

Kapitel 2

Pflege im Spiegel der Statistik

2 Pflege im Spiegel der Statistik

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

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

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

2.1 Datenquellen zur Pflegebedürftigkeit

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

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

Die unterschiedlichen Berichtswege, mit denen beide Statistiken verknüpft sind, verfolgen damit auch unterschiedliche Zielsetzungen: Während die Pflegestatistik vor allem dazu dient, die Situation in den Pflegeheimen und den ambulanten Diensten zu beschreiben (Statistisches Bundesamt 2008), stehen bei den Daten der SPV vor allem Fragen der Ausgabenentwicklung und der Finanzierung im Vordergrund. Bezogen auf den Berichtszeitraum und den Umfang der zur Verfügung gestellten Informationen sind mit den Datensätzen unterschiedliche Vor- und Nachteile verbunden. Während die Daten der SPV den Berichtszeitraum seit Einführung der Pflegeversicherung umfassen und jährlich erhoben werden, stellt die Pflegestatistik erst ab dem Jahr 1999 Informationen zur Verfügung und wird nur alle zwei Jahre erstellt. Allerdings weist die Statistik der Pflegekassen im Vergleich zur Pflegestatistik folgende Nachteile auf: Sie enthält Informationen über Leistungen der SPV, aber keine über Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung, sodass kein vollständiger Überblick über die Pflegebedürftigkeit in Deutschland gewonnen werden kann. Die Informationen dieser Statistik sind hinsichtlich der Pflegeeinrichtungen weniger detailliert und die Informationen über die Leistungsanbieter sind nicht enthalten. Es wird lediglich die Leistungsanspruchnahme der Versicherten beschrieben.

Nachfolgend wird die Statistik der SPV daher nur zur Darstellung der Entwicklung der Pflegeversicherung über den gesamten Zeitraum ab dem Jahr 1995 herangezogen, also

bei der Betrachtung längerer Zeitreihen. Da diese Daten aber nicht umfassend und auch nicht so differenzierbar sind, werden die weiteren differenzierteren Analysen der Leistungsbezieher und der Leistungsanbieter mit den Daten der Pflegestatistik durchgeführt.

Des Weiteren unterscheidet sich die Statistik der Pflegekassen von der Pflegestatistik auch durch unterschiedliche Abgrenzungen und Definitionen. Beispielsweise sind im Berichtsjahr 2009 79.000 behinderte Menschen, die Leistungen nach § 43 a SGB XI in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen erhalten, in der Statistik der Pflegekassen enthalten, nicht jedoch in der Pflegestatistik. In der Pflegestatistik aus dem Jahr 2015 sind hingegen 9.500 Pflegebedürftige noch ohne Pflegestufe erfasst, die vollstationär in Pflegeheimen versorgt werden. Diese sind wiederum in der Statistik der Pflegekassen nicht enthalten. Manche Definitionen der verschiedenen Leistungsarten divergieren ebenfalls. So ist die Verhinderungspflege, gemäß den Daten der Pflegestatistik, in den Pflegesachleistungen beziehungsweise in den Kombinationsleistungen enthalten, die Tages- und Nachtpflege (bis zum Jahr 2007) sowie die Kurzzeitpflege hingegen in den stationären Leistungen. In den Berichten des BMG zur Statistik der Pflegekassen werden dagegen nur die vollstationäre Dauerpflege und die vollstationäre Pflege in Behindertenheimen als stationäre Pflege zusammengefasst, während die Kurzzeitpflege und die Tages- und Nachtpflege mit zur ambulanten Versorgung gezählt werden. Dies hat zur Folge, dass sich für die in den beiden Statistiken betrachteten jeweiligen Leistungsarten auch unterschiedliche relative Häufigkeiten ergeben können. Auch die Leistungsbezieher der sogenannten Pflegestufe 0, das sind Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA), aber ohne Pflegestufe, sind in den Daten unterschiedlich berücksichtigt. Während in der Privaten Pflegeversicherung dieser Personenkreis ab dem Jahr 2012 und in der Pflegestatistik ab dem Jahr 2013 ausgewiesen wird, ist er in den Daten des BMG bislang nicht enthalten.

In der Statistik der Pflegekassen kommt es darüber hinaus auch zu zwei verschiedenen Arten der Zählung von Leistungsbeziehern. So wird einerseits die Zahl der Pflegebedürftigen überwiegend zum jeweils 31. Dezember jedes Jahres als Personenstatistik erhoben. Dieses Verfahren entspricht dem der Pflegestatistik und wird in der

Berichterstattung des BMG überwiegend für die Altersverteilung und die Verteilung nach Pflegestufen verwendet. Die Darstellung für die Verteilung der Leistungsarten stützt sich demgegenüber auf die durchschnittlichen Leistungstage innerhalb eines Jahres. Durch dieses Verfahren kommt es vielfach zu Mehrfachzählungen durch den gleichzeitigen Bezug mehrerer Leistungen und damit zu einer deutlichen Überschätzung des erfassten Personenkreises, da die Zahl der Leistungsfälle einfach addiert wird. Bei rund 2,5 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2011 zeigt sich ein Unterschied von rund 110.000 Pflegebedürftigen (BMG 2014a; 2014b).

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

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

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

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

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

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

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

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

Für die weiter zurückliegenden Jahre sind die Datenbestände zu den Pflegeleistungen der ehemaligen Krankenkassen GEK und BARMER getrennt gehalten und unterscheiden sich zum Teil durch die Verwaltungspraxis der Abrechnungsdaten in der jeweiligen Krankenkasse und im Zeitraum, über den versicherungsrelevante Informationen vorliegen. Erst für die Jahre ab 2012 liegen gemeinsame Daten in gleicher Form für die Versicherten beider Ursprungskassen vor. In einer Kombination der Routinedaten der BARMER und der ehemaligen GEK ist eine Verlaufsdarstellung von Versicherteninformationen daher prinzipiell erst ab dem Jahr 2010 und vollständig erst ab dem Jahr 2012 möglich. Im Bereich der Pflegeleistungen treten dabei allerdings Lücken bei der Abbildung einzelner Leistungen auf, wie etwa bei der Verhinderungspflege.

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

- Stammdaten: Sie liefern grundlegende demografische Informationen zu Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnregion und Mitgliedschaftszeiten.
- Pflegedaten: Sie enthalten alle Informationen über die Leistungen der SPV nach SGB XI. Angegeben sind die Leistungsarten und Pflegestufen mit Beginn und Ende des jeweiligen Leistungsbezugs.
- Datensatz zu Krankenhausbehandlungen: Dieser liefert taggenaue Informationen über Krankenhausaufenthalte inklusive Diagnosestellungen und Diagnose- und Behandlungsprozeduren.
- Datensatz zur ambulanten ärztlichen Versorgung: Dieser liefert quartalsweise Informationen über Diagnosestellungen und Fachgebietszugehörigkeit der behandelnden Ärzte.

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

Hinsichtlich der Inzidenzbestimmung und der Verläufe inzidenter Fälle wurden weitere Selektionen vorgenommen: Alle Versicherten außer den 0- bis Einjährigen mussten für jeden Beobachtungsmonat eine 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. Für die Verlaufsbestimmung über 48 Monate durfte zudem kein Krankenkassenwechsel innerhalb der nachfolgenden 48 Monate stattfinden.

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

Weitere Datengrundlagen in diesem Report, die insbesondere zur Bestimmung der Zahl der Pflegepersonen (Kapitel Methodik) genutzt werden, sind die Daten der Rentenversicherung und des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP). In den Versichertenkonten der Rentenversicherung sind alle Daten, die für einen (späteren) Rentenbezug relevant sind, gespeichert. Zu diesen Daten gehören insbesondere Informationen darüber, für welche Zeiträume und in welcher Höhe Beiträge an die Rentenversicherung entrichtet wurden. Hier erfasst sind auch die Zeiten, in denen von der Pflegeversicherung Rentenversicherungsbeiträge für eine Pflegeperson entrichtet wurden. Als weitere Datenquelle für die Zahl der Pflegepersonen kann das SOEP herangezogen werden.

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

2.2 Pflegebedürftige

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

2.2.1 Die zahlenmäßige Entwicklung der Pflegebedürftigen im Vergleich der Datenquellen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

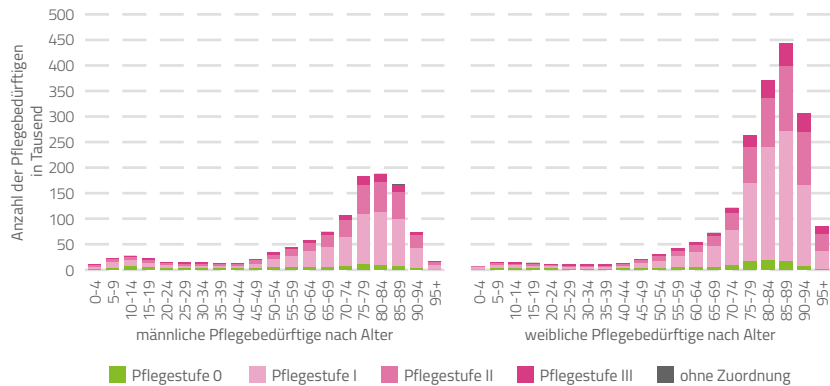
Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass alle drei Datenquellen auf Querschnitterhebungen beruhen, die per se bei unterschiedlichen Stichtagen und mitunter relativ kurzen Verweildauern in der Pflegebedürftigkeit zu unterschiedlichen Ergebnissen führen können (Müller et al. 2010). Insgesamt machen diese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

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

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

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

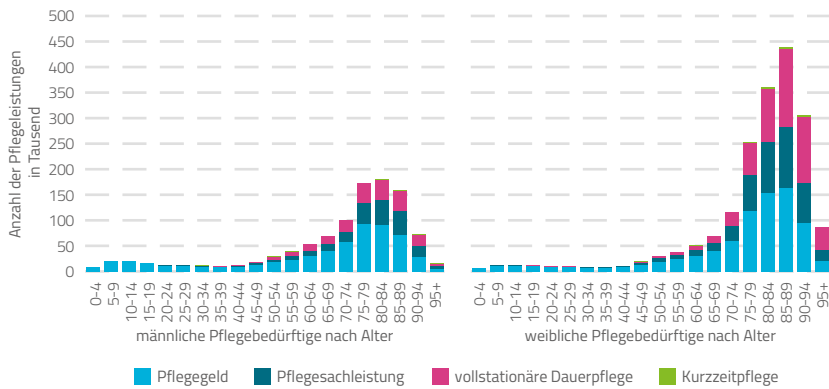
Abbildung 2.1: Absolute Verteilung der Pflegestufen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2015



Quelle: Statistisches Bundesamt 2017e

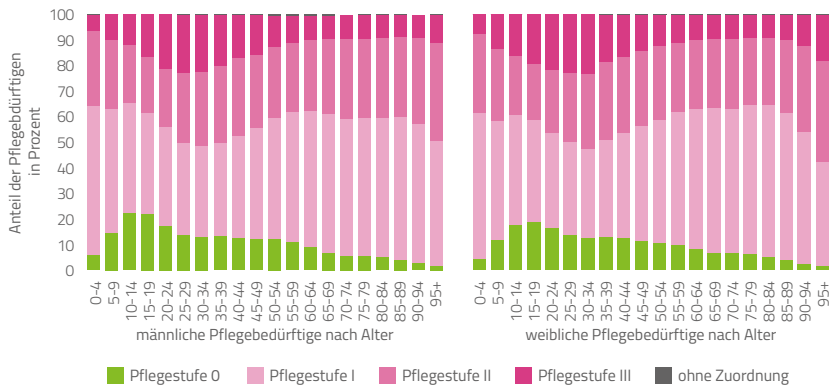
Die relative Verteilung der Pflegestufen über die Altersgruppen ist bei Männern und Frauen ähnlich (Abbildung 2.2). Mit Ausnahme der jüngsten Altersklassen nehmen die Pflegestufen I und II zusammengefasst über die Altersgruppen hinweg einen größeren Anteil zu, während die Pflegestufe III tendenziell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

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



Quelle: Statistisches Bundesamt 2017e

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

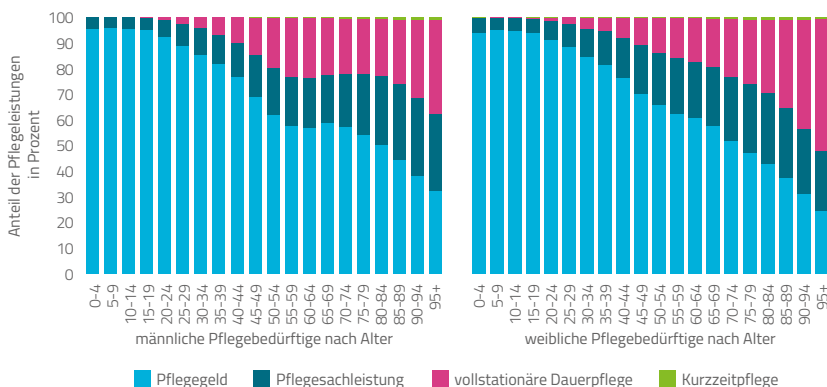


Quelle: Statistisches Bundesamt 2017e

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

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

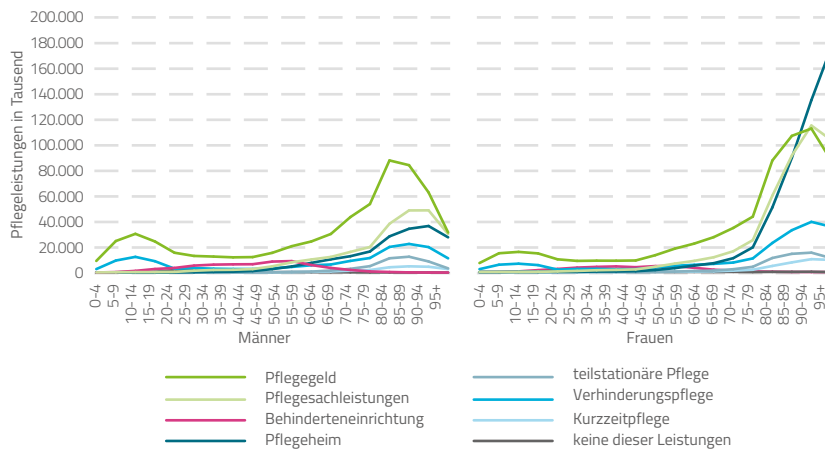
Abbildung 2.4: Relative Verteilung der Pflegeleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2015



Quelle: Statistisches Bundesamt 2017e

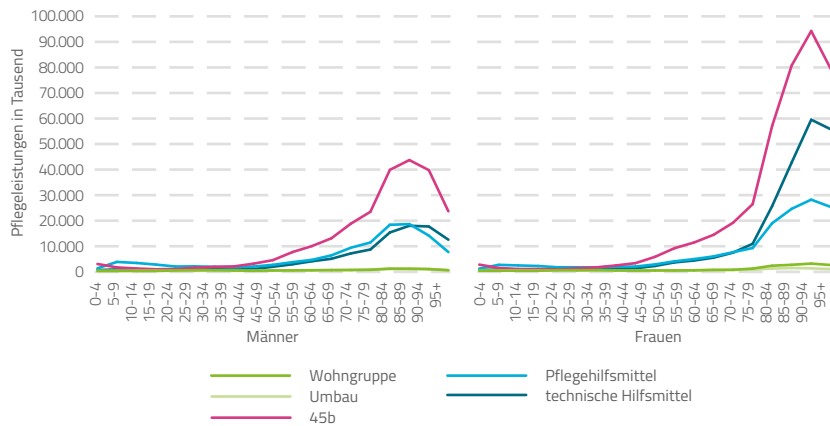
Eine differenziertere Betrachtungsweise der Pflegeleistungen nach Altersgruppen für das Jahr 2016 erlauben die Daten der BARMER. Die quantitativ bedeutendsten Pflegeleistungen entfallen auch anhand dieser Daten auf die höheren Altersgruppen: Pflegegeld, Pflegesachleistungen und stationäre Pflegeleistungen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

Abbildung 2.5: Pflegeleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



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

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

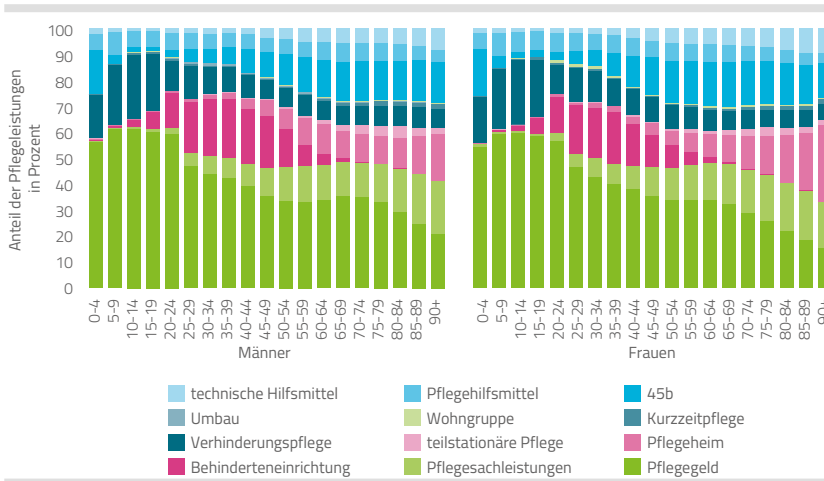


Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik

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

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

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



Quelle: BARMER-Daten

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

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

Bis 25. LJ Geldleistungen
dominierend, danach oft
Betreuung in Behinderten-
einrichtungen

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

2.2.3 Die zahlenmäßige Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Pflegestufe und Pflegeleistung

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

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

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

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

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

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017d

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

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

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

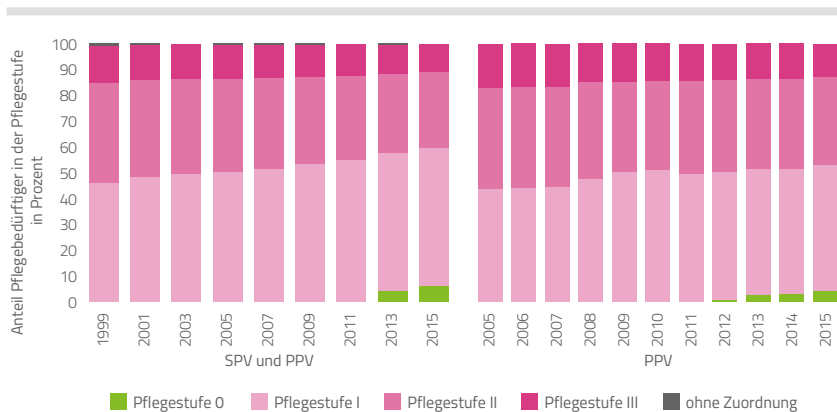
²⁾ Die Leistungsempfänger der Pflegestufe 0 wurden in den Jahren 2008 (Einführung der Pflegestufe 0) bis einschließlich 2011 mit in der Pflegestufe I ausgewiesen.

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

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

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

Abbildung 2.8: Verteilung der Pflegestufen nach Jahr und Versicherungsart



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

Von besonderer Bedeutung sind – nicht zuletzt aus Kostengründen – neben den Pflegestufen auch die Leistungsarten. Hierbei sind insbesondere die Hauptleistungsarten Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kombinationsleistungen sowie Leistungen bei stationärer Pflege zu unterscheiden. Im Folgenden wird, wie zuvor bei den

Pflegestufen, auf die Entwicklung in der Pflegestatistik (die alle Pflegebedürftigen umfasst) sowie auf die Teilgruppe der Pflegebedürftigen in der PPV eingegangen (Tabelle 2.4, Tabelle 2.5 und Abbildung 2.9).

Von den 3,04 Millionen Leistungsbeziehern der beiden Zweige der Pflegeversicherung im Jahr 2015 werden 2,22 Millionen (73,6 Prozent), und damit der weitaus größte Anteil, zu Hause gepflegt. Von diesen Pflegebedürftigen erhalten 1,5 Millionen (49,5 Prozent aller Pflegebedürftigen) Pflegegeld, werden demzufolge in der Regel ohne Beteiligung zugelassener Pflegedienste durch Angehörige gepflegt. Der wichtigste Grund für die weite Verbreitung dieser Leistungsart ist, dass die meisten Pflegebedürftigen in der gewohnten Umgebung von vertrauten Personen betreut werden möchten und eine Entscheidung für professionelle Pflegekräfte erst dann getroffen wird, wenn die Betreuung durch Angehörige oder andere Personen im häuslichen Umfeld nicht mehr im erforderlichen Maße möglich ist (Kuhlmey et al. 2013). Darüber hinaus werden 734.000 Pflegebedürftige in Privathaushalten durch ambulante Pflegedienste (mit) betreut. Stationäre Leistungen beziehen hingegen 802.000 Personen. Die Leistungen für PEA mit einem Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I (Pflegestufe 0) entfallen überwiegend auf die häusliche Pflege – anteilig acht Prozent beim Pflegegeld und rund sechs Prozent bei den Sach- und Kombileistungen – und sind in der stationären Pflege mit rund zwei Prozent eher gering vertreten.

73,6 % der Leistungs-
bezieher werden 2015 zu
Hause gepflegt, 49,5 %
erhalten Pflegegeld.

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

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

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

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

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017d

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

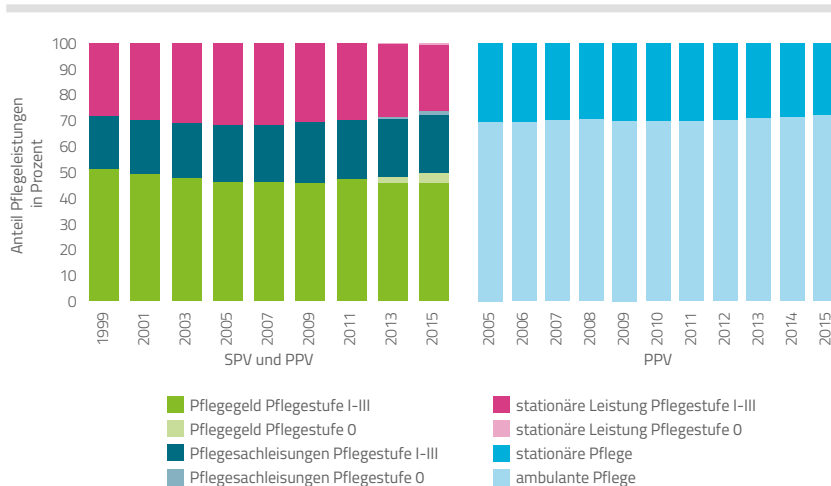
Jahr	insgesamt	ambulant	stationär
2005	128,3	89,2	39,1
2006	134,7	93,4	41,3
2007	140,2	98,4	41,9
2008	142,1	100,2	41,8
2009	138,2	96,5	41,6
2010	142,7	99,4	43,3
2011	145,1	101,2	43,9
2012	151,1	105,8	45,4
2013	161,7	114,6	47,1
2014	169,3	120,6	48,7
2015	178,1	128,1	49,9

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

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

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

Abbildung 2.9: Verteilung der Pflegeleistungen nach Jahr und Versicherungsart



Datenbezug: Tabelle 2.4 und 2.5

2.2.4 Die Begutachtungen des Medizinischen Dienstes

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

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

Aus der Gesamtheit der Begutachtungen lassen sich also insgesamt die Zugänge und Wechsel der einzelnen Pflegestufen ableiten. Die Begutachtungen des MDK erfolgen aber nur für die Mitglieder der SPV. Somit ist bei den Auswertungen der entsprechenden Statistiken nur diese Teilpopulation berücksichtigt. Entsprechende Informationen für die PPV werden von der Medicproof GmbH bislang nicht veröffentlicht.

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

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

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

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

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

¹⁾ Werte nicht verfügbar

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

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

Da seit Inkrafttreten des PFWG zum 1. Juli 2008 auch dann Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gewährt werden, wenn deren Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I liegt, haben sich in der Folge auch Personen einer Begutachtung unterzogen, die ansonsten keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung (oder keinen Antrag auf Wiederholungsbegutachtung) gestellt hätten. Im Jahr 2008 stieg die Zahl der Begutachtungen daher um etwa 200.000 (15 Prozent) auf etwa 1,5 Millionen gegenüber ungefähr 1,3 Millionen im Jahr 2007 an. Das zahlenmäßig hohe Niveau der Begutachtungen setzt sich auch in den Jahren 2009 bis 2016 fort, wobei ab dem Jahr 2012 insbesondere die Zahl der Erstbegutachtungen erneut deutlich gestiegen ist. Gründe hierfür dürften zum einen darin liegen, dass immer mehr Menschen in das pflegerelevante Alter vorrücken, zum anderen hat es wieder eine sozialrechtliche Änderung gegeben. Seit dem Inkrafttreten der entsprechenden Normen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) vom 23. Oktober 2012 (BGBl I: 2246) werden zum 1. Januar 2013 erstmals auch Pflegegeld und Pflegesachleistungen für PEA ohne Pflegestufe (Pflegestufe 0) gewährt (§ 123 SGB XI neue Fassung). Dies hat womöglich zu einem Wachstum der Zahl der Begutachtungen in den Jahren 2012 und 2013 geführt. Der jüngste Anstieg auf knapp 1,7 Millionen Begutachtungen im Jahr 2015, der durch den zahlenmäßigen Anstieg der Erstbegutachtungen um 85.000 bedingt ist, ist vermutlich ebenfalls auf Leistungsausweitungen durch das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) zum 1. Januar 2015 zurückzuführen. Auffallend ist die deutliche Zunahme der Widersprüche im Jahr 2016, die möglicherweise im Vorgriff auf die Umstellung auf Pflegegrade zum 1. Januar 2017 und der damit einhergehenden Bestandsschutzregelung erfolgten.

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

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

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

¹⁾ Werte für 2008 nicht verfügbar.

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

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

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

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

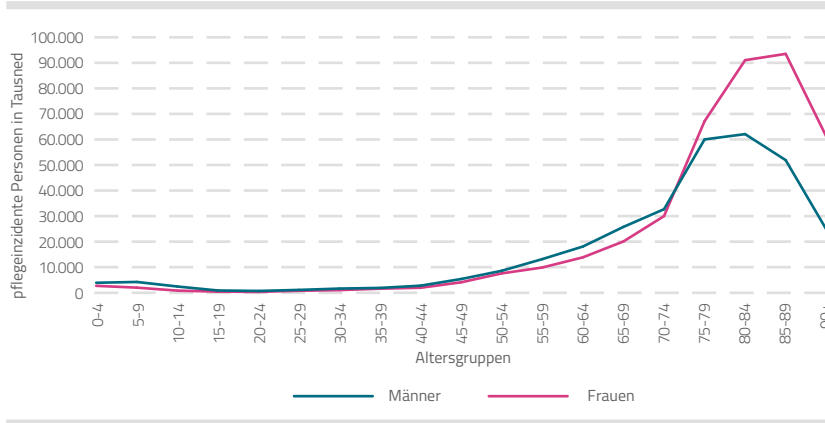
Der Anteil abgelehnter Anträge beläuft sich während des gesamten Zeitraums auf durchschnittlich etwa 30 Prozent. Auffallend ist im Zeitablauf der wachsende Anteil der Pflegestufe I bis etwa zum Jahr 2010, wobei der Anteil ab dem Jahr 2002 nur noch geringfügig steigt (MDS 2006), und der relative Rückgang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

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

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

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

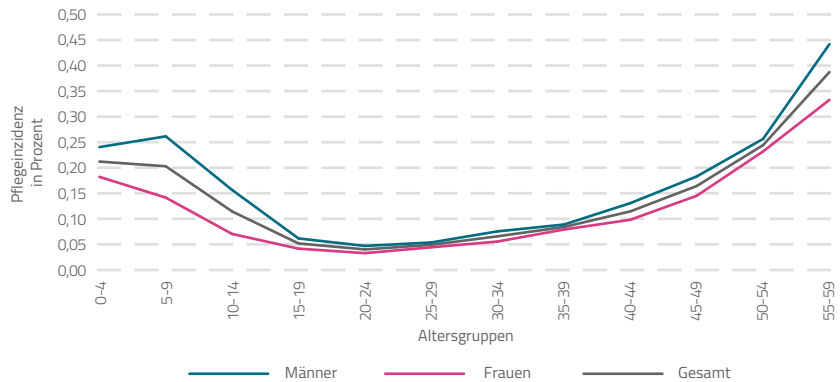
Abbildung 2.10: Pflegeinzidente Personen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



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

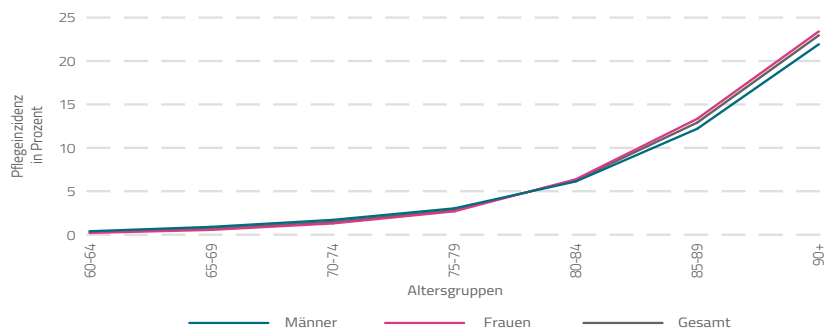
Die Anzahl der neu als pflegebedürftig eingestuften Personen ergibt sich rechnerisch aus der Zahl der Männer und Frauen im jeweiligen Alter, beziehungsweise der jeweiligen Altersgruppe in der Gesamtbevölkerung in Deutschland, und der Wahrscheinlichkeit, in diesem Alter oder dieser Altersgruppe pflegebedürftig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

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



Quelle: BARMER-Daten

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

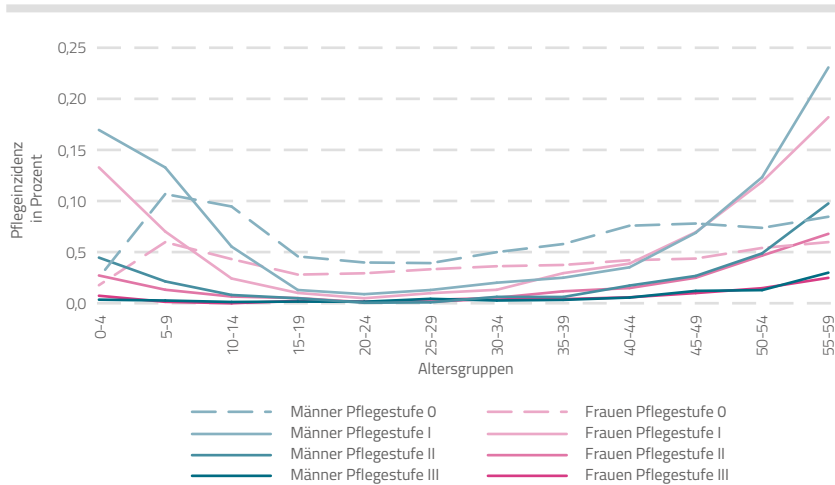


Quelle: BARMER-Daten

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

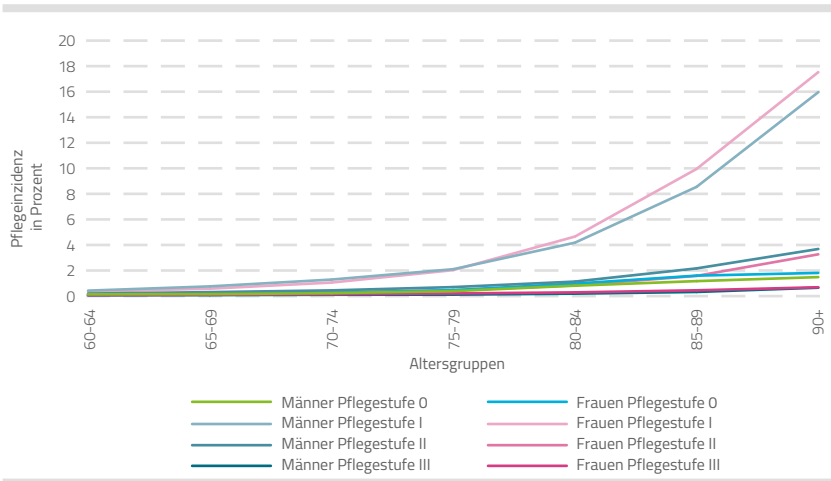
werden, ist damit für Kleinkinder etwa genauso groß wie für 50- bis 54-Jährige. Danach steigt die Wahrscheinlichkeit weiter deutlich an und beträgt in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen bereits sieben Prozent und in der Altersgruppe der über 90-Jährigen bis zu 23 Prozent. In den unteren Altersgruppen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

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



Quelle: BARMER-Daten

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

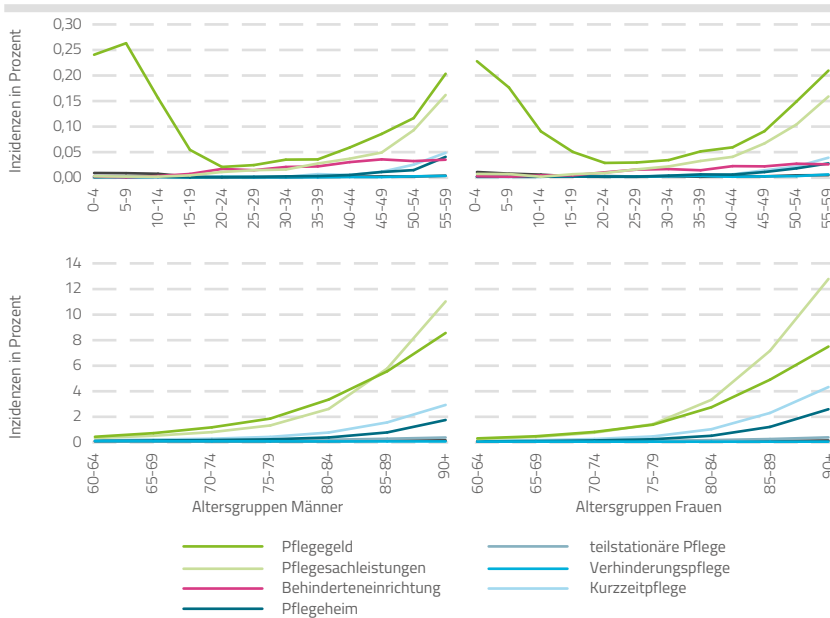


Quelle: BARMER-Daten

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

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

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



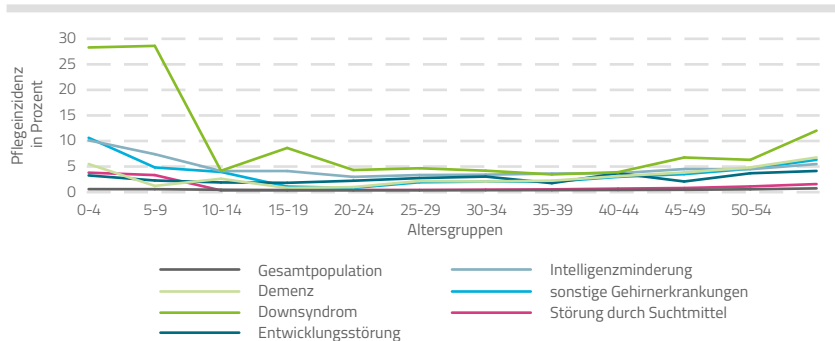
Quelle: BARMER-Daten

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

Inzidenzen nach Erkrankungen und Beeinträchtigungen

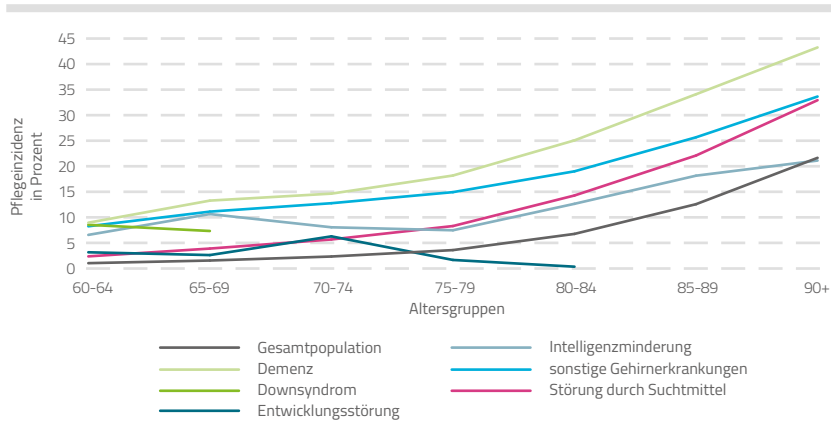
Differenziert man nach einzelnen Erkrankungen, dann zeigt sich, dass unter den psychischen Störungen in erster Linie das Downsyndrom und Intelligenzminderungen beziehungsweise sonstige Gehirnerkrankungen mit einer bis zu 50-fach höheren Wahrscheinlichkeit eines Pflegeeintritts einhergehen (etwa fünf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

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



Quelle: BARMER-Daten

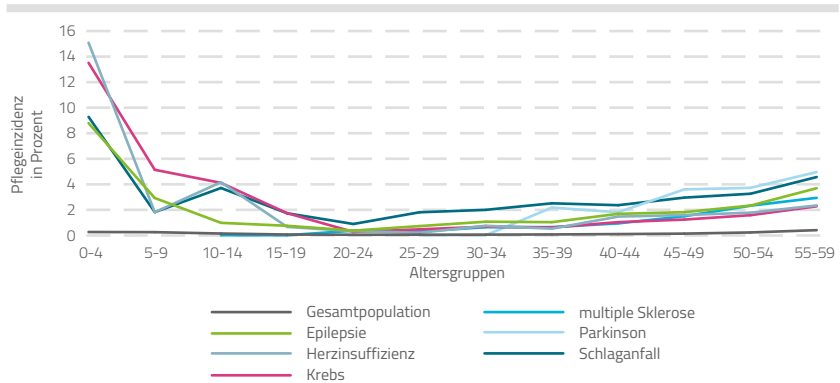
Abbildung 2.17: Pflegeinzidenz in den oberen Altersgruppen nach psychischen Störungen im Jahr 2015



Quelle: BARMER-Daten

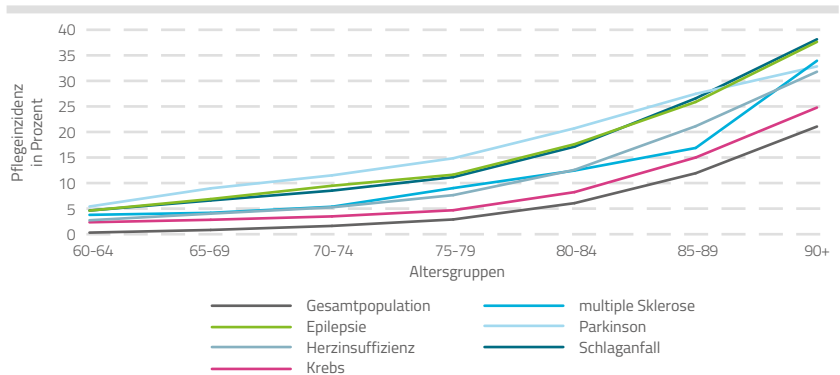
Erkrankungen, die vor allem im hohen Alter als pflegebegründend angesehen werden, haben auch in den jungen Altersgruppen einen großen Einfluss. Beispielsweise erhöhen Parkinson, Schlaganfall, Herzinsuffizienz und Krebs die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit im Mittel um etwa das 20-Fache (zwei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

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



Quelle: BARMER-Daten

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

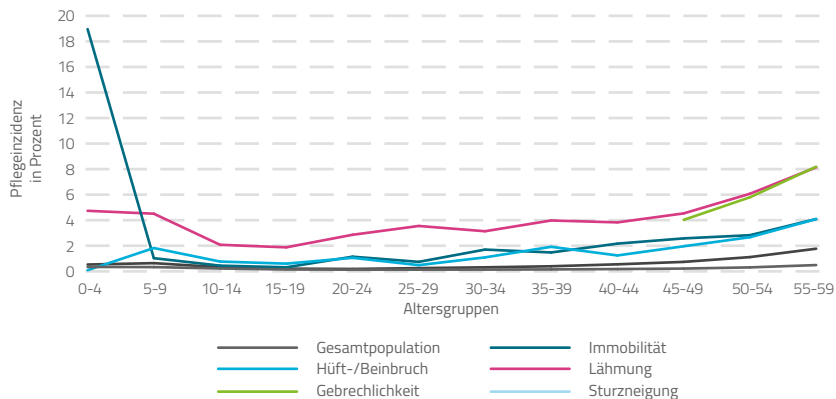


Quelle: BARMER-Daten

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

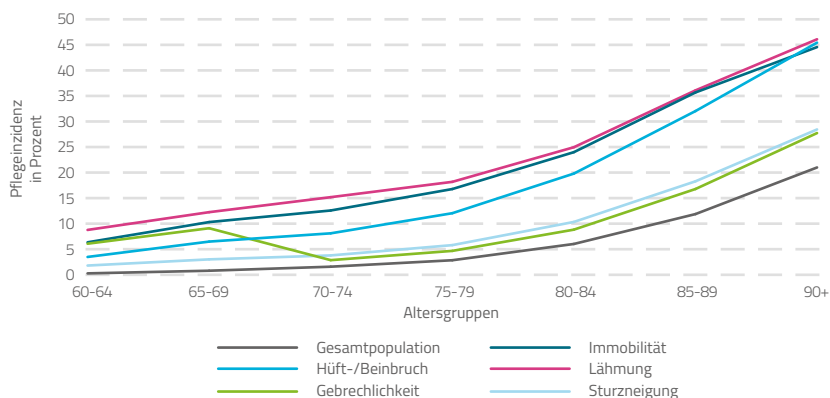
Alter führen Immobilität und hüftgelenksnahe Frakturen zu einer Verdopplung bis Verdreifachung der Inzidenzrate, während leichtere Beeinträchtigungen, wie Gebrechlichkeit und Sturzneigung – vor allem in den höchsten Altersgruppen – die altersbedingte Inzidenz kaum beeinflussen.

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



Quelle: BARMER-Daten

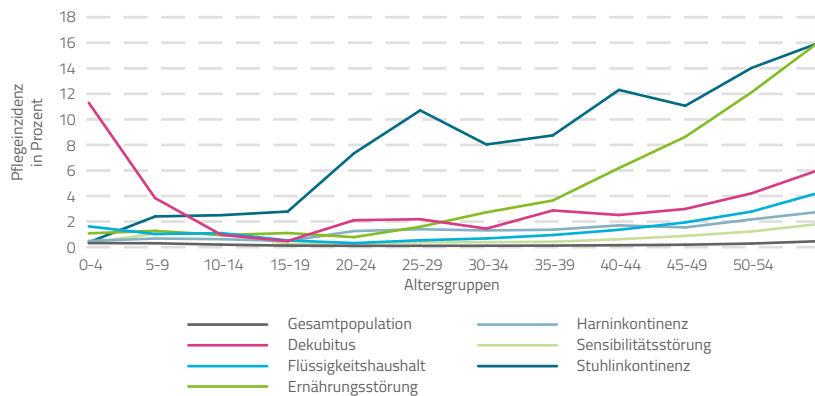
Abbildung 2.21: Pflegeinzidenz in den oberen Altersgruppen nach Mobilitätsbeeinträchtigungen im Jahr 2015



Quelle: BARMER-Daten

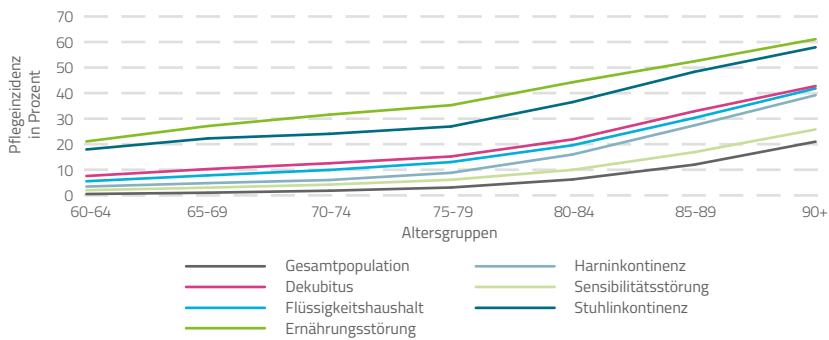
Bei den sonstigen Erkrankungen wirken sich sowohl im Erwachsenenalter von 20 bis 59 Jahren als auch in den oberen Altersgruppen vor allem Ernährungsstörungen und Stuhlinkontinenz äußerst stark auf eine Erhöhung der Wahrscheinlichkeit aus, pflegebedürftig zu werden. Insgesamt zeigt sich auch hier, dass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

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



Quelle: BARMER-Daten

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

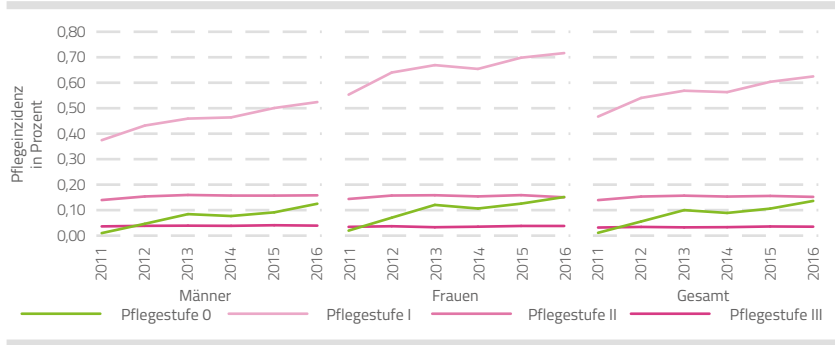


Quelle: BARMER-Daten

2.2.6 Pflegeinzidenzen im Wandel

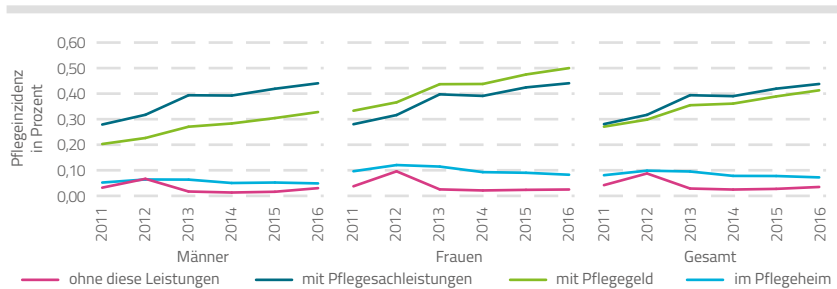
Veränderungen in den Pflegeinzidenzen können einerseits Ausdruck einer gestiegenen (pflegebegründenden) Morbidität sein, in deren Folge verstärkt Pflegeleistungen benötigt werden, andererseits kann sich aber auch das Ausmaß des Bezugs von Pflegeleistungen erhöhen, wenn Ansprüche auf Pflegeleistungen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

Abbildung 2.24: Pflegeinzidenzen nach Pflegestufen und Jahr



Quelle: BARMER-Daten

Abbildung 2.25: Pflegeinzidenzen nach Pflegeleistungen und Jahr



Quelle: BARMER-Daten

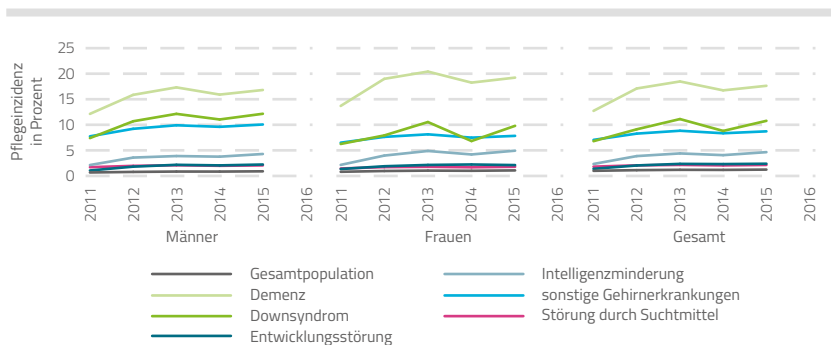
Da sich die Leistungsverbesserungen des PNG und PSG I vor allem auf die häusliche Pflege beziehen, ist insbesondere in diesen Pflegearrangements mit einer Inzidenzsteigerung zu rechnen. Abbildung 2.25 bestätigt diese Hypothese: Die Wahrscheinlichkeit, die Pflegebedürftigkeit in vollstationärer Dauerpflege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

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

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

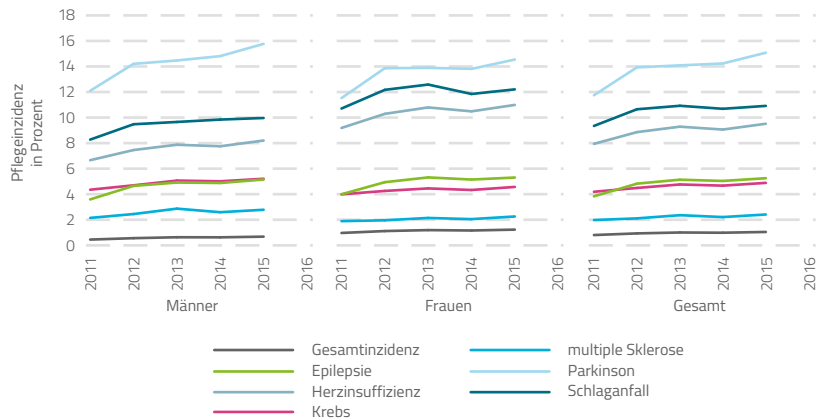
Bei den (über alle Altersgruppen) zusammengefassten Inzidenzen (Abbildung 2.26 bis Abbildung 2.29) nimmt die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden, bei Vorliegen von einzelnen Erkrankungen, im Zeitverlauf zu. Diese Ausweitungen des Leistungsbezugs beim Vorliegen von einzelnen Erkrankungen weisen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

Abbildung 2.26: Zusammengefasste Pflegeinzidenzen bei psychischen Störungen im Wandel



Quelle: BARMER-Daten

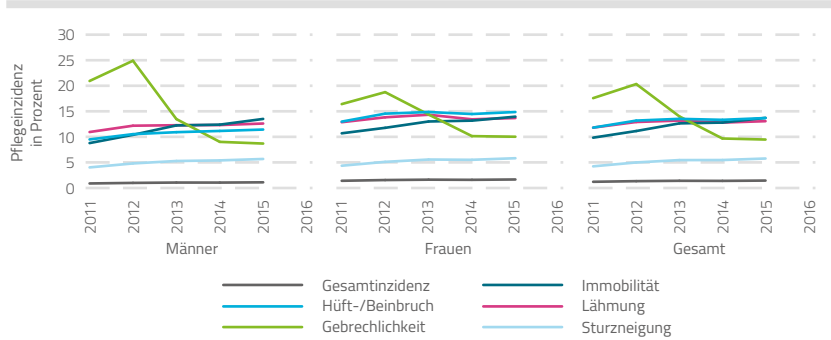
Abbildung 2.27: Zusammengefasste Pflegeinzidenzen bei akuten und speziellen Erkrankungen im Wandel



Quelle: BARMER-Daten

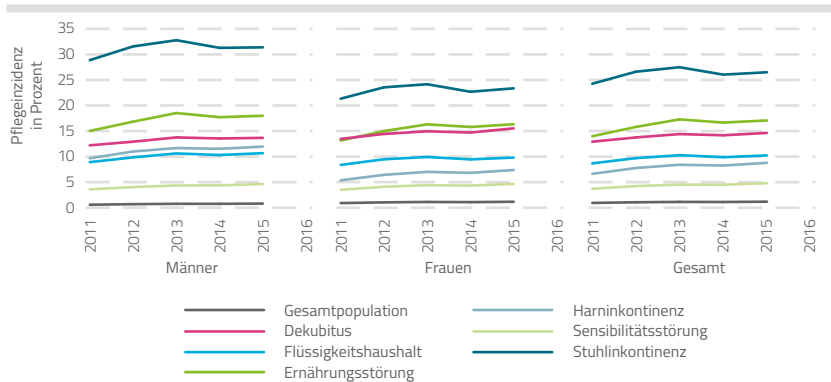
Diese Befunde von gestiegenen Inanspruchnahmen von Pflegeleistungen beim Vorliegen von einzelnen Erkrankungen im Zeitverlauf – und damit durch die Konstanzhaltung von einzelnen Erkrankungen, die als pflegebegründend angesehen werden – sprechen dafür, dass vermutlich auch Leistungsausweitungen ursächlich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

Abbildung 2.28: Zusammengefasste Pflegeinzidenzen bei Beeinträchtigungen der Mobilität im Wandel



Quelle: BARMER-Daten

Abbildung 2.29: Zusammengefasste Pflegeinzidenzen bei sonstigen Erkrankungen im Wandel



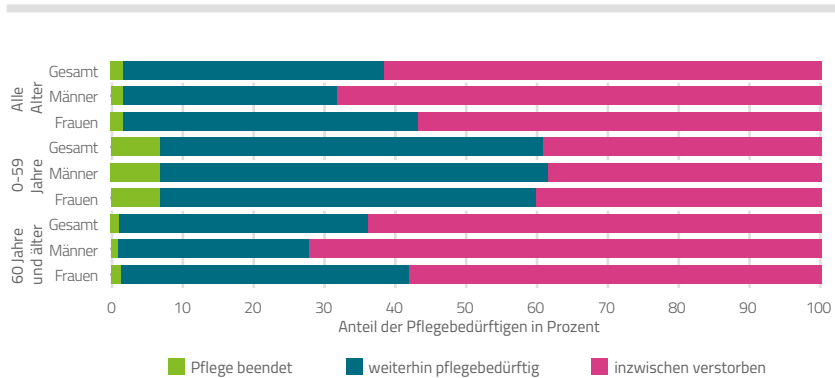
Quelle: BARMER-Daten

2.2.7 Pflegedauer und Pflegeverläufe

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

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

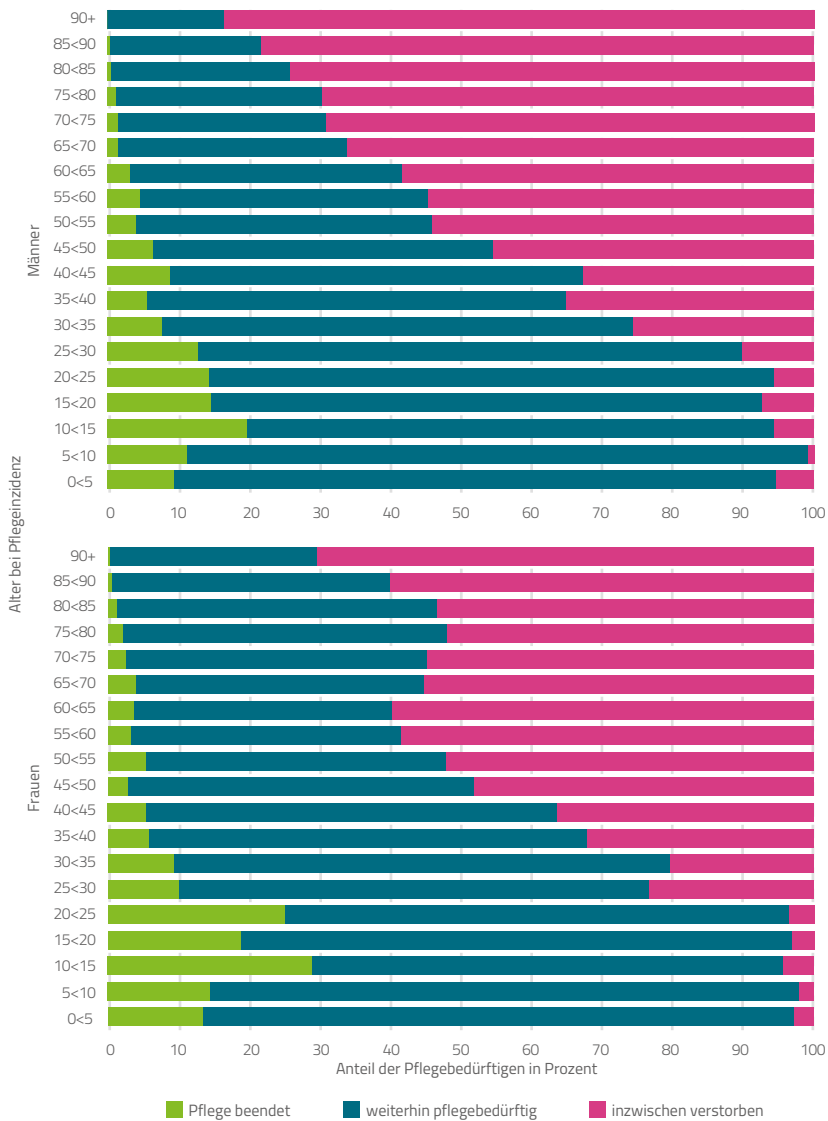
Abbildung 2.30: Zustand 48 Monate nach Pflegeeintritt im Jahr 2011 für Männer, Frauen und insgesamt nach Altersgruppen



Quelle: BARMER-Daten

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

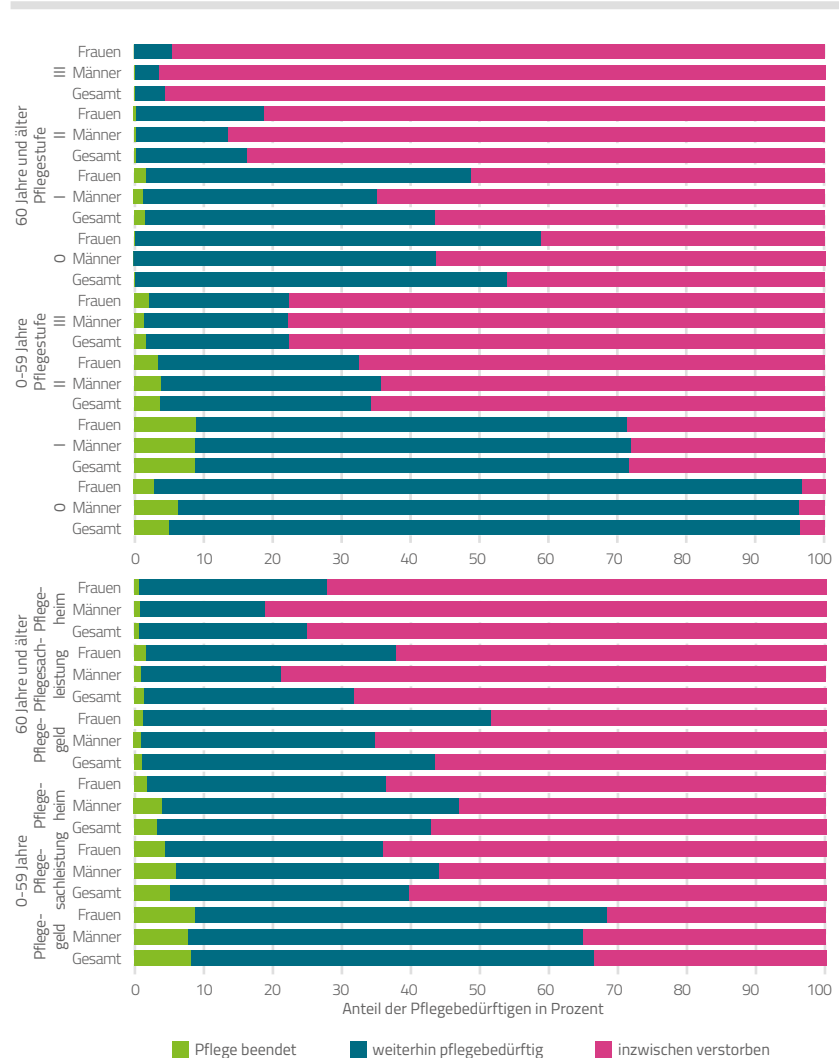
Abbildung 2.31: Zustand 48 Monate nach Pflegeeintritt im Jahr 2011 für Männer und Frauen nach Altersgruppen



Quelle: BARMER-Daten

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

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



Quelle: BARMER-Daten

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

2.2.8 Übergänge zwischen den Pflegestufen

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

2016: 691.000 Höherstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen

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

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



Quelle: BARMER-Daten

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

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

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

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

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



Quelle: BARMER-Daten

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

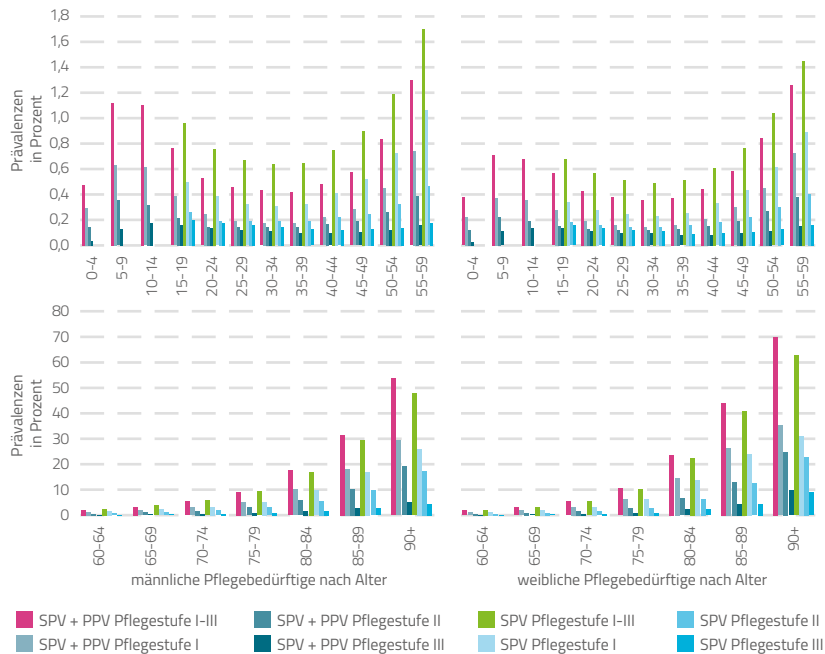
Für eine gegebene Population kann der Anteil der Pflegebedürftigen zur Zahl der Gesamtpopulation ins Verhältnis gesetzt werden. Damit wird eine Maßzahl zur Evaluation des Gesundheitszustands (bezogen auf Pflegebedürftigkeit) einer Bevölkerung generiert. Dieser Quotient gibt die Prävalenz des interessierenden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

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

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

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

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

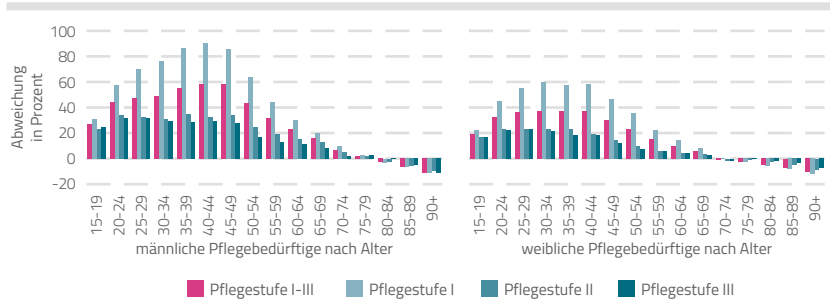


Quelle: BMG 2016a, 2016b, 2016c; Statistisches Bundesamt 2017c, 2017e

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

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

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



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

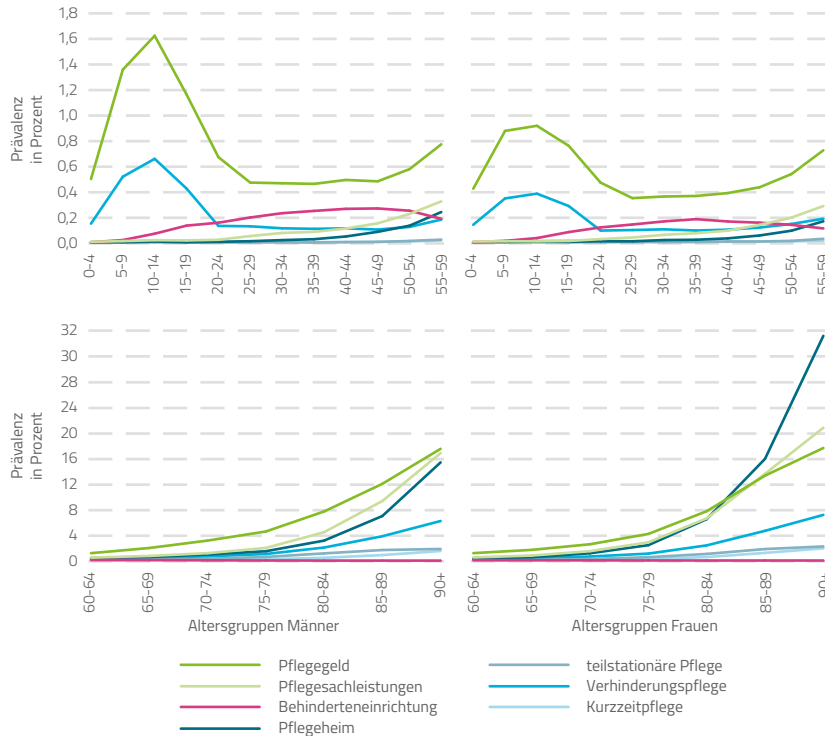
Quelle: BMG 2016a, 2016b, 2016c; Statistisches Bundesamt 2017c, 2017e

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

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

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

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



Quelle: BARMER-Daten

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

2.2.10 Die Entwicklung der altersspezifischen Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit

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

SGB XI-Leistungen auf, lassen jedoch keine Aussagen darüber zu, ob sich die altersspezifische Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit mit der Zeit geändert hat. Die Entwicklung der altersspezifischen Prävalenzen ist aber von entscheidender Bedeutung für Vorausberechnungen zur zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen und zur zukünftigen Finanzentwicklung der Pflegeversicherung. Die Frage nach den Veränderungen dieser Prävalenzen im Zeitverlauf wird in der Literatur, insbesondere im Hinblick auf die bekannt gewordene Kontroverse um die Kompression der Morbidität, diskutiert (Comas-Herrera et al. 2006; Unger 2003, 2006a und 2015). Dabei geht es um die Frage, ob mit der steigenden Lebenserwartung auch eine Verlängerung der krankheitsfreien Lebensphase einhergeht oder ob durch die verlängerte Lebenserwartung lediglich die Lebensphase in gesundheitlicher Beeinträchtigung oder Krankheit weiter ausgedehnt wird. Diese Frage wird in der Literatur überwiegend zugunsten der erstgenannten Alternative beantwortet: Die gewonnenen Jahre sind im Allgemeinen auch gesunde Jahre. Weitere Untersuchungen haben dabei gezeigt, dass dieser Zugewinn an gesunden Lebensjahren von der Definition von Gesundheit und Krankheit abhängt: So ist im Hinblick auf schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigungen ein deutlicher Zugewinn der sogenannten gesunden Lebenserwartung für jüngere Geburtskohorten zu verzeichnen. Bei moderaten und leichten Beeinträchtigungen fällt dieser Zugewinn geringer aus (Cambois und Robine 1996; Robine 2003; Unger 2006b). Insgesamt beobachten diese Studien demnach überwiegend einen Rückgang der alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenz, der je nach verwendetem Gesundheitsindikator unterschiedlich stark ausfällt.

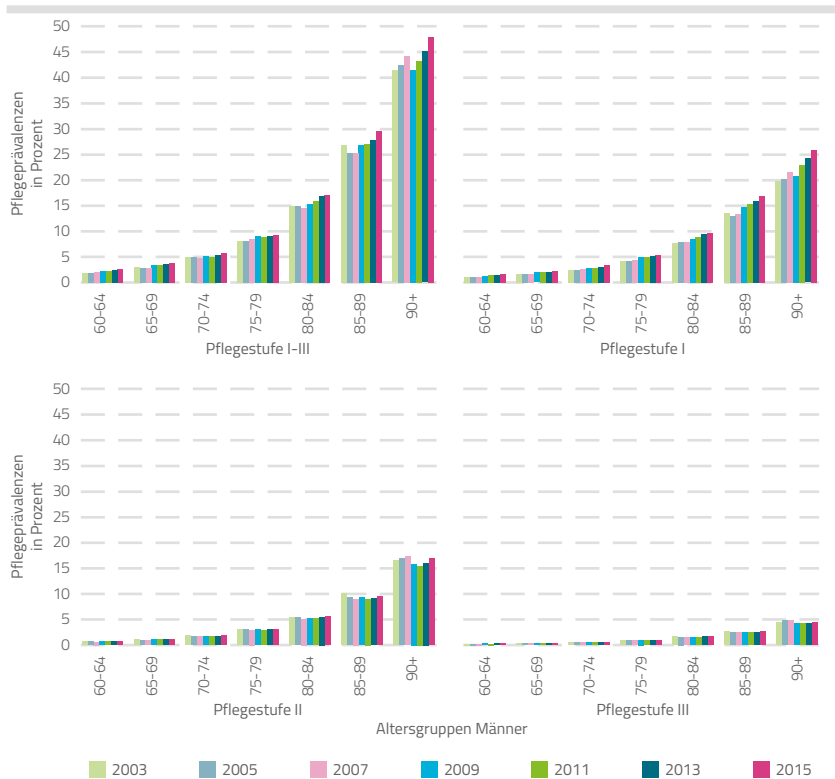
Studien, die sich der zeitlichen Veränderung der Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit widmen, liegen für Deutschland mittlerweile recht zahlreich vor (zum Überblick Unger 2015). So haben beispielsweise Unger et al. (2011) mit den Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) festgestellt, dass sich zwischen den Jahren 1999 und 2003 und den Jahren 2004 bis 2008 die Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit und die Lebenserwartung in Pflegebedürftigkeit gleichermaßen ausgedehnt haben. Es kam also sowohl absolut als auch relativ betrachtet nicht zu einer Kompression der Pflegebedürftigkeit auf einen kürzeren Abschnitt vor dem Tod, sondern im Gegenteil sogar zu einer Ausweitung der Lebensjahre in Pflegebedürftigkeit. Diese Befunde wurden durch eine Reihe weiterer Studien bestätigt (etwa Rothgang et al. 2016: 143ff.).

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

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

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

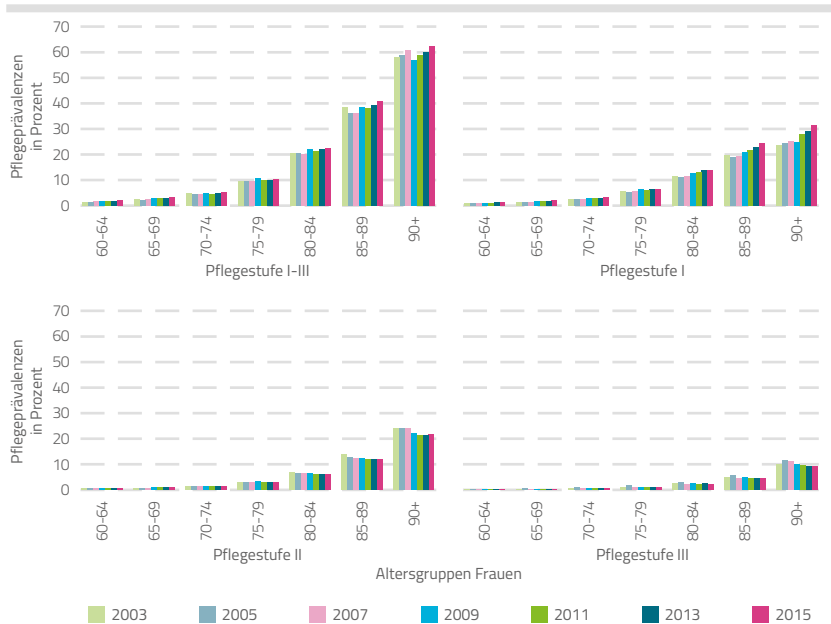
Abbildung 2.38: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Männern nach Altersgruppen und Jahr in der SPV



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

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

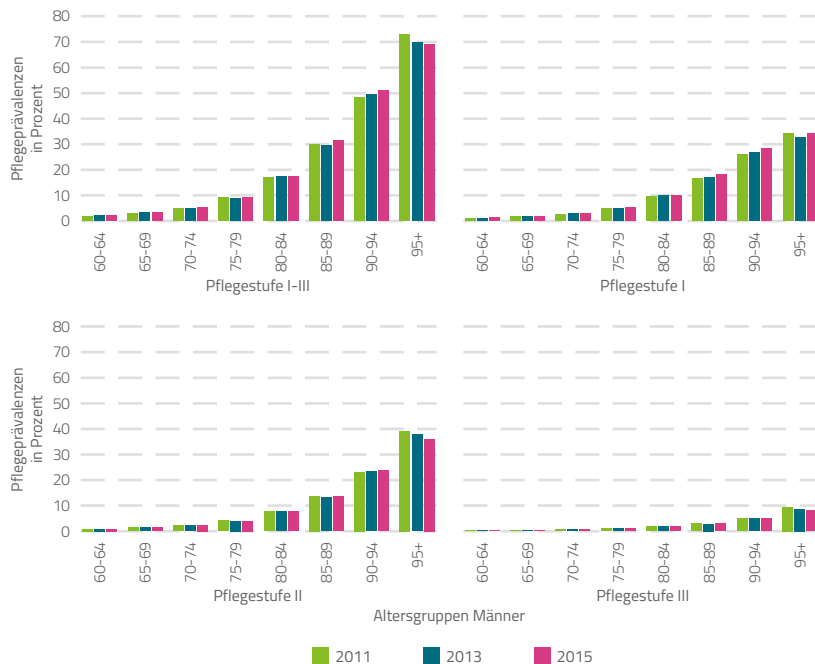
Abbildung 2.39: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Frauen nach Altersgruppen und Jahr in der SPV



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

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

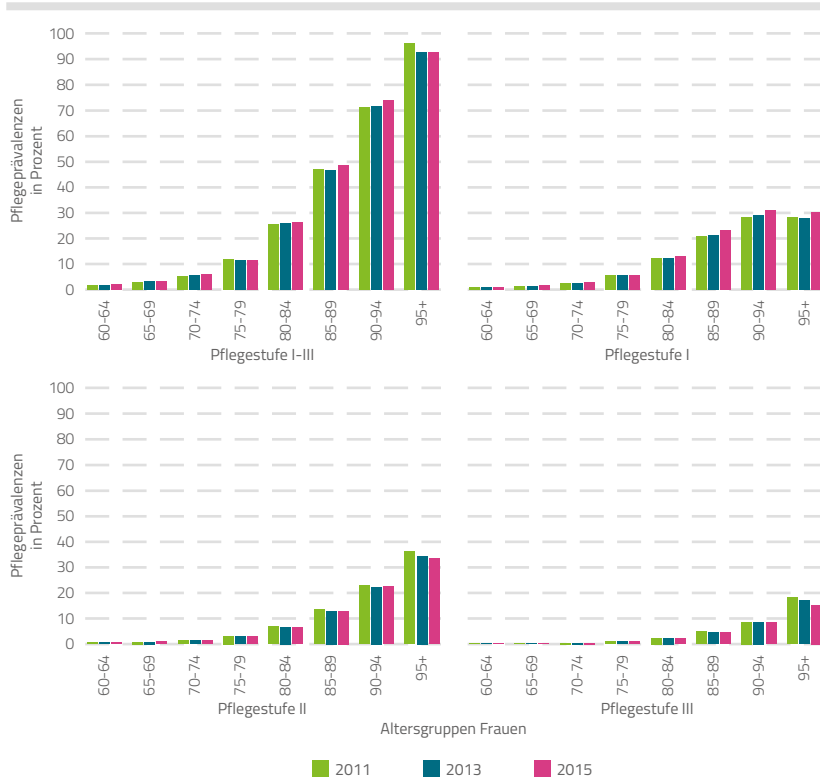
Abbildung 2.40: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Männern in den oberen Altersgruppen nach Jahr in der SPV und PPV



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

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

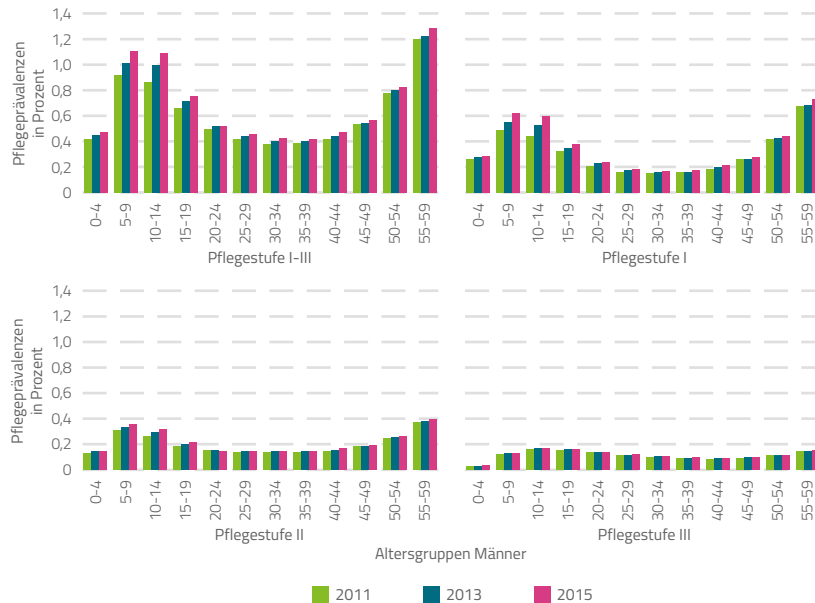
Abbildung 2.41: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Frauen in den oberen Altersgruppen nach Jahr in der SPV und PPV



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

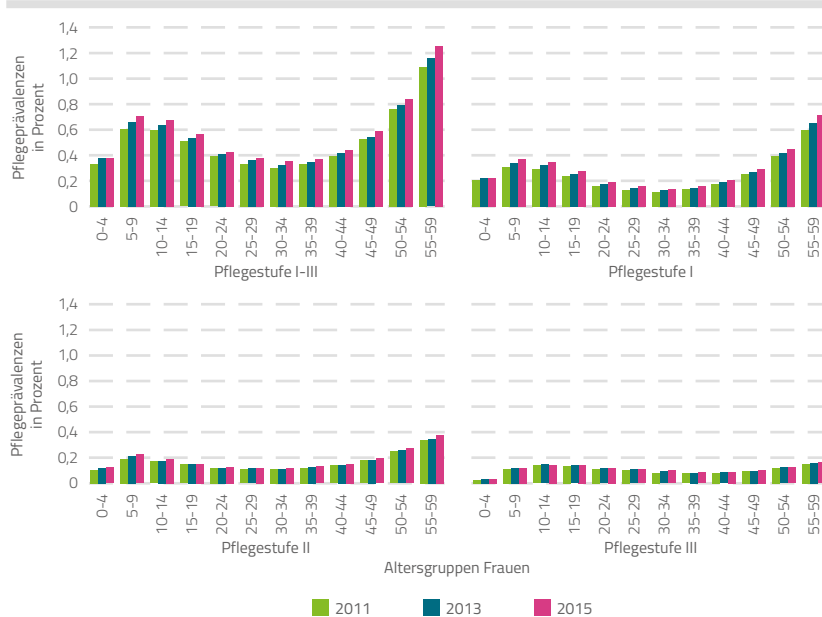
In den Altersgruppen bis unter 60 Jahre sind bei beiden Geschlechtern durchweg nur Anstiege der altersspezifischen Gesamtpflegeprävalenzen (Pflegestufe I bis III) zu finden (Abbildung 2.42 und 2.43). Bei separater Betrachtung der einzelnen Pflegestufen zeigt sich der größte Anstieg in Pflegestufe I und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

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



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

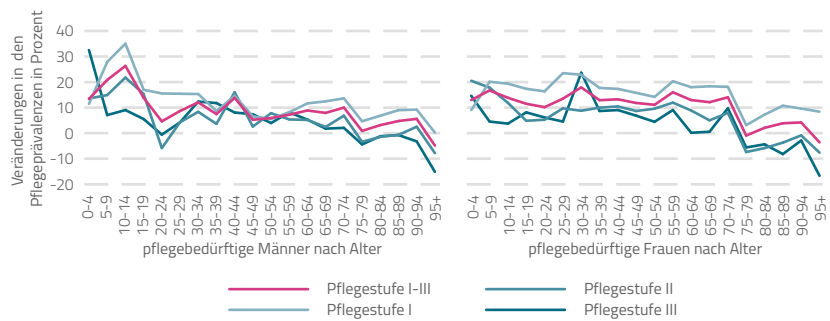
Abbildung 2.43: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit von Frauen in den unteren Altersgruppen nach Jahr in der SPV und PPV



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

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

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



Datenbezug: Abbildung 2.40 bis 2.43

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

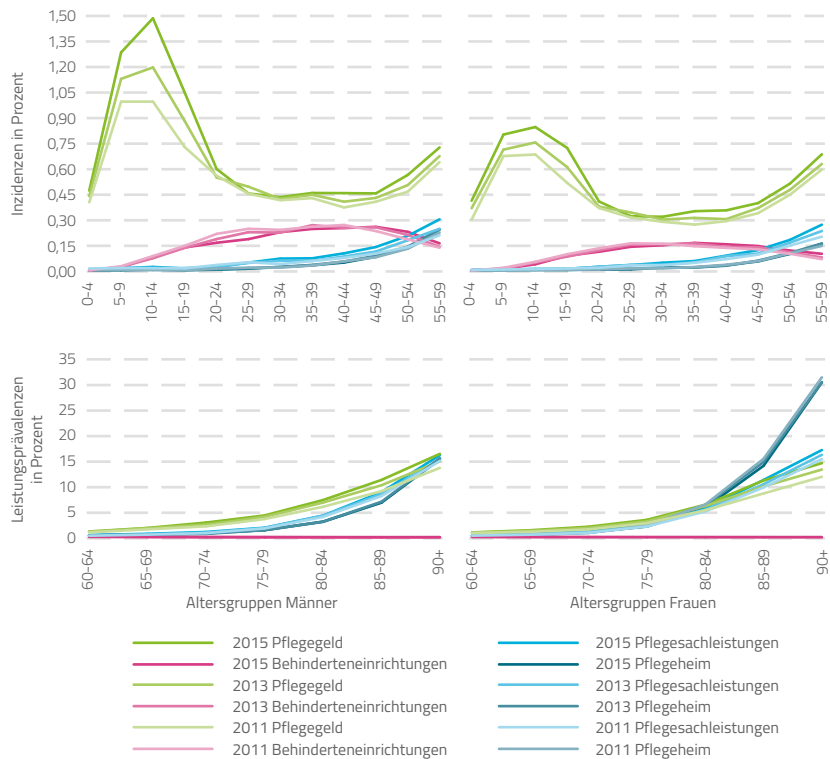
Ein Grund für die beobachteten Rückgänge in den Pflegestufen II und III in den oberen Altersgruppen kann in den aus den Studien zur Kompression von Morbidität bekannten Verbesserungen des Gesundheitszustands begründet liegen. Aus diesen Studien wurde ermittelt, dass gerade bei höheren Schweregraden der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

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

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

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

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

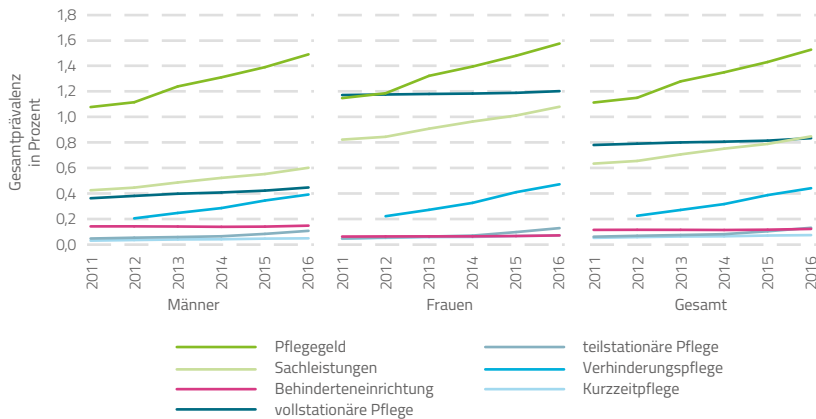


Anmerkung: Beim Bezug mehrerer Pflegeleistungen wird entsprechend der Hierarchieebene absteigend entweder Pflegeheim, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld gezählt.

Quelle: BARMER-Daten

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

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



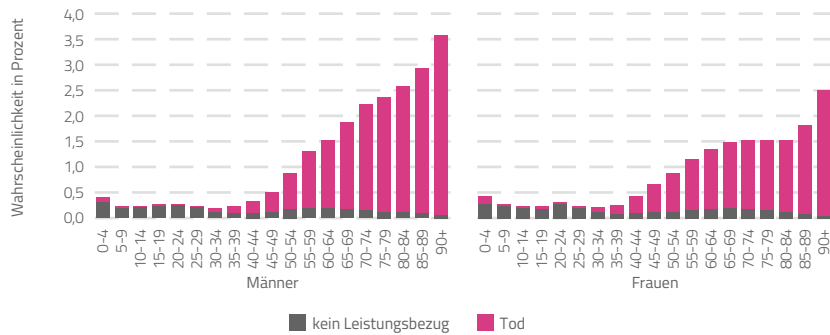
Quelle: BARMER-Daten

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

2.2.11 Die Beendigung von Pflegebedürftigkeit

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

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



Quelle: BARMER-Daten

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

2.2.12 Fazit und Zusammenfassung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Die Versorgungsformen der Pflegebedürftigen

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

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

2.3.1 Die ambulanten Pflegedienste

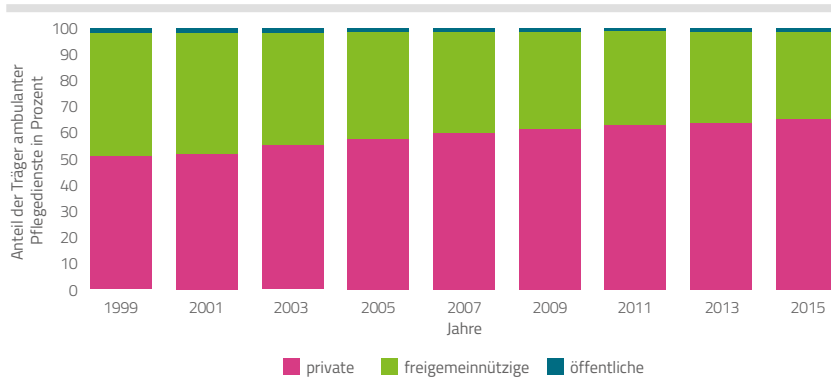
Bei den ambulanten Pflegediensten ist – im Vergleich zum stationären Bereich – nur ein moderater absoluter Anstieg der Zahl der Pflegeeinrichtungen von 10.800 im Jahr 1999 auf 13.300 im Jahr 2015 und damit um 23 Prozent zu verzeichnen (Tabelle 2.8). Auffallend ist dabei, dass das Verhältnis von privaten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

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

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

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

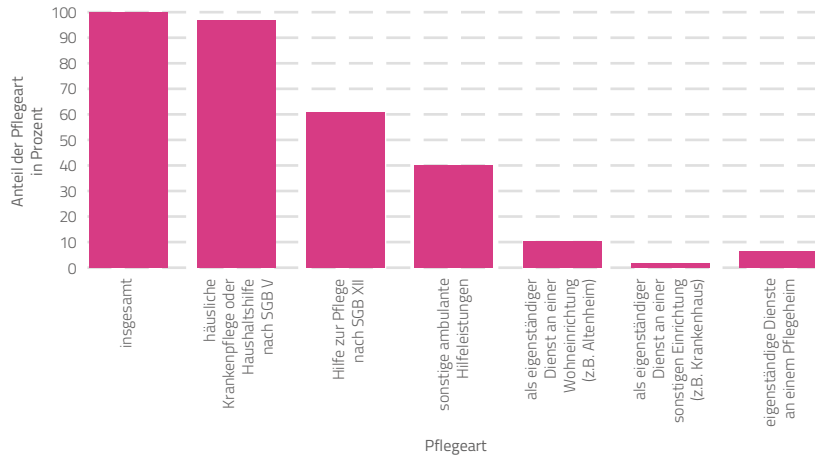
Abbildung 2.48: Anteil der Träger der ambulanten Pflegedienste nach Jahr



Datenbezug: Tabelle 2.8

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

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



Quelle: Statistisches Bundesamt 2015a

12.100 Praktikanten, Schüler und Auszubildende im Pflegedienst

Die Personalentwicklung der Pflegedienste zeigt einen Anstieg von 184.000 Beschäftigten im Jahr 1999 um 93 Prozent auf 356.000 im Jahr 2015 und damit auch eine Personalzunahme in den einzelnen Pflegediensten (Tabelle 2.9). Die absolute Zahl der Vollzeitbeschäftigten bleibt dabei vom Jahr 1999 bis zum Jahr 2005 nahezu konstant und steigt erst seit dem Jahr 2007 deutlich an, während die Zahl der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten über den gesamten Zeitraum deutlich zunimmt. Insgesamt haben sich die Anteile an den Beschäftigungsverhältnissen bis zum Jahr 2015 dahingehend geändert, dass die Teilzeitbeschäftigten mit 50 Prozent der Regelarbeitszeit zuletzt die eindeutig größte Gruppe stellen (Tabelle 2.9; Abbildung 2.50). Die ursprünglich größte Gruppe der Vollzeitbeschäftigten rangiert im Jahr 2015 mit nur noch rund 27 Prozent auf Rang zwei. Auch innerhalb der Gruppe der sonstigen Beschäftigten, die etwa zwei bis fünf Prozent des Pflegedienstpersonals stellt, haben erhebliche Umverteilungen stattgefunden: Die Zahl der Praktikanten, Schüler und Auszubildenden ist innerhalb dieses Zeitraums von 1.800 auf 12.100 gewachsen, während die Anzahl aller Zivildienstleistenden – insbesondere aufgrund der Aussetzung des Wehrdienstes seit Juli 2011 – drastisch auf 224.000 im Jahr 2015 zurückgegangen ist (Ergebnisse nicht in der Tabelle dargestellt).

Tabelle 2.9: Pflegedienstpersonal nach Beschäftigungsverhältnis nach Jahr in Tausend

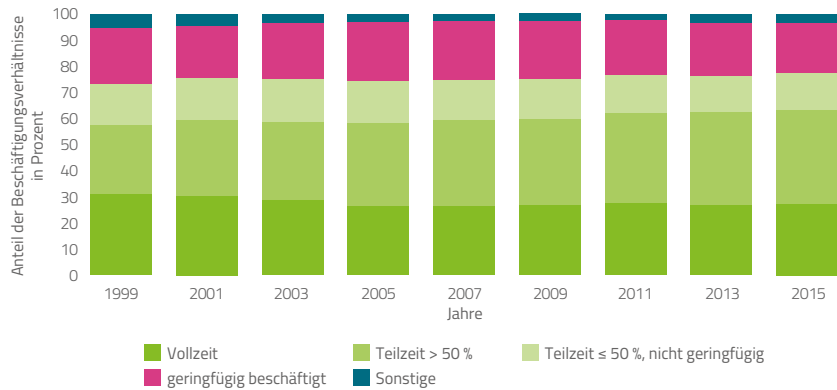
	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Personal insgesamt	184	190	201	214	236	269	291	320	356
Vollzeit	57	58	58	56	62	72	80	86	97
Teilzeit > 50 %	49	55	61	68	78	89	101	114	128
Teilzeit ≤ 50 %	29	31	33	35	37	40	42	44	49
geringfügig beschäftigt	39	37	43	48	53	60	62	65	69
Sonstige ¹⁾	10	9	7	7	6	7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

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

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

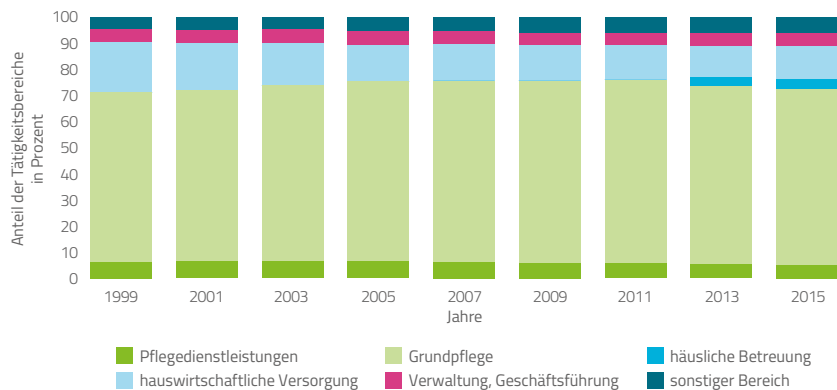
Für 65 Prozent der Beschäftigten im Jahr 1999 und – nahezu unverändert – rund 67 Prozent der Beschäftigten im Jahr 2015 war der überwiegende Tätigkeitsbereich die Grundpflege (Abbildung 2.51). Der Anteil der Beschäftigten, die in hauswirtschaftlicher Versorgung tätig sind, ging von 19 Prozent auf rund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

Abbildung 2.50: Beschäftigungsverhältnisse in den ambulanten Pflegediensten nach Jahr



Datenbezug: Tabelle 2.9

Abbildung 2.51: Tätigkeitsbereiche in den ambulanten Pflegediensten nach Jahr



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

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

werden, präziser noch an der zahlenmäßigen Entwicklung der Vollzeitäquivalente der Beschäftigten. Die Vollzeitäquivalente beschreiben die Zahl der Beschäftigten, wenn man auch die Teilzeitbeschäftigten nur entsprechend ihrer Arbeitszeit mitzählt – also beispielsweise eine Person mit 50 Prozent der Arbeitszeit nur als halbe beschäftigte Person. Die Zahl der Pflegedienste ist vom Jahr 1999 bis zum Jahr 2015 zwar nur um ungefähr 26 Prozent gestiegen, die Zuwachsraten der Beschäftigtenzahlen liegen aber deutlich höher. So nahm die Zahl der Beschäftigten um etwa 88 Prozent zu, aber auch die Zahl der Vollzeitäquivalente stieg um rund 84 Prozent (Tabelle 2.10). Die Zahl der Pflegedienste steigt somit nur begrenzt. Durch das Wachstum erhöhen sich ihre Kapazitäten aber deutlich stärker. Im Vergleich dazu wächst die Anzahl der durch ambulante Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen nur um etwa 67 Prozent. Der Kapazitätsausbau bei den ambulanten Pflegediensten (+ 84 Prozent mehr Vollzeitäquivalente) ist demnach im Zeitraum vom Jahr 1999 bis zum Jahr 2015 um rund 26 Prozent größer als der mengenmäßige Anstieg der Pflegebedürftigen, die durch sie versorgt werden (+ 67 Prozent). Im Vergleich dazu übersteigt der Kapazitätsausbau in der stationären Pflege (+ 44 Prozent mehr Betten zwischen den Jahren 1999 und 2015) den zahlenmäßigen Anstieg der Pflegebedürftigen, die stationär versorgt werden, lediglich um etwa 19 Prozent (+ 37 Prozent).

88 Prozent mehr
Beschäftigte in ambulanten
Pflegediensten seit 1999

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

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

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

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

2.3.2 Die stationären Pflegeeinrichtungen

In diesem Kapitel werden Infrastruktur und personelle Ausstattung der stationären Pflegeeinrichtungen in ihrer Entwicklung vom Jahr 1999 bis zum Jahr 2015 dargestellt. Zunächst wird die Entwicklung der Trägerstruktur betrachtet. Daran schließt sich eine Beschreibung des Personals an, das in den Pflegeeinrichtungen eingesetzt wird. Weiterhin wird auf das Pflegeangebot der Heime (die Bettenzahl) und dessen Auslastung eingegangen. Um die Kapazitätsentwicklung in der stationären Pflege angemessen beurteilen zu können, wird abschließend deren Entwicklung anhand der Bettenzahl mit der Entwicklung der Anzahl der Vollzeitäquivalente bei den ambulanten Pflegediensten verglichen. Des Weiteren erfolgt eine Darstellung der Heimentgelte, also der Kosten, die durch eine Heimunterbringung entstehen.

53 Prozent mehr
Pflegeheime seit 1999

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

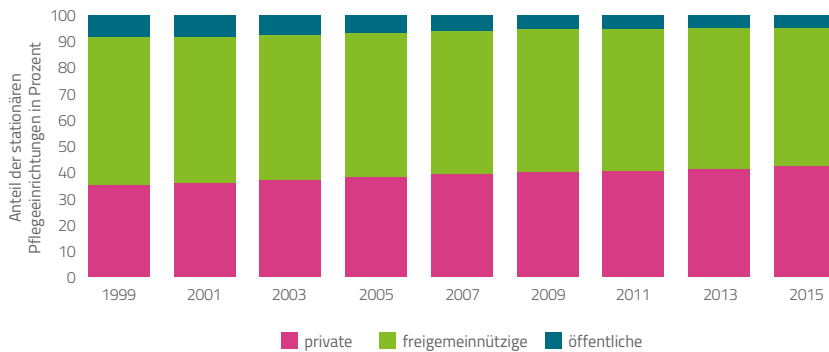
sich mit 5.700 Heimen auf 42 Prozent, und weitere 700 Heime beziehungsweise etwa fünf Prozent aller Heime befanden sich in öffentlicher Trägerschaft. Pflegeheime sind somit zu rund einem Drittel weniger in privaten Händen als ambulante Pflegedienste (42,2 gegenüber 65,1 Prozent). Analog zu den ambulanten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

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

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

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

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



Datenbezug: Tabelle 2.11

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

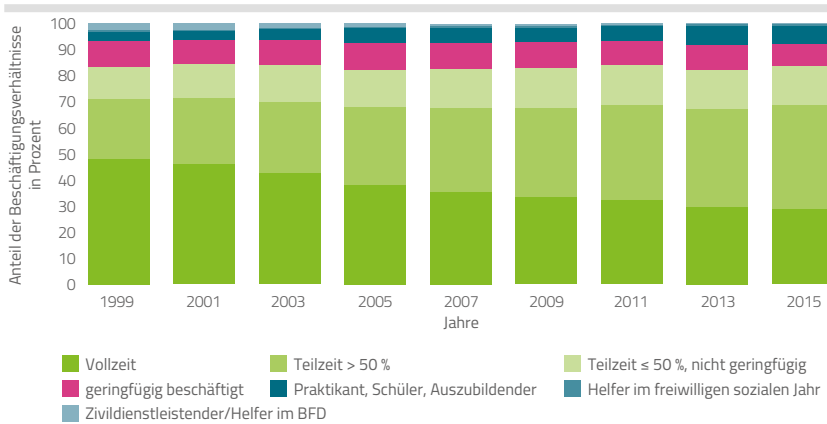
Tabelle 2.12: Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Jahr in Tausend

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

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

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

Abbildung 2.53: Beschäftigungsverhältnisse in stationären Einrichtungen nach Jahr in Prozent

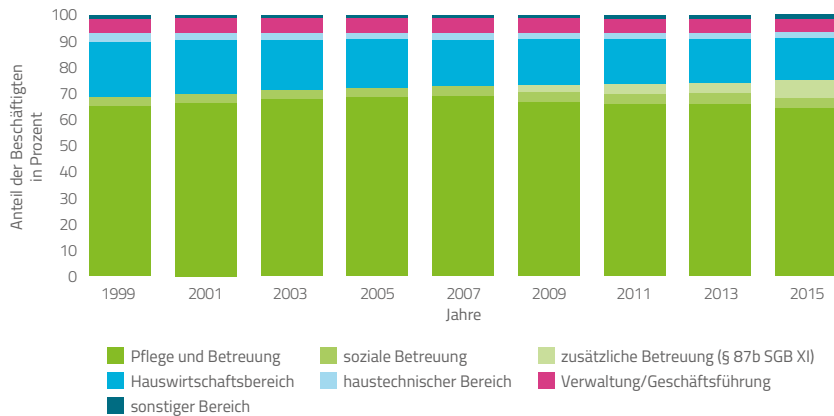


Datenbezug: Tabelle 2.12

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

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

Abbildung 2.54: Tätigkeitsbereich in den stationären Pflegeeinrichtungen nach Jahr



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

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

Tabelle 2.13: Heime nach Angebot und Auslastung

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

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
davon Kurzzeitpflege	9,9	13,6	11,0	11,4	11,3	10,4	10,8	11,1	37,3
Tagespflege	13,3	15,5	17,8	19,0	21,6	26,0	33,5	43,6	51,4
Nachtpflege	0,7	0,5	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,6	0,4
durchschnittliche Platzzahl	72,9	73,6	73,2	72,6	72,5	72,6	70,9	69,0	63,0
Auslastung in Prozent									
vollstationäre Dauerpflege	89,2	89,8	89,5	88,7	87,6	86,6	87,1	89,0	89,3
vollstationäre Kurzzeitpflege	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)
Tagespflege ²⁾	77,0	79,9	95,8	100,0	107,3	120,8	130,5	131,2	143,6
Nachtpflege	23,5	12,1	6,8	5,5	7,6	5,7	4,3	7,6	10,1

¹⁾ Berechnung nicht sinnvoll

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

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

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

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

für Härtefälle. Erst durch das Pflegestärkungsgesetz I (PSG I) werden die Leistungen in Pflegestufe I und II zum 1. Januar 2015 erstmals erhöht auf 1.064 Euro in der Pflegestufe I und 1.330 Euro in der Pflegestufe II. In Pflegestufe III betragen sie jetzt 1.612 Euro, für Härtefälle 1.995 Euro. Diese Leistungen beziehen sich dabei ausschließlich auf die Finanzierung der Pflegekosten im Heim.

Die Gesamtkosten, die für einen Pflegeplatz in Einrichtungen der stationären Pflege anfallen (Gesamtheimentgelte nach § 87 a SGB XI), liegen jedoch erheblich höher. Sie enthalten die Pflegesätze, also die „Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die soziale Betreuung und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 SGB V besteht, für die medizinische Behandlungspflege“ (§ 84 Absatz 1 SGB XI). Zudem beinhalten sie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die sogenannten Hotelkosten, sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten (Rothgang et al. 2009: 35f.).

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

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

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

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

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

Jahr	Pflegestufe	(1) Pflegekosten	(2) Unterkunft und Verpflegung	(3) Investitionskosten	(4) = (1) + (2) + (3) Gesamt-heimentgelt	(5) Versicherungsleistungen	(6) = (1) - (5) Eigenanteil Pflegekosten	(7) = (4) - (5) Eigenanteil insgesamt
1999	I	1.156	548	355	2.059	1.023	133	1.036
	II	1.521	548	355	2.424	1.279	242	1.145
	III	1.977	548	355	2.880	1.432	545	1.448
2001	I	1.186	578	362	2.126	1.023	163	1.103
	II	1.582	578	362	2.522	1.279	303	1.243
	III	2.008	578	362	2.948	1.432	576	1.516
2003	I	1.247	578	369	2.194	1.023	224	1.171
	II	1.673	578	369	2.620	1.279	394	1.341
	III	2.099	578	369	3.046	1.432	667	1.614
2005	I	1.277	578	376	2.231	1.023	254	1.208
	II	1.702	578	376	2.656	1.279	423	1.377
	III	2.128	578	376	3.082	1.432	696	1.650
2007	I	1.307	608	383	2.298	1.023	284	1.275
	II	1.733	608	383	2.724	1.279	454	1.445
	III	2.158	608	383	3.149	1.432	726	1.717
2009	I	1.362	617	391	2.370	1.023	339	1.347
	II	1.792	617	391	2.800	1.279	513	1.521
	III	2.249	617	391	3.257	1.470	779	1.787
2011	I	1.369	629	398	2.396	1.023	346	1.373
	II	1.811	629	398	2.838	1.279	532	1.559
	III	2.278	629	398	3.305	1.510	768	1.795
2013	I	1.414	651	406	2.471	1.023	391	1.448
	II	1.875	651	406	2.933	1.279	596	1.654
	III	2.365	651	406	3.423	1.550	815	1.873
2015	I	1.490	681	413	2.584	1.064	426	1.520
	II	1.973	681	413	3.066	1.330	643	1.736
	III	2.485	681	413	3.578	1.612	873	1.966

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

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

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

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

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

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

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

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017e

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

Die Trägerschaft der Pflegeeinrichtung, also die Unterscheidung zwischen öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Einrichtungen, steht dabei auch im engen Zusammenhang mit einer unterschiedlichen Personalstruktur und begründet unter anderem dadurch unterschiedliche Pflegekosten (Mennicken et al. 2013): „So ist z. B. bekannt, dass insbesondere in öffentlichen Einrichtungen Tarifverträge Anwendung finden, während der Abschluss derartiger Verträge in privaten Einrichtungen eher unüblich ist. Weiterhin wird in privaten Heimen weniger und jüngerer Personal beschäftigt. Aus diesem Grunde kann angenommen werden, dass die Heimentgelte in privaten Pflegeheimen deutlich unter den Entgelten von Heimen mit einer anderen Trägerschaft liegen“ (Augurzky et al. 2008a: 25 ff.).

2.3.3 Die Pflegepersonen

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

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

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

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

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

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

Pflegepersonen im Sozio-ökonomischen Panel

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

2015: mehr als doppelt so
viele Pflegepersonen wie
Pflegebedürftige

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

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

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

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

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

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

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

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

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

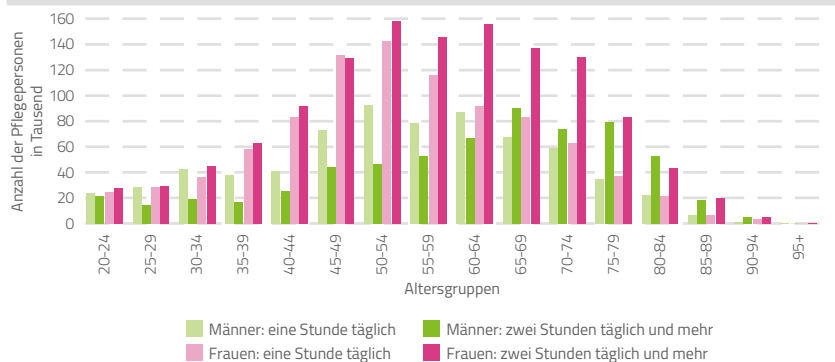
	insgesamt	eine Stunde Pflege täglich	Anteil an der weiblichen Bevölkerung über Alter 18	zwei und mehr Stunden Pflege täglich	Anteil an der weiblichen Bevölkerung über Alter 18
2001	1.945	703	2,2	1.242	4,0
2002	1.962	840	2,7	1.122	3,6
2003	2.160	882	2,8	1.278	4,1
2004	2.148	854	2,7	1.294	4,1
2005	1.979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

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

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

Abbildung 2.55 zeigt die Übernahme von Pflege Tätigkeiten im Lebenszyklus. In der Summe pflegen Frauen deutlich häufiger als Männer (Tabelle 2.16 und Tabelle 2.17). Dabei ist die Anzahl pflegender Frauen vor allem im Alter von 40 bis 74 Jahren höher als die Anzahl pflegender Männer. Im höheren Alter gibt es ähnlich viele Männer wie Frauen, die pflegen. Dass Männer im höheren Alter anteilig mehr pflegen, liegt vermutlich daran, dass sie ihre Partnerinnen pflegen, die insgesamt eine höhere Lebenserwartung als Männer aufweisen, jedoch anteilig mehr Lebensjahre in Krankheit verbringen als Männer (Unger 2015). Vor allem aber sind Männer in den höheren Altersgruppen – bei gleichem Alter – seltener verwitwet als Frauen und pflegen dadurch auch häufiger ihre Partnerinnen. Der deutlich niedrigere Anteil bei den älteren Frauen resultiert entsprechend daraus, dass sie häufiger verwitwet sind und somit keinen Partner mehr pflegen können. Insgesamt kann damit sowohl von intergenerationaler Pflege (vor allem bei den weiblichen Pflegepersonen) als auch von intragenerationaler Pflege (vor allem bei den männlichen Pflegepersonen) gesprochen werden.

Abbildung 2.55: Pflegepersonen nach Alter, Geschlecht und Pflegeintensität



Quelle: SOEP, V32

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

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

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

2.3.4 Fazit zu den Versorgungsformen der Pflegebedürftigen

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

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

2015: zwei Drittel der
13.300 ambulanten
Pflegedienste in privater
Trägerschaft

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

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

Reduktion der Heimplätze
bis 2015 von rund 73.000
auf 63.000

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

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

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

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

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

2.4 Die Finanzierung der Pflegebedürftigkeit

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

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

2.4.1 Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung

2016: Einnahmen der SPV
auf 32 Milliarden Euro
gestiegen

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

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

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

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

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

Tabelle 2.18: Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung in Milliarden Euro

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

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

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

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

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

Quelle: BMG 2017a

2.4.2 Die Finanzentwicklung der Privaten Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Tabelle 2.19: Finanzentwicklung der Privaten Pflegeversicherung in Millionen Euro

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

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

Quelle: PKV 2005, 2016

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

2.4.3 Die Finanzierung durch die Sozialhilfe

Insoweit die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, um den Pflegebedarf abzudecken, sind von den Pflegebedürftigen eigene Finanzierungsleistungen zu

erbringen. Verfügt der Pflegebedürftige (oder die unterhaltspflichtige[n] Person[en]) dabei nicht über ausreichende Mittel, um die verbleibenden Aufwendungen zu tragen, können ergänzende Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Der Anspruch auf die Hilfe zur Pflege (§§ 51 ff. SGB XII) geht dabei über den sozialrechtlichen Leistungsbegriff der Pflegeversicherung hinaus und bezieht gegebenenfalls auch Leistungen für Personen ohne Pflegestufe mit ein: So können auch Menschen, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen, also nur einen vorübergehenden Pflegebedarf haben, Hilfe zur Pflege erhalten. Ebenso kann auch ein geringerer Pflegebedarf ausreichen, um Hilfe zur Pflege zu erhalten, die schließlich auch Verrichtungen umfassen kann, die im alten bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht abgedeckt sind³.

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

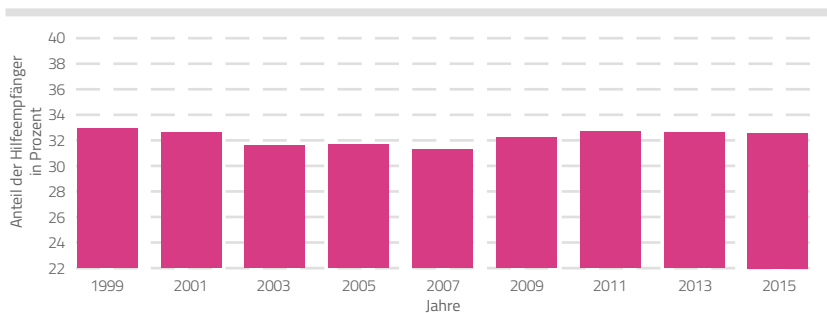
Die Summen der Nettoausgaben im ambulanten und stationären Bereich haben sich über den gesamten Zeitraum stark angenähert: Da sich die Ausgaben der Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich nahezu verdoppelt und im stationären Bereich in etwa halbiert haben, ist das Verhältnis von 1:11 (1995) bereits nach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

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

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

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

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



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

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017b; Tabelle 2.5

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

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

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

*Abweichungen durch Mehrfachzählungen

Quelle: Statistisches Bundesamt 2017a, 2017b

2.4.4 Die Finanzierung von Pflegebedürftigkeit im Überblick

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

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

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

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

Tabelle 2.21: Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2015

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

* Schätzungen (siehe Text)

¹⁾ Werte für das Jahr 2014

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

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

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