste in privater Trägerschaft sind, sind es in Baden-Württemberg „nur“ rund die Hälfte (54,6 Prozent). Entsprechend sind die Anteile der Pflegedienste in freigemeinnütziger oder öffentlicher Trägerschaft in Baden-Württemberg (45,4 Prozent) am höchsten. Auch in Thüringen (44,1 Prozent), Mecklenburg-Vorpommern (38,8 Prozent) und Bayern (37,8 Prozent) sind diese Anteile noch etwa doppelt so hoch wie in Berlin (19,6 Prozent).

Tabelle 2.9: Ambulante Pflegedienste nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 2017 und 2019

Land	2017		2019	
	insgesamt	davon privat	insgesamt	davon privat
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
Baden-Württemberg	1.122	52,2	1.203	54,6
Bayern	1.996	60,5	2.077	62,2
Berlin	613	78,5	634	80,4
Brandenburg	722	63,3	765	63,5
Bremen	117	65,0	115	65,2
Hamburg	366	76,0	378	75,7
Hessen	1.186	74,4	1.266	75,6
Mecklenburg-Vorpommern	489	60,5	513	61,4
Niedersachsen	1.312	67,6	1.350	68,4
Nordrhein-Westfalen	2.823	68,3	2.961	68,6
Rheinland-Pfalz	516	64,3	539	65,5
Saarland	122	70,5	124	64,5
Sachsen	1.121	68,7	1.149	68,0
Sachsen-Anhalt	613	68,5	645	68,8
Schleswig-Holstein	475	61,5	497	63,4
Thüringen	457	58,0	472	55,9
Deutschland	14.050	65,8	14.688	66,5

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020a), eigene Berechnungen

Im Vergleich zum Jahr 2017 hat sich die Trägerstruktur im Jahr 2019 weitgehend zugunsten der privaten Träger verschoben. Dieser Trend zeigt sich seit Anbeginn der Pflegestatistik in den meisten Bundesländern (Rothgang et al., 2020c, S. 91). In einigen Ländern kam es zuletzt aber auch zum Rückgang der Privatisierung. Zu nennen sind hier insbesondere das Saarland mit minus 6,0 Prozentpunkten und Thüringen mit minus 2,1 Prozentpunkten (Tabelle 2.9).

Die Zahl der Pflegedienste allein ist jedoch wenig aussagekräftig, weil die Größe der Dienste erheblich variiert. Zur Beurteilung des Versorgungspotenzials in den ambulanten Pflegediensten kann auf die Zahl der versorgten Personen oder die Zahl der Beschäftigten zurückgegriffen werden.

Tabelle 2.10: Von ambulanten Pflegediensten betreute Pflegebedürftige nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 2017 und 2019

Land	2017		2019	
	insgesamt	davon privat	insgesamt	davon privat
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
Baden-Württemberg	75.303	31,2	92.467	32,4
Bayern	97.591	41,9	117.382	43,4
Berlin	34.550	70,5	38.433	72,2
Brandenburg	38.422	55,7	43.554	56,3
Bremen	8.210	48,4	8.902	57,2
Hamburg	18.950	70,7	22.402	70,4
Hessen	60.501	59,0	67.906	59,5
Mecklenburg-Vorpommern	26.337	54,8	30.853	55,8
Niedersachsen	96.524	52,4	104.279	54,8
Nordrhein-Westfalen	182.043	54,5	225.506	56,4
Rheinland-Pfalz	35.976	42,6	44.825	42,0
Saarland	9.871	51,1	10.826	43,9
Sachsen	60.247	57,8	71.452	56,1
Sachsen-Anhalt	30.439	60,7	37.666	59,2
Schleswig-Holstein	26.112	49,8	31.689	51,5
Thüringen	28.882	48,5	34.462	45,8
Deutschland	829.958	51,6	982.604	52,3

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020a), eigene Berechnungen

Von ambulanten Pflegediensten versorgte Pflegebedürftige sind im Bundesdurchschnitt inzwischen mehrheitlich durch private Pflegedienste versorgt. Dieser Anteil ist ebenso kontinuierlich gestiegen wie der Anteil der privaten Pflegedienste – jedoch auf einem niedrigeren Niveau. Dieser Privatisierungstrend ist im langfristigen Trend in allen Bundesländern zu sehen (Rothgang et al., 2020c, S. 92). Im Jahr 2017 waren es 51,6 Prozent und im Jahr 2019 waren es 52,3 Prozent der Pflegebedürftigen (Tabelle 2.10). Allerdings gibt es auch aktuell noch Bundesländer, in denen der Privatanteil deutlich unter 50 Prozent liegt. In Baden-Württemberg liegt der Anteil sogar nur bei 32,4 Prozent. In einzelnen Ländern stagnierten die Anteile der von privaten Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen zuletzt oder waren wie im Saarland von 51,1 Prozent auf 43,9 Prozent sogar rückläufig.

Verlangsamung und
Stagnation des
Privatisierungstrends

Tabelle 2.11: Pflegebedürftige je Pflegedienst nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 2017 und 2019

	2017		2019	
	Anzahl		Anzahl	
	insgesamt	privat	insgesamt	privat
Baden-Württemberg	67,1	40,1	76,9	45,6
Bayern	48,9	33,9	56,5	39,5
Berlin	56,4	50,7	60,6	54,4
Brandenburg	53,2	46,8	56,9	50,4
Bremen	70,2	52,3	77,4	67,9
Hamburg	51,8	48,2	59,3	55,2
Hessen	51,0	40,4	53,6	42,2
Mecklenburg-Vorpommern	53,9	48,8	60,1	54,7
Niedersachsen	73,6	57,0	77,2	61,9
Nordrhein-Westfalen	64,5	51,5	76,2	62,6
Rheinland-Pfalz	69,7	46,2	83,2	53,3
Saarland	80,9	58,6	87,3	59,5
Sachsen	53,7	45,3	62,2	51,4
Sachsen-Anhalt	49,7	44,0	58,4	50,2
Schleswig-Holstein	55,0	44,5	63,8	51,8
Thüringen	63,2	52,9	73,0	59,8
Deutschland	59,1	46,3	66,9	52,6

Quelle: Statistisches Bundesamt (2020a)

Private Pflegedienste sind kleiner.

Private Pflegedienste sind im Durchschnitt kleiner und versorgen weniger Pflegebedürftige. Während die durchschnittliche Zahl der versorgten Pflegebedürftigen je Pflegedienst in Deutschland von 2017 bis 2019 von 59,1 auf 66,9 zugenommen hat, stieg diese Zahl bei den privaten Anbietern nur von 46,3 auf 52,6 Pflegebedürftige. In Hessen sind die Pflegedienste im Durchschnitt am kleinsten. Sie versorgen im Durchschnitt 53,6 Pflegebedürftige. Durch private Pflegedienste werden dort durchschnittlich 42,2 Pflegebedürftige versorgt. Die meisten Pflegebedürftigen versorgen im Durchschnitt die Pflegedienste im Saarland (87,3 insgesamt und 59,5 privat) (Tabelle 2.11).

Tabelle 2.12: Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2019

	insgesamt	Vollzeit	Teilzeit			Sonstige*	VZÄ
			über 50 Prozent	bis 50 Prozent, nicht geringfügig	geringfügig		
	Anzahl	Anteil davon in Prozent					Anzahl
Baden-Württemberg	39.159	20,3	30,2	23,8	22,1	3,7	23.940
Bayern	56.166	26,6	31,7	17,2	22,6	1,8	36.370
Berlin	22.717	38,9	38,1	7,5	13,4	2,1	17.101
Brandenburg	19.067	32,4	53,3	5,5	7,0	1,7	14.782
Bremen	4.741	18,2	42,6	13,1	22,7	3,4	3.006
Hamburg	12.409	29,6	32,2	10,5	24,0	3,7	8.245
Hessen	31.616	31,3	30,0	16,3	19,8	2,5	21.316
Mecklenburg-Vorpommern	12.483	32,9	53,9	5,0	6,2	2,0	9.754
Niedersachsen	42.839	20,3	42,2	17,0	17,6	3,0	28.063
Nordrhein-Westfalen	91.189	28,2	31,5	15,1	18,9	6,3	60.684
Rheinland-Pfalz	16.342	28,9	29,6	18,1	18,0	5,5	10.864
Saarland	3.981	26,2	29,2	17,8	19,3	7,5	2.576
Sachsen	28.044	27,8	55,9	6,1	6,4	3,8	21.307
Sachsen-Anhalt	13.918	35,1	50,7	7,4	4,7	2,1	10.953
Schleswig-Holstein	14.075	24,1	39,3	16,4	17,8	2,4	9.376
Thüringen	12.804	34,6	48,8	5,8	6,7	4,0	9.930
Deutschland	421.550	27,8	37,5	14,2	16,9	3,6	288.268

* Unter Sonstige fallen Praktikanten, Schüler, Auszubildende, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr, Helfer im Bundesfreiwilligendienst, vormals auch Zivildienstleistende.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2021d), eigene Berechnungen

Tabelle 2.12 zeigt die unterschiedlichen Beschäftigungsumfänge in den Bundesländern. In Ostdeutschland – inklusive Berlin – liegt die Vollzeitbeschäftigtenquote meistens deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Sie reicht von 27,8 Prozent in Sachsen bis 38,9 Prozent in Berlin. In Westdeutschland liegen die Vollzeitbeschäftigtenquoten zwischen 18,2 Prozent in Bremen und 31,3 Prozent in Hessen. Die Teilzeitbeschäftigtenquoten mit über 50 Prozent der Regelarbeitszeit sind in Ostdeutschland ebenfalls höher als in Westdeutschland. Sie liegen in Ostdeutschland zwischen 38,1 Prozent in Berlin und 55,9 Prozent in Sachsen. In Westdeutschland liegen die Quoten hingegen zwischen

in Ostdeutschland mehr
Vollzeitbeschäftigung



www.bifg.de/Y925PV

29,2 Prozent im Saarland und 42,6 Prozent in Bremen. Entsprechend zeigen sich umgekehrte West-Ost-Unterschiede beim Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit einer Arbeitszeit bis zu 50 Prozent der Regelarbeitszeit und beim Anteil der geringfügig Beschäftigten. Insgesamt haben die Beschäftigten in den Pflegediensten im Osten somit durchschnittlich eine längere vertragliche Arbeitszeit als im Westen.

Um die Arbeitskapazitäten insgesamt bemessen zu können, wird in Tabelle 2.12 zusätzlich die Zahl der VZÄ ausgewiesen, die sich aus der Zahl der Beschäftigten, gewichtet mit der Arbeitszeit der Beschäftigten, ergibt. Die in Ostdeutschland höheren Arbeitszeiten führen deshalb auch zu höheren VZÄ je beschäftigte Person.

Tabelle 2.13: Personal der ambulanten Pflegedienste nach hauptsächlichem Tätigkeitsbereich im Jahr 2019

	insgesamt	Pflege- dienst- leitung	körperbe- zogene Pflege	Betreuung (§ 36 Absatz 2 Satz 3 SGB XI)	Hilfen bei der Haushalts- führung	Verwaltung, Geschäfts- führung	sonstiger Bereich
	Anzahl						
Baden-Württemberg	39.159	4,3	61,4	3,9	20,6	4,7	5,2
Bayern	56.166	4,8	71,1	4,3	11,3	4,8	3,7
Berlin	22.717	4,7	72,5	2,5	7,7	6,4	6,2
Brandenburg	19.067	5,4	74,3	2,7	7,3	4,6	5,8
Bremen	4.741	4,4	61,5	12,9	15,9	3,8	1,6
Hamburg	12.409	4,2	65,9	2,4	16,6	5,5	5,4
Hessen	31.616	4,9	69,1	5,3	12,3	4,8	3,6
Mecklenburg- Vorpommern	12.483	5,4	74,1	2,9	7,7	4,1	5,8
Niedersachsen	42.839	4,4	68,8	3,4	14,8	4,5	4,1
Nordrhein-Westfalen	91.189	4,6	63,8	5,9	15,4	4,3	6,1
Rheinland-Pfalz	16.342	4,4	64,2	3,6	19,3	5,3	3,3
Saarland	3.981	4,3	59,5	5,2	21,6	5,2	4,2
Sachsen	28.044	6,1	70,5	4,6	8,8	4,8	5,2
Sachsen-Anhalt	13.918	6,2	73,8	3,7	8,3	4,4	3,5
Schleswig-Holstein	14.075	5,1	64,7	4,0	13,5	5,4	7,2
Thüringen	12.804	5,1	73,7	4,2	9,0	4,2	3,8
Deutschland	421.550	4,8	67,8	4,4	13,3	4,7	4,9

Quelle: Statistisches Bundesamt (2021c)

Im Jahr 2019 waren 421.550 Menschen in den ambulanten Pflegediensten beschäftigt (Tabelle 2.13). Die Pflegestatistik unterscheidet dabei nach den Arbeitsschwerpunkten. Die Beschäftigungsverhältnisse verteilen sich auf folgende Arbeitsschwerpunkte: Pflegedienstleitung (20.380), körperbezogene Pflege (285.868), häusliche Betreuung (18.479), Hilfen bei der Haushaltsführung (56.267), Verwaltung und Geschäftsführung (19.913) sowie sonstige Bereiche (20.643) (Statistisches Bundesamt, 2021c). Anteilig ist damit die körperbezogene Pflege (67,8 Prozent) der Haupttätigkeitsbereich, gefolgt von den Hilfen bei der Haushaltsführung (13,3 Prozent) (Tabelle 2.13). Die körperbezogene Pflege ist vor allem in den ostdeutschen Bundesländern besonders dominant. Hier liegen die Anteile zwischen 70,5 Prozent in Sachsen und 74,3 Prozent in Brandenburg. Hilfen bei der Haushaltsführung sind ein besonders häufiger Tätigkeitsbereich im Saarland (21,6 Prozent) und in Baden-Württemberg (20,6 Prozent).

überwiegender Tätigkeitsbereich: körperbezogene Pflege – insbesondere in Ostdeutschland

Neben den Pflegebedürftigen werden von den ambulanten Pflegediensten auch Patienten in der häuslichen Krankenpflege versorgt. Für die Darstellung des Verhältnisses von Pflegepersonal zu Pflegebedürftigen ist daher der Arbeitsanteil der Pflegekräfte nach SGB XI zu berücksichtigen (Tabelle 2.14). Zum Jahresende 2019 waren bei den ambulanten Pflegediensten in Deutschland 197.656 Pflegefachkräfte (Pfk), 38.954 Pflegehilfskräfte mit Ausbildung (PhmA) und 108.389 Pflegekräfte ohne Ausbildung (PhoA) beschäftigt. Je 100 durch Pflegedienste versorgte Pflegebedürftige sind das 20 Pflegefachkräfte, vier ausgebildete Pflegehilfskräfte und elf Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung. Bezieht man aber nur den Arbeitsanteil nach SGB XI gemessen in VZÄ ein, dann ändern sich die Verhältniszahlen auf neun Pflegefachkräfte, zwei Pflegehilfskräfte mit und fünf ohne Ausbildung je 100 durch Pflegedienste versorgte Pflegebedürftige. Die Verhältniszahl bei den Fachkräften variiert in den Bundesländern zwischen acht und zehn. Bei den Hilfskräften mit Ausbildung sind Schwankungen zwischen eins und vier VZÄ je 100 Pflegebedürftige zu beobachten. Bei den Hilfskräften ohne Ausbildung gibt es sogar Schwankungen von 2 bis 17 VZÄ je 100 Pflegebedürftige. Die größte Unterstützung durch Hilfskräfte findet sich in Brandenburg, Berlin und Hamburg.

besonders in Berlin, Brandenburg und Hamburg viel Unterstützung durch Pflegehilfskräfte

Tabelle 2.14: Pflegepersonal der ambulanten Pflegedienste nach Zuständigkeit und im Vergleich zur Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2019

	Beschäftigte			VZÄ gewichtet mit dem Arbeitsanteil nach SGB XI			Beschäftigte			VZÄ gewichtet mit dem Arbeitsanteil nach SGB XI		
	Anzahl						je 100 Pflegebedürftige					
	Pfk	PhmA	PhoA	Pfk	PhmA	PhoA	Pfk	PhmA	PhoA	Pfk	PhmA	PhoA
Baden-Württemberg	20.965	2.381	5.596	8.686	1.114	1.848	23	3	6	9	1	2
Bayern	28.999	5.166	12.894	10.374	2.736	5.238	25	4	11	9	2	4
Berlin	7.392	2.169	10.174	2.885	1.524	6.549	19	6	26	8	4	17
Brandenburg	7.505	2.731	6.549	3.298	1.937	3.966	17	6	15	8	4	9
Bremen	1.741	553	1.563	757	299	656	20	6	18	9	3	7
Hamburg	4.890	1.473	3.267	2.286	819	1.564	22	7	15	10	4	7
Hessen	13.563	3.435	9.414	5.386	1.674	3.877	20	5	14	8	2	6
Mecklenburg-Vorpommern	5.162	1.464	4.197	2.547	973	2.413	17	5	14	8	3	8
Niedersachsen	19.486	3.675	11.603	7.918	2.002	5.158	19	4	11	8	2	5
Nordrhein-Westfalen	44.355	7.942	20.638	19.936	4.325	7.837	20	4	9	9	2	3
Rheinland-Pfalz	8.607	1.620	2.264	4.012	905	960	19	4	5	9	2	2
Saarland	1.947	296	654	856	181	261	18	3	6	8	2	2
Sachsen	14.043	2.262	7.897	6.830	1.467	4.010	20	3	11	10	2	6
Sachsen-Anhalt	7.026	1.578	3.526	3.911	1.051	1.948	19	4	9	10	3	5
Schleswig-Holstein	5.996	1.328	3.949	2.620	717	1.750	19	4	12	8	2	6
Thüringen	5.979	881	4.204	3.048	575	2.334	17	3	12	9	2	7
Deutschland	197.656	38.954	108.389	85.351	22.297	50.370	20	4	11	9	2	5

Anmerkung: Als Pflegefachkräfte (Pfk) sind erfasst: examinierte Altenpflegekräfte, examinierte Krankenpflegekräfte, examinierte Kinderkrankenpflegekräfte und Beschäftigte mit einem Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität. Als Pflegehilfskräfte mit Ausbildung (PhmA) sind erfasst: staatlich anerkannte Altenpflegehilfskräfte, Krankenpflegehilfskräfte, Familienpfleger und Familienpflegerinnen mit staatlichem Abschluss und Dorfhelfer und Dorfhelferinnen mit staatlichem Abschluss. Als Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung (PhoA) sind erfasst: sonstige pflegerische Berufe sowie andere Berufsgruppen mit Tätigkeitsschwerpunkt in Pflege und Betreuung.
Quelle: FDZ-StaBu (2022), eigene Berechnungen

2.2.2 Stationäre Einrichtungen

Als stationäre Pflegeeinrichtungen sind in der Pflegestatistik alle Einrichtungen erfasst, die Dauer-, Kurzzeit-, Tages- und/oder Nachtpflege anbieten. Von den 15.380 stationären Einrichtungen bieten 9.045 ausschließlich Dauerpflege, 152 ausschließlich Kurzzeitpflege und 3.885 ausschließlich Tagespflege an. In den verbleibenden 2.298 Einrichtungen gibt es verschiedene Kombinationen in der Angebotsstruktur. In privater Trägerschaft befinden sich 6.570 Einrichtungen (42,7 Prozent). In freigemeinnütziger Trägerschaft sind es 7.631 (52,8 Prozent) der stationären Einrichtungen. Nur 695 (4,5 Prozent) Pflegeeinrichtungen befinden sich in öffentlicher Trägerschaft und sind damit relativ selten (Statistisches Bundesamt, 2020c). Daher werden auch hier die freigemeinnützigen und öffentlichen Häuser gemeinsam betrachtet.

Im Vergleich zum Jahr 2017 hat der Anteil der Einrichtungen in privater Trägerschaft nur leicht zugenommen (+0,1 Prozentpunkte) (Tabelle 2.15). Anders als bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen (siehe Kapitel 2.2.1) sind freigemeinnützige und öffentliche Träger im stationären Bereich aber noch häufiger als private.

Die Trägerschaft variiert zum Teil stark nach Bundesland (Tabelle 2.15). Während sich beispielsweise in Schleswig-Holstein (64,0 Prozent) und Niedersachsen (60,1 Prozent) die Mehrzahl der Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft befindet, ist es in Baden-Württemberg (29,3 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (35,4 Prozent) nur rund ein Drittel.

Während in einigen Bundesländern der Anteil in privater Trägerschaft zugenommen hat, ging dieser in anderen auch deutlich zurück. Eine Steigerung der privaten Trägerschaft gab es insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern (+1,8 Prozentpunkte), im Saarland und in Brandenburg (jeweils +1,7 Prozentpunkte). Rückgänge der privaten Trägerschaft gab es insbesondere in Schleswig-Holstein (–2,0 Prozentpunkte) und in Baden-Württemberg (–1,3 Prozentpunkte) (Tabelle 2.15). Insgesamt dominieren die privaten Träger im Norden und die freigemeinnützigen im Süden, Westen und Osten, während die öffentlichen Träger überall nur eine untergeordnete Rolle spielen.



www.bifg.de/Y925P5

Tabelle 2.15: Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 2017 und 2019

	2017		2019	
	insgesamt	davon privat	insgesamt	davon privat
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
Baden-Württemberg	1.777	30,7	1.912	29,3
Bayern	1.885	36,3	2.016	35,7
Berlin	391	48,8	399	50,4
Brandenburg	523	35,4	596	37,1
Bremen	146	37,7	152	38,8
Hamburg	201	53,2	206	54,4
Hessen	905	48,4	955	49,5
Mecklenburg-Vorpommern	446	40,1	498	42,0
Niedersachsen	1.873	60,3	1.964	60,1
Nordrhein-Westfalen	2.824	34,5	2.960	35,4
Rheinland-Pfalz	539	40,8	559	41,9
Saarland	180	38,9	197	40,6
Sachsen	970	44,2	1.058	45,4
Sachsen-Anhalt	633	48,8	688	49,6
Schleswig-Holstein	692	66,0	687	64,0
Thüringen	495	39,4	533	39,6
Deutschland	14.480	42,6	15.380	42,7

Anmerkung: vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege
Quelle: FDZ-StaBu (2022), eigene Berechnungen

Die Kapazitäten in der stationären Versorgung können über die Zahl der Pflegeplätze erfasst werden. Insgesamt weist die Pflegestatistik 969.553 Plätze in stationären Einrichtungen für das Jahresende 2019 aus (Tabelle 2.16). Davon sind 91,4 Prozent im Bereich der vollstationären Pflege (Dauerpflege oder Kurzzeitpflege) (vertiefend in Kapitel 3). Der Rest der stationären Pflegeplätze ist der Tages- beziehungsweise Nachtpflege zuzuordnen. Der Anteil dieser teilstationären Pflegeplätze ist von 7,02 Prozent im Jahr 2017 auf 8,6 Prozent im Jahr 2019 gestiegen. Der Anteil teilstationärer Pflegeplätze ist dabei in Mecklenburg-Vorpommern mit 18,3 Prozent am höchsten.

Tabelle 2.16: Pflegeplätze in stationären Pflegeeinrichtungen und Anteil vollstationärer Plätze (Dauerpflege plus Kurzzeitpflege) in den Bundesländern in den Jahren 2017 und 2019

	2017		2019	
	insgesamt	vollstationär	insgesamt	vollstationär
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
Baden-Württemberg	110.245	93,3	109.289	91,7
Bayern	136.149	94,3	139.463	92,2
Berlin	35.103	94,8	34.300	93,7
Brandenburg	29.777	87,5	31.483	84,9
Bremen	7.571	89,9	7.956	88,8
Hamburg	18.567	95,3	19.462	94,8
Hessen	64.730	94,7	66.374	94,0
Mecklenburg-Vorpommern	23.575	84,7	25.007	81,7
Niedersachsen	113.492	92,3	116.626	90,8
Nordrhein-Westfalen	191.147	94,2	191.459	93,1
Rheinland-Pfalz	45.472	93,7	45.919	92,8
Saarland	13.625	93,4	14.266	92,2
Sachsen	58.201	91,0	61.018	89,3
Sachsen-Anhalt	34.391	90,0	35.403	86,7
Schleswig-Holstein	40.936	94,7	41.117	93,8
Thüringen	29.386	90,2	30.411	88,4
Deutschland	952.367	93,0	969.553	91,4

Anmerkung: Gesamtanzahl entspricht vollstationärer Dauerpflege, Kurzzeitpflege und teilstationärer Pflege

Quelle: Statistisches Bundesamt (2022c), eigene Berechnungen

Mit der Zahl der stationären Pflegeeinrichtungen und der Zahl der Pflegeplätze ist auch die Zahl der durch sie versorgten Pflegebedürftigen gestiegen. Im Jahr 2017 sind 921.298 Pflegebedürftige stationär versorgt worden und im Jahr 2019 waren es schon 957.137 Pflegebedürftige (Tabelle 2.17). Berücksichtigt sind dabei sowohl Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege als auch Pflegebedürftige in Kurzzeitpflege oder teilstationärer Pflege. Die Zunahme der stationären Versorgung beruht überwiegend auf der Zunahme der teilstationären Versorgung (Statistisches Bundesamt, 2018, 2021g).

Tabelle 2.17: Von stationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige in den Bundesländern in den Jahren 2017 und 2019

	2017		2019	
	Anzahl		Anzahl	
	insgesamt	je Einrichtung	insgesamt	je Einrichtung
Baden-Württemberg	107.102	60,3	108.986	57,0
Bayern	126.171	66,9	131.414	65,2
Berlin	32.247	82,5	33.193	83,2
Brandenburg	30.176	57,7	32.383	54,3
Bremen	6.990	47,9	7.465	49,1
Hamburg	17.786	88,5	18.119	88,0
Hessen	60.919	67,3	64.224	67,3
Mecklenburg-Vorpommern	23.944	53,7	25.416	51,0
Niedersachsen	111.808	59,7	116.639	59,4
Nordrhein-Westfalen	191.683	67,9	197.838	66,8
Rheinland-Pfalz	40.521	75,2	42.560	76,1
Saarland	12.874	71,5	13.649	69,3
Sachsen	57.562	59,3	60.637	57,3
Sachsen-Anhalt	33.462	52,9	34.950	50,8
Schleswig-Holstein	38.837	56,1	39.425	57,4
Thüringen	29.216	59,0	30.239	56,7
Deutschland	921.298	63,6	957.137	62,2

Anmerkung: vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege
Quelle: Statistisches Bundesamt (2018, 2021f), eigene Berechnungen

Die im Durchschnitt größten stationären Einrichtungen in dem Sinne, dass dort die meisten Pflegebedürftigen versorgt werden, gibt es in den Stadtstaaten Hamburg und Berlin mit jeweils über 80 Pflegebedürftigen je Einrichtung. Die durchschnittlich kleinsten Einrichtungen gemessen an der Zahl der Pflegebedürftigen gibt es in Bremen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern mit jeweils um die 50 Pflegebedürftigen je Einrichtung. Deutschlandweit hat sich die durchschnittliche Zahl der Pflegebedürftigen je Einrichtung nur leicht reduziert. Sie lag im Jahr 2019 bei 62,2 Pflegebedürftigen je Einrichtung. Beispielsweise in Rheinland-Pfalz, Bremen und Schleswig-Holstein stieg die Zahl der Pflegebedürftigen je Einrichtung, während sie in Brandenburg und Baden-Württemberg deutlich zurückging (Tabelle 2.17).

Tabelle 2.18: Personal in stationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2019

	insgesamt	Vollzeit	Teilzeit			Sons- tige	VZÄ
			über 50 Prozent	bis 50 Prozent, nicht geringfügig	geringfügig		
	Anzahl	Anteil davon in Prozent				Anzahl	
Baden-Württemberg	103.198	26,8	35,0	18,1	10,0	10,2	71.445
Bayern	111.790	34,0	38,7	13,4	7,8	6,1	82.957
Berlin	23.089	40,9	41,1	5,3	5,9	6,8	18.260
Brandenburg	21.219	28,3	56,1	5,6	4,0	6,0	16.347
Bremen	6.418	23,6	48,4	9,8	10,4	7,9	4.560
Hamburg	14.089	40,3	34,6	6,5	10,3	8,4	10.730
Hessen	55.158	32,8	34,2	15,2	9,1	8,6	39.767
Mecklenburg-Vorpommern	16.960	23,9	61,2	5,2	3,8	5,8	12.968
Niedersachsen	95.362	27,7	42,4	13,9	9,8	6,1	68.137
Nordrhein-Westfalen	181.943	26,0	38,2	17,9	8,5	9,4	127.103
Rheinland-Pfalz	35.614	30,1	33,9	17,5	8,5	10,0	25.284
Saarland	11.225	43,4	24,6	13,5	6,2	12,2	8.556
Sachsen	43.692	21,5	63,2	5,7	3,3	6,2	33.061
Sachsen-Anhalt	23.794	27,0	59,6	5,5	2,5	5,4	18.476
Schleswig-Holstein	31.672	34,5	37,9	11,8	9,7	6,1	23.400
Thüringen	21.266	25,0	59,7	5,2	3,7	6,4	16.256
Deutschland	796.489	29,1	41,3	13,7	8,0	7,9	577.307

Anmerkung: vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege
Quelle: Statistisches Bundesamt (2021d), eigene Berechnungen

Im Jahr 2019 waren 796.489 Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt (Tabelle 2.18). Davon waren 29,1 Prozent vollzeitbeschäftigt, 41,3 Prozent teilzeitbeschäftigt mit über 50 Prozent der Regelarbeitszeit, 13,7 Prozent teilzeitbeschäftigt mit bis zu 50 Prozent der Regelarbeitszeit und 8,0 Prozent geringfügig beschäftigt. Weitere 7,9 Prozent setzen sich aus Praktikanten, Schülern und Auszubildenden, Helfern im freiwilligen sozialen Jahr oder Helfern im Bundesfreiwilligendienst zusammen (Tabelle 2.18).



www.bifg.de/Y925PV

hohe Zahl an Arbeits-
stunden eher in Ost-
deutschland – aber nicht
unbedingt in Vollzeit

In den neuen Bundesländern liegt die Vollzeitbeschäftigtenquote durchgängig unter dem Bundesdurchschnitt und beträgt in Sachsen sogar nur 21,5 Prozent. In den alten Bundesländern liegen Bremen (23,6 Prozent), Nordrhein-Westfalen (26,0 Prozent), Baden-Württemberg (26,8 Prozent) und Niedersachsen (27,7 Prozent) unter dem Bundesdurchschnitt. Die Teilzeitbeschäftigtenquoten mit über 50 Prozent der Regelarbeitszeit liegen dagegen in den neuen Bundesländern zwischen 56,1 Prozent (Brandenburg) und 63,2 Prozent (Sachsen) und damit höher als in Westdeutschland, während sie in den alten Bundesländern zum Teil sogar über 30 Prozentpunkte niedriger liegen (zum Beispiel im Saarland mit 24,6 Prozent). Bei Teilzeitbeschäftigten mit bis zu 50 Prozent der Regelarbeitszeit und den geringfügig Beschäftigten liegen hingegen die Anteile in den neuen Bundesländern deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Pro erwerbstätige Person ergeben sich so in Ostdeutschland mehr Arbeitsstunden, was durch die VZÄ ausgedrückt wird. Das Verhältnis der VZÄ zu den Beschäftigten beträgt bundesweit 72,5 Prozent, die vertraglich festgelegte Arbeitszeit der beschäftigten Personen liegt im Durchschnitt also bei 72,5 Prozent der Regelarbeitszeit. In Baden-Württemberg liegt dieser Wert unterdurchschnittlich bei 69,2 Prozent und in allen ostdeutschen Ländern und in Berlin deutlich über 75 Prozent.

Von den 796.489 Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2019 waren 5,4 Prozent überwiegend in der Verwaltung oder Geschäftsführung tätig. Körperbezogene Pflege inklusive zusätzlichen Pflegepersonals nach § 8 Abs. 6 SGB XI (62,3 Prozent), Betreuung (12,1 Prozent) und Tätigkeiten im hauswirtschaftlichen Bereich (15,3 Prozent) sind die häufigeren Tätigkeitsfelder. 4,8 Prozent der Beschäftigten gehen überwiegend haustechnischen und sonstigen Tätigkeitsbereichen nach (Tabelle 2.19).

Tabelle 2.19: Personal in stationären Pflegeeinrichtungen nach Tätigkeitsbereich im Jahr 2019

	insgesamt	Verwaltung, Geschäftsführung	körperbezogene Pflege	zusätzliches Pflegepersonal (§ 8 Abs. 6 SGB XI)	Betreuung und zusätzliche Betreuung	Hauswirtschafts- bereich	haustechnischer und sonstiger Bereich
	Anzahl						
Baden-Württemberg	103.198	5,5	61,5	0,6	11,4	16,2	4,8
Bayern	111.790	5,1	61,3	0,6	11,8	16,4	4,7
Berlin	23.089	6,7	65,4	0,9	11,4	10,0	5,5
Brandenburg	21.219	6,5	63,8	1,2	13,3	9,5	5,7
Bremen	6.418	6,2	62,1	0,3	13,4	13,5	4,3
Hamburg	14.089	5,5	61,8	1,6	11,9	14,5	4,6
Hessen	55.158	5,4	61,0	0,5	11,9	16,6	4,6
Mecklenburg-Vorpommern	16.960	6,0	63,6	0,4	13,7	11,3	5,0
Niedersachsen	95.362	5,6	57,9	0,8	11,9	18,8	4,9
Nordrhein-Westfalen	181.943	5,2	61,7	0,7	12,2	15,8	4,4
Rheinland-Pfalz	35.614	5,6	60,7	0,9	12,4	15,4	4,9
Saarland	11.225	5,4	61,5	3,0	12,1	10,6	7,3
Sachsen	43.692	5,2	63,4	1,0	13,3	12,5	4,7
Sachsen-Anhalt	23.794	5,7	66,7	1,3	12,5	9,6	4,3
Schleswig-Holstein	31.672	5,4	59,9	0,8	11,8	17,1	5,1
Thüringen	21.266	5,8	64,1	1,2	14,1	9,8	5,1
Deutschland	796.489	5,4	61,5	0,8	12,1	15,3	4,8

Anmerkung: vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege
Quelle: Statistisches Bundesamt (2021e)

Um Möglichkeiten der pflegerischen Versorgung zu bewerten, empfiehlt sich ein Vergleich der Pflegekräfte mit der Zahl der zu versorgenden Pflegebedürftigen. Wesentlich für die Pflege sind die Pflegefachkräfte und die Pflegehilfskräfte. Im Jahr 2019 waren 278.865 Pflegefachkräfte (Pfk), 73.121 Pflegehilfskräfte mit Ausbildung (PhmA) und 158.278 Pflegekräfte ohne Ausbildung (PhoA) in vollstationären Einrichtungen beschäftigt (Tabelle 2.20). Das sind zusammen 61 Beschäftigte je 100 versorgte Pflegebedürftige. Werden die Beschäftigten nur nach ihrer vertraglichen Arbeitszeit und dem Arbeitsanteil im Rahmen der Versorgung nach dem SGB XI betrachtet, ergeben sich insgesamt

schlechtere
Versorgungslage in
Ostdeutschland

nur noch 46 VZÄ je 100 versorgte Pflegebedürftige. Dabei schwanken die Relationen von 21 vollzeitäquivalenten Pflegefachkräften in Brandenburg bis 29 in Nordrhein-Westfalen. In der Summe ist die Relation von vollzeitäquivalenten Pflegekräften zur Zahl der Pflegebedürftigen in Ostdeutschland geringer als in den alten Bundesländern. Die geringere Fachkraftquote wird in aller Regel auch nicht durch teilweise höhere Hilfskraftquoten ausgeglichen.

Bezüglich der Finanzierung vollstationärer Einrichtungen ist zu berücksichtigen, dass die Gesamtheimentgelte gemäß §87a SGB XI neben den Pflegesätzen (§84 Abs. 1 SGB XI einschließlich der Ausbildungsvergütung nach §82a SGB XI) auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (§87 SGB XI) sowie die gesondert abrechenbaren Investitionskosten (§82 Abs. 3 und 4 SGB XI) umfassen. Die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen sich nur auf die Pflegesätze und sind dabei in aller Regel deutlich geringer als diese. Vom vdek (2022, S. 59) werden für Januar 2022 bundesweit von den Pflegebedürftigen zu tragende durchschnittliche Investitionskosten von 466 Euro ausgewiesen. Durchschnittlich 801 Euro fielen zudem für Unterkunft und Verpflegung an. Die Gesamtheimentgelte beliefen sich im Januar 2022 bei Pflegegrad 1 durchschnittlich auf 2.567 Euro. Bei Pflegegrad 2 ergaben sich Monatsbeträge von 2.949 Euro, bei Pflegegrad 3 von 3.441 Euro, bei Pflegegrad 4 von 3.954 Euro und bei Pflegegrad 5 von 4.184 Euro (Abbildung 2.12). Unberücksichtigt bleibt dabei die Ausbildungsvergütung, die im ersten Quartal 2022 bei 101 Euro lag (siehe Kapitel 1.1). In den unteren Pflegegraden decken die Pflegeversicherungsleistungen damit weniger als die Hälfte des Gesamtheimentgelts ab.

Ursprünglich waren die Anteile an den Pflegesätzen, die vom Versicherten zu zahlen waren, abhängig vom Ausmaß der Pflegebedürftigkeit. 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. Des Weiteren haben Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege seit dem 1. Januar 2022 Anspruch auf einen zusätzlichen Vergütungszuschlag nach §43c SGB XI. Dieser beträgt im ersten Jahr 5 Prozent, im zweiten Jahr 25 Prozent, im dritten Jahr 45 Prozent und anschließend 70 Prozent der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile.

Tabelle 2.20: Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Qualifikation und im Vergleich zur Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2019

	Beschäftigte			VZÄ gewichtet mit dem Arbeitsanteil nach SGB XI			Beschäftigte			VZÄ gewichtet mit dem Arbeitsanteil nach SGB XI		
	Anzahl						je 100 Pflegebedürftige					
	Pfk	PhmA	PhoA	Pfk	PhmA	PhoA	Pfk	PhmA	PhoA	Pfk	PhmA	PhoA
Baden-Württemberg	38.274	8.175	21.597	26.398	5.327	14.768	39	8	22	27	5	15
Bayern	38.594	10.977	29.724	29.157	8.212	19.312	33	9	26	25	7	17
Berlin	8.440	2.542	6.655	6.798	2.088	4.740	29	9	23	23	7	16
Brandenburg	6.827	2.164	6.608	5.304	1.584	4.246	27	8	26	21	6	17
Bremen	2.199	732	950	1.530	487	878	35	12	15	24	8	14
Hamburg	4.956	1.601	2.187	3.741	1.197	2.258	30	10	13	23	7	14
Hessen	18.276	5.515	10.873	12.839	3.750	9.118	31	9	18	22	6	15
Mecklenburg-Vorpommern	5.769	1.645	4.519	4.429	1.191	2.801	30	9	23	23	6	15
Niedersachsen	30.287	7.806	14.700	22.385	5.574	15.129	30	8	15	22	6	15
Nordrhein-Westfalen	67.502	16.021	36.919	50.187	11.437	26.711	39	9	21	29	7	15
Rheinland-Pfalz	12.245	3.287	7.249	8.761	2.223	5.769	31	8	19	22	6	15
Saarland	4.237	1.243	2.823	3.197	900	1.711	35	10	23	26	7	14
Sachsen	15.119	3.406	13.419	11.295	2.447	7.797	29	6	26	22	5	15
Sachsen-Anhalt	8.561	2.952	6.290	6.670	2.201	3.939	29	10	21	23	7	13
Schleswig-Holstein	9.903	3.870	5.097	7.449	2.821	5.106	28	11	14	21	8	14
Thüringen	7.676	1.185	7.088	5.940	862	4.202	30	5	28	23	3	16
Deutschland	278.865	73.121	158.278	206.082	52.300	128.484	33	9	19	25	6	15

Anmerkung: Berücksichtigt sind alle vollstationären Einrichtungen inklusive ihrer teilstationären Angebote. Ausschließlich teilstationäre Einrichtungen sind nicht berücksichtigt.

Als Pflegefachkräfte (Pfk) sind erfasst: examinierte Altenpflegekräfte, examinierte Krankenpflegekräfte, examinierte Kinderkrankenpflegekräfte und Beschäftigte mit einem Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität. Als Pflegehilfskräfte mit Ausbildung (PhmA) sind erfasst: staatlich anerkannte Altenpflegehilfskräfte, Krankenpflegehilfskräfte, Familienpfleger und Familienpflegerinnen mit staatlichem Abschluss und Dorfhelfer und Dorfhelferinnen mit staatlichem Abschluss. Als Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung (PhoA) sind erfasst: sonstige pflegerische Berufe sowie andere Berufsgruppen mit Tätigkeitsschwerpunkt in Pflege und Betreuung.

Quelle: FDZ-StaBu (2022), eigene Berechnungen



www.bifg.de/Y925PP

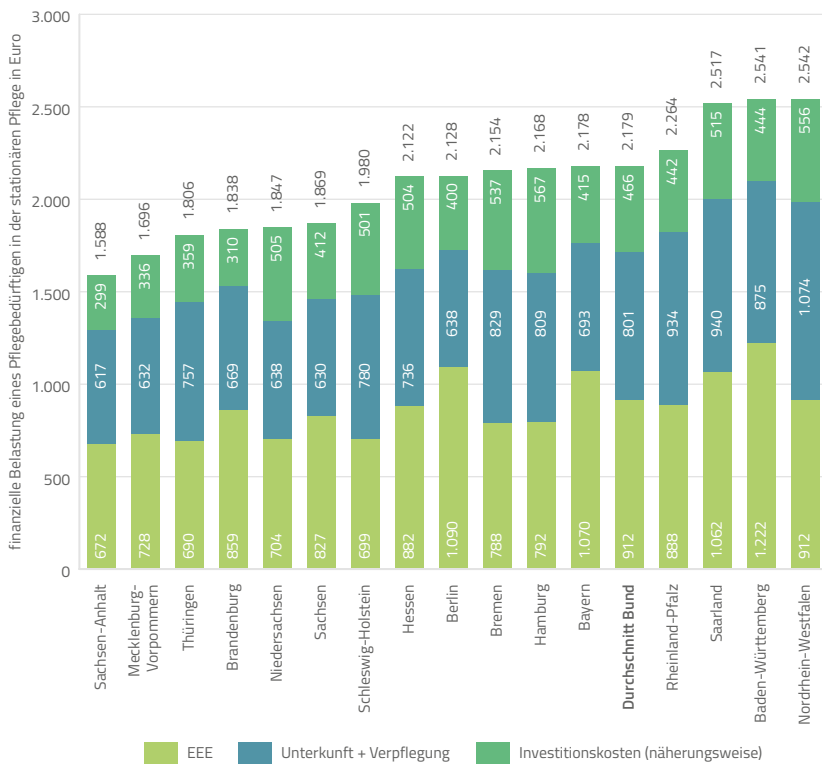
Abbildung 2.12: Monatliche Leistungen der Pflegeversicherung und Eigenanteile im Januar 2022 in Euro



Anmerkung: durchschnittliche finanzielle Belastung ohne Ausbildungsumlage oder individuelle Ausbildungskosten und ohne Zuschüsse nach Aufenthaltsdauer; EEE = Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (gilt für Pflegegrade 2 bis 5), in Pflegegrad 1 abweichend; Pflegeversicherungsleistungen: bei Pflegegrad 1 Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI und bei Pflegegraden 2 bis 5 Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI
Quelle: vdek (2022c, S. 59)

Die Höhe der durchschnittlichen Heimentgelte variierte zwischen den Bundesländern erheblich. Dabei ist zu beachten, dass die in den Rahmenverträgen auf Landesebene gemäß § 75 SGB XI vorgenommene Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen und den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung in den einzelnen Bundesländern höchst unterschiedlich geregelt ist (Augurzky et al., 2008, S. 25 ff.), was die enormen Unterschiede in den Hotelkosten zum Teil erklären kann. Angesichts der unterschiedlichen Anrechnungsvorschriften empfiehlt es sich, nicht nur die Pflegesätze der Einrichtungen zu betrachten, sondern auch das Gesamtheimentgelt.

Abbildung 2.13: Monatliche finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in Euro im Januar 2022 nach Bundesländern



Anmerkung: durchschnittliche finanzielle Belastung ohne Ausbildungsumlage oder individuelle Ausbildungskosten; EEE = Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (gilt für Pflegegrade 2 bis 5)
Quelle: vdek (2022c, S. 58)

Die Variation der Heimentgelte ergibt sich entsprechend sowohl aus der Variation der durchschnittlichen Pflegesätze als auch aus der Variation der durchschnittlichen Hotelkosten und der durchschnittlichen Investitionskosten. Die Hotelkosten schwanken dabei zwischen 617 Euro in Sachsen-Anhalt und 1.074 Euro in Nordrhein-Westfalen (Abbildung 2.13). Die Investitionskosten schwanken zwischen 299 Euro in Sachsen-Anhalt und 567 Euro in Hamburg. Noch etwas größere Schwankungen gibt es bei den Eigenanteilen an den Pflegesätzen. Die liegen zwischen 672 Euro in Sachsen-Anhalt und 1.222 Euro in

Baden-Württemberg. In der Summe gleichen sich diese Schwankungen bei Pflegesätzen, Investitionskosten und Hotelkosten aber nicht aus, sondern die Unterschiede summieren sich teilweise auf. So findet sich die geringste finanzielle Belastung für Pflegebedürftige auch in der Summe in Sachsen-Anhalt (1.588 Euro) und die höchste finanzielle Belastung in Nordrhein-Westfalen (2.542 Euro). Das ist ein Unterschied von fast 1.000 Euro. Bundesweit lagen die Gesamteigenanteile im Januar 2022 schon bei durchschnittlich 2.179 Euro. Hinzu kommt die Umlage für die Ausbildungsvergütung, die bereits im ersten Quartal 2021 bei 62 Euro lag (Rothgang & Kalwitzki, 2021, S. 7), so dass inzwischen von einem Gesamteigenanteil von monatlich etwa 2.250 Euro auszugehen ist.



www.bifg.de/Y925PF

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 der Kantar-Studie von 2018 werden 35 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause von nur einer Person versorgt, 26 Prozent von zwei Personen, 16 Prozent von drei Personen und 14 Prozent von vier oder mehr Personen (Geiss et al., 2019, S. 95). Im Durchschnitt sind es ziemlich genau zwei Pflegepersonen je pflegebedürftige Person. Bei ausgewiesenen 3,1 Millionen Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege im Jahr 2019 ist daher mit rund 6 Millionen Pflegepersonen zu rechnen. Nach den Statistiken des BMG (2022b) wurden Ende 2021 schon 3,8 Millionen SPV-Versicherte und Ende 2020 0,2 Millionen PPV-Versicherte zu Hause gepflegt. Demnach wäre mit rund 8 Millionen Pflegepersonen zu rechnen. Ohne Berücksichtigung der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 ergeben sich immer noch 6,7 Millionen Pflegepersonen. Eine Übertragbarkeit dieser Berechnung auf die einzelnen Bundesländer ist mittels dieser Datengrundlage nicht gegeben.

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 an mindestens zwei Tagen 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.

Zum 31. Dezember 2017 weist die Deutsche Rentenversicherung 527.375 und für das Jahr 2019 sogar 777.045 pflichtversicherte Pflegepersonen aus (DRV, 2021, S. 28). Die jährliche Beitragssumme zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen lag im Jahr 2017 bei 1,5 Milliarden Euro und stieg bis zum Jahr 2020 auf 2,7 Milliarden Euro (BMG, 2021a) – nicht zuletzt aufgrund der genannten Absenkung der Schwelle für eine Anspruchsberechtigung im PSG II. Eine regionale Untergliederung ist aus den Berichterstattungen nicht möglich.

Aus den zur Verfügung gestellten Routinedaten der BARMER lässt sich nicht herauslesen, welche Merkmale die pflichtversicherten Pflegepersonen haben. Es lässt sich aber feststellen, für welchen Anteil an Pflegebedürftigen Beitragszahlungen zur Rentenversicherung für Pflegepersonen geleistet wurden. Im Jahr 2017 wurden für 22,1 Prozent der häuslich versorgten Pflegebedürftigen entsprechende Rentenversicherungsbeiträge durch die Pflegeversicherung entrichtet. Bis zum Jahr 2021 erhöhte sich der Anteil auf 25,4 Prozent (Tabelle 2.21), obwohl hier die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 mit im Nenner stehen. Das entspricht insgesamt etwa dem Trend der Zahlen der Rentenversicherung. Der insgesamt geringe Anteil von Pflegebedürftigen, für deren Pflege auch Rentenversicherungsbeiträge gezahlt werden, resultiert zum größten Teil daraus, dass die Hauptpflegeperson in den meisten Fällen der Partner oder die Partnerin ist (Rothgang & Müller, 2018, S. 119). Da die Pflegebedürftigkeit in der Regel erst im Rentenalter eintritt, besteht hier auch in den meisten Fällen kein Anspruch auf diese Versicherungsleistung.

weniger Beitragszahlungen zur Rentenversicherung in den Stadtstaaten und in ostdeutschen Bundesländern

Im Saarland, in Rheinland-Pfalz, in Nordrhein-Westfalen, in Niedersachsen und in Hessen gibt es durchweg überdurchschnittlich viele Beitragszahlungen zur Rentenversicherung, während sie in Ostdeutschland und den Stadtstaaten durchweg seltener sind. Zudem sind auch die Zuwächse in Berlin und den ostdeutschen Ländern am geringsten (Tabelle 2.21). Regionale Unterschiede sind zum Teil durch Unterschiede in der Altersstruktur hervorgerufen. Relativ zur Fallzahl der hochaltrigen Pflegebedürftigen ist die Zahl der pflichtversicherten Pflegepersonen gering. Bei pflegebedürftigen Kindern und Pflegebedürftigen im mittleren Alter ist der Anteil weitaus höher (Rothgang & Müller, 2019, S. 88).

Tabelle 2.21: Anteil ambulant versorgter Pflegebedürftiger mit Beitragszahlungen zur Rentenversicherung für Pflegepersonen in den Jahren 2017 bis 2021

	2017	2019	2021	Differenz 2021 zu 2017
	Anteil in Prozent			in Prozentpunkten
Deutschland	22,1	24,5	25,4	3,3
Baden-Württemberg	22,0	24,7	26,3	4,3
Bayern	21,9	25,1	26,5	4,6
Berlin	18,2	19,7	21,0	2,8
Brandenburg	19,7	21,5	21,7	1,9
Bremen	16,9	20,8	22,0	5,2
Hamburg	18,5	21,5	23,1	4,6
Hessen	25,8	28,0	28,8	3,0
Mecklenburg-Vorpommern	18,7	20,3	21,2	2,6
Niedersachsen	24,4	27,1	27,4	3,0
Nordrhein-Westfalen	23,5	26,1	26,9	3,3
Rheinland-Pfalz	25,0	27,0	27,7	2,8
Saarland	27,2	29,1	30,1	2,9
Sachsen	16,9	17,9	18,3	1,4
Sachsen-Anhalt	17,3	19,0	19,7	2,4
Schleswig-Holstein	19,8	22,5	23,1	3,4
Thüringen	19,7	21,7	23,3	3,5

Quelle: BARMER-Daten 2017–2021, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

2.2.4 Fazit zur Leistungserbringung

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

Zwei Drittel der ambulanten Pflegedienste sind im Jahr 2019 in privater Trägerschaft, wobei deren Anteile in Ostdeutschland tendenziell niedriger sind als in Westdeutschland. Der Anteil der Pflegebedürftigen, deren formelle Pflege durch private Pflegedienste erfolgt, liegt deutlich darunter, aber im Jahr 2017 auch schon über 50 Prozent. Private Pflegedienste sind insgesamt kleiner und versorgen im Durchschnitt nur 52,6 Pflegebedürftige. Im Durchschnitt aller Pflegedienste werden 66,9 Pflegebedürftige versorgt.

Bezüglich der vertraglich festgelegten Arbeitszeit bestehen deutliche regionale Unterschiede. Der Anteil der Beschäftigten in Vollzeit oder in Teilzeit mit mehr als 50 Prozent der Regelarbeitszeit liegt in Ostdeutschland durchweg weit über 80 Prozent. Im Bundesdurchschnitt sind es nur rund 65 Prozent.

Im Unterschied zu den ambulanten Pflegediensten sind mehr als die Hälfte der Pflegeheime in freigemeinnütziger oder öffentlicher Trägerschaft. Auch die Beschäftigungsverhältnisse in den stationären Pflegeeinrichtungen unterscheiden sich von denen in den ambulanten Pflegediensten. So ist zwar knapp ein Drittel der Beschäftigten in Vollzeit erwerbstätig, in Ostdeutschland jedoch deutlich weniger als in Westdeutschland. Beschäftigungsverhältnisse mit einer Arbeitszeit von über 50 Prozent der Regelarbeitszeit finden sich dagegen häufiger in Ostdeutschland. Insgesamt ergeben sich in Ostdeutschland dennoch mehr vertraglich vereinbarte Arbeitszeiten pro Kopf der Beschäftigten, da dort die geringfügige Beschäftigung deutlich seltener ist. Trotz der längeren vertraglich vereinbarten Arbeitszeiten in Ostdeutschland ist die Zahl der VZÄ gewichtet mit dem Arbeitsanteil nach SGB XI in Ostdeutschland geringer. Dies betrifft insbesondere die Pflegefachkräfte. In anderen Worten: Es stehen den Pflegebedürftigen in Ostdeutschland weniger Pflegefachkräfte zur Verfügung.

unterdurchschnittliche
Anzahl an Pflege-
fachkräften in Ost-
deutschland

Den Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden, stehen etwa doppelt so viele Pflegepersonen gegenüber. Nur gut ein Viertel der Pflegepersonen erhält derzeit eine Absicherung in Form von Rentenversicherungsbeiträgen durch die Pflegeversicherung. In den ostdeutschen Ländern liegt dieser Anteil aktuell und meist auch in den Jahren zuvor unterhalb des Bundesdurchschnitts. Dies ist auch durch eine unterschiedliche Altersstruktur verursacht, da für die Versorgung jüngerer Pflegebedürftiger häufiger Rentenversicherungsbeiträge gezahlt werden.



www.bifg.de/Y925PP

2.3 Finanzierung

Die Pflegeversicherung besteht in Deutschland aus zwei Zweigen, der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV). Der Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung ist aber für beide Versichertengruppen identisch und deckt nur einen Teil der durch die Pflegebedürftigkeit entstehenden Kosten (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).

Detaillierte Ergebnisse zu der durchschnittlichen finanziellen Belastung einer pflegebedürftigen Person in der stationären Pflege bietet eine interaktive Deutschlandkarte auf der Website des bifg.

2.3.1 Leistungen der Pflegeversicherung

Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 sind die meisten Leistungshöhen nach oben gedeckelt beziehungsweise 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 (Rothgang & Müller, 2021, S. 116 ff.). Die Leistungsansprüche seit 2017 sind in Tabelle 2.22 dargestellt.

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 galten 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 und die Kurzzeitpflege. Dabei werden die maximalen monatlichen Leistungssummen um feste Beträge angehoben. In der vollstationären Dauerpflege hingegen werden neben den unveränderten Leistungshöhen nach § 43 SGB XI zusätzliche Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI gewährt, deren Höhe von der bisher verbrachten Zeit in der vollstationären Dauerpflege abhängt. Je länger die bisherige Verweildauer ist, desto höher sind diese Zuschläge.

Reduktion der Eigen-
anteile im Pflegeheim
je nach Verweildauer
im Heim

Tabelle 2.22: Maximale Leistungen der Pflegeversicherung seit 2017

Sachleistung nach § 36 SGB XI maximal monatlich in Euro					
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					
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					
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					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017 max. 6 Wochen ¹	–	474	817,50	1.092	1.351,50
... durch sonstige Personen					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017 max. 6 Wochen ¹	–	1.612 (+ Umwidmung von Kurzzeitpflege 806)			
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI maximal jährlich in Euro					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017 max. 8 Wochen ²	–	1.612 (+ Umwidmung von Verhinderungspflege 1.612)			
2022 max. 8 Wochen ²	–	1.774 (+ Umwidmung von Verhinderungspflege 1.612)			
Tages- oder Nachtpflege nach § 41 SGB XI maximal monatlich in Euro					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017 ³	–	689	1.298	1.612	1.995
ambulant betreute Wohngruppe nach 38a SGB XI monatlich in Euro					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017	214				
Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45e SGB XI einmalig in Euro					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017	2.500 (bis zu insgesamt 10.000, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen)				

zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in den Jahren 2002 bis 2016 beziehungsweise Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI ab 2017 maximal jährlich in Euro					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017 ⁴	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500

wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI – maximal je Maßnahme in Euro					
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)				

¹ für sechs Wochen fortgesetzte Zahlung von 50 Prozent des Pflegegelds

² für acht Wochen fortgesetzte Zahlung von 50 Prozent des Pflegegelds

³ ohne Anrechnung auf die Pflegesachleistung und das Pflegegeld

⁴ Bis zu 40 Prozent der monatlich nicht genutzten Pflegesachleistungen können zudem für landesrechtlich anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden (Umwandlungsanspruch).

Quelle: BMG (2017, 2018, 2019, 2021b, 2022a) und SGB XI, zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 969).

2.3.2 Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

Die Einnahmen der SPV resultieren fast ausschließlich aus Beiträgen, die im Umlageverfahren aufgebracht werden. Wie Tabelle 2.23 zeigt, haben sich die Einnahmen der SPV zwischen 2017 und 2021, von 36,10 Milliarden Euro im Jahr 2017 auf 52,50 Milliarden Euro um 16,40 Milliarden Euro (= 45,4 Prozent) gesteigert. Der Anstieg ist primär auf die Anhebungen des Beitragssatzes zurückzuführen. Mit Inkrafttreten des PSG II zum 1. Januar 2017 lag der Beitragssatz bei 2,55 Prozent (2,8 Prozent für Kinderlose) und wurde zum 1. Januar 2019 auf 3,05 Prozent (3,3 Prozent für Kinderlose) erhöht. Der Beitrag für Kinderlose wurde durch das GVWG zum 1. Januar 2022 auf 0,35 Prozent erhöht. Sie zahlen fortan insgesamt 3,4 Prozent. Neben den Beitragseinnahmen werden auch sonstige Einnahmen in Höhe von 2,81 Milliarden Euro verbucht. Diese setzen sich im Wesentlichen zusammen aus Bundesmitteln zur Stabilisierung des Ausgleichsfonds, aus Finanzierungsanteilen der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege, aus Finanzierungsanteilen der privaten Versicherungsunternehmen für pandemiebedingte Erstattungen sowie aus Einnahmen aus der Beteiligung der GKV an den pandemiebedingten Erstattungen und Prämien.

Die Ausgaben sind von 38,52 Milliarden Euro im Jahr 2017 auf 53,85 Milliarden Euro im Jahr 2021 gestiegen. Bei den Ausgaben handelt es sich ganz überwiegend um Leistungsausgaben; der Anteil der Verwaltungskosten (1,50 Milliarden Euro) lag im Jahr 2021 bei lediglich 2,8 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 3,8 Prozent (Tabelle 2.23).

Bei den meisten Ausgabenposten zeigen sich stetige Zunahmen der Ausgaben, was mit den steigenden Zahlen der Pflegebedürftigen einhergeht. Die Leistungsausgaben für die vollstationäre Pflege waren lange Zeit der größte Ausgabenposten. Seit 2017 stagnieren aber diese Leistungssummen und sind zuletzt sogar rückläufig und liegen im Jahr 2021 bei 12,6 Milliarden Euro. Durch die Ausweitung des Kreises der Leistungsberechtigten sind insbesondere Pflegebedürftige mit geringen Pflegegraden hinzugekommen. Entsprechend sind die Ausgaben für Geldleistungen deutlich um fast 40 Prozent gestiegen und sind nun mit 13,9 Milliarden Euro der größte Ausgabenposten. Bemerkenswert ist auch die Verdopplung der Ausgaben für die soziale Absicherung für Pflegepersonen, die maßgeblich durch die entsprechenden Änderungen der Anspruchsberechtigung in PSG II hervorgerufen sein dürfte. Besonders auffällig sind allerdings die „sonstigen Leistungsausgaben“, die im Jahr 2020 mit 3,2 Milliarden Euro und im Jahr 2021 mit 5,5 Milliarden Euro zu Buche schlagen. Darunter verbergen sich insbesondere Erstattungen für pandemiebedingte Mindereinnahmen, pandemiebedingte außerordentliche Aufwendungen und pandemiebedingte Erstattungen von Testkosten.

Zum Jahr 2015 wurde der Pflegevorsorgefonds eingeführt. Nach fünf Jahren beläuft sich dessen Mittelbestand nun auf 10,7 Milliarden Euro (Tabelle 2.23).

Nachdem die soziale Pflegeversicherung seit dem Jahr 2008 durchgängig einen Liquiditätsüberschuss erzielt hat (BMG, 2021a), ist mit der Umsetzung des PSG II im Jahr 2017 ein Defizit von 2,42 Milliarden Euro entstanden. Im Jahr 2018 lag das Defizit dann schon bei 3,55 Milliarden Euro (Tabelle 2.23). Um ein weiteres Defizit zu vermeiden, wurde zum 1. Januar 2019 der Beitragssatz um 0,5 Beitragssatzpunkte angehoben. So wurde sogar ein Überschuss von 3,29 Milliarden Euro erzielt, der aber durch die weiter gestiegene Zahl der Pflegebedürftigen und die hohen pandemiebedingten Ausgaben ins

Defizit gerutscht ist. Die Bundesmittel zur Stützung waren nicht ausreichend, um das Defizit zu verhindern.

Tabelle 2.23: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

	2017	2018	2019	2020	2021
Einnahmen	in Milliarden Euro				
Beitragseinnahmen	36,04	37,65	46,53	47,89	49,70
sonstige Einnahmen	0,06	0,07	0,72	2,73	2,81
Einnahmen insgesamt	36,10	37,72	47,24	50,62	52,50
Ausgaben	in Milliarden Euro				
Leistungsausgaben	35,54	38,25	40,69	45,60	50,23
Geldleistung	9,99	10,88	11,74	12,89	13,92
Pflegesachleistung	4,50	4,78	4,98	5,30	5,50
Verhinderungspflege	1,12	1,25	1,46	1,63	1,81
Tages-/Nachtpflege	0,68	0,80	0,94	0,74	0,88
ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen	1,23	1,63	1,92	2,03	2,39
Kurzzeitpflege	0,60	0,65	0,70	0,61	0,67
soziale Sicherung der Pflegepersonen	1,54	2,10	2,38	2,72	3,07
Hilfsmittel/Wohnumfeldverbesserung	0,88	1,06	1,19	1,38	1,70
vollstationäre Dauerpflege	13,00	12,95	12,98	12,98	12,55
vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,40	0,44	0,44	0,42	0,45
stationäre Vergütungszuschläge	1,31	1,37	1,51	1,60	1,72
Pflegeberatung	0,09	0,13	0,13	0,13	0,13
Sonstige Leistungsausgaben	0,20	0,22	0,32	3,16	5,45
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,42	0,45	0,49	0,53	0,53
Verwaltungsausgaben	1,18	1,14	1,28	1,41	1,50
Zuführung zum Pflegevorsorgefonds	1,36	1,41	1,48	1,53	1,57
sonstige Ausgaben	0,00	0,02	0,02	0,01	0,02
Ausgaben insgesamt	38,52	41,27	43,95	49,08	53,85
Liquidität	in Milliarden Euro				
Überschuss der Einnahmen	-2,42	-3,55	3,29	1,54	-1,35
Mittelbestand am Jahresende	6,92	3,37	6,66	8,20	6,85
in Monatsausgaben laut Haushaltsplänen der Kassen	2,17	1,02	1,88	2,16	1,65
nachrichtlich: Mittelbestand Pflegevorsorgefonds	3,83	5,17	7,18	9,01	10,70

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

Quelle: BMG (2021a)

2.3.3 Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung

Im Jahr 2020 waren 9,2 Millionen Menschen in Deutschland privat pflegepflichtversichert (PKV, 2022). Das entspricht bei einer Bevölkerung von 83,0 Millionen Menschen (Statistisches Bundesamt, 2022b) einem Anteil von 11,1 Prozent.

Die jährlichen Einnahmen der privaten Pflegepflichtversicherung lagen im Jahr 2017 bei 2,6 Milliarden Euro. Da die Leistungsanpassungen der Pflegeversicherung auf die private Versicherung genauso einwirken wie auf die soziale Pflegeversicherung, ergaben sich auch in der privaten Pflegeversicherung ab 2017 deutliche Prämiensteigerungen. Die Beitragseinnahmen erhöhten sich bis zum Jahr 2020 auf 4,2 Milliarden Euro (Tabelle 2.24).

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

Die Ausgaben für Versicherungsleistungen bleiben im gesamten Zeitraum deutlich unter den Einnahmen. Meist liegen sie sogar unter 50 Prozent der Beitragseinnahmen. Die restlichen Einnahmen fließen in die Altersrückstellung. Insgesamt 41,9 Milliarden Euro Altersrückstellungen wurden seit Beginn der Pflegeversicherung angesammelt (Tabelle 2.24). Im Jahr 2020 entsprachen die Altersrückstellungen in der PPV somit rund 92 Prozent der gesamten jährlichen Leistungssumme in der SPV.

Im Jahr 2020 waren 9.238.900 Personen privat pflegepflichtversichert. Dividiert durch diese Anzahl an Versicherten belaufen sich die Versicherungsleistungen pro Kopf auf 190 Euro im Jahr 2020. In der SPV wurden hingegen bei 73.347.204 Versicherten (BMG, 2021c) Leistungsausgaben von 45,60 Milliarden Euro erbracht. Das entspricht Pro-Kopf-Versicherungsleistungen von 622 Euro im Jahr 2020. Pro versicherte Person hat die private Pflegepflichtversicherung also viel weniger Leistungsausgaben als die soziale Pflegeversicherung. Dies liegt zum einen an dem geringeren Anteil an alten Versicherten in der PPV und an den geringeren altersspezifischen Pflegeprävalenzen der PPV-Versicherten (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 17f.).

Tabelle 2.24: Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung

Jahr	Beitragseinnahmen	Versicherungsleistungen		Altersrückstellungen
	in Millionen Euro	in Millionen Euro	Anteil an den Beitrags- einnahmen in Prozent	in Millionen Euro
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
2020	4.195,5	1.756,6	41,9	41.924,7

Quelle: PKV (2020, S. 86 ff.; 2022), eigene Berechnungen

2.3.4 Finanzierung durch die Sozialhilfe

Auch in der Sozialhilfe werden Pflegebedürftige nach Pflegegraden unterschieden, wobei die Definitionen der Pflegegrade des SGB XI im PSG III in das SGB XII übernommen wurden. Ebenso wie gegenüber der Pflegeversicherung besteht auch gegenüber dem 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). Erst wenn Pflegeversicherungsleistungen, eigenes Einkommen und Vermögen nicht mehr ausreichen, kann „Hilfe zur Pflege“ gewährt werden.

Das zentrale Ziel der Einführung der Pflegeversicherung war, die Zahl derer zu reduzieren, die „Hilfe zur Pflege“ bedürfen, und damit verbunden auch eine Ausgabenreduktion der Sozialhilfeträger (Roth & Rothgang, 2001). Dies ist mit der Einführung der Pflegeversicherung auch geglückt. Doch die Zahl derer, die „Hilfe zur Pflege“ in Anspruch nehmen müssen, ist anschließend wieder angestiegen. Im Zuge der Leistungsausweitungen der Pflegeversicherung im Jahr 2017 ist die Zahl derer, die „Hilfe zur Pflege“ in Anspruch nehmen, erneut kurzfristig gesunken (Rothgang & Müller, 2021). Seither steigt die Zahl aber wieder an. Obwohl es mehr Pflegebedürftige mit ambulanter Versorgung gibt, liegt die Fallzahl mit Bezug von „Hilfe zur Pflege“ im stationären Bereich im Jahr 2020 rund fünfmal so hoch wie im ambulanten Bereich (Tabelle 2.25).

Die Nettoausgaben für „Hilfe zur Pflege“ lagen im Jahr 2017 bei 3,391 Milliarden Euro. Bis zum Jahr 2020 stiegen die Nettoausgaben stärker an als die Zahl der Bedürftigen. Die durchschnittlichen Zahlungen je pflegebedürftige Person mit „Hilfe zur Pflege“ sind somit ebenfalls gestiegen.

Tabelle 2.25: Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege“ – Pflegebedürftige und Nettoausgaben

Jahr	Anzahl Pflegebedürftiger mit „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
2017	287	55	234	3.391	939	2.453
2018	299	55	245	3.472	937	2.535
2019	302	52	250	3.777	971	2.806
2020	316	54	263	4.307	1.027	3.280

¹ Abweichungen durch Mehrfachzählungen

Quelle: Statistisches Bundesamt (2021a, 2022a)

Dadurch, dass die Zahl der Pflegebedürftigen mit Bezug von „Hilfe zur Pflege“ seit 2017 im ambulanten Bereich stagniert und in der stationären Versorgung steigt, gehen seither auch die Leistungssummen im ambulanten und stationären Bereich auseinander. Lag das Verhältnis der Ausgaben von stationärer zu ambulanter Versorgung im Jahr 2017 noch bei 2,6 zu 1, stieg es bis ins Jahr 2020 auf 3,2 zu 1.

Zum Dezember 2019 wurden in der Pflegestatistik 794.917 Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege ausgewiesen. „Hilfe zur Pflege“ in stationären Einrichtungen haben 250.007 Pflegebedürftige erhalten. Das entspricht einem Anteil von 31,5 Prozent. Im Jahr 2017 lag dieser Anteil noch bei 29,5 Prozent. Der Anteil Pflegebedürftiger im Pflegeheim mit „Hilfe zur Pflege“ ist somit zuletzt leicht gestiegen. Auf 100 Pflegebedürftige, die durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden, kamen im Jahr 2017 knapp 7 Pflegebedürftige mit „Hilfe zur Pflege“. Im Jahr 2019 liegt der Anteil nur noch bei 5,5 Prozent (Tabelle 2.10 und Tabelle 2.25).

2.3.5 Finanzierung im Überblick

Abschließend gibt dieses Kapitel einen Überblick über die zuvor genannten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit im Jahr 2020. Zusätzlich zu den bisher behandelten Kostenträgern werden die Ausgaben der Kriegsopferfürsorge und die privaten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Es handelt sich hierbei nur um die Ausgaben für die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit und nicht um die Gesamtausgaben für die Pflegebedürftigen. Ausgaben, die etwa in der Krankenversicherung für Pflegebedürftige anfallen, werden hier nicht berücksichtigt. Differenziert wird zwischen öffentlichen und privaten Ausgaben. Die PPV wird für den Zweck dieser Übersicht dem öffentlichen Sektor zugerechnet, da auch sie per Gesetz gegründet wurde, 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 wurde die Zahl der Leistungsempfänger mit dem zu tragenden Anteil pro Kopf an den Pflegekosten, die nicht von der Pflegeversicherung getragen werden, multipliziert. Dies sind im Juli 2020 1.090 Euro bei Pflegegrad 1 und 786 bei Pflegegrad 2 bis 5 (vdek, 2020) plus 55 Euro Ausbildungsvergütung (Rothgang & Kalwitzki, 2021, S. 7). In der Summe resultieren daraus 8,28 Milliarden Euro an Eigenanteilen. Von den privat getragenen Pflege- und Ausbildungskosten in der stationären Pflege wurden anschließend die Nettoausgaben der Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege“ in Einrichtungen in Höhe von 3,28 Milliarden Euro (Tabelle 2.25) abgezogen, womit sich 5,00 Milliarden Euro direkte private Ausgaben für die stationäre Pflege ergeben (Tabelle 2.26). Nicht berücksichtigt sind hierbei die privat aufzubringenden Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten.

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 getra-

genen Kosten im ambulanten Bereich basieren auf Befragungen im Jahr 2016. Einerseits ist inflationsbedingt von einer Erhöhung im Zeitverlauf auszugehen. Andererseits können durch die Erhöhungen der maximalen Leistungen der Pflegeversicherung zum Jahr 2017 diese Eigenanteile inzwischen auch niedriger liegen. Zudem ist der Anteil der unter Beteiligung von Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen mit eigener Finanzierungsbeteiligung an diesen Leistungen 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 1,03 Milliarden Euro (Tabelle 2.25) verbleibt ein Betrag von 8,98 Milliarden Euro (Tabelle 2.26).

Tabelle 2.26: Leistungsausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2020

Ausgabenträger	in Milliarden Euro	Anteil an öffentlichen/ privaten Ausgaben in Prozent	Anteil an den Gesamtausgaben in Prozent
öffentliche Ausgaben	52,63	100,0	79,0
soziale Pflegeversicherung	45,6	86,6	68,5
private Pflegepflichtversicherung	1,76	3,3	2,6
Beamtenbeihilfe ¹	0,88	1,7	1,3
Sozialhilfe	4,31	8,2	6,5
Kriegsopferfürsorge	0,08	0,2	0,1
private Ausgaben²	13,98	100,0	21,0
Pflegeheim ³	5,00	35,8	7,5
häusliche Pflege ⁴	8,98	64,2	13,5
insgesamt	66,61		100,0

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

² Schätzwerte, basierend auf Personenzahlen vom 31.12.2019 nach der Pflegestatistik und – bei der häuslichen Pflege – auf Befragungswerten aus dem Jahr 2016

³ privat getragene Pflegekosten abzüglich „Hilfe zur Pflege“ im stationären Bereich im Berichtsjahr 2020

⁴ privat getragene Pflegekosten abzüglich „Hilfe zur Pflege“ im ambulanten Bereich im Berichtsjahr 2020

Quelle: Kriegsopferfürsorge: Statistisches Bundesamt (2022d), soziale Pflegeversicherung: BMG (2021a), private Pflegepflichtversicherung: PKV (2022), Sozialhilfe: Statistisches Bundesamt (2022a), Eigenanteil an den Pflegekosten im Pflegeheim: Rothgang & Kalwitzki (2021, S. 7); vdek (2020), private Aufwendungen in der häuslichen Pflege: Schneekloth et al. (2017, S. 158)

Insgesamt betragen die pflegebedingten Ausgaben rund 66,61 Milliarden Euro. Wie in Tabelle 2.26 zu sehen ist, wird rund ein Fünftel der Pflegekosten privat finanziert. Hiervon entfallen etwa ein Drittel (7,5 Prozent der Gesamtkosten) auf den stationären und zwei Drittel (13,5 Prozent der Gesamtkosten) auf den häuslichen Bereich. Bei den öffentlichen Ausgaben wird mit 86,6 Prozent der bei Weitem größte Teil von der SPV abgedeckt, während auf die Sozialhilfe 8,2 Prozent entfallen. Demgegenüber ist der Anteil der öffentlichen Ausgaben, der jeweils von der PPV und der Kriegsopferfürsorge getragen wird, mit 3,3 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, 71,1 Prozent der hier betrachteten Ausgaben. Damit zeigt sich der Teilversicherungscharakter der Pflegeversicherung sehr deutlich.

Weitgehend unberücksichtigt durch die Pflegeversicherung bleiben die Opportunitätskosten der familialen Pflege. Zudem sind die Ausgaben für Verpflegung und Unterkunft im stationären Bereich, die im Juli 2020 durchschnittlich 774 Euro pro Person betragen, und die Investitionskosten von rund 455 Euro (vdek, 2020) nicht berücksichtigt. Dies kann damit begründet werden, dass Warmmiete und Lebenshaltungskosten auch von nicht pflegebedürftigen Personen bestritten werden müssen. Die Ausgaben für diese Posten übersteigen allerdings zusammen die durchschnittlichen Ausgaben eines Einpersonenhaushalts für Wohnen, Energie und Wohnungsinstandhaltung (680 Euro) plus Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren (228 Euro) (Statistisches Bundesamt, 2021g, S. 28). 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. Die hier angegebenen Werte unterschätzen die privaten Kosten somit und sind als Untergrenze anzusehen.

Kapitel 3

Stationäre Versorgung und COVID-19

3 Stationäre Versorgung und COVID-19

Pflegeheime sind in besonderem Maße von der COVID-19-Pandemie betroffen. Weltweit waren sie insbesondere im ersten Jahr Hotspots für Personen mit schweren und tödlichen Verläufen; deren Bewohner machten in vielen Ländern die Hälfte der Todesfälle mit COVID-19 aus (Frisina Doetter et al., 2021). Im Zuge der COVID-19-Pandemie wurde intensiv für eine Kontaktreduktion geworben und diese teilweise sogar gesetzlich verordnet. Begründet wurde dies insbesondere mit der höheren Gefährdung älterer Menschen und dem Schutz des Gesundheitswesens vor einer Überlastung. Geboren aus den Vorschriften zur Kontaktreduktion und wegen der berechtigten Furcht vor der Infektion wurden in vielen Bereichen des täglichen Lebens die Kontakte teilweise auch freiwillig reduziert. Das Pandemiegeschehen hatte somit direkte Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung (Rothgang et al., 2020d; Wolf-Ostermann et al., 2020a), die Zahl der Arztkontakte (Damerow et al., 2022, S. 10; Heidemann et al., 2022) und die Zahl der Krankenhausfälle (Augurzky et al., 2021, S. 24; Richter et al., 2021, S. 267).

In Kapitel 3.1 wird zunächst den Fragen nachgegangen, wie sich die stationäre Versorgungsstruktur im Vergleich der letzten beiden Jahre der Berichterstattung der Pflegestatistik veränderte und ob es dabei regional unterschiedliche Veränderungen gibt. In Kapitel 3.2 wird auf die Situation der Pflegenden und der Pflegebedürftigen in den Zeiten der COVID-19-Pandemie eingegangen. Mit einem Vergleich der Verhältnisse in den Jahren 2020 und 2021 mit den Verhältnissen in den Jahren 2017 bis 2019 sollen Effekte der COVID-19-Pandemie ermittelt werden.

3.1 Differenzierte stationäre Versorgung auf Landesebene

Berichterstattungen über die stationäre Versorgung verknüpfen in der Regel verschiedene Teilbereiche der stationären Versorgung (beispielsweise Rothgang et al., 2020c; Statistisches Bundesamt, 2021e). Gerade für die Bewertung der Versorgungskapazitäten ist aber eine Differenzierung zwischen vollstationärer und teilstationärer Pflege erforderlich. In diesem Sinne werden im Folgenden die Versorgungsdaten für 2017 und 2019

differenzierte Darstellung nach vollstationären und teilstationären Strukturen

differenziert nach vollstationären und teilstationären Einrichtungen verglichen. Diese Differenzierung ist nicht ganz trennscharf zu gewährleisten, da es auch Einrichtungen gibt, die beide Leistungen anbieten. Die Mehrzahl der teilstationären Plätze findet sich allerdings in Einrichtungen, die ausschließlich teilstationäre Pflege anbieten. In der Regel werden daher nachfolgend separate Auswertungen für die Einrichtungen vorgenommen, die ausschließlich teilstationäre Pflege anbieten, und zusätzlich Auswertungen für alle anderen stationären Einrichtungen, die vollstationäre und gegebenenfalls außerdem teilstationäre Pflege anbieten. Dargestellt werden die Einrichtungen nach ihren Angebotsstrukturen (Kapitel 3.1.1) und ihrer Personalausstattung (Kapitel 3.1.2). Zur Beurteilung der Möglichkeit, Personalengpässe auszugleichen, wird zudem ein Blick auf die Arbeitslosenstatistik geworfen (Kapitel 3.1.3). Kapitel 3.1.4 widmet sich abschließend den Heimentgelten in vollstationärer und teilstationärer Pflege.

3.1.1 Entwicklung der Einrichtungen (Strukturen und Angebote)

Wie wichtig die Unterscheidung nach Einrichtungsart ist, zeigt sich schon in der Entwicklung der Anzahl ausschließlich teilstationärer und vollstationärer Einrichtungen. Insgesamt ist zwar in den Jahren 2017 bis 2019 die Zahl der stationären Einrichtungen von 14.480 um 6,2 Prozent auf 15.380 gestiegen. Dieser Anstieg beruht aber weitgehend auf der Entwicklung im teilstationären Bereich. Während die Zahl der teilstationären Einrichtungen von 3.066 im Jahr 2017 um 26,9 Prozent auf 3.892 im Jahr 2019 gestiegen ist, gab es im Bereich der vollstationären Versorgung in diesem Zeitraum nur einen Anstieg um 0,6 Prozent von 11.414 auf 11.488 Einrichtungen (Tabelle 3.1).

Bei der teilstationären Versorgung gab es in allen Bundesländern unabhängig von der Trägerschaft nur Zuwächse. Hingegen gab es bei den vollstationären Einrichtungen auch Reduktionen. So hat sich in Baden-Württemberg, in Sachsen-Anhalt und in Schleswig-Holstein die Anzahl der privaten vollstationären Einrichtungen merklich verringert und in Berlin, Hamburg und Hessen die Zahl der freigemeinnützigen oder öffentlichen vollstationären Einrichtungen (Tabelle 3.1).



www.bifg.de/Y925P5

überall mehr teilstationäre Einrichtungen, Stagnation bei vollstationären Einrichtungen

Tabelle 3.1: Stationäre Einrichtungen nach Versorgungsart in den Jahren 2017 und 2019

	2017			2019		
	freigemeinnützig/ öffentlich	privat	ins- gesamt	freigemeinnützig/ öffentlich	privat	ins- gesamt
nur teilstationäre Pflege						
Deutschland	1.563	1.503	3.066	2.017	1.875	3.892
Baden-Württemberg	163	101	264	248	133	381
Bayern	189	161	350	288	199	487
Berlin	39	41	80	46	48	94
Brandenburg	110	80	190	141	110	251
Bremen	34	7	41	37	12	49
Hamburg	22	17	39	28	18	46
Hessen	46	74	120	66	89	155
Mecklenburg-Vorpommern	82	105	187	100	130	230
Niedersachsen	205	221	426	249	267	516
Nordrhein-Westfalen	344	239	583	401	293	694
Rheinland-Pfalz	38	40	78	44	49	93
Saarland	8	19	27	15	24	39
Sachsen	113	149	262	140	193	333
Sachsen-Anhalt	64	107	171	80	147	227
Schleswig-Holstein	48	57	105	60	62	122
Thüringen	58	85	143	74	101	175
vollstationäre Pflege						
Deutschland	6.750	4.664	11.414	6.793	4.695	11.488
Baden-Württemberg	1.069	444	1.513	1.103	428	1.531
Bayern	1.012	523	1.535	1.008	521	1.529
Berlin	161	150	311	152	153	305
Brandenburg	228	105	333	234	111	345
Bremen	57	48	105	56	47	103
Hamburg	72	90	162	66	94	160
Hessen	421	364	785	416	384	800
Mecklenburg-Vorpommern	185	74	259	189	79	268
Niedersachsen	539	908	1.447	535	913	1.448
Nordrhein-Westfalen	1.506	735	2.241	1.511	755	2.266
Rheinland-Pfalz	281	180	461	281	185	466

	2017			2019		
	freigemeinnützig/ öffentlich	privat	ins- gesamt	freigemeinnützig/ öffentlich	privat	ins- gesamt
Saarland	102	51	153	102	56	158
Sachsen	428	280	708	438	287	725
Sachsen-Anhalt	260	202	462	267	194	461
Schleswig-Holstein	187	400	587	187	378	565
Thüringen	242	110	352	248	110	358
alle stationären Einrichtungen						
Deutschland	8.313	6.167	14.480	8.810	6.570	15.380

Quelle: FDZ-StaBu (2022), eigene Berechnungen

Tabelle 3.2: Stationäre Einrichtungen mit erweiterten Angeboten in den Jahren 2017 und 2019

	insgesamt		mit Anbindung an eine Wohneinrichtung		mit angeschlossenem ambulanten Hilfsdienst: Leistungen nach SGB XI	
	2017	2019	2017	2019	2017	2019
Baden-Württemberg	1.777	1.912	454	451	264	252
Bayern	1.885	2.016	330	313	238	238
Berlin	391	399	45	45	24	14
Brandenburg	523	596	98	111	61	55
Bremen	146	152	37	58	28	48
Hamburg	201	206	41	38	20	16
Hessen	905	955	195	228	107	137
Mecklenburg-Vorpommern	446	498	41	64	36	65
Niedersachsen	1.873	1.964	234	236	176	181
Nordrhein-Westfalen	2.824	2.960	516	528	261	308
Rheinland-Pfalz	539	559	218	222	88	108
Saarland	180	197	39	34	12	16
Sachsen	970	1.058	91	97	104	115
Sachsen-Anhalt	633	688	82	71	76	84
Schleswig-Holstein	692	687	102	93	77	86
Thüringen	495	533	63	68	60	46
Deutschland	14.480	15.380	2.586	2.657	1.632	1.769

Quelle: FDZ-StaBu (2022)

Allgemein gilt in der Pflegeversicherung der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Inzwischen entwickeln sich aber auch Wohn- und Pflegeformen, die zwar als ambulante Versorgungsform gelten, aber immer größere Ähnlichkeiten mit stationären Versorgungsformen haben – wie zum Beispiel betreutes Wohnen oder ambulant betreute Wohngruppen. Für diese ließen sich in größerem Umfang Unterstützungsleistungen über die Pflegeversicherung abrechnen als für die Versorgung im Pflegeheim (Rothgang & Müller, 2019). Vor diesem Hintergrund stellt sich auch die Frage, wie leicht ein Wechsel Pflegebedürftiger von stationärer zu ambulanter Versorgung innerhalb einer Einrichtung möglich sein kann. Vollstationäre Einrichtungen, die an eine Wohneinrichtung angebunden sind oder an die ein ambulanter Hilfsdienst angeschlossen ist, bieten dazu bessere Möglichkeiten als Einrichtungen ohne solche Anbindungen.

immer mehr teilstationäre Einrichtungen mit Anbindung an eine Wohneinrichtung

Wie die Pflegestatistik ausweist, ist die Zahl der stationären Pflegeeinrichtungen mit einer Anbindung an eine Wohneinrichtung von 2.586 im Jahr 2017 um 2,7 Prozent auf 2.657 im Jahr 2019 gestiegen und damit insgesamt weniger stark als die Zahl der Pflegeeinrichtungen selber. In Bayern, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein ist die Zahl sogar stärker rückläufig (Tabelle 3.2). Die Entwicklung unterscheidet sich auch danach, um welche Art von Einrichtungen es sich handelt. Bei Einrichtungen mit vollstationärem Angebot gibt es einen Rückgang von 2.353 auf 2.315 Einrichtungen mit einer Anbindung an eine Wohneinrichtung. Bei Einrichtungen, die ausschließlich teilstationäre Pflege anbieten, gibt es hingegen einen Anstieg von 233 auf 342 Einrichtungen mit Anbindung an eine Wohneinrichtung (FDZ-StaBu, 2022). Es wird also weniger das vollstationäre Angebot mit ambulanten Angeboten verquickt, sondern es werden eher umfassendere, separate ambulante Konzepte aufgebaut. Einige Merkmale der Pflegestatistik können aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht für alle Bundesländer vertieft ausgewiesen werden. Hierzu gehört beispielsweise die Anbindung von teilstationären Einrichtungen an eine Wohneinrichtung.

immer mehr teilstationäre Einrichtungen mit angeschlossenem ambulanten Hilfsdienst

Ähnliche Entwicklungen wie bei der Anbindung an eine Wohneinrichtung zeigen sich bei der Anzahl der Einrichtungen mit angeschlossenem ambulanten Hilfsdienst mit Leistungen nach SGB XI. Hier gibt es bei vollstationären Einrichtungen einen kleinen Anstieg von 1.108 um 1,4 Prozent auf 1.123 Einrichtungen, aber bei den ausschließlich teilstationären Einrichtungen einen größeren Anstieg von 524 um 23,3 Prozent auf 646 Einrichtungen

(FDZ-StaBu, 2022). Die Veränderungsdaten der erweiterten Angebote der stationären Pflegeeinrichtungen unterscheiden sich aber nicht sehr von den Veränderungsdaten der Anzahl der Einrichtungen überhaupt. Somit lässt sich keine Tendenz ablesen, dass ein bestimmtes Versorgungskonstrukt sich aktuell mehr etabliert als ein anderes.

Tabelle 3.3: Pflegeplätze nach Versorgungsart in den Jahren 2017 und 2019

	Plätze für Dauerpflege		Plätze für Kurzzeitpflege		Plätze für teilstationäre Pflege	
	2017	2019	2017	2019	2017	2019
Baden-Württemberg	101.799	99.207	1.013	1.000	7.433	9.082
Bayern	128.133	128.127	250	488	7.766	10.848
Berlin	32.918	31.835	357	297	1.828	2.168
Brandenburg	25.503	26.161	540	569	3.734	4.753
Bremen	6.546	6.777	258	285	767	894
Hamburg	17.454	17.958	249	489	864	1.015
Hessen	60.338	61.685	955	695	3.437	3.994
Mecklenburg-Vorpommern	19.843	20.283	124	152	3.608	4.572
Niedersachsen	104.101	105.509	612	438	8.779	10.679
Nordrhein-Westfalen	177.948	175.367	2.056	2.913	11.143	13.179
Rheinland-Pfalz	42.409	42.448	188	173	2.875	3.298
Saarland	12.347	12.687	382	468	896	1.111
Sachsen	51.974	53.578	986	897	5.241	6.543
Sachsen-Anhalt	30.818	30.555	144	152	3.429	4.696
Schleswig-Holstein	38.322	38.200	429	363	2.185	2.554
Thüringen	26.414	26.785	78	113	2.894	3.513
Deutschland	876.867	877.162	8.621	9.492	66.879	82.899

Quelle: FDZ-StaBu (2022)

Wie eingangs erwähnt gibt es vielfältige Angebotsstrukturen bei stationären Pflegeeinrichtungen. Neben Einrichtungen, die ausschließlich vollstationäre Dauerpflegeplätze anbieten, gibt es Einrichtungen, die ausschließlich teilstationäre anbieten. Zudem gibt es alle Kombinationen von Kurzzeitpflege, Dauerpflege und teilstationärer Pflege. Im Jahr 2017 wurden von den 66.879 Plätzen für teilstationäre Pflege 52.361 in Einrichtungen angeboten, die ausschließlich teilstationäre Pflege vorhalten. Im Jahr 2019 waren es

Die teilstationäre Versorgung löst sich immer mehr aus vollstationären Einrichtungen.

68.790 der insgesamt 82.899 Plätze. Innerhalb der vollstationären Einrichtungen ist die Zahl der angebotenen Plätze für teilstationäre Versorgung hingegen von 15.518 auf 14.109 zurückgegangen (FDZ-StaBu, 2022). Die teilstationäre Versorgung entwickelt sich somit zu einem separaten Zweig außerhalb der vollstationären Einrichtungen.

In der Summe hat sich die Zahl der teilstationären Pflegeplätze von 66.879 um 24,0 Prozent auf 82.899 erhöht. Auch die Zahl der Kurzzeitpflegeplätze hat zugenommen. Hier gab es einen Anstieg um 10,1 Prozent, von 8.621 auf 9.492 Plätze. Hingegen ist die Zahl der vollstationären Dauerpflegeplätze mit einer Steigerung unter 0,1 Prozent fast konstant geblieben (Tabelle 3.3). Während in Bremen (+3,5 Prozent), Sachsen (+3,1 Prozent) und Hamburg (+2,9 Prozent) die größten Steigerungsraten in der Anzahl der Dauerpflegeplätze zu beobachten sind, geht die Zahl in Baden-Württemberg, Berlin und Nordrhein-Westfalen merklich zurück. Besondere Steigerungsraten in der Zahl der Kurzzeitpflegeplätze gibt es in Hamburg, Bayern, Thüringen und Nordrhein-Westfalen. Die Zahl der Plätze für teilstationäre Pflege hat in allen Bundesländern deutlich zugenommen.

Anbindung an medizinische Versorgungsstrukturen noch selten

Die medizinische Versorgung im Pflegeheim ist schon mehrfach in den BARMER Pflegeberichten thematisiert worden (zuletzt Rothgang & Müller, 2019). Die Pflegestatistik bietet einige Informationen zur strukturellen Versorgungsqualität. Im Jahr 2017 gab es 253 stationäre Pflegeeinrichtungen mit einer Anbindung an ein Krankenhaus, eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder ein Hospiz. Im Jahr 2019 waren es dann drei mehr. In den vollstationären Einrichtungen ist die Zahl von 237 auf 232 zurückgegangen und in den teilstationären Einrichtungen von 16 auf 24 gestiegen. Die Zahl der Pflegeheime mit einer medizinischen Versorgung durch Heimärzte ist deutlich stärker gestiegen. Im Jahr 2017 waren es noch 147 und im Jahr 2019 schon 187 Einrichtungen. Die meisten davon, nämlich 137 (2017) beziehungsweise 180 (2019) waren vollstationäre Einrichtungen. In der teilstationären Versorgung bleiben Heimärzte weiterhin eine Ausnahme (FDZ-StaBu, 2022). Im Verhältnis zur Gesamtzahl der 11.488 vollstationären Einrichtungen beziehungsweise insgesamt 15.380 stationären Einrichtungen erscheint die strukturell angebundene medizinische Versorgung allerdings marginal. Eine vertiefende Darstellung für alle Bundesländer ist wiederum aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich.

3.1.2 Entwicklung der Anzahl und der Qualifikation des Pflegepersonals

In den Veröffentlichungen der amtlichen Statistik werden in der Regel die Personalzahlen gemeinsam für die vollstationäre und die teilstationäre Versorgung ausgewiesen. Die Bedarfslagen sind aber deutlich unterschiedlich – ebenso wie das Ausmaß der erkannten Personaldefizite (Rothgang et al., 2020b). Die aggregierte Betrachtung voll- und teilstationärer Versorgung erschwert daher eine Bewertung der Entwicklung. Um die Versorgungslage besser zu verdeutlichen, werden nachfolgend auf Grundlage von Auswertungen am Gastwissenschaftlerarbeitsplatz beim Statistischen Landesamt Bremen die Personalzahlen differenziert nach Einrichtungen, die vollstationäre Pflege anbieten, und Einrichtungen, die ausschließlich teilstationäre Pflege anbieten, ausgewiesen.

Neben Pflegepersonal ist in Pflegeeinrichtungen noch eine Vielzahl an anderen Berufsgruppen vertreten. Ebenso sind neben den Aufgaben Pflege, Betreuung und Pflegedienstleitung auch noch andere Arbeiten in Bereichen wie Hauswirtschaft, Haustechnik oder Verwaltung zu erledigen. Als Pflegekräfte werden im Folgenden diejenigen gefasst, die eine Ausbildung zur Pflegefachkraft oder Pflegehilfskraft haben, sowie diejenigen, die zwar einen anderen Beruf haben, aber überwiegend Tätigkeiten in Pflege oder Betreuung übernehmen. Wir unterscheiden also nachfolgend Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte mit Ausbildung und Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung.

In den Einrichtungen, die nur teilstationäre Pflege anbieten, ist die Anzahl der Pflegekräfte, gemessen in Vollzeitäquivalenten (VZÄ), von 13.834 um 31,4 Prozent auf 18.175 gestiegen. Damit ist der Anstieg höher als der Anstieg der Gesamtzahl der entsprechenden Plätze und höher als der Anstieg der Anzahl teilstationärer Einrichtungen. Der Anstieg in privaten Einrichtungen liegt mit 27,6 Prozent unterhalb des Gesamtanstiegs. In den vollstationären Einrichtungen ist die Anzahl der VZÄ von 408.770 um 3,6 Prozent auf 423.546 gestiegen (Tabelle 3.4). Gegenüber der angebotenen Platzzahl für vollstationäre Pflege ist das eine deutliche Steigerung. Bei den vollstationären Einrichtungen steigt die Zahl der VZÄ allerdings bei den privaten Anbietern (+4,7 Prozent) stärker als bei den öffentlichen und freigemeinnützigen Anbietern (+3,0 Prozent).



www.bifg.de/Y925PV

Die Zahl der Pflegekräfte steigt stärker als die Zahl der Pflegeplätze.

Tabelle 3.4: Pflegekräfte in VZÄ nach Trägerschaft in den Jahren 2017 und 2019

	2017			2019		
	freigemeinnützig/ öffentlich	privat	ins- gesamt	freigemeinnützig/ öffentlich	privat	ins- gesamt
nur teilstationäre Pflege						
Deutschland	6.848	6.986	13.834	9.259	8.916	18.175
Baden-Württemberg	764	474	1.237	1.144	605	1.749
Bayern	811	755	1.565	1.324	956	2.280
Berlin	234	268	501	285	374	659
Brandenburg	401	315	717	560	441	1.001
Bremen	191	22	213	200	45	245
Hamburg	122	88	210	181	85	266
Hessen	221	353	574	326	483	808
Mecklenburg-Vorpommern	346	472	818	469	603	1.072
Niedersachsen	881	1.144	2.025	1.166	1.339	2.506
Nordrhein-Westfalen	1.554	1.033	2.587	1.841	1.349	3.190
Rheinland-Pfalz	188	196	384	244	280	523
Saarland	44	92	136	75	116	191
Sachsen	423	625	1.048	541	810	1.351
Sachsen-Anhalt	248	501	749	345	709	1.054
Schleswig-Holstein	211	261	472	262	286	548
Thüringen	210	388	599	298	435	733
vollstationäre Pflege						
Deutschland	258.742	150.028	408.770	266.533	157.013	423.546
Baden-Württemberg	37.408	13.456	50.864	38.531	13.576	52.107
Bayern	41.280	17.500	58.780	42.814	18.172	60.987
Berlin	7.423	6.647	14.070	7.249	6.924	14.172
Brandenburg	7.743	3.886	11.629	7.967	4.213	12.180
Bremen	1.817	1.400	3.217	1.803	1.471	3.275
Hamburg	3.336	4.627	7.963	3.085	4.865	7.950
Hessen	15.270	12.288	27.557	15.774	13.424	29.198
Mecklenburg-Vorpommern	6.106	2.622	8.728	6.391	2.840	9.231
Niedersachsen	19.112	25.884	44.996	19.911	27.215	47.126
Nordrhein-Westfalen	66.545	24.182	90.726	68.501	25.874	94.375

	2017			2019		
	freigemeinnützig/ öffentlich	privat	ins- gesamt	freigemeinnützig/ öffentlich	privat	ins- gesamt
Rheinland-Pfalz	12.032	6.221	18.252	12.197	6.554	18.751
Saarland	4.387	1.793	6.179	4.415	2.122	6.537
Sachsen	14.183	9.136	23.319	14.911	9.480	24.391
Sachsen-Anhalt	7.995	5.532	13.526	8.491	5.439	13.930
Schleswig-Holstein	5.841	10.999	16.839	6.084	10.895	16.978
Thüringen	8.265	3.858	12.123	8.409	3.951	12.361
gesamte stationäre Pflege						
Deutschland	265.590	157.013	422.603	275.792	165.929	441.720

Quelle: FDZ-StaBu (2022), eigene Berechnungen

Die Pflegekräfte wurden im Jahr 2019 mehr als im Jahr 2017 für Pflege und Betreuung eingesetzt als für sonstige Tätigkeiten wie zum Beispiel Hauswirtschaft oder Verwaltung. In den teilstationären Einrichtungen gab es einen Anstieg des in Pflege und Betreuung eingesetzten Personals um 52,4 Prozent von 7.098 auf 10.818 VZÄ. In den vollstationären Einrichtungen belief sich der entsprechende Anstieg auf 4,5 Prozent (Tabelle 3.5). Auch diese Anstiege liegen somit höher als die Anstiege bei den angebotenen Plätzen. Die Zahl des in Pflege und Betreuung eingesetzten Personals ist – auch in Relation zur Zahl der versorgten Personen – in allen Bundesländern sowohl in der teilstationären Pflege als auch in der vollstationären Pflege gestiegen. Bei den sonstigen Tätigkeiten gibt es in der teilstationären Pflege vereinzelt und bei der vollstationären Pflege häufiger Rückgänge des Einsatzes von Pflegepersonal. In der Summe gibt es also in beiden Versorgungsbereichen eine Umorientierung der Pflegekräfte hin zu Pflege und Betreuung auf Kosten der Tätigkeiten in anderen Tätigkeitsbereichen. Als Kompensation gibt es einen Anstieg bei sonstigen Berufen mit sonstigen Tätigkeiten, in der teilstationären Pflege von 4.342 VZÄ um 34,3 Prozent auf 5.832 VZÄ und in der vollstationären Pflege von 125.529 VZÄ um 3,4 Prozent auf 129.759 VZÄ (FDZ-StaBu, 2022).

mehr Pflegepersonal für
Pflege und Betreuung

Tabelle 3.5: Pflegekräfte in VZÄ mit und ohne Ausbildung in stationären Einrichtungen nach Tätigkeitsbereich in den Jahren 2017 und 2019

	2017			2019		
	Pflege und Betreuung	sonstige Tätigkeit	insgesamt	Pflege und Betreuung	sonstige Tätigkeit	insgesamt
nur teilstationäre Pflege						
Deutschland	7.098	6.736	13.834	10.818	7.357	18.175
Baden-Württemberg	509	728	1.237	896	853	1.749
Bayern	726	840	1.565	1.391	889	2.280
Berlin	266	236	501	388	271	659
Brandenburg	349	368	717	509	493	1.001
Bremen	115	98	213	175	69	245
Hamburg	109	101	210	156	110	266
Hessen	290	284	574	469	339	808
Mecklenburg-Vorpommern	424	394	818	684	388	1.072
Niedersachsen	1.090	935	2.025	1.506	1.000	2.506
Nordrhein-Westfalen	1.445	1.142	2.587	2.036	1.153	3.190
Rheinland-Pfalz	205	179	384	323	200	523
Saarland	62	74	136	97	94	191
Sachsen	564	484	1.048	799	552	1.351
Sachsen-Anhalt	405	344	749	623	431	1.054
Schleswig-Holstein	232	240	472	309	239	548
Thüringen	307	292	599	458	276	733
vollstationäre Pflege						
Deutschland	369.722	39.047	408.770	386.312	37.234	423.546
Baden-Württemberg	46.473	4.391	50.864	47.859	4.247	52.107
Bayern	53.691	5.089	58.780	56.274	4.713	60.987
Berlin	12.603	1.467	14.070	12.892	1.281	14.172
Brandenburg	10.385	1.244	11.629	11.105	1.075	12.180
Bremen	2.801	416	3.217	2.907	368	3.275
Hamburg	7.090	873	7.963	7.261	689	7.950
Hessen	24.859	2.698	27.557	26.481	2.717	29.198
Mecklenburg-Vorpommern	7.889	839	8.728	8.394	837	9.231

	2017			2019		
	Pflege und Betreuung	sonstige Tätigkeit	insgesamt	Pflege und Betreuung	sonstige Tätigkeit	insgesamt
Niedersachsen	40.694	4.303	44.996	43.109	4.017	47.126
Nordrhein-Westfalen	81.771	8.956	90.726	85.477	8.899	94.375
Rheinland-Pfalz	16.484	1.768	18.252	17.027	1.724	18.751
Saarland	5.561	618	6.179	5.944	592	6.537
Sachsen	21.142	2.177	23.319	22.281	2.110	24.391
Sachsen-Anhalt	12.382	1.144	13.526	12.873	1.057	13.930
Schleswig-Holstein	14.938	1.901	16.839	15.345	1.633	16.978
Thüringen	10.960	1.163	12.123	11.083	1.278	12.361
gesamte stationäre Pflege						
Deutschland	376.820	45.783	422.603	397.130	44.591	441.720

Quelle: FDZ-StaBu (2022), eigene Berechnungen

Entscheidend für eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung ist aber auch das Qualifikationsniveau des Pflegepersonals. Tabelle 3.6 zeigt die Entwicklung der VZÄ nach Einrichtungsart und Qualifikation des Pflegepersonals. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird für die Pflegehilfskräfte in teilstationärer Versorgung keine Unterscheidung nach dem Ausbildungsstand vorgenommen. Bei den Pflegefachkräften in teilstationärer Pflege gibt es einen Anstieg von 7.898 VZÄ um 30,6 Prozent auf 10.312 VZÄ und bei den Pflegehilfskräften mit oder ohne Ausbildung einen Anstieg von 5.936 VZÄ um 32,5 Prozent auf 7.863 VZÄ. Insgesamt ist damit die Pflegepersonalausstattung in der teilstationären Pflege stärker gestiegen als die Anzahl der angebotenen Plätze. Ein deutlicher Anstieg sowohl bei den Pflegefachkräften als auch bei den Pflegehilfskräften ist in allen Bundesländern zu beobachten.

In der vollstationären Versorgung ist die Zahl der Pflegefachkräfte von 207.543 VZÄ um 3,0 Prozent auf 213.811 VZÄ gestiegen. Bei den Pflegehilfskräften mit Ausbildung fiel der Anstieg mit 1,4 Prozent geringer und bei den Pflegehilfskräften ohne Ausbildung mit 5,2 Prozent höher aus. Alle drei Steigerungsraten liegen aber über der Steigerungsrate

der ausgewiesenen Plätze in vollstationärer Pflege (vergleiche Kapitel 3.1.1), was für eine Verbesserung der Strukturqualität in der Versorgung spricht. Während die Zahl der Pflegefachkräfte auf Bundesebene steigt, gibt es aber auch einzelne Bundesländer mit merklich sinkenden Zahlen im vollstationären Bereich (Hamburg und Schleswig-Holstein). Sinkende Personalzahlen lassen sich bei den Pflegehilfskräften mit Ausbildung in Berlin, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein beobachten. Sinkende Zahlen bei den Pflegehilfskräften ohne Ausbildung gibt es hingegen in keinem Bundesland (Tabelle 3.6). Überwiegend ist somit die Entwicklung des Personals der Entwicklung des Angebots angepasst. In Hamburg und Schleswig-Holstein gibt es aber Verschlechterungen in der Relation von Pflegepersonal zu angebotenen Plätzen.

Tabelle 3.6: Pflegepersonal in VZÄ mit und ohne Ausbildung in stationären Einrichtungen nach Qualifikation in den Jahren 2017 und 2019

	2017				2019			
	Pflegefachkraft	Pflegehilfskraft mit Ausbildung	Pflegehilfskraft ohne Ausbildung*	insgesamt	Pflegefachkraft	Pflegehilfskraft mit Ausbildung	Pflegehilfskraft ohne Ausbildung*	insgesamt
nur teilstationäre Pflege								
Deutschland	7.898	*	5.936	13.834	10.312	*	7.863	18.175
Baden-Württemberg	662	*	575	1.237	994	*	755	1.749
Bayern	909	*	657	1.565	1.307	*	973	2.280
Berlin	258	*	243	501	310	*	349	659
Brandenburg	396	*	321	717	522	*	479	1.001
Bremen	107	*	106	213	130	*	114	245
Hamburg	120	*	90	210	155	*	111	266
Hessen	323	*	251	574	433	*	376	808
Mecklenburg-Vorpommern	460	*	359	818	596	*	476	1.072
Niedersachsen	1.105	*	920	2.025	1.361	*	1.144	2.506
Nordrhein-Westfalen	1.664	*	923	2.587	2.059	*	1.131	3.190
Rheinland-Pfalz	216	*	168	384	285	*	239	523
Saarland	73	*	63	136	108	*	84	191
Sachsen	611	*	437	1.048	786	*	565	1.351

	2017				2019			
	Pflege- fach- kraft	Pflege- hilfskraft mit Aus- bildung	Pflege- hilfskraft ohne Aus- bildung*	ins- gesamt	Pflege- fach- kraft	Pflege- hilfskraft mit Aus- bildung	Pflege- hilfskraft ohne Aus- bildung*	ins- gesamt
Sachsen-Anhalt	400	*	348	749	574	*	480	1.054
Schleswig-Holstein	270	*	202	472	304	*	244	548
Thüringen	324	*	274	599	389	*	344	733
vollstationäre Pflege								
Deutschland	207.543	53.684	147.543	408.770	213.811	54.461	155.273	423.546
Baden-Württemberg	27.227	5.729	17.908	50.864	28.033	5.725	18.348	52.107
Bayern	29.586	8.545	20.650	58.780	30.209	8.514	22.264	60.987
Berlin	6.741	2.393	4.936	14.070	6.852	2.095	5.226	14.172
Brandenburg	5.256	1.542	4.831	11.629	5.533	1.660	4.987	12.180
Bremen	1.605	511	1.102	3.217	1.628	525	1.122	3.275
Hamburg	3.987	1.545	2.431	7.963	3.914	1.235	2.801	7.950
Hessen	13.304	3.869	10.385	27.557	13.951	4.042	11.205	29.198
Mecklenburg-Vorpommern	4.390	1.262	3.076	8.728	4.610	1.237	3.384	9.231
Niedersachsen	22.269	5.646	17.081	44.996	23.188	5.839	18.099	47.126
Nordrhein-Westfalen	48.649	10.564	31.513	90.726	50.645	11.565	32.165	94.375
Rheinland-Pfalz	9.083	2.550	6.619	18.252	9.251	2.381	7.120	18.751
Saarland	3.150	902	2.127	6.179	3.389	954	2.194	6.537
Sachsen	11.425	2.293	9.601	23.319	11.806	2.574	10.011	24.391
Sachsen-Anhalt	6.819	2.287	4.421	13.526	6.891	2.285	4.754	13.930
Schleswig-Holstein	7.954	3.124	5.761	16.839	7.765	2.933	6.281	16.978
Thüringen	6.099	922	5.103	12.123	6.148	898	5.314	12.361
Gesamtergebnis								
Deutschland	215.441	53.684	153.479	422.603	224.123	54.461	163.136	441.720

* Für die teilstationären Pflegeeinrichtungen konnte nicht zwischen ausgebildeten und nicht ausgebildeten Hilfskräften unterschieden werden.

Quelle: FDZ-StaBu (2022), eigene Berechnungen

3.1.3 Arbeitslosenstatistik im Bereich Pflege

Um Personallücken zu schließen, bedarf es gerade bei einer steigenden Zahl an Pflegebedürftigen auch einer gewissen Anzahl an verfügbaren Pflegekräften. Die Bundesagentur für Arbeit liefert für Deutschland sowohl Statistiken zur Zahl der Arbeitslosen mit dem Zielberuf Altenpflege als auch Zahlen zu den offenen Stellen (Tabelle 3.7).

Tabelle 3.7: Offene Stellen und Arbeitslose mit Zielberuf Altenpflege

	2017	2018	2019	2020	2021
Arbeitslose	32.194	30.746	30.510	35.441	35.452
gemeldete sozialversicherungspflichtige Stellen	22.710	23.372	23.056	20.490	20.329
gemeldete sozialversicherungspflichtige Stellen ohne Zeitarbeit	16.701	17.535	17.346	15.713	15.519
auf 100 gemeldete Arbeitsstellen ohne Zeitarbeit kommen ... Arbeitslose	193	175	176	226	228
Vakanzzeiten der offenen Stellen in Tagen bei Abgang	144	160	180	189	195
Anteil an allen arbeitslosen Pflegekräften					
Expertenstatus	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5
Spezialistenstatus	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Fachkräfte	9,5	9,4	9,5	9,6	9,5
Hilfskräfte	89,8	90,0	89,8	89,8	89,9
Anteil an allen offenen Stellen für Pflegekräfte in der Altenpflege ohne Zeitarbeitsnachfrage					
Expertenstatus	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5
Spezialistenstatus	0,6	0,7	0,8	0,8	1,0
Fachkräfte	65,1	65,5	66,1	65,9	62,2
Hilfskräfte	33,7	33,3	32,7	32,8	36,3
auf 100 gemeldete Stellen ohne Zeitarbeit kommen ... Arbeitslose					
Expertenstatus	203	182	226	264	223
Spezialistenstatus	37	25	20	30	25
Fachkräfte	28	25	25	33	35
Hilfskräfte	513	474	483	617	565
Vakanzzeiten der offenen Stellen in Tagen bei Abgang					
Expertenstatus	79	77	96	75	85
Spezialistenstatus	206	198	245	222	221
Fachkräfte	170	188	212	212	230
Hilfskräfte	113	125	138	156	153

Anmerkung: Expertenstatus beinhaltet Pflegedienstleitung; Spezialistenstatus beinhaltet fachliche Spezialisierung wie Fachaltenpflegekräfte in der Psychiatrie; Hilfskräfte umfassen welche ohne und welche mit Ausbildung
Quelle: BA (2022)

Die Arbeitslosenstatistik weist im Vergleich der Jahre 2019 und 2017 einen Rückgang der Arbeitslosen mit Zielberuf Altenpflege von 32.194 um 5,2 Prozent auf 30.510 aus (Tabelle 3.7). Für die Jahre 2020 und 2021 liegt diese Zahl dann über 35.000, was vermutlich mit der COVID-19-Pandemie in Zusammenhang steht (siehe auch Kapitel 3.2). Auf der anderen Seite stieg die Zahl der gemeldeten sozialversicherungspflichtigen Stellen von 22.710 im Jahr 2017 um 1,5 Prozent auf 23.056 im Jahr 2019 und brach im Jahr 2020, dem ersten Jahr der COVID-19-Pandemie, auf 20.490 ein. Viele Stellen im Pflegebereich werden auch von Zeitarbeitsfirmen vermittelt. Die Stellen, die von Zeitarbeitsfirmen angeboten werden, sind allerdings keine direkten Arbeitsstellen. Für eine Bewertung des Verhältnisses von Angebot und Nachfrage kann daher der Ausschluss dieser Angebote sinnvoll sein. Ohne die Angebote durch Zeitarbeitsfirmen gab es in den Jahren 2017 bis 2019 eine Steigerung von 16.701 Stellen um 3,9 Prozent auf 17.346 Stellen. In den Jahren 2020 und 2021 reduzierte sich die Zahl hingegen wieder auf unter 16.000. Auf 100 gemeldete Stellen (ohne Zeitarbeit) ist die Zahl der Arbeitslosen in den letzten Jahren gestiegen. Damit sollte die Wahrscheinlichkeit einer zügigeren Stellenbesetzung gestiegen sein. Dennoch hat sich auch die Zeit verlängert, bis die offenen Stellen wiederbesetzt wurden.

mehr arbeitslose Pflegekräfte in Coronazeiten

Das Verhältnis von über 200 Arbeitslosen zu 100 offenen Stellen erscheint auf den ersten Blick ausreichend, um den Bedarf an Pflegekräften zu decken. Doch dahinter verbirgt sich eine differenzierte Angebots- und Nachfrageverteilung hinsichtlich des Qualifikationsniveaus. Von den arbeitslosen Pflegekräften sind im Jahr 2021 nämlich 89,9 Prozent Pflegehilfskräfte mit oder ohne Ausbildung, 9,5 Prozent sind Pflegefachkräfte, weitere 0,1 Prozent Pflegefachkräfte mit spezieller Weiterbildung und 0,5 Prozent Pflegefachkräfte auf der Suche nach einer Stelle als Pflegedienstleitung (Tabelle 3.7). Die Verteilung bei den Stellenangeboten ist dagegen eine ganz andere. Es werden mehr Pflegefachkräfte und Pflegefachkräfte mit Spezialisierung, aber weniger Pflegehilfskräfte gesucht. So gibt es pro 100 offene Stellen für Pflegefachkräfte 2020 und 2021 nur 35 Arbeitssuchende. Selbst diese Zahl liefert aber wahrscheinlich ein noch zu optimistisches Bild, da es durch die Pandemie geprägt ist. Vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie lag die Zahl der Arbeitssuchenden sogar bei nur 25 pro 100 offene Stellen. Die durchschnittliche Wiederbesetzungszeit für eine offene Fachkraftstelle ist auch während der Pandemie noch gestiegen und beläuft sich 2021 auf 230 Tage. Bei den Pflegehilfskräften ist das Perso-

Mangel an Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften mit Ausbildung, ausreichend Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung

nalangebot dagegen größer als die Nachfrage. Die Pflegehilfskräfte umfassen allerdings Pflegehilfskräfte mit mindestens einjähriger Ausbildung, Arbeitsuchende mit einer fachfremden Ausbildung und Arbeitsuchende ohne jegliche Ausbildung. Von 31.800 Personen, die im Jahr 2020 eine Tätigkeit auf Helferniveau suchten, hatten nur 2.300, also nur etwa sieben Prozent, eine Ausbildung zur Altenpflegehilfe absolviert (BA, 2021, S. 12). So reicht das Angebot an Pflegehilfskräften aus qualitativen Gründen nicht, um den Bedarf zu decken.

3.1.4 Entwicklung der Heimentgelte in der stationären Versorgung

Ein wichtiger Faktor für die Wahl der Versorgungsart ist der Preis, der dafür zu zahlen ist, und der Umfang der Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung. Die maximale Leistungssumme, die von der Pflegeversicherung für die vollstationäre Pflege übernommen wird, hat sich zwischen den Jahren 2017 und 2019 nicht verändert. Dasselbe gilt für die Kurzzeitpflege und die teilstationäre Pflege (siehe Kapitel 2.3.1). Mit steigenden Vergütungen, die für die stationäre Pflege verlangt werden, steigt somit der Eigenanteil, der von den Pflegebedürftigen selbst zu übernehmen ist.

Tabelle 3.8: Durchschnittliche Vergütung pro Tag in der stationären Pflege in Deutschland in den Jahren 2017 und 2019 in Euro

Pflegegrad	Pflugesätze					Unterkunft und Verpflegung
	1	2	3	4	5	
vollstationäre Dauerpflege						
2017	36,41	46,11	62,18	78,95	86,62	23,50
2019	40,62	51,65	67,73	84,48	92,18	24,89
Kurzzeitpflege						
2017	49,39	57,37	69,98	83,13	89,71	24,18
2019	61,12	70,46	81,81	93,23	99,01	27,43
Tagespflege						
2017	35,82	41,72	46,73	51,66	55,19	13,45
2019	42,36	47,99	52,51	57,06	60,67	14,36

Quelle: FDZ-StaBu (2022), eigene Berechnungen

Zwischen 2017 und 2019 sind die Vergütungen pro Tag in allen drei Versorgungsbereichen – vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege und Tagespflege – deutlich gestiegen. Dabei stiegen die durchschnittlichen Vergütungen für Unterkunft und Verpflegung um 5,9 Prozent für vollstationäre Dauerpflege, um 13,5 Prozent für Kurzzeitpflege und um 6,8 Prozent für Tagespflege. In Eurobeträgen sind die durchschnittlichen Vergütungen differenziert nach Pflegegraden vergleichsweise gleichmäßig gestiegen. In vollstationärer Dauerpflege gab es für Pflegegrade 2 bis 5 eine Erhöhung um durchschnittlich 5,53 bis 5,56 Euro. Für Pflegegrad 1 stieg die durchschnittliche Vergütung um 4,21 Euro. Bei der Tagespflege sind die Anpassungen bei niedrigeren Pflegegraden höher ausgefallen als bei höheren Pflegegraden. Bei Pflegegrad 5 betrug die Steigerung 5,48 Euro und bei Pflegegrad 2 waren es 6,27 Euro. In der Tagespflege gab es die höchste absolute Steigerung bei den durchschnittlichen Pflegesätzen für Pflegegrad 1 (+ 6,54 Euro). Am größten waren die Steigerungen der Pflegesätze allerdings für die Kurzzeitpflege. Sie schwanken von 9,31 Euro bei Pflegegrad 5 bis 13,10 Euro bei Pflegegrad 1. Im Vergleich zum Pflegesatz im Jahr 2017 gab es damit bei allen Versorgungsarten bei geringeren Pflegegraden die größten relativen Steigerungen (vergleiche Tabelle 3.8). Diese Entwicklung verringert für Pflegebedürftige mit geringeren Pflegegraden die Anreize, stationäre Pflege in Anspruch zu nehmen.

bei Kurzzeitpflege und Tagespflege größere Preissteigerungen für geringere Pflegegrade

3.1.5 Fazit zur stationären Versorgungsstruktur

Die Kapazität der vollstationären Versorgungsangebote stagniert zuletzt, während die Zahl der Einrichtungen und Plätze in Einrichtungen in der teilstationären Versorgung in den Jahren 2017 bis 2019 deutlich gestiegen sind. Das Ausmaß der Anbindung an weitere ambulante Versorgungsstrukturen (Anbindung an eine Wohneinrichtung oder Anschluss an einen ambulanten Hilfsdienst) bleibt in Relation zur Anzahl der Einrichtungen ziemlich konstant. Die Anbindung an medizinische Versorgungsstrukturen bleibt für die teilstationäre Versorgung extrem selten. Aber auch in der vollstationären Versorgung sind Anbindungen an ein Krankenhaus, eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder ein Hospiz (232 von 11.488 im Jahr 2019) oder eine medizinische Versorgung durch Hausärzte (187 von 11.488 im Jahr 2019) mit ein bis zwei Prozent eher die Ausnahme.

Das Pflegepersonal ist sowohl in der vollstationären Versorgung als auch in der teilstationären Versorgung stärker gestiegen als die Anzahl der Plätze. Das Pflegepersonal wurde im Jahr 2019 auch in höherem Maße in den Bereichen Pflege und Betreuung eingesetzt

als zuvor. Andere Tätigkeitsbereiche wurden vermehrt durch sonstiges Personal übernommen. Sowohl in der vollstationären als auch in der teilstationären Versorgung ist die Zahl der Pflegekräfte in allen Qualifikationsniveaus stärker gestiegen als die Zahl der Pflegeplätze.

Die Zahl der Arbeitslosen mit Zielberuf Altenpflege war in den Jahren 2017 bis 2019 rückläufig. In den Coronajahren 2020 und 2021 ist die Zahl der Arbeitslosen aber wieder gestiegen. Nachdem die Personalnachfrage zunächst gestiegen war, ging diese in den Coronajahren deutlich zurück. Dieser coronabedingte Effekt darf aber nicht mit einem mittel- und langfristigen Trend verwechselt werden, sondern ist eher als einmaliger externer Schock anzusehen. Während der Bedarf an Pflegehilfskräften ohne Ausbildung aus dem Angebot an Arbeitslosen gedeckt werden kann, gibt es eine deutlich höhere Nachfrage nach Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften mit Ausbildung, als der Markt hergibt.

Von 2017 bis 2019 sind die durchschnittlichen Vergütungen pro Tag sowohl in der vollstationären Dauerpflege (+5,9 Prozent) als auch in der Kurzzeitpflege (+13,5 Prozent) und der Tagespflege (+6,8 Prozent) deutlich gestiegen. Die Vergütungssätze liegen in der Kurzzeitpflege am höchsten und in der teilstationären Pflege am niedrigsten. Die Unterschiede zwischen den Pflegegraden fallen allerdings bei der Kurzzeitpflege und der Tagespflege deutlich geringer aus als bei der vollstationären Dauerpflege.

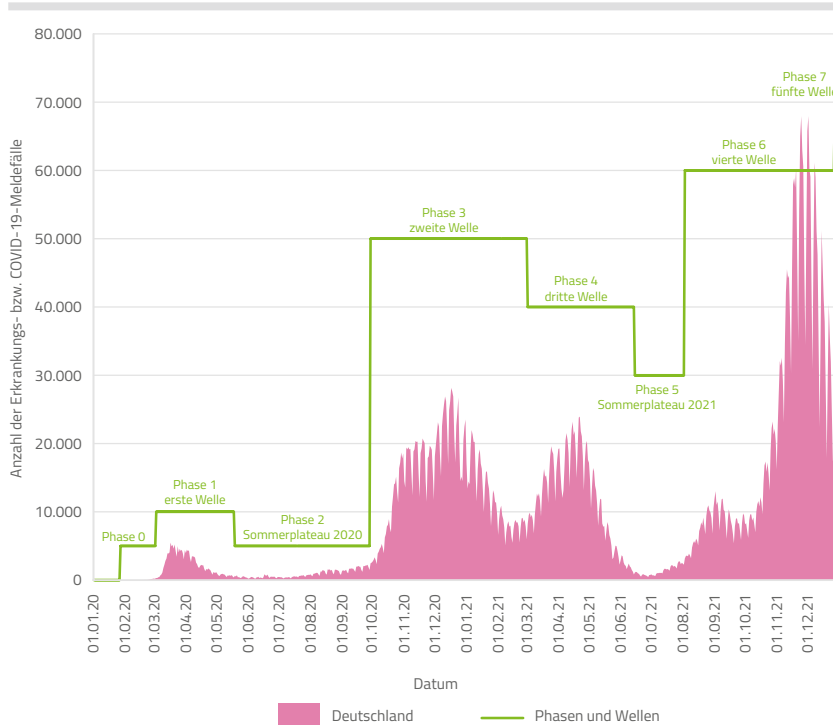
3.2 Stationäre Pflege in Zeiten von Corona

Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie

Ausgehend von China hat sich COVID-19 ab Anfang 2020 auch in Europa ausgebreitet. Am 27. Januar 2020 wurde der erste Fall mit einer SARS-CoV-2-Infektion in Deutschland entdeckt. Dies markiert die Anfangsphase des COVID-19-Geschehens mit zunächst sporadischen Fällen. Diese Anfangsphase wurde vom Robert Koch-Institut (RKI) als „Phase 0“ bezeichnet. Zur systematischen Analyse wurden vom RKI auch die weiteren Zeiten nach Beginn des COVID-19-Geschehens in Phasen eingeteilt. Die Phaseneinteilung wurde unter anderem abhängig gemacht von Faktoren wie Inzidenz, Positivraten der PCR-Tests, Feriendichte, Belegung von Intensivbetten durch COVID-19, bundesweiten Maßnahmen, pandemierelevanten Ereignissen und Variantenentwicklungen. Die erste COVID-19-Welle in Deutschland (Phase 1) wird demnach auf die Kalenderwochen 10 bis 20 im Jahr

2020 datiert (Abbildung 3.1). Daran schloss sich in den Kalenderwochen 21 bis 39 Phase 2 mit dem niedrigen Sommerplateau an. Im Herbst 2020 folgte dann bis zum Frühjahr 2021 die zweite Welle (Phase 3) mit wieder deutlich erhöhten Infektionszahlen. Phase 4 beschreibt die dritte Welle, die sich unmittelbar an die zweite Welle anschloss und mit der Alpha-Variante des Virus verbunden war. In den Kalenderwochen 24 bis 30 folgte das Sommerplateau 2021 (Phase 5). Begleitet von der Delta-Variante des Virus folgte die vierte Welle (Phase 6), die noch in die Phase 6a (Delta Sommer von Kalenderwoche 31 bis Kalenderwoche 39) und Phase 6b (Delta Herbst/Winter von Kalenderwoche 40 bis Kalenderwoche 51) unterteilt wird. Zum Jahresende 2021 begann dann wieder direkt im Anschluss die fünfte Welle (Phase 7) mit der Omikron-Variante (Schilling et al., 2021a; Schilling et al., 2022; Tolksdorf et al., 2021).

Abbildung 3.1: Tägliche Anzahl der an das RKI gemeldeten COVID-19-Fälle und Phaseneinteilung 2020 bis 2021



Quelle: RKI (2022d); Schilling et al. (2022)

Der private Haushalt wie der Arbeitsplatz gehörten dabei durchgängig zu den häufigsten Ausbruchssettings. In der Phase 0 kamen noch auswärtige Übernachtungen und in Phase 2 Freizeit als häufige Ausbruchssettings hinzu. In den ersten beiden Wellen waren aber auch Alten- und Pflegeheime gehäuft Kulminationspunkte von Infektionen (Schilling et al., 2021b, S. 1093 ff.).

Entwicklung der Virusvarianten

Das Pandemiegeschehen verlief und verläuft also nicht stetig oder gleichmäßig, sondern in mehreren Wellen und wurde über die Zeit durch verschiedene Varianten des Virus geprägt. Aus dem Ursprungsvirus des SARS-CoV-2-Virus, das zu schweren Erkrankungen mit tödlichem Verlauf führen kann, entwickelten sich verschiedene Varianten. Stand 20. Mai 2022 werden fünf Varianten von der World Health Organization (WHO) als besorgniserregend (variant of concern) eingestuft (Alpha-, Beta-, Gamma-, Delta- und Omikron-Variante). Über die Alpha-Variante wurde erstmals Mitte Dezember 2020 aus England berichtet. Mit dieser Variante ist eine erhöhte Fallsterblichkeit und eine erhöhte Übertragbarkeit verbunden. Die Alpha-Variante war in der ersten Jahreshälfte 2021 die vorherrschende Variante. Die Beta-Variante, die vermehrt in Südafrika aufgetreten ist, und die Gamma-Variante, die vermehrt in Brasilien aufgetreten ist, sind in Deutschland von geringerer Bedeutung geblieben. Im Mai 2021 erklärte die WHO die Delta-Variante zur besorgniserregenden Variante. Sie wurde in Indien entdeckt und ist stärker übertragbar als die Alpha-Variante und zudem mit höheren Hospitalisierungsraten, einer erhöhten Intensivpflichtigkeit und höherer Sterblichkeit verbunden. Schon im März 2021 wurde sie auch in Deutschland nachgewiesen und war monatelang die vorherrschende Variante. Im Dezember 2020 wurden die ersten Impfstoffe gegen das SARS-CoV-2-Virus zugelassen. Die Schutzwirkung der zweimaligen (= vollständigen) Impfung ist gegen eine Infektion und insbesondere gegen schwere Krankheitsverläufe durch die in Deutschland verbreiteten Varianten sehr hoch. Im November 2021 wurde von der WHO die Omikron-Variante zur besorgniserregenden Virusvariante erklärt. Diese Variante überträgt sich noch schneller und wurde im Frühjahr 2022 zur dominanten Variante. Einerseits fällt der Impfschutz gegenüber einer Infektion mit dieser Variante etwas geringer aus, andererseits ist aber die Krankheitslast im Sinne schwerer Verläufe durch diese Variante deutlich geringer und der Impfschutz gegenüber schweren Krankheitsverläufen besteht in vergleichbarem Maße wie bei den anderen Varianten (RKI, 2022g).

Besonders betroffen von einer erhöhten, COVID-19-bedingten Hospitalisierungsrate sind Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen. Dazu gehören – auch unter Kontrolle des Alters – Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus, Adipositas, COPD, chronische Nierenerkrankungen, psychiatrische Erkrankungen wie Depression, Schizophrenie und bipolare Störungen sowie der Zustand nach Organtransplantation. Erkrankte im Alter über 70 Jahre haben dabei eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit als jüngere Erkrankte, intensivmedizinisch behandelt zu werden, und auch ein höheres Mortalitätsrisiko. Zudem liegen die Risiken für Männer höher als für Frauen. Schwere Krankheitsverläufe mit intensivmedizinischer Behandlung, Beatmung oder gar Tod wurden insbesondere auch gehäuft bei Erkrankten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, COPD, chronischen Nierenerkrankungen oder Diabetes mellitus festgestellt (Koppe et al., 2021). Einige dieser Erkrankungen stehen auch in engem Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit (Rothgang et al., 2017, S. 88; Rothgang et al., 2013, S. 163; Rothgang et al., 2012, S. 166).

Schon in der ersten Welle wurden 27.729 Fälle im Krankenhaus behandelt, und es wurden 8.912 Todesfälle mit COVID-19 in Deutschland verzeichnet (Schilling et al., 2021b, S. 1101). Nach der ersten Welle zeigte sich, dass ein sehr großer Anteil der Verstorbenen mit COVID-19 Pflegebedürftige in Pflegeheimen (Kohl et al., 2021; Rothgang et al., 2020a) oder durch Pflegedienste betreute Pflegebedürftige (Wolf-Ostermann et al., 2020b) waren. In den Kalenderwochen 15 bis 18 gab es eine merkliche Übersterblichkeit von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen, aber auch eine Übersterblichkeit in der Gesamtbevölkerung (Kohl et al., 2021, S. 9 f.). Allerdings konzentrierte sich die Betroffenheit bei den Pflegebedürftigen auf wenige Einrichtungen. Viele Einrichtungen waren zu dem Zeitpunkt noch gar nicht betroffen. Der Anteil der Erkrankten lag beim Personal in Pflegeheimen sechsmal so hoch und beim Personal in ambulanten Pflegediensten doppelt so hoch wie in der Normalbevölkerung. Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen hatten also ein deutlich erhöhtes Infektionsrisiko (Wolf-Ostermann et al., 2020b).

Die therapeutischen Möglichkeiten waren begrenzt, und eine Impfung war bis Ende 2020 noch nicht möglich, da noch keine Impfstoffe zugelassen waren. Der einzige Schutz vor einer unkontrollierten Durchseuchung der gesamten Bevölkerung, die nach einer viel beachteten Studie des Imperial College in London für Deutschland etwa 700.000 bis 900.000 Tote nach sich gezogen hätte (Walker et al., 2020), lag daher in Maßnahmen der

besondere Betroffenheit
im Pflegeheim in den
ersten beiden Wellen

Kontaktbeschränkung, die vom European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), der zuständigen EU-Agentur, zeitnah vorgeschlagen wurden (beispielsweise ECDC, 2020a, 2020b). In Deutschland wie auch in den meisten anderen europäischen Ländern wurde mit Maßnahmen reagiert, die als Lockdowns bezeichnet wurden, sich aber im Umfang der Einschränkungen erheblich unterschieden (ILO, 2022; IMF, 2021). Hygienevorschriften und Maskenpflicht wurden prägend für die nachfolgende Zeit. Anweisungen zur Kontaktreduktion, um Gesundheit und Leben zu schützen, waren aus der Situation heraus das Gebot der Stunde (Schilling et al., 2021a, S. 10). Um eine Ausbreitung der Infektion zu begrenzen, haben Pflegeheime drastische Kontaktsperren für Besucher, Ehrenamtliche, aber teilweise auch Ärzte, Therapeuten, Fußpflege und so weiter durchgesetzt. Allerdings fehlte es in der Anfangsphase der Pandemie an ausreichender persönlicher Schutzausrüstung, was die Schutzmaßnahmen teilweise konterkarierte und zu entsprechenden Forderungen der betroffenen Pflegekräfte nach Abhilfe geführt hat (Stolle et al., 2020). Anfang Mai 2020 berichteten schon die Hälfte der Pflegedienste und zwei Drittel der Pflegeheime von einem durch Corona bedingten Personalausfall von bis zu zehn Prozent. Bei einem Sechstel der Pflegeheime lag der Personalausfall sogar schon über zehn Prozent (Rothgang et al., 2020a).

Unter den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen war die Angst vor einer Infektion ein wichtiges Entscheidungskriterium gegen die Nutzung von Pflegediensten oder Pflegeheimen. Zudem verringerte die erhöhte Zahl der Personalausfälle die Kapazitäten der Versorgung. Etwa die Hälfte der stationären Einrichtungen hat im Frühjahr 2020 schon einen Aufnahmestopp verhängt (Wolf-Ostermann et al., 2020a, S. 24). Knapp ein Drittel der Nutzer von Pflegediensten hat die Nutzung von Pflegediensten verringert oder eingestellt. Bei der Tagespflege waren es sogar zwei Drittel. Von über der Hälfte wurden Entlastungsangebote wie Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege verringert oder nicht mehr genutzt. Dabei ging der Wunsch sowohl von der Seite der Pflegehaushalte als auch von der Seite der Anbieter oder anderer Personen aus (Räker et al., 2021, S. 42). Aber nicht nur die Kontakte zu professionellen Pflegekräften wurden reduziert, sondern auch der Kontakt der Pflegebedürftigen zu Verwandten und Bekannten. Und auch die körperlichen Berührungen durch die Pflegepersonen wurden reduziert. Darin wurde zwar eine Reduktion des Infektionsrisikos wahrgenommen, aber tendenziell auch eine Beeinträchtigung der pflegerischen Versorgung und des Wohlbefindens der Pflegebedürftigen

(Räker et al., 2021, S. 43 f.). In Pflegeheimen wurden vielfach die Kontaktmöglichkeiten selbst zur Bezugsperson drastisch eingeschränkt. Teilweise war es nicht einmal möglich, unter Einhaltung von Schutzmaßnahmen die Pflegebedürftigen zu besuchen, und Pflegebedürftigen war es nicht möglich, das Pflegeheim zu verlassen. Die Pflegesituation im Pflegeheim wurde entsprechend auch von den Bezugspersonen deutlich schlechter bewertet als zuvor (Räker et al., 2021, S. 48 ff.).

Die Pflegebedürftigen hatten aber nicht nur mit der eingeschränkten Kontaktmöglichkeit zu den Verwandten und Bekannten zu leben, vielmehr kam es auch zu weniger Arztkontakten und Krankenhausaufenthalten. Lagen die Anteile der Pflegebedürftigen aus Pflegeheimen mit Krankenhausaufenthalt in den Jahren 2015 bis 2019 in den Kalenderwochen 15 bis 20 bei rund 1,7 bis 1,8 Prozent, so reduzierte sich der Anteil in den entsprechenden Kalenderwochen im Jahr 2020 auf rund 1,2 bis 1,3 Prozent (Kohl et al., 2021, S. 15).

Die Maßnahmen in der COVID-19-Pandemie hatten allerdings Auswirkungen auf die medizinische Versorgung auch der nicht pflegebedürftigen Menschen. So zeigt sich, dass Arztkontakte sowohl von Patientenseite als auch von Seiten der Praxen häufig vermieden wurden (Damerow et al., 2022; Heidemann et al., 2022). Mit dem Lockdown zur ersten Pandemiewelle verringerten sich im Vergleich zum Vorjahr nicht nur die ambulanten Leistungen, sondern auch die Arzneimittelverordnungen (Grobe et al., 2022, S. 112). Ebenso reduzierte sich allgemein die Zahl der Krankenhaufälle und die Zahl der Krankentage im Jahr 2020 um weit mehr als zehn Prozent im Vergleich zum Vorjahr (Augurzky et al., 2021, S. 24; Richter et al., 2021, S. 267).

Reaktion: Einschränkungen in vielen Bereichen

Um darzustellen, wie sich die Situation Pflegebedürftiger in der stationären Versorgung im weiteren Verlauf der Pandemie entwickelt hat, werden nachfolgend die Betroffenheit der Pflegekräfte (Kapitel 3.2.1), die Betroffenheit der Pflegebedürftigen (Kapitel 3.2.2) und die Effekte auf die Nutzung der Pflegeleistungen (Kapitel 3.2.3) dargestellt. Die Darstellung erfolgt in der Regel auf Monatsbasis, um eine Zuordnung zu den Phasen der Pandemie zu ermöglichen. Die Ergebnisse der Jahre 2020 und 2021 werden dabei in der Regel mit den Ergebnissen aus den Jahren 2017 bis 2019 verglichen, um mögliche Effekte der Pandemie zu identifizieren.

Frage: Lageveränderung bis Ende 2021



www.bifg.de/Y925PR

3.2.1 Betroffenheit der Pflegekräfte im Pflegeheim

Um die Betroffenheit der Pflegekräfte zu beschreiben, werden im Folgenden die Häufigkeiten von COVID-19-Diagnosen und die durch COVID-19 bedingten Arbeitsunfähigkeiten (AU) am Arbeitsplatz im Zeitverlauf betrachtet. Zur Beurteilung, ob Pflegekräfte im Pflegeheim in besonderem Maße betroffen sind, wird ein Vergleich mit anderen Berufsgruppen und mit anderen Wirtschaftszweigen angestellt. Die Pflegekräfte werden dabei differenziert in Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte. Eine Unterscheidung der Pflegehilfskräfte nach Ausbildungsstand ist auf Grundlage der verwendeten BARMER-Daten nicht möglich. Alle sonstigen Berufe bilden die Vergleichsgruppe. Die Wirtschaftszweige werden unterschieden in Pflegeheim, Soziale Dienste (inklusive ambulanter Pflegedienste, teilstationärer Pflege, Behinderteneinrichtungen und so weiter), Gesundheitswesen (Krankenhäuser, Praxen und so weiter) und sonstige Wirtschaftszweige. Die Ergebnisse für die Wirtschaftszweige „Soziale Dienste“ und „Gesundheitswesen“ werden in der Buchform dieses Reports nicht ausgewiesen, wohl aber in den interaktiven Grafiken, zu denen in den Marginalien ein Link bereitgestellt wird. Berücksichtigt sind alle Erwerbstätigen im Alter von 15 bis 64 Jahren. Für die Vergleichbarkeit sind die untersuchten Berufsgruppen auf die Alters- und Geschlechterverteilung der Pflegefachkräfte unter den BARMER-Versicherten standardisiert worden. Zur Erfassung der COVID-19-Diagnosen sind verschiedene ICD-10-Kodes verwendet worden, die mit oder auch ohne PCR-Nachweis einen Hinweis auf die COVID-19-Erkrankung geben (siehe Anhang, BARMER-Daten, Erfassung der COVID-19-Erkrankung).

Krankheitsbedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz – Arbeitsunfähigkeiten

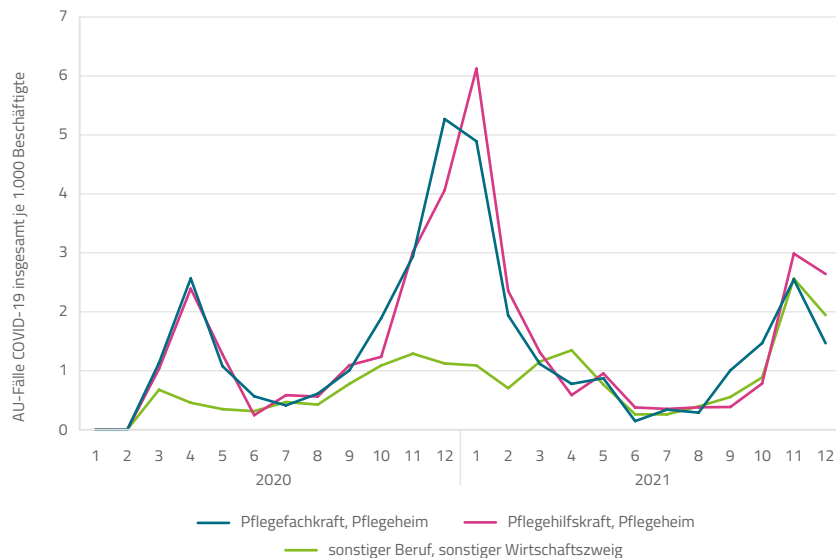
Zur Beurteilung der Betroffenheit werden zunächst die AU-Fälle mit einer COVID-19-Diagnose betrachtet und im Anschluss die AU-Fälle mit sonstigen Diagnosen. Hierbei soll festgestellt werden, inwieweit die Pandemie auch einen Effekt auf die sonstigen AU-Fälle hat. Die AU-Zeiten sind tagesgenau mit den dokumentierten Falldauern und den begründenden Diagnosen in den BARMER-Daten dokumentiert. Sie werden aber nur als interaktive Grafiken bereitgestellt.

durch COVID-19
bedingte AU-Fälle für
Pflegekräfte im Heim
in der vierten Welle
nicht mehr häufiger als
in anderen Berufen

Abbildung 3.2 zeigt die Anzahl der AU-Fälle mit einer COVID-19-Diagnose für Pflegefachkräfte im Pflegeheim, Pflegehilfskräfte im Pflegeheim und sonstige Berufsgruppen in sonstigen Wirtschaftszweigen. Vertiefende Vergleiche – auch zu den AU-Tagen – sind in

den interaktiven Grafiken möglich. Die AU-Fallzahlen mit COVID-19 sind in der ersten und zweiten Welle für die Pflegekräfte im Pflegeheim deutlich höher als für Beschäftigte in anderen Berufen in sonstigen Wirtschaftszweigen. In der dritten Welle, im April 2021, sind dann die sonstigen Berufsgruppen in sonstigen Wirtschaftszweigen kurzfristig mehr betroffen als die Pflegekräfte im Pflegeheim. Dies kann ein Ergebnis der Impfpriorisierung sein, die Beschäftigten in Pflegeheimen einen prioritären Zugang zu Impfungen verschafft hat. Gravierende Unterschiede zeigen sich im Rest des Jahres 2021 nicht mehr. Für die ersten beiden Wellen bestätigt sich die erhöhte Betroffenheit der Pflegekräfte im Pflegeheim somit deutlich. Daraus folgen für diese Zeiten entsprechende Auswirkungen auf die Versorgungskapazitäten. In der vierten Welle gibt es zwar auch eine hohe Betroffenheit. Diese unterscheidet sich aber zu der Zeit nicht von der Betroffenheit der Beschäftigten in anderen Berufen in sonstigen Wirtschaftszweigen.

Abbildung 3.2: AU-Fälle mit einer COVID-19-Diagnose je 1.000 Beschäftigte je Monat nach Beruf und Wirtschaftszweig in den Jahren 2020 und 2021

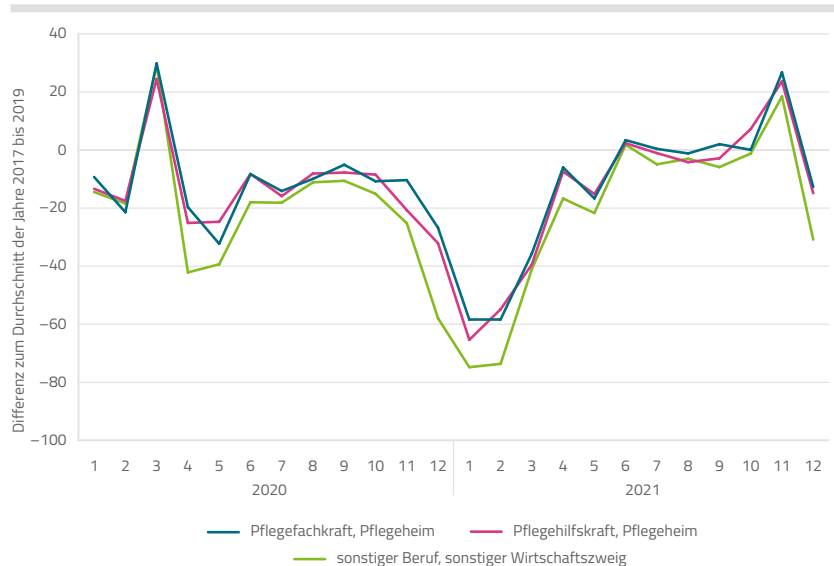


Quelle: BARMER-Daten 2020–2021, standardisiert auf die Pflegefachkräfte unter den BARMER-Versicherten

AU-Häufigkeit durch
andere Diagnosen im
Winter 2020/2021
deutlich reduziert

Ein Blick auf die sonstigen AU-Fälle, also die AU-Fälle ohne COVID-19-Diagnose, bestätigt zunächst den Befund aus dem Pflegereport des Jahres 2020 (Rothgang et al., 2020c): Pflegekräfte sind häufiger von AU betroffen als andere Berufe (BARMER-Daten). Im Vergleich zum Zeitraum von 2017 bis 2019 (Abbildung 3.3) zeigt sich allerdings für alle Berufsgruppen, dass die Zahl der AU-Fälle aus anderen Gründen während der Pandemie meist niedriger lag. Diese vergleichsweise geringere AU-Fallhäufigkeit kompensiert sogar die deutlich erhöhte AU-Fallhäufigkeit durch COVID-19 in der zweiten Welle. Am Anfang der ersten Welle und zum Ende der vierten Welle zeigt sich auch mit sonstigen Diagnosen eine im Vergleich zu den Vorjahren erhöhte Häufigkeit der AU-Fälle. Die im Zeitraum von April 2020 bis Mai 2021 im Vergleich zu den Jahren 2017 bis 2019 geringeren Fallhäufigkeiten sind für die sonstigen Berufe sicherlich auch durch Phasen der Kurzarbeit und des Homeoffice mitgeprägt und fallen dadurch noch geringer aus als für die Pflegekräfte. Die Beschränkung der Kontakthäufigkeiten hat zudem einen Einfluss auf das Infektionsgeschehen mit anderen Erregern als SARS-CoV-2, was nachfolgend in einer verringerten AU-Fallzahl im Winter 2020/2021 resultierte.

Abbildung 3.3: Differenzen in der Anzahl der AU-Fälle je 1.000 Beschäftigte mit sonstigen Diagnosen im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019

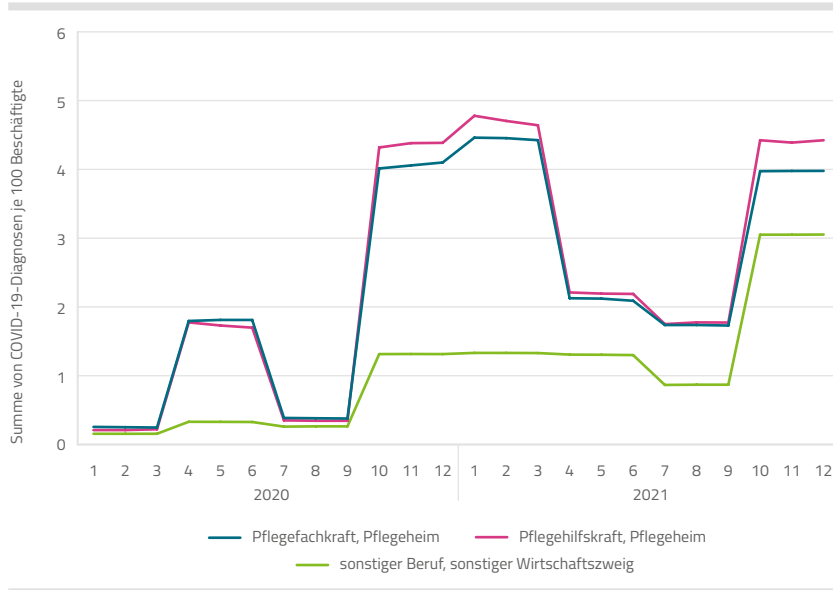


Quelle: BARMER-Daten 2017–2021, standardisiert auf die Pflegefachkräfte unter den BARMER-Versicherten

Diagnosen unter den Pflegekräften

Nicht alle Krankheitsfälle führen automatisch auch zu AU-Fällen. Um mögliche Differenzen aufzudecken, werden daher auch die allgemeinen Diagnosestellungen nach Berufsgruppen und Wirtschaftszweig differenziert betrachtet. Da die ambulanten Diagnosestellungen nur quartalsweise in den BARMER-Daten erfasst sind, wird für jeden Monat ausgewiesen, ob in dem entsprechenden Quartal eine Diagnose dokumentiert wurde. Mit berücksichtigt sind allerdings auch die Krankenhausdiagnosen.

Abbildung 3.4: Anteil der Beschäftigten mit COVID-19-Diagnose im jeweiligen Quartal nach Beruf und Wirtschaftszweig 2020–2021

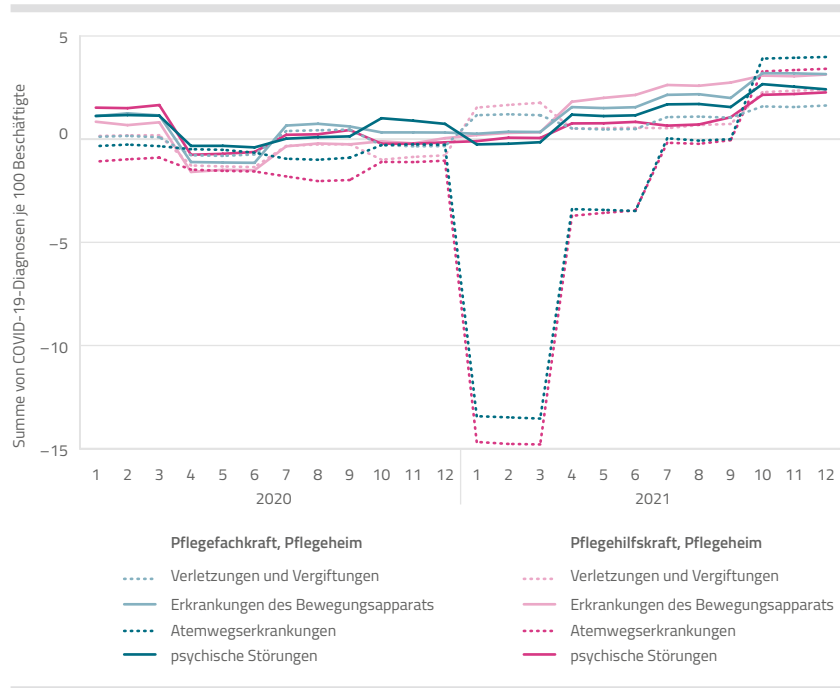


Quelle: BARMER-Daten 2020–2021, standardisiert auf die Pflegefachkräfte unter den BARMER-Versicherten

Das grobe Bild der zeitlichen Verteilung mit COVID-19-Diagnosen unterscheidet sich nicht sehr von der zeitlichen Verteilung mit COVID-19-AU-Fällen. Ebenso sind die Anteile für Pflegekräfte im Pflegeheim in der ersten und zweiten Welle deutlich höher als für Berufsgruppen in sonstigen Wirtschaftszweigen. Auffällig ist allerdings der erhöhte Anteil zum Jahresende 2021 (Ende der vierten Welle und Anfang der fünften Welle). Zu dem Zeitpunkt sind dann auch die sonstigen Berufe in sonstigen Wirtschaftszweigen deutlich

stärker betroffen als zuvor. Die Pflegekräfte sind zwar noch mehr betroffen, aber der Unterschied ist nicht mehr so groß (Abbildung 3.4).

Abbildung 3.5: Differenzen in der Anzahl der Diagnosestellungen für Pflegekräfte im Pflegeheim in den Jahren 2020 und 2021 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



Quelle: BARMER-Daten 2017–2021, standardisiert auf die Pflegefachkräfte unter den BARMER-Versicherten

deutlich weniger Atem-
wegserkrankungen im
Winter 2020/2021

Für die erste Welle wurde in den eingangs genannten Studien darauf hingewiesen, dass Arztkontakte in der Pandemie reduziert wurden. Ein entsprechendes Bild findet sich auch beim Blick auf die verschiedenen Diagnosestellungen im Zeitverlauf (Abbildung 3.5). Um diesen Befund zu differenzieren, wurden die Diagnosehäufigkeiten zu verschiedenen Krankheitsbildern untersucht. Betrachtet wurden Atemwegserkrankungen (ICD-10: J00–J99), Erkrankungen des Bewegungsapparats (ICD-10: M00–M99), psychische Störungen (ICD-10: F00–F99) und Verletzungen und Vergiftungen (ICD-10: S00–T98). In der ersten

Welle wurden weniger Diagnosen bezüglich aller untersuchten Erkrankungen festgestellt als im Durchschnitt der entsprechenden Monate der Jahre 2017 bis 2019. Bei den meisten Erkrankungen normalisierte sich das aber im weiteren Zeitverlauf und die Diagnosehäufigkeiten nahmen im Vergleich zum jeweiligen Zeitraum der Jahre 2017 bis 2019 sogar zu. Auffällig ist aber die vor allem in der zweiten und dritten Welle deutlich unterdurchschnittliche Häufigkeit von Atemwegserkrankungen. Dies kann als ein Effekt der Schutzmaßnahmen gesehen werden, die im Rahmen der Pandemie eingeführt wurden. Mit den Schutzmaßnahmen gegen das Coronavirus ist gleichzeitig ein Schutz gegen alle weiteren Infektionskrankheiten geschaffen worden. Mit der Verringerung der Schutzmaßnahmen gegen das Coronavirus werden auch Arztkontakte wieder häufiger und parallel dazu die Diagnosestellungen.

3.2.2 Betroffenheit der Pflegebedürftigen im Pflegeheim

Die Betroffenheit der Pflegebedürftigen im Pflegeheim wird zum einen darüber erfasst, wie häufig COVID-19-Diagnosen erstellt wurden und andere Diagnosestellungen und damit verbunden die Behandlungshäufigkeiten sich verändert haben. Da eine erhöhte Sterberate mit COVID-19 besonders im höheren Alter festgestellt wurde, wird zum anderen auch die Sterberate für Pflegebedürftige im Zeitverlauf der Pandemie untersucht. Die Pflegebedürftigen im Pflegeheim werden dabei verglichen mit Pflegebedürftigen, die Pflegegeld oder Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen, und mit der Gesamtheit der Bevölkerung. Die Auswertungen erfolgen auf Grundlage einer Hochrechnung der Versicherten der BARMER auf die Bundesbevölkerung. Die Daten sind also nicht auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe standardisiert.

COVID-19-Diagnosen

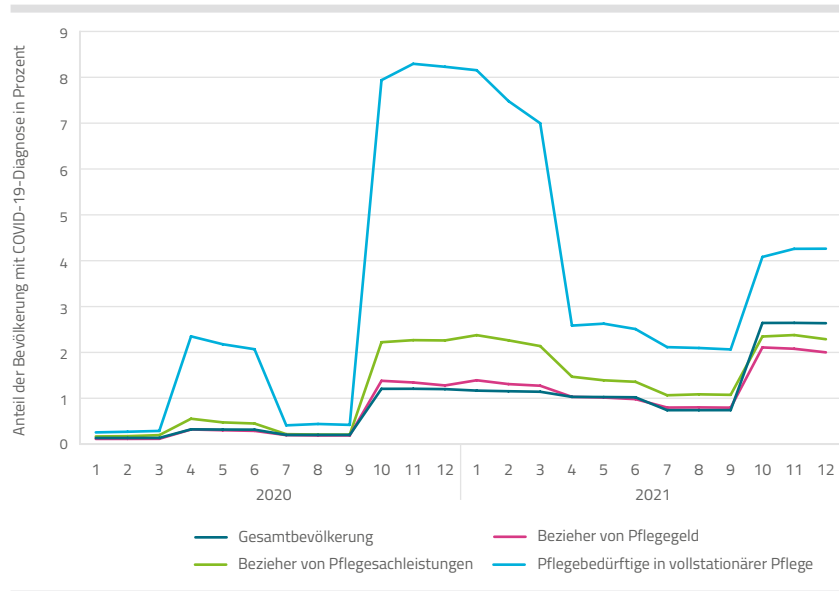
Ebenso wie bei den Pflegekräften im Pflegeheim zeigt sich auch bei den Pflegebedürftigen im Pflegeheim eine überproportionale Betroffenheit durch COVID-19. Die Diagnosehäufigkeit liegt ebenfalls durchgängig über den gesamten beobachteten Zeitraum höher als für Pflegebedürftige in anderen Settings und auch höher als in der Gesamtbevölkerung. Dabei sind die Unterschiede in den Infektionsraten zwischen der Gesamtbevölkerung und Pflegebedürftigen im Pflegegeldbezug oder Pflegesachleistungsbezug nicht so groß (Abbildung 3.6). Eine höhere Infektionsrate ist also weniger an den Zustand der Pflegebedürftigkeit gebunden als vielmehr an die Versorgung im Pflegeheim.



www.bifg.de/Y925PK

Pflegebedürftige im
Pflegeheim auch in der
vierten Welle noch
häufiger als die Gesamt-
bevölkerung von COVID-
19 betroffen

Abbildung 3.6: Anteil der Bevölkerung mit COVID-19-Diagnose im jeweiligen Quartal nach Pflegeart 2020–2021



Quelle: BARMER-Daten 2020–2021, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

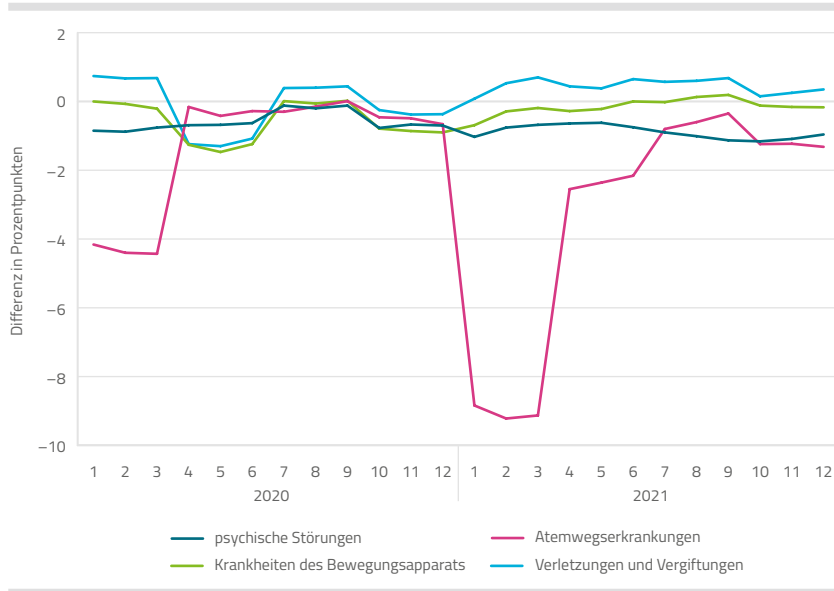
Weitere Behandlungshäufigkeiten und Diagnosen bei Pflegebedürftigen

Welche Auswirkungen hatte das Pandemiegeschehen auf die medizinische Versorgung? Um sich dem Thema zu nähern, werden die Behandlungshäufigkeiten bei bestimmten Erkrankungshauptgruppen betrachtet. Untersucht werden psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10: F00–F99), Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99) sowie Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere äußere Ursachen (S00–T98).

Abbildung 3.7 stellt die Abweichungen in den Diagnosehäufigkeiten und damit auch der Behandlungshäufigkeiten in den einzelnen Monaten der Jahre 2020 und 2021 im Vergleich zum entsprechenden Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 dar. In den einzelnen Monaten der Jahre 2017 bis 2019 hatten 81 Prozent bis 82 Prozent der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege einen Behandlungsfall im entsprechenden Quartal mit einer

Diagnose „psychische Störung“ (BARMER-Daten). In der Pandemiezeit gab es durchweg geringere Behandlungshäufigkeiten mit einer solchen Diagnose. Am geringsten fiel der Unterschied im Sommerplateau im Jahr 2020 aus, am höchsten mit der vierten Welle.

Abbildung 3.7: Differenzen in den Anteilen von Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege mit weiteren Diagnosen in den Jahren 2020 und 2021 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019



Quelle: BARMER-Daten 2017–2021, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Behandlungen wegen Atemwegserkrankungen kommen gehäuft in den Wintermonaten vor. Im ersten Quartal der Jahre 2017 bis 2019 hatten etwa 36 Prozent der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege eine entsprechende Diagnose. Im zweiten und dritten Quartal gingen die Anteile auf rund 27 Prozent zurück. Im vierten Quartal lagen sie bei rund 30 Prozent (BARMER-Daten). Im Vergleich dazu hat es in den Pandemiezeiten stets geringere Behandlungshäufigkeiten gegeben. Anfang 2020 war die Grippewelle weniger ausgeprägt. Aber auch in der nachfolgenden Zeit blieb die Behandlungshäufigkeit wegen Atemwegserkrankungen unterdurchschnittlich. Besonders stark war die Differenz im

ersten Quartal des Jahres 2021. Durch die Schutzmaßnahmen ist nicht nur die Pandemieentwicklung eingedämmt worden, sondern auch das Risiko der Ansteckung mit weiteren Infektionskrankheiten. So lag die Behandlungshäufigkeit um rund neun Prozentpunkte – also rund ein Viertel – unter dem Durchschnitt der ersten Quartale der Jahre 2017 bis 2019.

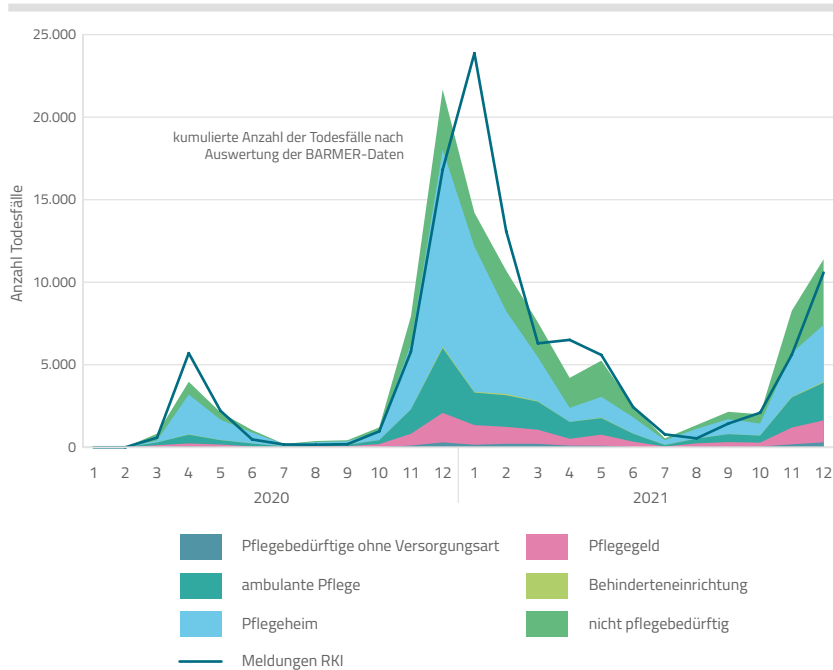
Verbunden mit den erhöhten Kontaktbeschränkungen in der ersten und der zweiten Welle sind auch geringere Diagnosestellungen im Bereich der Krankheiten des Bewegungsapparats und bei Verletzungen und Vergiftungen. In den weiteren Zeiten hat sich der Unterschied zu den Jahren 2017 bis 2019 aber aufgelöst.

Sterbefälle und Sterberate allgemein und bei Pflegebedürftigen

Abbildung 3.8 stellt dar, zu welchem Zeitpunkt wie viele Menschen mit COVID-19 gestorben sind. Das Robert Koch-Institut (RKI) sammelt die Daten aus den Gesundheitsämtern der Länder und veröffentlicht die gemeldeten Infektionszahlen und die Zahl der Verstorbenen mit COVID-19. In der Spitze der ersten Welle gab es demnach fast 6.000 Tote mit COVID-19 im April 2020. Die Spitze in der zweiten Welle wurde mit rund 24.000 Todesfällen im Februar 2021 erreicht. In der dritten Welle haben sich zwar sehr viele Menschen (laborbestätigt) infiziert (Abbildung 3.1), die Sterberate fiel demgegenüber aber moderater aus. Ebenso fiel die Zahl der gemeldeten Todesfälle im Vergleich zur Zahl der Infektionen in der vierten Welle deutlich geringer aus. Ursachen sind vor allem im zunehmenden Impfschutz zu sehen (RKI, 2022f, S. 20).

Die Daten des RKI sind nicht danach unterschieden, ob eine Pflegebedürftigkeit vorliegt oder nicht. Daher werden die Todesfälle der Pflegebedürftigen mit Hilfe der BARMER-Daten dargestellt (kumulierte Darstellung in Abbildung 3.8). Die auf die Bundesbevölkerung hochgerechnete Zahl der Todesfälle aller Versicherten zeigt einen sehr ähnlichen Verlauf wie die RKI-Daten, was für eine gute Repräsentativität der BARMER-Daten spricht. Da die COVID-19-Erkrankung für diese Auswertung mit den BARMER-Daten immer nur im jeweils aktuellen Quartal erfasst ist, kommt es zum Beginn der Quartale jeweils zu leichten Unterschätzungen gegenüber den RKI-Ergebnissen.

Abbildung 3.8: Kumulierte monatliche Sterbefälle mit einer COVID-19-Erkrankung nach Versorgungsart und RKI-Meldungen 2020 bis 2021



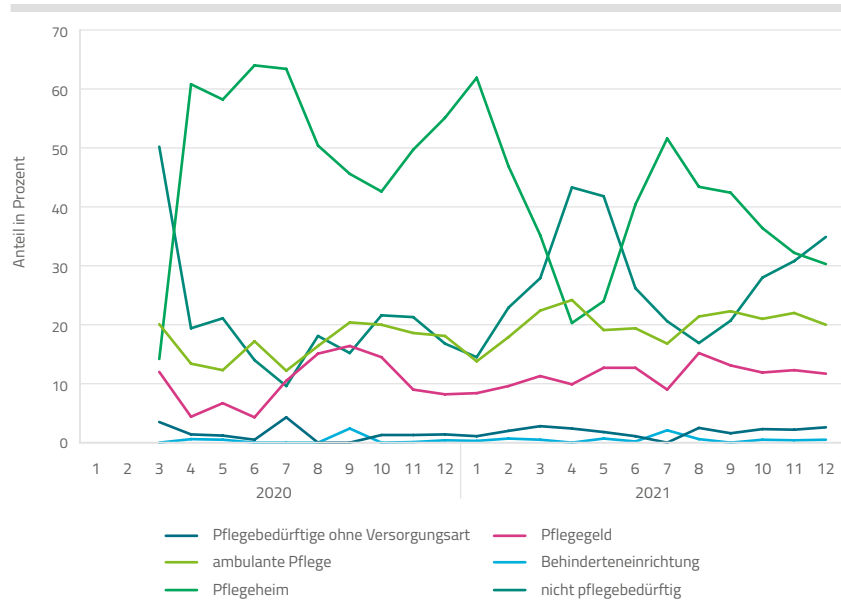
Quelle: RKI (2022e); BARMER-Daten 2020–2021, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Für die erste und zweite Welle zeigt sich, dass der jeweils größte Anteil der Verstorbenen aus dem Pflegeheim kommt. Im April 2020 kamen 2.415 der 3.970 erfassten Todesfälle mit COVID-19 (= 61 Prozent) aus dem Pflegeheim (Abbildung 3.8). Im Dezember 2020 waren es 11.941 von 21.677 (= 55 Prozent). In der dritten und vierten Welle sank dann der Anteil der im Pflegeheim mit COVID-19 Verstorbenen an allen mit COVID-19 Verstorbenen deutlich unter 50 Prozent (Abbildung 3.9). Trotz ähnlicher Anzahl an Pflegebedürftigen in ambulanter Pflege ist die Zahl der Verstorbenen mit COVID-19 bei ihnen geringer als bei den Pflegebedürftigen im Pflegeheim (Abbildung 3.8). Die Zahl der mit COVID-19 verstorbenen Pflegegeldempfänger ist durchgehend noch geringer. Gründe dafür können sowohl die geringere Vulnerabilität als auch die geringere Kontakthäufigkeit mit anderen Pflege-

Anteil der Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim an den mit COVID-19 Verstorbenen in den ersten beiden Wellen bei 50 bis über 60%, Ende der vierten Welle zwischen 30 und 40%

bedürftigen, Besuchern oder Personal sein. Dass die Zahl der Todesfälle unter den Pflegebedürftigen in der dritten Welle zurückgegangen ist, während sie in der Gesamtbevölkerung gestiegen ist, dürfte insbesondere ein Effekt der Impfung sein. Pflegebedürftige in Pflegeheimen gehörten zur ersten Gruppe, für die Impfungen angeboten wurden.

Abbildung 3.9: Anteil der Menschen in verschiedenen Versorgungssettings an den mit COVID-19 Verstorbenen in den Jahren 2020 und 2021



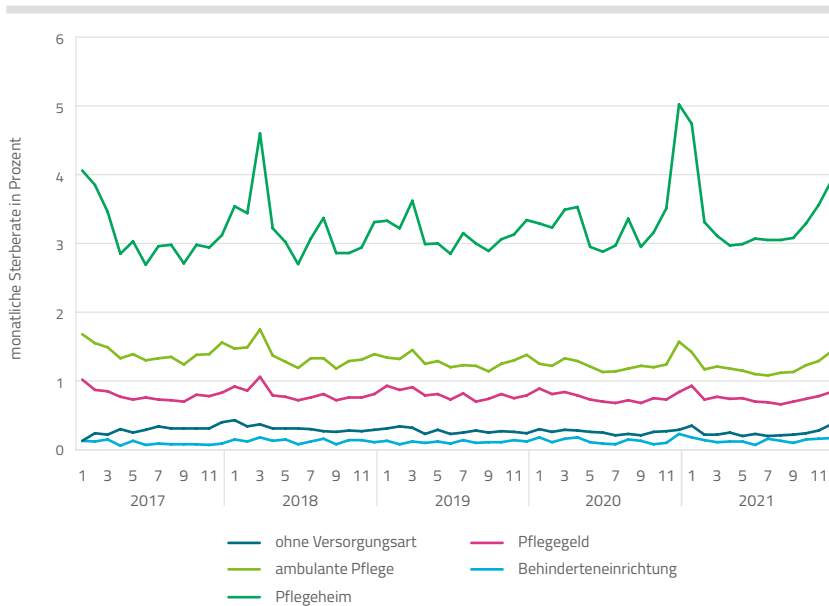
Quelle: BARMER-Daten 2020–2021, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

gewöhnliche monatliche Sterberate von Pflegebedürftigen im Pflegeheim bei 3 bis 4 %

Die Sterberaten von Pflegebedürftigen sind auch außerhalb von Coronazeiten keine konstante Größe. Grippewellen und weitere Ereignisse können die Sterberaten beeinflussen. Dies führt dazu, dass die Sterberaten je nach Jahreszeit deutlich unterschiedlich ausfallen können. Abbildung 3.10 zeigt für den Zeitraum von 2017 bis 2021 die monatlichen Sterberaten von Pflegebedürftigen nach der Versorgungsart. Die höchsten Sterberaten finden sich durchweg bei den Pflegebedürftigen im Pflegeheim. Die zweithöchste Sterberate findet sich bei den Pflegebedürftigen mit ambulanten Pflegeleistungen, gefolgt von Pflegegeldempfängern, Pflegebedürftigen ohne Versorgungsart (Pflegegrad 1) und Pflegebe-

dürftigen in Behinderteneinrichtungen. Dieses durchgängig gleichmäßige Ranking weist schon darauf hin, dass die Vulnerabilität bei den Pflegebedürftigen in den einzelnen Versorgungsarten deutlich unterschiedlich ist. Regelmäßig wiederkehrende Muster im zeitlichen Verlauf sind die höheren Sterberaten im Winter und die geringeren Sterberaten im Sommer.

Abbildung 3.10: Monatliche Sterberate von Pflegebedürftigen nach Versorgungsart in den Jahren 2017 bis 2021 in Prozent

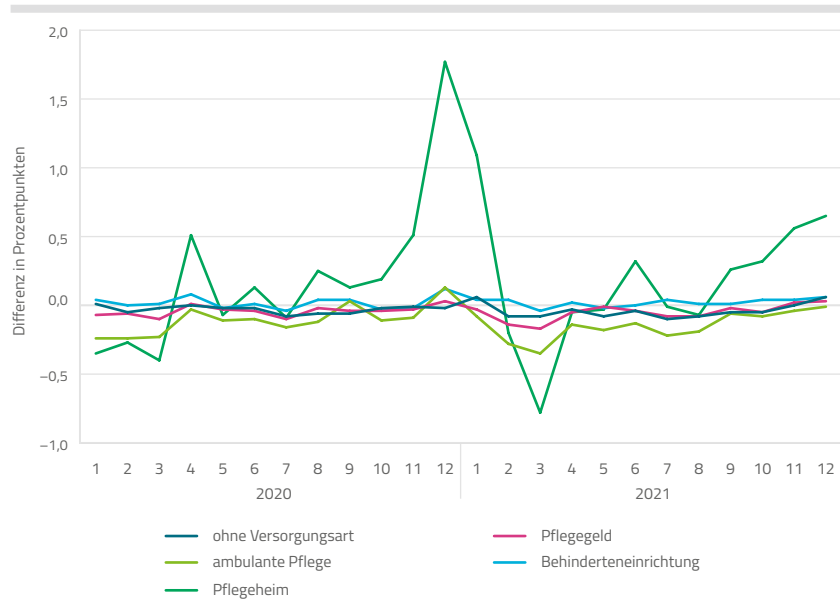


Quelle: BARMER-Daten 2017–2021, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Um zu kontrollieren, ob die Sterberaten zu den COVID-19-Wellen zu einer deutlichen Erhöhung der Sterberate beigetragen haben, werden in Abbildung 3.11 die monatlichen Sterberaten in den Jahren 2020 und 2021 mit den durchschnittlichen entsprechenden Sterberaten der Jahre 2017 bis 2019 verglichen. Über den gesamten Zeitraum von 2020 bis 2021 gesehen fallen die relativ geringen Abweichungen bei den Pflegegeldempfängern, den Bewohnern von Behinderteneinrichtungen und den Pflegebedürftigen ohne Versorgungsart auf. Auch bei den Pflegebedürftigen mit ambulanter Pflege finden sich

nur in der zweiten Welle kurze und kleine Ausschläge in Richtung erhöhter Sterberate. Ansonsten liegen für diese Gruppe die Sterberaten immer unterhalb der Durchschnittswerte der Vorjahre.

Abbildung 3.11: Differenzen der monatlichen Sterberaten von Pflegebedürftigen in den Jahren 2020 und 2021 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 nach Versorgungsart

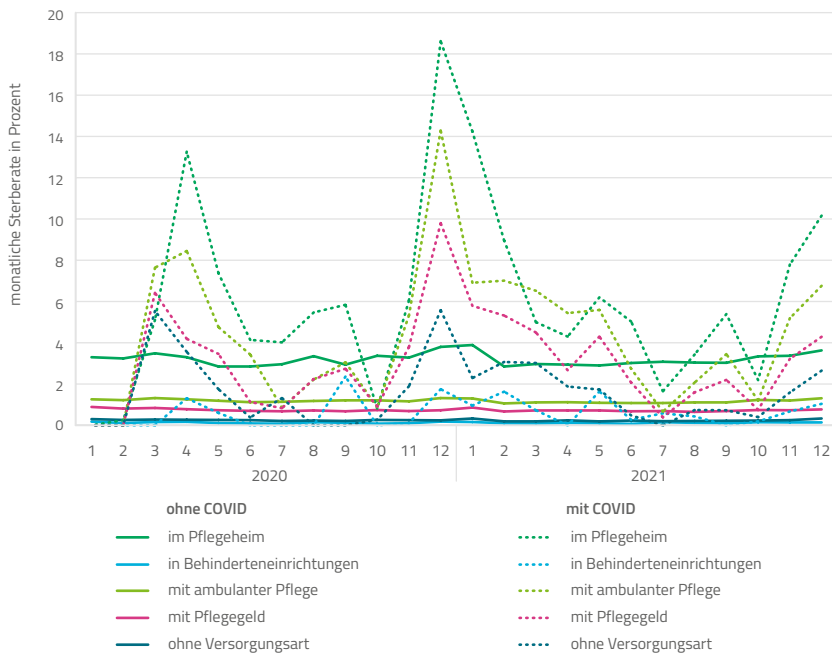


Quelle: BARMER-Daten 2017–2021, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Sterberate im Pflegeheim im Dezember 2020 um 1,8 Prozentpunkte höher als in den Dezembermonaten der Jahre 2017 bis 2019

Gravierende Ausschläge sind hingegen bei den Pflegebedürftigen im Pflegeheim zu beobachten (Abbildung 3.11). Anfang 2020 hat die nur schwach ausgeprägte Grippewelle zu einer geringeren Sterberate geführt. In der ersten Welle von COVID-19 kam es im April 2020 allerdings zu einer Erhöhung der Sterberate um 0,5 Prozentpunkte. In der Spitze der zweiten Welle gab es sogar eine Erhöhung um 1,8 Prozentpunkte im Dezember 2020. Nach der zweiten Welle gab es im Vergleich zu den Vorjahren hingegen einen Rückgang der Sterberate. Zum Ende der dritten Welle und mit der vierten Welle stieg die Sterberate allerdings wieder deutlich über das Niveau der Vorjahre an. Zum Ende der vierten Welle war die Sterberate wieder um mehr als 0,5 Prozentpunkte erhöht.

Abbildung 3.12: Monatliche Sterberate von Pflegebedürftigen nach Versorgungsart und COVID-19-Erkrankung in den Jahren 2020 bis 2021 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2020–2021, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Dass die veränderten Sterberaten deutlich mit der COVID-19-Erkrankung in Zusammenhang stehen, zeigt Abbildung 3.12. Dargestellt sind die monatlichen Sterberaten von Pflegebedürftigen ohne und mit COVID-19. Während die Sterberaten bei denjenigen ohne COVID-19 vergleichsweise stabil und gering bleiben, werden bei den Pflegeheimbewohnern immense Spitzen erreicht. So sind im April 2020 13,3 Prozent der Pflegebedürftigen, die im Pflegeheim mit COVID-19 erkrankt waren, verstorben. Im Dezember 2020 waren es sogar 18,6 Prozent. Auch in den anderen Pflegesettings sind die Sterberaten mit COVID-19 deutlich erhöht. Sie reichen in der Regel aber nicht an die Sterberaten der Pflegebedürftigen im Pflegeheim heran. Dass die Sterberaten im Sommerplateau 2020 und im Sommer 2021 geringer ausfallen, kann auch jahreszeitlich bedingt sein, weil die Viruslast in den Sommermonaten stets geringer ausfällt.

3.2.3 Effekte auf die Nutzung der Pflegeleistungen



www.bifg.de/Y925PF

Inanspruchnahmen von vollstationärer Dauerpflege, vollstationärer Kurzzeitpflege, teilstationärer Pflege

Die eingangs erwähnten Aufnahmestopps, aber auch die Befürchtung, dass Heime Orte hoher Gefährdung seien, sowie die erhöhte Sterberate in den Pflegeheimen haben Auswirkungen auf die Anzahl von Pflegebedürftigen, die stationäre Angebote in Anspruch nehmen. Tabelle 3.9 stellt dazu dar, wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen in allen verschiedenen Versorgungsarten entwickelt hat. Abbildung 3.13 zeigt diese Entwicklung grafisch speziell für die stationären Inanspruchnahmen.

Tabelle 3.9: Pflegebedürftige nach Versorgungsarten in den Jahren 2019 bis 2021 in Tausend

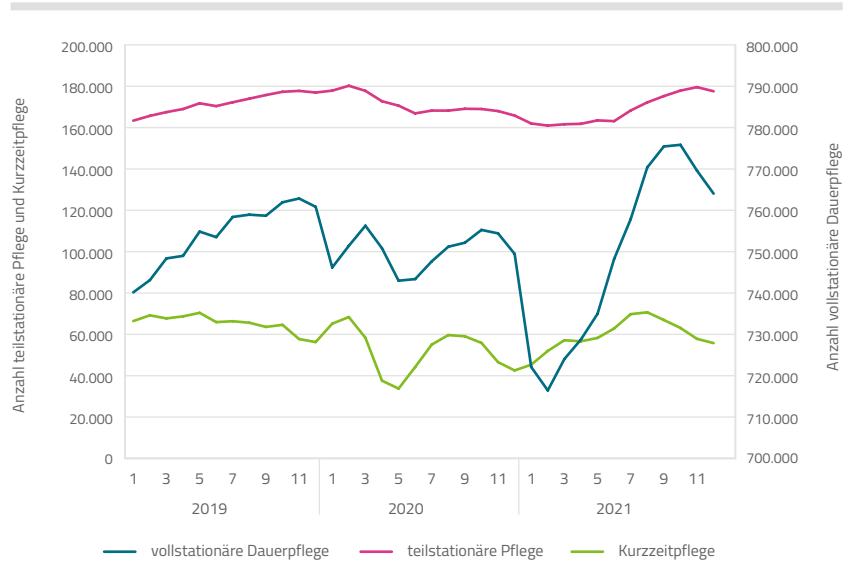
Jahr	Monat	Pflegebedürftige insgesamt	ohne Versorgungsart	Pflegegeld	Pflegedienst	Behinderteneinrichtung	vollstationäre Dauerpflege	teilstationäre Pflege	Kurzzeitpflege
2019	1	3.714	383	1.628	808	155	740	163	66
	2	3.745	394	1.640	814	155	743	166	69
	3	3.777	405	1.650	819	155	748	167	68
	4	3.800	415	1.658	823	155	749	169	69
	5	3.834	424	1.669	830	155	755	172	70
	6	3.852	432	1.690	821	155	754	170	66
	7	3.892	443	1.705	830	156	758	172	66
	8	3.921	454	1.717	835	156	759	174	66
	9	3.951	464	1.732	840	156	759	176	64
	10	3.985	474	1.744	848	157	762	177	65
	11	4.012	482	1.757	853	157	763	178	58
	12	4.026	488	1.764	856	157	761	177	56

Jahr	Monat	Pflege- bedürftige insgesamt	ohne Ver- sorgungsart	Pflege- geld	Pflege- dienst	Behinder- teneinrich- tung	voll- stationäre Dauerpflege	teil- stationäre Pflege	Kurz- zeit- pflege
2020	1	4.036	495	1.777	861	158	746	178	65
	2	4.063	502	1.787	865	158	751	180	68
	3	4.090	507	1.795	873	158	756	178	58
	4	4.094	510	1.801	874	158	751	173	38
	5	4.113	514	1.813	886	158	743	171	34
	6	4.153	521	1.848	883	157	743	167	44
	7	4.201	530	1.869	897	157	748	168	55
	8	4.242	538	1.886	909	158	751	168	60
	9	4.282	549	1.904	919	158	752	169	59
	10	4.321	558	1.921	928	159	755	169	56
	11	4.353	566	1.937	937	159	754	168	47
	12	4.370	571	1.946	945	159	749	166	43
2021	1	4.360	575	1.956	945	161	722	162	45
	2	4.373	583	1.965	948	161	716	161	52
	3	4.421	594	1.984	959	161	724	162	57
	4	4.461	606	1.997	968	161	729	162	57
	5	4.500	619	2.007	977	162	735	163	58
	6	4.536	629	2.025	972	161	748	163	63
	7	4.571	639	2.032	981	161	758	168	70
	8	4.608	648	2.040	988	162	770	172	71
	9	4.642	658	2.050	998	162	775	175	67
	10	4.674	668	2.061	1.007	162	776	178	63
	11	4.701	676	2.073	1.020	162	770	180	58
	12	4.713	680	2.076	1.032	162	764	178	56

Quelle: BARMER-Daten 2019–2021, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen ist nach den Hochrechnungen mit den BARMER-Daten von 3,7 Millionen im Januar 2019 auf 4,7 Millionen im Dezember 2021 gestiegen. Die zusätzlichen Pflegebedürftigen beziehen weit überwiegend Pflegegeld, nehmen Pflegesachleistungen in Anspruch oder sind in Pflegegrad 1 und nehmen daher keine der Hauptleistungen in Anspruch (Tabelle 3.9).

Abbildung 3.13: Entwicklung stationärer Leistungen in den Jahren 2019 bis 2021



Quelle: BARMER-Daten 2019–2021, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Rückgang der Nutzung von Kurzzeitpflege und teilstationärer Pflege in den ersten beiden Wellen, Normalisierung Ende 2021

Die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege ist von Januar 2019 bis Dezember 2019 von 740.000 auf 760.000 gestiegen (Abbildung 3.13). Zum Januar 2020 bricht die Zahl etwas ein, erholt sich dann aber im Februar wieder. Ein Rückgang ist in der ersten COVID-19-Welle zu beobachten und ein deutlich größerer zum Ende der zweiten Welle, in der sehr viele Pflegebedürftige im Pflegeheim gestorben sind. Die Zahl der Pflegebedürftigen mit teilstationärer Pflege ist in den Jahren bis 2019 deutlich gestiegen (Rothgang & Müller, 2021, S. 62). Dies setzte sich auch noch bis Februar 2020 fort (Abbildung 3.13). Mit der ersten COVID-19-Welle erfolgte allerdings ein deutlicher Einbruch, der bis zum Ende der dritten Welle, Mitte 2021, angehalten hat. Erst zum Ende 2021 wurde wieder das Niveau von Anfang 2020 erreicht. Bei der Kurzzeitpflege hat sich ein noch viel größerer Einbruch mit der ersten Welle ergeben. Zum Ende der ersten Welle hat sich die Zahl der Nutzer innerhalb eines Monats von 68.000 auf 34.000 halbiert. Das Ausgangsniveau wurde trotz eines gewissen Anstiegs auch im Sommerplateau 2020 nicht wieder

erreicht. Mit der zweiten Welle reduzierte sich die Inanspruchnahme erneut. Erst im Sommerplateau 2021 wurden wieder Nutzungsgrade wie im Jahr 2019 erreicht. Zum Ende des Jahres wird alljährlich die Kurzzeitpflege etwas weniger genutzt.

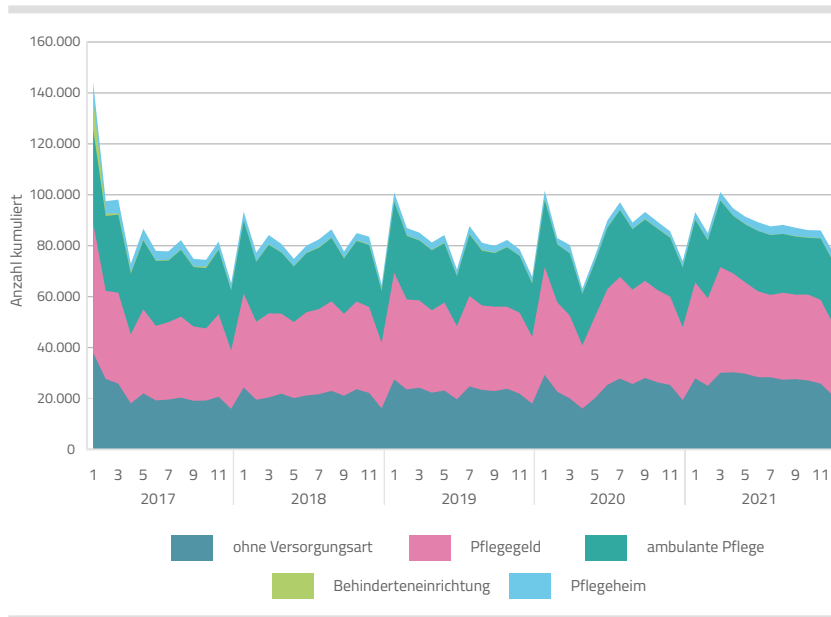
Pflegeinzidenzen nach Versorgungsart

Zumindest mit den ersten beiden COVID-19-Wellen hat die Nutzung der stationären Pflege abgenommen. Ein Teil des Rückgangs ist durch eine erhöhte Sterberate zu erklären. Eine Reduktion kann aber zudem auch daher rühren, dass in der Coronazeit bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit das Pflegeheim als Ort der Pflege vermieden wurde. Zur Beurteilung werden nachfolgend die Eintritte in die Pflegebedürftigkeit auf Monatsebene betrachtet (Abbildung 3.14).



www.bifg.de/Y925Pg

Abbildung 3.14: Monatliche Eintritte in die Pflegebedürftigkeit nach gewählter Versorgungsart bei erstmaliger Leistungsgewährung in den Jahren 2017 bis 2021



Quelle: BARMER-Daten 2017–2021, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Zu beobachten ist zunächst, dass es beim Zugang zur Pflegebedürftigkeit saisonale Schwankungen gibt. Im Dezember gibt es weniger Zugänge und dafür im Januar mehr. Neben diesen Schwankungen fallen die verringerten Pflegezugänge im April 2020 und in der zweiten COVID-19-Welle auf. Zeitlich verzögert finden sich im Sommer 2020 und nach der zweiten Welle erhöhte Zugangszahlen, was sich als Nachholeffekt interpretieren lässt. Mögliche Pflegezugänge aus der ersten und zweiten Welle haben sich zeitlich etwas nach hinten verschoben. So ist beispielsweise die Zahl der direkten Pflegeeintritte ins Pflegeheim von 3.226 im März 2020 auf 1.853 im April 2020 gesunken. Die Zugangszahlen im Januar, die in den Jahren 2018 bis 2020 jeweils um 3.400 oder höher lagen, reduzierten sich im Januar 2021 auf knapp 2.900.

Insgesamt sind diese Unterschiede aber zu gering, um die Reduktionen in der Zahl der Pflegebedürftigen im Pflegeheim in der ersten und zweiten Welle zu erklären. Bei den Reduktionen der Zahl der Pflegebedürftigen handelte es sich um Zehntausende, bei den Pflegezugängen sind nur Unterschiede im Hunderterbereich festzustellen.

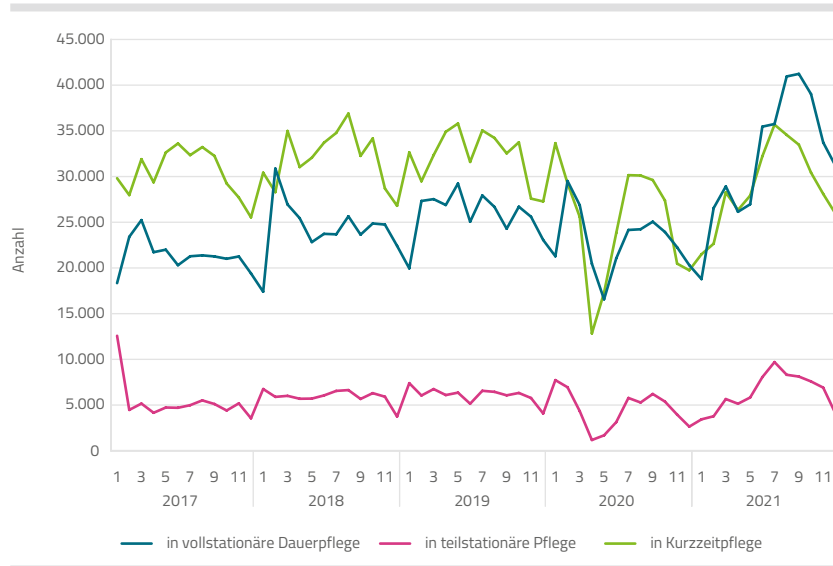
Übergänge von häuslicher Pflege in vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege oder teilstationäre Pflege

Weitaus häufiger als direkte Einzüge ins Pflegeheim sind Eintritte aus der häuslichen Pflege heraus. Aus der häuslichen Pflege heraus werden zudem auch Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege genutzt. In Abbildung 3.15 wird dargestellt, wie sich diese Übergänge in den Jahren 2017 bis 2021 entwickelt haben.

Anders als die Pflegeeintritte insgesamt erfolgen die meisten Übergänge in die vollstationäre Dauerpflege nicht im Januar, sondern in den Monaten danach (Abbildung 3.15). Der Januar ist in der Regel der Monat mit der geringsten Zahl an Eintritten. Dies ändert sich allerdings in den Zeiten von Corona. Mit der ersten Welle und im weiteren Verlauf des Jahres 2020 sind die Zugangszahlen zur vollstationären Dauerpflege deutlich reduziert. Lagen die Zugangszahlen im April der Jahre 2018 und 2019 weit über 25.000, reduzierte sich die Zahl im April 2020 auf etwas über 20.000 und sank sogar auf rund 17.000 im Mai 2020. Die Anzahl der Einzüge ins Pflegeheim ist zwar in den Folgemonaten gestiegen, erreichte aber nur knapp die Werte der beiden Vorjahre. Von einer Kompensation oder einem Nachholeffekt kann soweit noch nicht gesprochen werden. Erst nach der zweiten

Welle und der Impfkampagne im Pflegeheim, die für dieses Setting weitere Sicherheit geschaffen hat, sind solche Effekte zu beobachten. Mit über 40.000 Eintritten ins Pflegeheim aus der häuslichen Pflege heraus wurden im August und September 2021 Spitzenwerte erreicht. Damit wurde dann der Einbruch der Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege, der in den ersten beiden Wellen entstanden ist, wieder kompensiert.

Abbildung 3.15: Monatliche Übergänge aus der häuslichen Versorgung in die stationäre Versorgung in den Jahren 2017 bis 2021



Quelle: BARMER-Daten 2017–2021, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

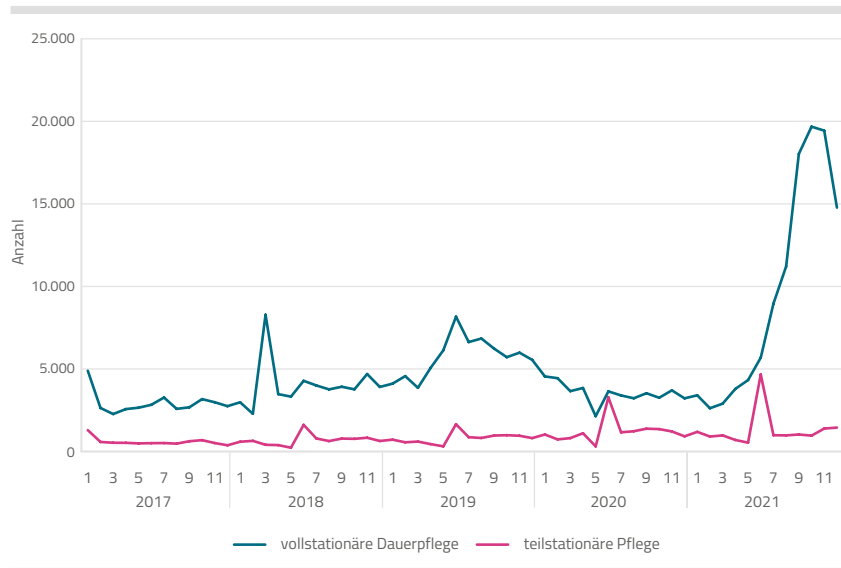
Vergleichbare Einbrüche in den ersten beiden COVID-19-Wellen sind auch beim Zugang zur Kurzzeitpflege und beim Zugang zur teilstationären Pflege zu beobachten (Abbildung 3.15). Die Zahl der Zugänge zur Kurzzeitpflege hat sich in der ersten Welle von 29.300 im Februar auf 12.800 im April mehr als halbiert, ist zum Sommer 2020 wieder auf etwa 30.000 gestiegen und ist zum Jahresende 2020 wieder um ein Drittel zurückgegangen. Nach der zweiten Welle kam es im Zuge der Impfkampagnen und der Reduktionen der Kontaktbeschränkungen wieder zu einem Anstieg der Nutzung der Kurzzeitpflege. Der Rückgang bei der teilstationären Pflege fiel relativ gesehen noch extremer aus. Die Eintritte reduzierten sich von rund 6.900 im Februar 2020 auf rund 1.200 im April 2020.

Auch in der zweiten Welle gingen die Zugangszahlen nach einem Anstieg im Sommerplateau 2020 wieder deutlich zurück. Im Sommerplateau 2021 zeigte sich dann ein Nachholeffekt. Die Zugangszahlen lagen höher als in den Sommermonaten der Jahre zuvor.

Beendigungen von vollstationärer Dauerpflege und teilstationärer Pflege

Die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege und in teilstationärer Pflege ist beeinflusst durch die Zahl der Verstorbenen in den Einrichtungen, durch die Zahl der Zugänge und die Zahl der Beendigungen ohne Todesfall.

Abbildung 3.16: Beendigung von stationärer Versorgung ohne Todesereignis in den Jahren 2017 bis 2021



Quelle: BARMER-Daten 2017–2021, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

häufige Beendigungen von vollstationärer Pflege ohne Todesereignis Ende 2021

Die Zahl der Beendigungen der vollstationären Dauerpflege ohne Todesereignis ist in den ersten Phasen der COVID-19-Pandemie eher unauffällig oder reduziert (Abbildung 3.16). Eine durch die Pandemie verursachte Auszugswelle aus dem Pflegeheim lässt sich somit nicht feststellen. Erst mit der vierten Welle erhöht sich die Zahl der Auszüge aus dem Pflegeheim drastisch. Nachdem die monatlichen Fallzahlen um 5.000 schwankten, sind in den Monaten September bis November 2021 jeweils teils weit über 18.000 Pflegebe-

dürftige aus dem Pflegeheim ausgezogen. Teilstationäre Versorgungsverträge wurden dagegen auch vermehrt im Verlauf der Jahre 2020 und 2021 gekündigt.

3.2.4 Fazit zur stationären Versorgung in Zeiten von Corona

Der Ausbruch der COVID-19-Pandemie bedeutete gerade für die alten und vulnerablen Menschen höchste Gefahr für Leib und Leben. Pflegeheimbewohner zählen regelmäßig zur Gruppe der vulnerabelsten Menschen. Das für Pflegeheime charakteristische Zusammenkommen vieler Menschen in geschlossenen Räumen ist zudem verbunden mit einer erhöhten Infektionsgefahr. Im Dezember 2020 hatten mehr als acht Prozent der Pflegebedürftigen im Pflegeheim im entsprechenden Quartal eine COVID-19-Diagnose. In der Gesamtbevölkerung waren es nur knapp über ein Prozent. Die ergriffenen Maßnahmen zur Kontaktreduktion in Heimen waren daher dem Grunde nach wohl begründet. Verschiedene Studien haben aber auch auf die negativen Folgen dieser Maßnahmen hingewiesen: Isolation, psychische Störungen, Verringerung von Arztkontakten und pflegerischer Mehraufwand sind nur einige Beispiele. Sehr viele Menschen sind dennoch im Pflegeheim mit COVID-19 verstorben. In der ersten und zweiten Welle waren mehr als die Hälfte der mit COVID-19 Verstorbenen Pflegebedürftige im Pflegeheim. Mit der Möglichkeit zur Impfung ist die Zahl der Todesfälle mit COVID-19 zurückgegangen. Mit der vierten Welle zum Ende 2021 ist die Zahl der Todesfälle mit COVID-19 insgesamt und auch im Pflegeheim wieder angestiegen. Der Anteil der Pflegebedürftigen im Pflegeheim an den mit COVID-19 Verstorbenen ist zwar unter 50 Prozent gesunken. Dies darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Sterberate zum Ende 2021 für Pflegebedürftige im Pflegeheim im Vergleich zu den Vorjahren wieder gestiegen ist.

Im Rahmen der Maßnahmen zur Bekämpfung der Folgen der Pandemie sind auch Angebote reduziert worden, was sich – gemeinsam mit einem Verzicht der Pflegebedürftigen und ihrer Familien auf die Nutzung als gefährlich angesehener Dienste und Einrichtungen – in den Zahlen zur Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege, der teilstationären Pflege und der vollstationären Dauerpflege widerspiegelt. Zum Sommerplateau 2021 setzen aber diesbezüglich Normalisierungstendenzen ein. Es sind in der Summe deutliche Nachholeffekte bei den Inanspruchnahmen zu beobachten, so dass sich die Inanspruchnahmen Ende 2021 wieder auf das Niveau von Ende 2019 hinbewegt haben. Zwar hat dabei beispielsweise die Zahl der Beendigungen der vollstationären Dauerpflege ohne Todeser-

eignis zugenommen, diese Entwicklung ist aber durch eine erhöhte Übergangsrate aus der häuslichen Pflege in die vollstationäre Dauerpflege kompensiert worden. In der Inanspruchnahme der stationären Leistungen zeichnet sich somit ein gewisser Grad der Normalisierung ab.

Auch unter dem Pflegepersonal zeichnet sich eine Art Normalisierung ab. In der zweiten wie in der vierten Welle hatten etwa vier Prozent der Pflegekräfte im Pflegeheim eine COVID-19-Diagnose. Die AU-Fälle aufgrund von COVID-19 sind aber in der vierten Welle nur noch halb so häufig wie in der zweiten Welle, was mit der strikteren Quarantänepflicht in den ersten beiden Wellen zusammenhängt.

Nach aktuelleren Meldungen des RKI für das Jahr 2022 gab es im ersten Quartal 13,9 Millionen Infektionen und 17.466 Todesfälle mit COVID-19. Die Sterbequote lag damit bei 0,13 Prozent im ersten Quartal 2022. Die Sterbequote mit COVID-19 lag im zweiten Quartal dann bei 0,17 Prozent. Die Sterbequote lag zur ersten Welle – im zweiten Quartal 2020 – bei 6,34 Prozent und im ersten Quartal 2021 bei 3,97 Prozent (RKI, 2022e). Das aktuelle Verhältnis von Todesfällen zu Infektionsfällen wirkt somit deutlich weniger bedrohlich als die Verhältniszahlen aus der ersten und zweiten Welle. Auf Grundlage der Daten des im April 2020 gegründeten deutschen COVID-19-Autopsieregisters wurden 1.095 Datensätze von mit COVID-19 verstorbenen Personen ausgewertet. Die Studie hat ergeben, dass 86 Prozent der mit COVID-19 verstorbenen Personen direkt an den Folgen von COVID-19 verstorben sind. Eingeschlossen waren Daten bis zur vierten Welle, also bis zur Delta-Variante. Die aktuell vorherrschende Omikron-Variante verbreitet sich zwar schneller, hat aber weniger schwerwiegende Folgen. Eine Entwarnung vor den Gefahren der Pandemie kann allerdings nicht gegeben werden. Schwere Krankheitsverläufe und Todesfälle mit COVID-19 sind noch immer sehr häufig. Allerdings ist davon auszugehen, dass es mit der Omikron-Variante mehr Menschen sind, die mit COVID-19 statt an COVID-19 sterben.

Insgesamt ist in der stationären Pflege zum Ende des Jahres 2021 eine gewisse Normalität eingetreten. Die AU-Fallzahlen mit COVID-19 unterscheiden sich nicht mehr besonders zwischen Pflegekräften im Pflegeheim und sonstigen Erwerbstätigen. Die Infektionen mit COVID-19 kommen bei Pflegebedürftigen im Pflegeheim nicht einmal mehr doppelt so häufig vor wie in der gesamten Bevölkerung. Behandlungshäufigkeiten aufgrund körperlicher Beschwerden haben wieder das Vor-Corona-Niveau erreicht. Die Pflegebedürftigen im Pflegeheim stellen nicht mehr die meisten Toten mit COVID-19 und die Nutzung der stationären Versorgungsleistungen hat auch wieder das Vor-Corona-Niveau erreicht. Allerdings hat sich die Sterberate im Pflegeheim zum Ende 2021 mit der vierten Welle wieder erhöht.

Der Corona-ExpertInnenrat der Bundesregierung warnt weiterhin vor der Gefahr einer Zunahme von SARS-CoV-2 und anderen Atemwegsinfektionen im Herbst und Winter 2022/23. Zwar liege durch eine hohe Anzahl durchgemachter Impfungen und Infektionen eine breite Basisimmunität gegen SARS-CoV-2 vor, dennoch sei der Einfluss neuer Virusvarianten und das Ausmaß weiterer Atemwegsinfektionskrankheiten derzeit nicht absehbar. In der Bevölkerung wird COVID-19 derzeit nicht mehr als so riskant wahrgenommen, wodurch die Bereitschaft für freiwilliges Schutzverhalten und Impfungen sehr zurückgeht (Corona-ExpertInnenrat der Bundesregierung, 2022, S. 2f.). Das RKI weist aber weiter darauf hin, dass Pflegebedürftige in Pflegeheimen aufgrund ihres Alters und des Vorliegens von Vorerkrankungen wie Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen zum Personenkreis mit erhöhtem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf gehören (RKI, 2022f, S. 3). Die erhöhten Sterberaten im Pflegeheim zum Ende des Jahres 2021 sind ein Zeugnis davon.

Gefahr durch Corona
besteht weiterhin

Je nach Entwicklung der Varianten empfiehlt der Corona-ExpertInnenrat der Bundesregierung unterschiedliche Maßnahmen (Corona-ExpertInnenrat der Bundesregierung, 2022, S. 4f.). Würde eine weniger krankmachende Variante als die Omikron-Variante dominant werden, würden keine Kontaktbeschränkungen notwendig sein. Sollte die Krankheitslast durch SARS-CoV-2 ähnlich sein wie bei den Omikron-Varianten des Som-

zukünftige Entwicklung
der Varianten unklar

mers 2022, dann wären wieder eine erhöhte Zahl an Arbeitsausfällen zu erwarten. Dies hätte entsprechende Auswirkungen auf die Versorgung im Pflegeheim, wenn die Pflegekräfte wieder die meisten AU-Fälle hätten. Um dem entgegenzuwirken, müssten wieder Maskenpflicht und Abstandsgebote in Innenräumen eingeführt werden. Sollte sich eine neue Variante mit erhöhter Krankheitsschwere und erhöhter Übertragbarkeit entwickeln, müssten Kontaktbeschränkungen für gefährdete Gruppen wieder in Betracht gezogen werden. Zu den gefährdeten Gruppen wären dann auch die Pflegebedürftigen im Pflegeheim zu zählen. Impfungen und Nachimpfungen wären der Bevölkerung dann noch dringender zu empfehlen und Entwicklungen angepasster Impfstoffe vorzunehmen.

Der Schutz vor Infektionen und Freiheitsrechte müssen abgewogen werden.

Vom Deutschen Pflegerat wird empfohlen, Pflegebedürftige als integralen Teil der Gesellschaft mit dem Recht auf gesellschaftliche Teilhabe zu sehen. Eine Isolation dieser vulnerablen Gruppe kann dann nicht die Lösung sein. Dementsprechend sollten alle Einrichtungen durchgehend für Besuche geöffnet bleiben. Risikopersonen und ihre Angehörigen sollten Informationsmöglichkeiten erhalten, damit sie zwischen dem Risiko vor Ansteckung und benötigter Pflege beziehungsweise Teilhabe abwägen können. Es sollte ausreichend Personal vorhanden sein, was gegebenenfalls durch den Aufbau eines Personalpools sichergestellt werden sollte (DPR, 2022). Ebenso wie der Deutsche Pflegerat empfiehlt auch das RKI, dass Schutz- und Hygienemaßnahmen weiterhin eine Selbstverständlichkeit sein sollten. Hierzu gehören beispielsweise Schutzkleidung, FFP2-Masken, Testungen, Quarantäneregelungen sowie Schulungspläne und Konzepte für pandemische Krisensituationen (DPR, 2022; RKI, 2022f). Die Erhöhung der Impfquote gilt als ein wichtiger Schlüssel zum Erfolg in der Bekämpfung der Pandemie. Zum Schutz der Pflegebedürftigen im Pflegeheim wurde daher im Dezember auch das Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 erlassen (BGBl. I S. 5162). Alle Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen mussten der Leitung der Einrichtung den erforderlichen Impfnachweis vorlegen. Wie hoch die Impfquoten bei Beschäftigten und Pflegebedürftigen in den Einrichtungen sind, muss aufgrund der am 18. März 2022 beschlossenen Gesetzesänderungen des Infektionsschutzgesetzes monatlich an das RKI berichtet werden (RKI, 2022f, S. 22). Der Deutsche Pflegerat empfiehlt sogar, dass Pflegefachpersonen autorisiert werden sollten, Schutzimpfungen vorzunehmen (DPR, 2022).

Weitere Forderungen sowohl des Deutschen Pflegerats als auch des ExpertInnenrats der Bundesregierung zielen in Richtung wissenschaftlicher Aufarbeitung der Pandemie. So sollte das Infektionsgeschehen, die Krankheitslast und die Sterblichkeit im Hinblick auf COVID-19 lückenlos epidemiologisch erfasst werden. Zudem wird aber auch die Forderung aufgestellt, die Wirksamkeit und die unerwünschten Wirkungen der Infektionsschutzmaßnahmen intensiver zu beleuchten. Eine diesbezügliche Datenerhebung sollte möglichst in Echtzeit erfolgen, um daraus schnell Prognosen ableiten zu können und entsprechende vordefinierte Maßnahmen einleiten zu können (Corona-ExpertInnenrat der Bundesregierung, 2022; DPR, 2022).

Lehren ziehen für
zukünftige Pandemien

Anhang

Anhang

Amtliche und halbamtliche Daten zur Pflegebedürftigkeit

Pflegestatistik

berücksichtigter
Personenkreis der
Pflegestatistik

Die Pflegestatistik nach § 109 SGB XI wird seit 1999 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). Sie berichtet vollständig über die Leistungserbringer, die Versicherten der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) und berücksichtigt auch die Personen in stationärer Pflege, bei denen der Pflegegrad 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 der
Vollzeitäquivalente

Die Berechnung der VZÄ wird entsprechend den Vorgaben des Statistischen Bundesamts (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 (Faktor 0,25), Auszubildende, (Um-)Schüler (Faktor 0,5), Helfer im freiwilligen sozialen Jahr (Faktor 1),

Zivildienstleistende und Helfer im Bundesfreiwilligendienst (Faktor 1) und Praktikant außerhalb einer Ausbildung (Faktor 0,5).

Kassenstatistik der sozialen Pflegeversicherung (SPV)

Die Kassenstatistik wird zwar jährlich erhoben, ist in der Regel aktueller als die Pflegestatistik und umfasst auch Informationen zum Finanzierungsaufwand, aber sie bezieht sich nur auf die Versorgung der Versicherten der SPV. Daher kann allein 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 Fallzahldarstellung 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 den Pflegegraden.

Leistungsempfänger-
statistik PG 2

Da die Daten der SPV nicht umfassend und auch nicht so differenzierbar sind, werden diese Daten in der Routineberichterstattung in Kapitel 2 vornehmlich zur Beschreibung der Finanzierung durch die SPV verwendet. Grundlage dafür 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 den entsprechenden Finanzierungsaufwand 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.

Begutachtungen in der SPV

Medizinischer Dienst Bund (MD-Bund)

Der MD-Bund ist seit 1. Januar 2022 Rechtsnachfolger des Medizinischen Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS) und führt seither intern Statistiken über die Zahl und die Art der Begutachtungen. Die Begutachtungsstatistik des MD-Bund 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 Pflegegraden sowie Alter, Geschlecht, Empfehlungen zu rehabilitativen Maßnahmen und pflegebegründende Diagnosen. Die Standardberichterstattung ist deutlich eingeschränkt worden, aber erforderliche Daten können direkt beim MD-Bund angefragt werden.

Begutachtungen in der PPV

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.

BARMER-Daten

Eine weitere zentrale Datenquelle für diesen Report sind die Routinedaten der BARMER. Prozessproduzierte Routinedaten von Kranken- und Pflegekassen 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 als Pflegegrade dargestellt. Bis zum 31. Dezember 2016 galten die Pflegestufen und die Einordnung als Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) als Gradmesser. Verbleibende Kodierungen in den Daten wurden entsprechend dem Überleitungsschlüssel aus § 140 SGB XI in Pflegegrade umkodiert.

Umkodierung in Pflegegrade

In den Auswertungen erfolgt eine Zuordnung zum Leistungsbezug und zum Pflegegrad dann, wenn innerhalb eines Monats eine entsprechende Leistung bezogen wurde beziehungsweise ein Pflegegrad vorlag. Die Zuordnung erfolgt hierarchisch für die Pflegegrade und die Pflegeleistungen. Liegen im Monat zwei verschiedene Pflegegrade vor, wird der höhere verwendet. Die Leistungen werden in folgender Weise hierarchisch überschrieben: vollstationäre Dauerpflege, Pflege in Behinderteneinrichtungen, Pflegesachleistungen vor Pflegegeld. Das Vorliegen eines Pflegegrads ist aber Voraussetzung für die Berücksichtigung. Kurze Lücken in der Erfassung der Pflegegrade von bis zu einem Monat

Zuordnung zum Leistungsbezug

sind durch die vorherigen Pflegegrade aufgefüllt worden. Für Episoden mit ausgewiesenerm 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 die 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 wurden bei aggregierten Analysen die Ergebnisse nach Alter, Geschlecht und Bundesland auf die Bevölkerung Deutschlands der jeweiligen Jahre (Statistisches Bundesamt, 2022b) 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 liegen (Hoffmann & Koller, 2017).

Limitierungen der BARMER-Daten

Die Hochrechnungen zur Zahl der Pflegebedürftigen unterscheiden sich von den Angaben in der Pflegestatistik. Während in der Pflegestatistik 2019 4.127.605 Pflegebedürftige ausgewiesen werden (Statistisches Bundesamt, 2020d), beläuft sich die Hochrechnung der BARMER-Daten auf 3.875.687 Pflegebedürftige. Das ist eine um über sechs Prozent geringere Fallzahl, obwohl die Zahl der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 in der Pflegestatistik unterschätzt wird. Für das Jahr 2019 weist die Pflegestatistik 298.117 Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 aus. Das BMG ermittelt aus der Kassenstatistik und den Mitteilungen der PPV 462.653 Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 (BMG, 2020). Die Hochrechnungen mit den BARMER-Daten kommen auf 440.834 Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1. Dies ist zwar eine um rund fünf Prozent geringere Schätzung als vom BMG, zeigt aber deutlich die Unterschätzung der Pflegestatistik auf. Die Unterschätzung mit den BARMER-Daten resultiert daher aus den Ergebnissen bei den Pflegegraden 2 bis 5. 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 aus.

Erfassung der COVID-19-Erkrankung

Für das Schwerpunktkapitel wurde erfasst, ob zu gegebenen Zeiten eine COVID-19-Diagnose vorgelegen hat. Erfasst wurden die Diagnosen aus den Daten zur ambulanten Versorgung und aus den Daten zu den Krankenhausbehandlungen. Die Diagnosedaten zur ambulanten Versorgung liegen nur quartalsweise vor und wurden dementsprechend den Erkrankten in jedem Monat des Quartals zugeschrieben. Daten zur Arbeitsunfähigkeit und Daten zur Krankenhausbehandlung wurden mit dem jeweiligen Datum des Beginns zugeordnet.

Diagnosen der stationären Versorgung und zur Arbeitsunfähigkeit wurden uneingeschränkt mit einbezogen. Diagnosen aus der ambulanten Versorgung wurden nicht berücksichtigt, wenn sie als Verdachts-, Zustands- oder Ausschlussdiagnosen gekennzeichnet waren.

Diagnosen mit Bezug zu einer COVID-19-Erkrankung sind seit der Aktualisierung der ICD-Klassifikation für 2020 in Deutschland in verschiedenen vorläufigen Ausprägungen gegeben (Tabelle A 1). Die wesentlichen Klassifikationen sind dabei die beiden Schlüssel U07.1! und U07.2!, welche eine COVID-19-Infektion mit beziehungsweise ohne Labortest ausweisen. Hinzugekommen sind noch weitere Kodierungen (U08.9, U09.9! und U10.9), die sich auf Zusammenhänge mit COVID-19 und Zeiten nach COVID-19 beziehen (BfArM, 2020, 2021). Anfänglich wurden statt der drei letztgenannten Kodierungen die Kodierungen U07.3, U07.4! und U07.5 genutzt (Grobe et al., 2022, S. 99).

Tabelle A 1: ICD-10-Kodes mit direkten Hinweisen auf mögliche SARS-CoV-2-Infektionen

U07.1!	COVID-19, Virus durch einen Labortest nachgewiesen
U07.2!	COVID-19, Virus klinisch-epidemiologisch bestätigt, aber nicht durch Labortest nachgewiesen
U08.9 / U07.3	COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet (Schlüsselnummer, um eine frühere, bestätigte Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) zu kodieren, die den Gesundheitszustand einer Person beeinflusst oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führt, die Person aber nicht mehr an COVID-19 leidet)
U09.9! / U07.4!	Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet
U10.9 / U07.5	Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet

Verzeichnisse

Verzeichnisse

Abkürzungsverzeichnis und Glossar

AK	Ausbildungskosten
AU	Arbeitsunfähigkeit
BA	Bundesagentur für Arbeit
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGBI	Bundesgesetzblatt
bifg	BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BvL	Das Registerzeichen BvL wird beim Bundesverfassungsgericht für Normenkontrollverfahren, die nach Art. 100 Abs. 1 GG auf die Vorlage eines Gerichts erfolgen (sog. konkrete Normenkontrolle), verwendet.
BVerfGE	Bundesverfassungsgericht
BvR	Das Registerzeichen BvR wird beim Bundesverfassungsgericht für Verfahren über Verfassungsbeschwerden nach Art. 93 Abs. 1 Nr. 4a sowie über Kommunalverfassungsbeschwerden nach Art. 93 Abs. 1 Nr. 4b GG verwendet.
COVID-19	Englisch: coronavirus disease 2019 Deutsch: Coronavirus-Krankheit 2019; ausgelöst durch eine Infektion mit dem Virus SARS-CoV-2
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DPR	Deutscher Pflegerat
DRV	Deutsche Rentenversicherung

EEE	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
FDP	Freie Demokratische Partei
FDZ-StaBu	Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV Spitzenverband Bund
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz vom 11. Juli 2021
ICD	Internationale Klassifikation der Erkrankungen
ILO	International Labour Organization
IMF	International Monetary Fund, Internationaler Währungsfonds
KiBG	Kinder-Berücksichtigungsgesetz vom 15. Dezember 2004
MD	Medizinischer Dienst
MD-Bund	Medizinischer Dienst Bund
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen
PEA	Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
PCR	Polymerase Chain Reaction, Polymerase-Kettenreaktion. Der PCR-Test gilt als Goldstandard unter den Corona-Tests.
Pfk	Pflegefachkräfte
PhmA	Pflegehilfskräfte mit Ausbildung

PhoA	Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung
PG	Pflegegrad
PKV	Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz vom 23. Oktober 2012
PPV	Private Pflegepflichtversicherung
PSG I	Erstes Pflegestärkungsgesetz vom 17. Dezember 2014
PSG II	Zweites Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015
PSG III	Drittes Pflegestärkungsgesetz vom 23. Dezember 2016
RKI	Robert Koch-Institut
Rn	Randnummer
SARS-CoV-2	Englisch: severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 Deutsch: schweres akutes respiratorisches Syndrom Coronavirus 2
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SPV	Soziale Pflegeversicherung
vdek	Verband der Ersatzkassen
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Durchschnittliche Gesamteigenanteile in vollstationärer Pflege nach Dauer der Inanspruchnahme vollstationärer Leistungen, Stand: 1. Juli 2022	26
Abbildung 1.2:	Privat zu zahlende Beträge für pflegebedingte Aufwände (EEE plus AK)	27
Abbildung 1.3:	Ausgaben für die Zuschläge nach § 43c SGB XI für 2022	28
Abbildung 1.4:	Ausgaben für die Zuschläge nach § 43c SGB XI für die Jahre 2022–2025	29
Abbildung 2.1:	Pflegegrade nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2019 (Pflegestatistik)	49
Abbildung 2.2:	Pflegegrade nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2019 (BARMER)	50
Abbildung 2.3:	Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesländern und nach Pflegegraden – 2021 gegenüber 2019 (BARMER)	51
Abbildung 2.4:	Versorgungsarten nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2019 (Pflegestatistik)	53
Abbildung 2.5:	Versorgungsarten nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2019 (BARMER)	54
Abbildung 2.6:	Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten und Bundesländern – 2021 gegenüber 2019 (BARMER)	56
Abbildung 2.7:	Pflegeprävalenzen nach Bundesländern im Jahr 2019	60
Abbildung 2.8:	Ergebnisse von Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch den MD und die Knappschaft	63
Abbildung 2.9:	Jahresinzidenz der Pflegebedürftigkeit je 1.000 nicht pflegebedürftige Personen	68
Abbildung 2.10:	Jahresinzidenz der vollstationären Dauerpflege je 1.000 Personen außerhalb der Einrichtungen	71
Abbildung 2.11:	Prozentualer Anteil der Todesfälle oder anderer dauerhafter Beendigungen innerhalb eines Jahres (2017 und 2021)	74

Abbildung 2.12:	Monatliche Leistungen der Pflegeversicherung und Eigenanteile im Januar 2022 in Euro	94
Abbildung 2.13:	Monatliche finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in Euro im Januar 2022 nach Bundesländern	95
Abbildung 3.1:	Tägliche Anzahl der an das RKI gemeldeten COVID-19-Fälle und Phaseneinteilung 2020 bis 2021	133
Abbildung 3.2:	AU-Fälle mit einer COVID-19-Diagnose je 1.000 Beschäftigte je Monat nach Beruf und Wirtschaftszweig in den Jahren 2020 und 2021	139
Abbildung 3.3:	Differenzen in der Anzahl der AU-Fälle je 1.000 Beschäftigte mit sonstigen Diagnosen im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019	140
Abbildung 3.4:	Anteil der Beschäftigten mit COVID-19-Diagnose im jeweiligen Quartal nach Beruf und Wirtschaftszweig 2020–2021	141
Abbildung 3.5:	Differenzen in der Anzahl der Diagnosestellungen für Pflegekräfte im Pflegeheim in den Jahren 2020 und 2021 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019	142
Abbildung 3.6:	Anteil der Bevölkerung mit COVID-19-Diagnose im jeweiligen Quartal nach Pflegeart 2020–2021	144
Abbildung 3.7:	Differenzen in den Anteilen von Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege mit weiteren Diagnosen in den Jahren 2020 und 2021 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019	145
Abbildung 3.8:	Kumulierte monatliche Sterbefälle mit einer COVID-19-Erkrankung nach Versorgungsart und RKI-Meldungen 2020 bis 2021	147
Abbildung 3.9:	Anteil der Menschen in verschiedenen Versorgungssettings an den mit COVID-19 Verstorbenen in den Jahren 2020 und 2021	148
Abbildung 3.10:	Monatliche Sterberate von Pflegebedürftigen nach Versorgungsart in den Jahren 2017 bis 2021 in Prozent	149

Abbildung 3.11:	Differenzen der monatlichen Sterberaten von Pflegebedürftigen in den Jahren 2020 und 2021 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 nach Versorgungsart	150
Abbildung 3.12:	Monatliche Sterberate von Pflegebedürftigen nach Versorgungsart und COVID-19-Erkrankung in den Jahren 2020 bis 2021 in Prozent	151
Abbildung 3.13:	Entwicklung stationärer Leistungen in den Jahren 2019 bis 2021	154
Abbildung 3.14:	Monatliche Eintritte in die Pflegebedürftigkeit nach gewählter Versorgungsart bei erstmaliger Leistungsgewährung in den Jahren 2017 bis 2021	155
Abbildung 3.15:	Monatliche Übergänge aus der häuslichen Versorgung in die stationäre Versorgung in den Jahren 2017 bis 2021	157
Abbildung 3.16:	Beendigung von stationärer Versorgung ohne Todesereignis in den Jahren 2017 bis 2021	158

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Vorausberechnung der pflegebedingten Aufwände (EEE + AK) und tatsächliche Werte in Euro pro Monat	25
Tabelle 1.2:	Anträge auf Erstattung der Mehraufwände und Mindereinnahmen nach § 150 Abs. 2 SGB XI und § 150 Abs. 5a SGB XI von Pflegeeinrichtungen und Anbietern von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI) – Ausgaben aller Pflegekassen (bundesweit) in Millionen Euro	35
Tabelle 1.3:	Anträge auf Erstattung der Aufwände für PoC-Antigen-Tests (§ 7 Abs. 2 Coronavirus-Testverordnung) von Pflegeeinrichtungen und Anbietern von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI) – Ausgaben aller Pflegekassen (bundesweit) in Euro	36
Tabelle 1.4:	Anträge auf Zahlung der Corona-Pflegeprämie für Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen – Ausgaben aller Pflegekassen (bundesweit) in Euro	36
Tabelle 1.5:	Impfquoten bei Beschäftigten, aufgeschlüsselt nach Bundesland	40
Tabelle 2.1:	Pflegebedürftige nach Jahren im Ländervergleich	47
Tabelle 2.2:	Pflegeprävalenz nach Jahren im Ländervergleich	57
Tabelle 2.3:	Pflegeprävalenz nach Altersklassen und Jahren im Ländervergleich in Prozent	58
Tabelle 2.4:	Zahl der Begutachtungen der MD und der Knappschaft nach Gutachtenart	62
Tabelle 2.5:	Begutachtungen durch MEDICPROOF in den Jahren 2017 bis 2021	65
Tabelle 2.6:	Eintritt in die Pflegebedürftigkeit nach Jahren im Ländervergleich	67
Tabelle 2.7:	Eintritte in die vollstationäre Dauerpflege nach Jahren im Ländervergleich	70
Tabelle 2.8:	Zahl der Todesfälle und anderer dauerhafter Beendigungen der Pflegebedürftigkeit in den Jahren 2017 und 2021 im Ländervergleich	73
Tabelle 2.9:	Ambulante Pflegedienste nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 2017 und 2019	78

Tabelle 2.10:	Von ambulanten Pflegediensten betreute Pflegebedürftige nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 2017 und 2019	79
Tabelle 2.11:	Pflegebedürftige je Pflegedienst nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 2017 und 2019	80
Tabelle 2.12:	Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2019	81
Tabelle 2.13:	Personal der ambulanten Pflegedienste nach hauptsächlichem Tätigkeitsbereich im Jahr 2019	82
Tabelle 2.14:	Pflegepersonal der ambulanten Pflegedienste nach Zuständigkeit und im Vergleich zur Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2019	84
Tabelle 2.15:	Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 2017 und 2019	86
Tabelle 2.16:	Pflegeplätze in stationären Pflegeeinrichtungen und Anteil vollstationärer Plätze (Dauerpflege plus Kurzzeitpflege) in den Bundesländern in den Jahren 2017 und 2019	87
Tabelle 2.17:	Von stationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige in den Bundesländern in den Jahren 2017 und 2019	88
Tabelle 2.18:	Personal in stationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2019	89
Tabelle 2.19:	Personal in stationären Pflegeeinrichtungen nach Tätigkeitsbereich im Jahr 2019	91
Tabelle 2.20:	Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Qualifikation und im Vergleich zur Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2019	93
Tabelle 2.21:	Anteil ambulant versorgter Pflegebedürftiger mit Beitragszahlungen zur Rentenversicherung für Pflegepersonen in den Jahren 2017 bis 2021	98
Tabelle 2.22:	Maximale Leistungen der Pflegeversicherung seit 2017	102
Tabelle 2.23:	Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung	105
Tabelle 2.24:	Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung	107
Tabelle 2.25:	Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege“ – Pflegebedürftige und Nettoausgaben	108

Tabelle 2.26:	Leistungsausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2020	110
Tabelle 3.1:	Stationäre Einrichtungen nach Versorgungsart in den Jahren 2017 und 2019	116
Tabelle 3.2:	Stationäre Einrichtungen mit erweiterten Angeboten in den Jahren 2017 und 2019	117
Tabelle 3.3:	Pflegeplätze nach Versorgungsart in den Jahren 2017 und 2019	119
Tabelle 3.4:	Pflegekräfte in VZÄ nach Trägerschaft in den Jahren 2017 und 2019	122
Tabelle 3.5:	Pflegekräfte in VZÄ mit und ohne Ausbildung in stationären Einrichtungen nach Tätigkeitsbereich in den Jahren 2017 und 2019	124
Tabelle 3.6:	Pflegepersonal in VZÄ mit und ohne Ausbildung in stationären Einrichtungen nach Qualifikation in den Jahren 2017 und 2019	126
Tabelle 3.7:	Offene Stellen und Arbeitslose mit Zielberuf Altenpflege	128
Tabelle 3.8:	Durchschnittliche Vergütung pro Tag in der stationären Pflege in Deutschland in den Jahren 2017 und 2019 in Euro	130
Tabelle 3.9:	Pflegebedürftige nach Versorgungsarten in den Jahren 2019 bis 2021 in Tausend	152
Tabelle A 1:	ICD-10-Kodes mit direkten Hinweisen auf mögliche SARS-CoV-2-Infektionen	172

Literaturverzeichnis

- aerzteblatt.de (2022). Bayern will zweite Stufe der einrichtungsbezogenen Impfpflicht nicht umsetzen. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/137301/Bayern-will-zweite-Stufe-der-einrichtungsbezogenen-Impfpflicht-nicht-umsetzen> [28.09.2022]
- Augurzky, B., Borchert, L., Deppisch, R., Krolop, S., Mennicken, R., Preuss, M., Rothgang, H., Stocker-Müller, M. & Wasem, J. (2008). Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen. Ein Bundesländervergleich. Essen.
- Augurzky, B., Decker, S., Leber, R. & Mensen, A. (2021). BARMER Krankenhausreport 2021. Krankenhausinfektionen während der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020. Berlin.
- 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]
- BA – Bundesagentur für Arbeit (2022). Berufe auf einen Blick (Alle Berufe, MINT und Ingenieurberufe). Verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Berufe-auf-einen-Blick/Berufe-auf-einen-Blick-Anwendung-Nav.html> [15.08.2022]
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2022). Holetschek legt Konzept für einrichtungsbezogene Impfpflicht vor – Gesundheitsminister: Bayern setzt auf pragmatische Umsetzung mit Augenmaß. München. Verfügbar unter: <https://www.stmgp.bayern.de/presse/holetschek-legt-konzept-fuer-einrichtungsbezogene-impfpflicht-vor-gesundheitsminister/?output=pdf> [28.09.2022]
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.) (2020). ICD-10-GM Version 2021. Systematisches Verzeichnis. Stand: 18. September 2020 mit Aktualisierung vom 11. November 2020.
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.) (2021). ICD-10-GM Version 2021. Systematisches Verzeichnis. Stand: 17. September 2021.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2017). Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2017 an die Pflegeversicherung im Überblick. Stand 17. Februar 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. Januar 2018. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungen/Leistungsbetraege_2018.pdf [03.05.2018]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2019). 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 (2020). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand 28. Juli 2020. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_Juli_2020_bf.pdf [19.09.2020]
- 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). Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2021 an die Pflegeversicherung im Überblick. Stand 5. Mai 2021. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungen/Leistungsuebersicht_2021_Stand_05.05.2021.pdf [15.07.2022]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021c). Soziale Pflegeversicherung. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung nach Altersgruppen und Geschlecht am 01.07.2020. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/2020_Versicherte_bf.pdf [12.05.2021]

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2022a). Pflegeleistungen zum Nachschlagen. 10. aktualisierte Auflage, Stand Januar 2022. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/BMG_Ratgeber-Pflegeleistungen_zum_Nachschlagen_bf_neu.pdf [15.07.2022]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2022b). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand April 2022. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_Stand_April_2022_bf.pdf [29.05.2022]
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (2022). Schriftliche Kleine Anfrage des Abgeordneten Thomas Reich (AfD) vom 14.09.22 und Antwort des Senats. Drucksache 22/9373. Verfügbar unter: https://www.buergerschaft-hh.de/parldok/dokument/81102/einrichtungsbezogene_impfpflicht_und_betretungsverbote.pdf [28.09.2022]
- Corona-ExpertInnenrat der Bundesregierung (2022). Pandemievorbereitung auf Herbst/Winter 2022/23. 11. Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19. Berlin. Verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2048684/0e393c7cf5d2b3a556fa6a8df6352d11/2022-06-08-stellungnahme-expertinnenrat-data.pdf?download=1> [01.09.2022]
- Damerow, S., Rommel, A., Beyer, A.-K., Hapke, U., Schienkiewitz, A., Starker, A., Richter, A., Baumert, J., Fuchs, J., Gaertner, B., Müters, S., Lemcke, J. & Allen, J. (2022). Gesundheitliche Lage in Deutschland in der COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020 – Ein Update. *Journal of Health Monitoring* (53), 1–21.
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2021). Impfpflicht: für Berufsgruppen, Einrichtungen oder allgemein? Berlin. Verfügbar unter: https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/Corona/Impfpflicht_DBfK-2021-12.pdf [28.09.2022]
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2022). Scheitern mit Ansage: Impfpflicht-Debakel ist eine bittere Botschaft an die Krankenhäuser. Pressemitteilung vom 8. April 2022. Berlin. Verfügbar unter: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2022/2022-04-08-PM-DKG_zur_Impfpflicht.pdf [28.09.2022]

- DPR – Deutscher Pflegerat e.V. (2022). Handlungsempfehlungen zur „Vorbereitung auf eine weitere SARS-CoV-2-Welle im Herbst 2022 in der Pflege und im Hebammenwesen“. Berlin. Verfügbar unter: https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2022/06/DPR_Expert_innenrat_Handlungsempfehlungen_kurz_220623.pdf [01.09.2022]
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2021). Rentenversicherung in Zeitreihen. Ausgabe 2021. DRV-Schriften Band 22. Berlin.
- ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control (2020a). Guidance for health system contingency planning during widespread transmission of SARS-CoV-2 with high impact on healthcare services. Stockholm. Verfügbar unter: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-guidance-health-systems-contingency-planning.pdf> [21.09.2022]
- ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control (2020b). Infection prevention and control in the household management of people with suspected or confirmed coronavirus disease (COVID-19). Stockholm. Verfügbar unter: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Home-care-of-COVID-19-patients-2020-03-31.pdf> [21.09.2022]
- Engelke, A. (2022). Trotz Impfpflicht gegen Corona. In hessischen Heimen arbeiten tausende Ungeimpfte. Verfügbar unter: <https://www.hessenschau.de/gesellschaft/trotz-impfpflicht-gegen-corona-in-hessischen-heimen-arbeiten-tausende-ungeimpfte,impfpflicht-pflege-104.html> [28.09.2022]
- FDZ-StaBu – Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2022). Pflegestatistik 2017–2019. doi: 10.21242/22411.2019.00.00.1.1.0.
- Frisina Doetter, L., Preuß, B. & Rothgang, H. (2021). Taking stock of COVID-19 policy measures to protect Europe's elderly living in long-term care facilities. *Global Social Policy*, 21 (3), 529–549.
- 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. 5. November 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 weitergehenden Kontaktbeschränkungen von Bund und Ländern zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie. 22. Dezember 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. Februar 2021. Essen. Verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/2021-02-26_Verlaengerung_Verlautbarung.pdf [02.03.2021]
- Grobe, T. G., Braun, A. & Szecsenyi, J. (2022). BARMER Arztreport 2022. Coronapandemie – Auswirkungen auf Gesundheit und Versorgung. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 33. Berlin.
- Heidemann, C., Reitzle, L., Schmidt, C., Fuchs, J., Prütz, F. & Scheidt-Nave, C. (2022). Nichtinanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen während der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse der CoMoLo-Studie. *Journal of Health Monitoring*, 7 (S1), 1–18.
- Hoffmann, F. & Koller, D. (2017). Verschiedene Regionen, verschiedene Versichertenpopulationen? Soziodemografische und gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Krankenkassen. *Das Gesundheitswesen*, 79 (1), 1–9.

- Hofmann, K. (2022). Neue Überprüfung ab Oktober. Impfpflicht schrumpft zur Nullnummer. Verfügbar unter: <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/corona-impfpflicht-laender-pflege-lauterbach-100.html> [28.09.2022]
- ILO – International Labour Organization (2022). COVID-19 and the world of work. Country policy responses. Verfügbar unter: <https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/regional-country/country-responses/lang--en/index.htm> [21.09.2022]
- IMF – International Monetary Fund (2021). Policy Responses to COVID-19. Verfügbar unter: <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19> [21.09.2022]
- Kohl, R., Jürchott, K., Hering, C., Gangnus, A., Kuhlmeier, A. & Schwinger, A. (2021). COVID-19-Betroffenheit in der vollstationären Langzeitpflege. In Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.). Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen (S. 3–20). Berlin.
- Koppe, U., Wilking, H., Harder, T., Haas, W., Rexroth, U. & Hamouda, O. (2021). COVID-19-Patientinnen und -Patienten in Deutschland: Expositionsrisiken und assoziierte Faktoren für Hospitalisierungen und schwere Krankheitsverläufe. Bundesgesundheitsblatt, 64, 1107–1115.
- MD-Bund – Medizinischer Dienst Bund (2022). Begutachtungen 2021. Daten auf Anfrage.
- 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. September 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]
- MEDICPROOF (2022). Zahlen, Daten, Fakten 2021. Köln. Verfügbar unter: https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/ZDF/ZDF-21_220207.pdf [01.07.2022]
- PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung (2020). Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2019. Köln.
- PKV – Verband der privaten Krankenversicherung (2022). PKV Zahlenportal. Verfügbar unter: <https://www.pkv-zahlenportal.de> [18.07.2022]
- Räker, M., Klauber, J. & Schwinger, A. (2021). Pflegerische Versorgung in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie. In Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.). Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen (S. 33–58). Berlin.

- Richter, M., Kliner, K. & Rennert, D. (2021). Stationäre Versorgung. In Knieps, F. & Pflaff, H. (Hrsg.). BKK Gesundheitsreport 2021. Krise – Wandel – Aufbruch (S. 263–334). Berlin.
- RKI – Robert Koch-Institut (2022a). Coronavirus SARS-CoV-2: Bundesbericht zu Impfquoten in Pflegeeinrichtungen – April – 2022. Berlin. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Monatsberichte/2022-04/Bundesbericht-2022-04.pdf?__blob=publicationFile [28.09.2022]
- RKI – Robert Koch-Institut (2022b). Coronavirus SARS-CoV-2: Bundesbericht zu Impfquoten in Pflegeeinrichtungen – Juli – 2022. Berlin. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Monatsberichte/2022-07/Bundesbericht-2022-07.pdf?__blob=publicationFile [28.09.2022]
- RKI – Robert Koch-Institut (2022c). COVID-19 und Impfen: Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ). Gesamtstand: 18. August 2022. Verfügbar unter: <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/gesamt.html> [28.09.2022]
- RKI – Robert Koch-Institut (2022d). dl-de/by-2-0. CSV mit den aktuellen Covid-19-Infektionen pro Tag (Zeitreihe). Stand 24. August 2022. Verfügbar unter: <https://www.arcgis.com/home/item.html?id=f10774f1c63e40168479a1feb6c7ca74#overview> [24.08.2022]
- RKI – Robert Koch-Institut (2022e). Gesamtübersicht der pro Tag ans RKI übermittelten Fälle und Todesfälle, Stand: 26. August 2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Fallzahlen_Gesamtuebersicht.xlsx?__blob=publicationFile [27.08.2022]
- RKI – Robert Koch-Institut (2022f). Prävention und Management von Covid-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und für den öffentlichen Gesundheitsdienst. V.29, 27. Mai 2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf?__blob=publicationFile [01.09.2022]

- RKI – Robert Koch-Institut (2022g). SARS-CoV-2: Virologische Basisdaten sowie Virusvarianten, Stand 20. Mai 2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virologische_Basisdaten.html;jsessionid=966E02CD77DAC9725035656D0B70D1D0.internet111?nn=13490888#doc-14716546bodyText7 [27.05.2022]
- Roth, G. & Rothgang, H. (2001). Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34 (4), 292–305.
- Rothgang, H. (2001). Die Verfassungsgerichtsurteile zur Pflegeversicherung: Ausgangspunkt für eine Neuordnung der Sozialversicherung? *Sozialer Fortschritt* (5), 121–126.
- Rothgang, H. (2004). Schriftliche Stellungnahme für die Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und soziale Sicherung des Deutschen Bundestages am 22.9.2004 in Berlin zum Entwurf eines Gesetzes zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung, BT-Drucksache 15/3671. Mimeo.
- Rothgang, H. (2021). Stellungnahme zum Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen „Die Pflegeversicherung verlässlich und solidarisch gestalten – Die doppelte Pflegegarantie umsetzen“, BT-Drucksache 19/14827, zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Solidarische Pflegevollversicherung umsetzen“, BT-Drucksache 19/24448, und zum Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG), BT-Drucksache 19/26822, Änderungsanträge 1 bis 20 der Fraktionen CDU/CSU und SPD zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drucksache 19/26822) (Ausschussdrucksache des Ausschusses für Gesundheit 19(14)320.1) anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 7. Juni 2021. Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, Ausschussdrucksache 19(14)347(20) gel ESV zur öffentl. Anhörung am 7. Juni 2021 – AA GVWG 06.06.2021. Verfügbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/845766/65d271c2c1e-4fed19a8a351130eb847d/19_14_0347-20-_Prof-Dr-Heinz-Rothgang_AeA-GVWG-data.pdf [28.09.2022]

- Rothgang, H., Diederich, F. & Kalwitzki, T. (2022). Berücksichtigung des Kindererziehungsaufwands im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung. Finanzwirkungen verschiedener Umsetzungsoptionen. Kurzexpertise im Auftrag der DAK-Gesundheit. Bremen.
- Rothgang, H. & Domhoff, D. (2019). Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Working Paper Forschungsförderung Nummer 150. Düsseldorf. Verfügbar unter: https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_150_2019.pdf [17.10.2019]
- Rothgang, H., Domhoff, D., Friedrich, A.-C., Heinze, F., Preuß, B., Schmidt, A., Seibert, K., Stolle, C. & Wolf-Ostermann, K. (2020a). Pflege in Zeiten von Corona: Zentrale Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittsbefragung vollstationärer Pflegeheime. *Pflege*, 33 (5).
- 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. (2020b). 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., 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. (2015). Pflegestärkungsgesetz II – eine erstaunlich großzügige Reform. *Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen*, 69 (5), 46–54.
- Rothgang, H. & Kalwitzki, T. (2021). Pflegeversicherungsreform 2021 – Was muss geschehen und was geht noch? *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 75 (2), 6–15.
- Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2016). BARMER GEK Pflegereport 2016. Siegburg.
- 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. (2021). BARMER Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegeformen und Zukunftstrends. Berlin.
- Rothgang, H., Müller, R. & Preuß, B. (2020c). 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., Wolf-Ostermann, K., Domhoff, D., Heinze, F., Heß, M., Kalwitzki, T., Ratz, K., Schmidt, A., Seibert, K., Stolle, C. & Wiegelmann, H. (2020d). Zur Situation der häuslichen Pflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung von informellen Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter. Bremen.
- Schilling, J., Buda, S., Fischer, M., Goerlitz, L., Grote, U., Haas, W., Hamouda, O., Prahm, K. & Tolksdorf, K. (2021a). Retrospektive Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland bis Februar 2021. *Epidemiologisches Bulletin* (15), 8–17.
- Schilling, J., Buda, S. & Tolksdorf, K. (2022). Zweite Aktualisierung der „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland“. *Epidemiologisches Bulletin* (10), 3–5.
- Schilling, J., Tolksdorf, K., Marquis, A., Faber, M., Pfoch, T., Buda, S., Haas, W., Schuler, E., Altmann, D., Gorte, U., Diercke, M. & RKI COVID-19 Study Group (2021b). Die verschiedenen Phasen der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Eine deskriptive Analyse von Januar 2020 bis Februar 2021. *Bundesgesundheitsblatt*, 64, 1093–1106.
- Schneekloth, U., Geiss, S., Pupeter, M., Rothgang, H., Kalwitzki, T. & Müller, R. (2017). Abschlussbericht. Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. München.
- SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN & FDP (2021). Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP. Berlin. Verfügbar unter: https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf [25.11.2021]

- Statistisches Bundesamt (2018). Pflegebedürftige (absolut, je 100.000 Einwohner, in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Art der Betreuung. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de [26.01.2021]
- Statistisches Bundesamt (2020a). Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste und von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten betreute Pflegebedürftige (Anzahl und Dichte). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Träger. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de [04.03.2022]
- Statistisches Bundesamt (2020b). Pflegebedürftige (Anzahl und Quote). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de [04.03.2022]
- Statistisches Bundesamt (2020c). Pflegeheime (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Pflegeangebot, Träger, Kapazitätsgrößenklassen. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de [04.03.2022]
- Statistisches Bundesamt (2020d). Pflegestatistik 2019 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2021a). 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> [09.03.2022]
- Statistisches Bundesamt (2021b). Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Bevölkerung, Bundesländer, Stichtag. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de> [04.07.2022]
- Statistisches Bundesamt (2021c). Personal in ambulanten Pflegediensten (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Tätigkeitsbereich. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de [04.03.2022]
- Statistisches Bundesamt (2021d). Personal in ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen (absolut und in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Beschäftigungsverhältnis. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de [04.03.2022]
- Statistisches Bundesamt (2021e). Personal in Pflegeheimen (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Tätigkeitsbereich. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de [04.03.2022]

- Statistisches Bundesamt (2021f). Pflegebedürftige (absolut, je 100.000 Einwohner, in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Pflegegrad, Art der Betreuung. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de [04.03.2022]
- Statistisches Bundesamt (2021g). Wirtschaftsrechnungen. Laufende Wirtschaftsrechnungen. Einkommen, Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte – Fachserie 15 Reihe 1 – 2020. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2022a). Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe in Deutschland im Laufe des Berichtsjahres. Länderübersicht über die Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege sowie Ort der Leistungserbringung. Datentabellen ab 2017 auf Anfrage. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2022b). Bevölkerung zum Stichtag 31.12. Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität (Grundlage Zensus 2011). Verfügbar unter: <http://www.gbe-bund.de> [22.06.2022]
- Statistisches Bundesamt (2022c). Pflegeheime, verfügbare Plätze, Pflegebedürftige: Bundesländer, Stichtag, Art der Pflegeleistung. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online> [19.01.2022]
- Statistisches Bundesamt (2022d). Statistik der Kriegsopferfürsorge. Ausgaben und Einnahmen. Empfänger/-innen 2020. Wiesbaden.
- Stolle, C., Schmidt, A., Domhoff, D., Friedrich, A. C., Heinze, F., Preuß, B., Seibert, K., Rothgang, H. & Wolf-Ostermann, K. (2020). Bedarfe der Langzeitpflege in der COVID-19-Pandemie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 53 (8), 788–795.
- Swart, E., Ihle, P., Gothe, H. & Matusiewicz, D. (Hrsg.) (2014). *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven* (2. Aufl.). Bern.
- Tolksdorf, K., Buda, S. & Schilling, J. (2021). Aktualisierung zur „Retrospektiven Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie in Deutschland“. *Epidemiologisches Bulletin* (37), 13–14.
- Unger, R., Giersiepen, K. & Windzio, M. (2015). Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. Der Einfluss von Familienmitgliedern und Freunden als Versorgungsstrukturen auf die funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld. In Hank, K. & Kreyenfeld, M. (Hrsg.). *Social Demography – Forschung an der Schnittstelle von Soziologie und Demographie. Sonderheft 55 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* (S. 193–215). Opladen/Wiesbaden.

- vdek – Verband der Ersatzkassen e.V. (2020). SPV – Finanzierung der vollstationären Pflege. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und Eigenanteil in EUR. 1. Juli 2020. Berlin. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/daten/f_pflegeversicherung/spv_pflegekosten_eigenanteil_nach_pflegestufen_saeulen.jpg [27.09.2020]
- vdek – Verband der Ersatzkassen e.V. (2022a). Darstellung der Eigenanteile in der stationären Pflege im Januar und Juli 2022. Berlin. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/presse/pm/2022/darstellungen_eigenanteile_stationaere_pflege_januar_juli_2022.pdf [28.09.2022]
- vdek – Verband der Ersatzkassen e.V. (2022b). Pressemappe zur Pressekonferenz „Ersatzkassen zur Gesundheitspolitik im Jahr 2022“ am 20. Januar 2022. Berlin. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/presse/pm/2022/Neujahrs-PK_2022_Pressemappe.pdf [28.09.2022]
- vdek – Verband der Ersatzkassen e.V. (2022c). vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2022. Berlin.
- Walker, P. G. T., Whittaker, C., Watson, O., Baguelin, M., Ainslie, K. E. C., Bhatia, S., Bhatt, S., Boonyasiri, A., Boyd, O., Cattarino, L., Cucunubá, Z., Cuomo-Dannenburg, G., Dighe, A., Donnelly, C. A., Dorigatti, I., van Elsland, S., FitzJohn, R., Flaxman, S., Fu, H., Gaythorpe, K., Geidelberg, L., Grassly, N., Green, W., Hamlet, A., Hauck, K., Haw, D., Hayes, S., Hinsley, W., Imai, N., Jorgensen, D., Knock, E., Laydon, D., Mishra, S., Nedjati-Gilani, G., Okell, L. C., Riley, S., Thompson, H., Unwin, J., Verity, R., Vollmer, M., Walters, C., Wang, H. W., Wang, Y., Winskill, P., Xi, X., Ferguson, N. M. & Ghan, A. C. (2020). Report 12: The Global Impact of COVID-19 and Strategies for Mitigation and Suppression. London. Verfügbar unter: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/mrc-gida/2020-03-26-COVID19-Report-12.pdf> [21.09.2022]
- Wolf-Ostermann, K., Rothgang, H., Domhoff, D., Friedrich, A.-C., Heinze, F., Preuß, B., Schmidt, A., Seibert, K. & Stolle, C. (2020a). Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege. Bremen.
- Wolf-Ostermann, K., Schmidt, A., Preuß, B., Heinze, F., Seibert, K., Friedrich, A.-C., Domhoff, D., Stolle, C. & Rothgang, H. (2020b). Pflege in Zeiten von Corona: Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittsbefragung zu ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen. *Pflege*, 33 (5), 277–288.

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.