BARMER

Pflegereport 2018

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse

Heinz Rothgang, Rolf Müller

Band 12

Pflegereport 2018

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse

Heinz Rothgang, Rolf Müller

Band 12

Impressum

Herausgeber:
BARMER
Postfach 110704
10837 Berlin

Autoren:
Heinz Rothgang
Rolf Müller
Universität Bremen, SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung

Redaktion:
Juliane Diekmann, Nora Hoffmann, Ursula Marschall, Nicole Osterkamp
BARMER, Berlin und Wuppertal

Endredaktion, Design und Realisation:
37 Grad Analyse & Beratung GmbH, Köln

ISBN (Print): 978-3-946199-19-9 ISBN (PDF): 978-3-946199-38-0

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

Inhaltsverzeichnis

Vorwort ... 6

Zusammenfassung ... 8

Einleitung ... 20

1 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2017/2018 ... 24
1.1 Auswirkungen der Pflegereform ... 24
1.2 Geplante Weiterentwicklungen und verbleibender Reformbedarf ... 41

2 Pflege im Spiegel der Statistik ... 50
2.1 Pflegebedürftige ... 50
2.2 Leistungserbringung ... 71
2.3 Finanzierung ... 86

3 Gesundheit pflegender Angehöriger ... 100
3.1 Fragestellung und Hypothesen ... 102
3.2 Daten und Methoden ... 104
3.3 Ergebnisse ... 107
3.4 Ausblick ... 189

I Anhang ... 194

II Verzeichnisse ... 208
Abkürzungsverzeichnis ... 208
Abbildungsverzeichnis ... 209
Tabellenverzeichnis ... 212
Literaturverzeichnis ... 215
Autorenverzeichnis ... 228

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

wenn vom Pflegenotstand gesprochen wird, denken wir an fehlende Fachkräfte. Doch in Deutschland droht aus einer anderen Richtung eine Entwicklung, die den Pflegenotstand wie wir ihn heute kennen noch dramatisch verschärfen könnte. 185.000 Pflegepersonen, die heute Angehörige zu Hause pflegen, stehen kurz davor, diesen Dienst einzustellen. 6,6 Prozent wollen nur mit mehr Hilfe weiter pflegen, knapp ein Prozent will dies auf keinen Fall länger tun. Das sind Alarmsignale, repräsentativ für Deutschland. Gewonnen haben wir sie aus der Hochrechnung von Daten einer Befragung von rund 1.900 Versicherten der BARMER. Ihre Ergebnisse bilden zusammen mit einer Analyse weiterer Daten der BARMER die Grundlage für das Schwerpunktkapitel des diesjährigen Pflegereports. Dort analysieren wir die Gesundheit pflegender Angehöriger und untersuchen, unter welchen Umständen zu Hause gepflegt wird, welche Be- und Entlastungen dabei zu verzeichnen sind und wie es um die Zukunftsaussichten der pflegenden Angehörigen bestellt ist. Das Ergebnis zeigt, dass Angehörige noch mehr Hilfe brauchen, um den Belastungen des Pflegealltags standzuhalten.

Um dieses Alarmsignal richtig zu deuten, müssen wir wissen, wer die Menschen eigentlich sind, ohne deren Einsatz das Pflegesystem in Deutschland vor unlösbaren Problemen stünde. Insgesamt knapp 2,5 Millionen Angehörige leisten diese Arbeit, zwei Drittel von ihnen sind Frauen. 942.000 dieser sogenannten Hauptpflegepersonen sind 70 Jahre und älter. Nur ein Drittel aller pflegenden Angehörigen geht arbeiten, jeder Vierte aber hat seine Arbeit aufgrund der Pflege reduziert oder ganz aufgeben müssen. Die Pflege bestimmt bei den weitaus meisten, nämlich 85 Prozent, tagtäglich das Leben. Eine Mehrheit wünscht sich dabei mehr Entlastung. Allerdings findet mehr als die Hälfte der Hauptpflegepersonen niemanden, um sich für längere Zeit vertreten zu lassen. Dabei sind die Angehörigen vielfach belastet. Ihnen fehlt Schlaf, sie fühlen sich in ihrer Rolle als Pflegende gefangen, jedem Fünften ist die Pflege eigentlich zu anstrengend. 18,8 Prozent der Befragten haben Zukunfts- und Existenzängste. Hinzu kommt, dass pflegende Angehörige härter von Krankheit betroffen sind als Menschen, die nicht pflegen müssen, und sie werden schneller noch kränker.

Je kränker und belasteter Hauptpflegepersonen sind, desto stärker ist ihr Drang, sich über Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren. So sind es bei guter Gesundheit rund 70 Prozent, die die Entlastung durch Kurzzeitpflege nicht kennen oder keinen Bedarf dafür haben. Ist die Gesundheit schlechter, sinkt dieser Prozentsatz auf 58,3 Prozent. Dabei sollte Hilfe so früh wie möglich genutzt werden, dann wirkt sie am besten. Vor dem Hintergrund dieser Zahlen ist es richtig, dass die Bundesregierung Kurzzeit- und Verhinderungspflege in einem jährlichen Entlastungsbudget für Pflegebedürftige zusammenführen möchte. Die Entlastungsleistungen von aktuell 125 Euro monatlich sollten ebenfalls in ein jährliches Entlastungsbudget einbezogen werden. Damit können auch die Eigenanteile, zum Beispiel für einen Aufenthalt in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung, deutlich reduziert werden.

Das Potenzial der Hilfe und Unterstützung ist längst nicht ausgeschöpft. Angebote werden von ihren Nutzern vielfach negativ bewertet, und vielgestaltig sind die Gründe, weshalb sie nicht genutzt werden. Kein Bedarf oder mangelnde Kenntnis ist da nur die eine Seite. Daneben ist von „zu teuer", „geringer Qualität", „keinem Angebot" oder „zu viel Organisation" die Rede. Also gibt es Bedarf, der aber nicht befriedigt wird. Dabei artikulieren die Angehörigen durchaus ihre Bedürfnisse. Sie wollen weniger Bürokratie bei der Antragstellung, stabile Ansprechpartner, mehr Information über Leistungen und darüber, woher man Hilfe bekommen kann. Die BARMER bietet deshalb schon heute intensive Beratung vor Ort und vielfältige Informationen, gedruckt und im Internet. Künftig soll es auch online möglich sein, Pflegeleistungen zu beantragen.

Unser Pflegereport 2018 liefert damit wichtige Anhaltspunkte, wo pflegende Angehörige aktuell mehr Unterstützung brauchen. Zu danken ist dafür dem Autorenteam um Professor Dr. Heinz Rothgang von der Universität Bremen. Den Leserinnen und Lesern unseres Reports wünsche ich eine anregende Lektüre.

Prof. Dr. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER

Berlin, im November 2018

Zusammenfassung

Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Auswirkungen der großen Pflegereform auf die Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung

Die große Pflegereform der vergangenen Legislaturperiode hat erhebliche Auswirkungen auf die Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung. Reformbedingten Mehrausgaben von rund sieben Milliarden Euro stehen im Jahr 2017 reformbedingte Mehreinnahmen von 2,8 Milliarden Euro gegenüber, was zu einem reformbedingten Defizit von 4,2 Milliarden Euro führt. Lediglich aufgrund des zuvor bestehenden Überschusses und der günstigen Entwicklung der Grundlohnsumme liegt das tatsächliche Defizit 2017 bei nur 2,4 Milliarden Euro. Da die aktuellen Werte für 2018 und die folgenden Jahre ein jährliches Defizit von mindestens drei Milliarden Euro erwarten lassen, muss der Beitragssatz noch in dieser Legislaturperiode angehoben werden, um die gesetzlich vorgeschriebene Mindestrücklage zu gewährleisten. Sollten die Personalschlüssel für Pflegeeinrichtungen erhöht werden und / oder höhere Gehälter für Pflegekräfte gezahlt werden, sind weitere Beitragssatzsteigerungen unausweichlich, wenn ein deutlicher Anstieg der bereits sehr hohen Eigenanteile der Pflegebedürftigen verhindert werden soll.

Auswirkungen der großen Pflegereform auf die Heimentgelte und Eigenanteile

Bei Einführung der Pflegeversicherung waren die Versicherungsleistungen im Durchschnitt ausreichend, um die Pflegekosten im Heim zu decken. Inzwischen liegen die monatlichen Eigenanteile nur für die Pflegekosten im Pflegeheim bei durchschnittlich rund 600 Euro. Das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) hat zwar zu einem Anstieg der durchschnittlichen Versicherungsleistungen für Heimpflege um mehr als 200 Euro im Monat geführt, gleichzeitig sind aber auch die Pflegesätze gestiegen, so dass es nur zu einem vorübergehenden Rückgang der Eigenanteile gekommen ist. Der Effekt war dabei so gering, dass die durchschnittlichen Eigenanteile inzwischen wieder höher liegen als vor Inkrafttreten der PSG II-Regelungen im Januar 2017.

Auswirkungen der großen Pflegereform auf die Leistungsinanspruchnahme

Der größte Teil des Anstiegs der Leistungsausgaben entfällt im Jahr 2017 auf das Pflegegeld (+ 3,2 Milliarden Euro), während die Ausgaben für Pflegesachleistungen in häuslicher Pflege nur um 0,7 Milliarden Euro gestiegen sind. Ein Teil der bisherigen Sach- und Kombinationsleistungs-Empfänger hat anscheinend darauf verzichtet, weitere Sachleistungen in Anspruch zu nehmen, sondern die durch das PSG II erhöhten Leistungsansprüche in Form von Pflegegeld bezogen. Gleichzeitig zeigen die Begutachtungen des MDK eine Tendenz, wonach höhere Pflegegrade verstärkt vollstationäre Pflege wählen, während niedrigere Pflegegrade sich eher für häusliche Pflege entscheiden. Sollte sich dieser Trend verfestigen, müssen Pflegeheime sich konzeptionell darauf einstellen.

Auswirkungen der großen Pflegereform auf die pflegenden Angehörigen

Die Pflegereform der letzten Legislaturperiode zielt nicht nur auf die Pflegebedürftigen und die Pflegeeinrichtungen, sondern auch auf die pflegenden Angehörigen ab. Allerdings zeigt weder das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, welches die Regelungen im Pflegezeitgesetz und im Familienpflegezeitgesetz weiterentwickelt, noch der im PSG II eingeführte Anspruch zur Teilumwidmung des Sachleistungsanspruchs in nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag bislang durchschlagende Effekte. So ist die Nutzung des Pflegeunterstützungsgeldes quantitativ ebenso vernachlässigbar wie die Nutzung des zinslosen Darlehens in der Pflegezeit und die Nutzung des Umwandlungsanspruchs. Lediglich die veränderten Regelungen für die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige zeigen einen deutlichen Effekt in Form steigender Ausgaben der Pflegeversicherung für Beiträge an die Rentenversicherung. Allerdings geht davon keine unmittelbare finanzielle Entlastung der pflegenden Angehörigen in der Pflegephase aus, da die zusätzlichen Ansprüche erst in der Rentenphase wirksam werden.

Geplante Weiterentwicklungen und verbleibender Reformbedarf

Das größte derzeitige Problem der Pflegeversicherung ist die Sicherstellung der Versorgung, die durch einen akuten und sich in näherer Zukunft noch verstärkenden

Pflegenotstand gefährdet ist. Im aktuellen Koalitionsvertrag wurde dazu eine Reihe von Maßnahmen beschlossen, die im Entwurf eines Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes aufgegriffen werden. Insbesondere die Schaffung von 13.000 zusätzlichen Stellen in Pflegeheimen, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert werden sollen, ist dabei bemerkenswert. Allerdings bleibt unklar, wie diese Stellen kurzfristig besetzt werden sollen, da bereits derzeit kaum Personal für die offenen Stellen gefunden werden kann. Zudem ist die vorgesehene „Umwegfinanzierung" über die GKV ordnungspolitisch zweifelhaft. Sinnvoller wäre es, die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen – wie auch bei häuslicher Pflege – der GKV zuzuordnen. Dieser Kostenblock liegt rund dreimal so hoch wie die Ausgaben für die jetzt vorgesehenen 13.000 Stellen. Soll die vorgesehene Erhöhung der Löhne und Gehälter für Pflegekräfte nicht zu weiter steigenden Eigenanteilen führen, die allein von den Pflegebedürftigen aufzubringen sind, muss zudem sichergestellt werden, dass die Versicherungsleistungen bei Preissteigerungen für formelle Pflege jeweils entsprechend mitwachsen.

Pflege im Spiegel der Statistik

Pflegebedürftige

Zum 1. Januar 2017 gab es die Umstellung von Pflegestufen in Pflegegrade. Für den Vergleich mit den Zeiten vor dem 1. Januar 2017 werden in diesem Report alle Leistungsberechtigten – Personen mit Pflegestufe und Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) – als Pflegebedürftige gefasst. Der Vergleich findet auf Grundlage der Umkodierung von Pflegestufen und PEA-Einstufung nach dem Überleitungsschlüssel in § 140 SGB XI statt.

Mit der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade zum 1. Januar 2017 haben sich die Kriterien für die Zugangsberechtigung geändert. Die kognitiven Einschränkungen sind nun definitorischer Bestandteil der Pflegebedürftigkeit. Entsprechend gab es im Zeitraum von 2015 bis 2017 eine deutliche Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen. Von 2015 bis 2017 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen ausweislich der hochgerechneten BARMER-Daten um 17,9 Prozent. Davon entfallen knapp 13 Prozentpunkte auf die

Steigerung bei Pflegegrad 1 und Pflegegrad 2. Die Anstiege kommen also nur in geringem Umfang durch eine Fallzahlsteigerung mit höheren Pflegegraden zustande.

Dass der Zugang vermehrt durch Pflegebedürftige mit geringem Pflegegrad erfolgt, wird auch aus den Begutachtungsstatistiken der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) deutlich. Die Zahl der positiven Erstbegutachtungen mit Pflegegrad 3 bis Pflegegrad 5 bleibt über die Jahre fast konstant. Hingegen gab es mit der erstmaligen Möglichkeit, den Pflegegrad 1 zu bekommen, einen besonderen Anstieg der positiven Bewertungen. 242.000 Personen haben im Jahr 2017 den Pflegegrad 1 erhalten. Eine deutliche Steigerung lässt sich zudem bei der Zahl der Bewertungen mit Pflegegrad 2 feststellen. Im Jahr 2011 waren es 281.000 und im Jahr 2017 waren es 422.000.

Pflegebedürftige: Ländervergleich

In Deutschland waren 3,7 Prozent der Bevölkerung im Dezember 2015 pflegebedürftig. Auch standardisiert auf die Bundesbevölkerung – also unabhängig von der Alters- und Geschlechterverteilung – zeigen sich in den Bundesländern Bayern mit 3,1 Prozent, Schleswig-Holstein (3,3 Prozent), Rheinland-Pfalz (3,4 Prozent), Baden-Württemberg (3,4 Prozent) und Hamburg (3,5 Prozent) geringere Prävalenzen als im restlichen Bundesgebiet. Dennoch zeigen sich in Bayern und Hamburg mit den unterdurchschnittlichen Steigerungsraten von 14,8 Prozent und 16,4 Prozent zwischen 2015 und 2017 keine Aufholeffekte. Dies könnte der Effekt der Zuwanderung in diese Bundesländer sein.

Ambulante Dienste: Ländervergleich

65 Prozent der ambulanten Pflegedienste sind in privater Trägerschaft. Mehr ambulante Pflegedienste in privater Trägerschaft gibt es vor allem in Berlin (79 Prozent), Hamburg (77 Prozent) und Hessen (73 Prozent).

Die Vollzeitbeschäftigtenquote liegt in Deutschland bei 27 Prozent. Wenn in einer geringen Vollzeitbeschäftigtenquote das Potenzial gesehen werden will, über eine Arbeitszeitverlängerung Versorgungslücken zu schließen, dann ist dieses in Ostdeutschland weniger gegeben. In den ostdeutschen Bundesländern liegt die Vollzeitbeschäftigtenquote schon deutlich über dem Bundesdurchschnitt: Brandenburg (36 Prozent),

Mecklenburg-Vorpommern (36 Prozent), Sachsen (32 Prozent), Sachsen-Anhalt (39 Prozent) und Thüringen (39 Prozent).

Die Kapazitäten – gemessen in Vollzeitäquivalenten je 100 Pflegebedürftige – haben zwischen 2007 und 2015 von 6,8 auf 7,8 zugenommen. Dies erscheint als gutes Zeichen für die Versorgung der Pflegebedürftigen; diese Steigerung muss aber auch vor dem Hintergrund des steigenden Versorgungsbedarfs bei der häuslichen Krankenpflege gesehen werden.

Pflegeheime: Ländervergleich

Die Pflegeheime sind mit 42 Prozent seltener in privater Trägerschaft als die ambulanten Pflegedienste. In Schleswig-Holstein (67 Prozent), Niedersachsen (60 Prozent), Berlin (52 Prozent) und Hamburg (52 Prozent) sind die privaten Pflegeheime häufiger.

Die Vollzeitbeschäftigtenquote liegt in Deutschland mit 29 Prozent nicht viel höher als im ambulanten Bereich. Im Gegensatz zu den Verteilungen bei den ambulanten Pflegediensten finden sich beim Personal in Ostdeutschland aber nicht so viele Vollzeitbeschäftigte. Spitzenreiter sind hierbei Berlin (42 Prozent) und das Saarland (41 Prozent). Die ostdeutschen Bundesländer haben sogar unterdurchschnittliche Anteile. Mit einer deutlich höheren Quote bei den Teilzeitbeschäftigten mit über 50 Prozent der Regelarbeitszeit wird dies aber wieder ausgeglichen.

Die Kapazitäten – gemessen in Heimplätzen je 100 Pflegebedürftige – sind in den letzten Jahren ausgeweitet worden. Sie stiegen in Deutschland von 25,2 im Jahr 2007 auf 28,5 im Jahr 2015. Eine Steigerung ist in allen Bundesländern gegeben, auch in Schleswig-Holstein, wo schon im Jahr 2007 mit 37,7 Plätzen pro 100 Pflegebedürftige deutlich mehr Plätze vorhanden waren, als im Jahr 2015 in anderen Bundesländern erreicht wurden. In Brandenburg gab es im Jahr 2015 pro 100 Pflegebedürftige 21,4 und in Bayern pro 100 Pflegebedürftige 34,4 Heimplätze.

Finanzierung

Die Beitragseinnahmen der Sozialen Pflegeversicherung haben sich durch die gute Konjunktur und die Beitragserhöhung in den Jahren 2016 und 2017 von 32,0 Milliarden Euro

auf 36,0 Milliarden Euro erhöht. Die Leistungsausgaben sind dagegen von 28,3 Milliarden Euro auf 35,5 Milliarden Euro gestiegen. Mit der Entwicklung weiterer Ausgaben und der Rückstellung in den Pflegevorsorgefonds wurde aus dem Überschuss von einer Milliarde Euro im Jahr 2016 ein Defizit von 2,4 Milliarden Euro.

Die Private Pflegeversicherung ist noch weit davon entfernt, mehr Geld für Leistungen auszugeben als durch Prämien einzunehmen. Auch im Jahr 2016 wurden nur 49 Prozent der Beitragseinnahmen für Leistungen aufgewendet. Der Kapitalstock beläuft sich inzwischen auf 32,6 Milliarden Euro. Der Mittelbestand in der Sozialen Pflegeversicherung beläuft sich hingegen zum Jahresende 2017 auf 6,9 Milliarden Euro.

Der Anteil der Empfänger von „Hilfe zur Pflege" bleibt innerhalb von Einrichtungen und auch außerhalb von Einrichtungen bei leichten Schwankungen relativ konstant. Der Anteil liegt im Jahr 2015 im stationären Bereich bei 31,5 Prozent und im ambulanten Bereich bei 13,4 Prozent.

Hauptfinanzier der Leistungsausgaben für Pflegebedürftige ist weiterhin die Soziale Pflegeversicherung mit 83,7 Prozent der Anteile an den öffentlichen Ausgaben und 67,1 Prozent der Gesamtausgaben.

Schwerpunkt: Gesundheit pflegender Angehöriger

Datengrundlagen

Für das Schwerpunktthema wurden zum einen die Routinedaten der BARMER ausgewertet (BARMER-Daten) und zum anderen eine eigene Befragung durchgeführt. In der BARMER-Versichertenbefragung 2018 wurden gezielt Hauptpflegepersonen angesprochen, zu denen auch die pflegebedürftige Person bei der BARMER versichert ist. Die Hauptpflegepersonen sind zu den Pflegeumständen, den Belastungen, den Gesundheitszuständen, den Entlastungsmöglichkeiten und den Bewertungen sowie Zukunftsaussichten befragt worden. Angeschrieben wurden 6.996 Personen, 1.932 Hauptpflegepersonen haben geantwortet und 1.862 Fragebögen konnten schließlich

ausgewertet werden (Ausschöpfungsquote: knapp 27 Prozent). Alle Ergebnisse sind hochgerechnet auf eine Projektion der häuslich versorgten Pflegebedürftigen mit einer Hauptpflegeperson im Dezember 2017.

Pflegebedürftige mit mindestens einer Pflegeperson

Auf Basis der Pflegestatistik von 2015 und den Auswertungen der BARMER-Daten konnte die Zahl der Pflegebedürftigen mit einer Hauptpflegeperson für das Ende des Jahres 2017 projiziert werden. Aus den BARMER-Daten wurden die Zuwachsraten im Zeitraum von 2015 bis 2017 ermittelt. Diese Zuwachsraten wurden auf die Pflegestatistik von 2015 gelegt und somit die Zahl der Pflegebedürftigen für Ende 2017 projiziert. Bei einer angenommenen Quote von 93 Prozent der häuslich versorgten Pflegebedürftigen mit einer Hauptpflegeperson ergibt sich für Dezember 2017 folgende Verteilung an Pflegebedürftigen mit einer Hauptpflegeperson: Im Dezember 2017 wurden rund 1,48 Millionen Frauen und Mädchen (= 59,9 Prozent) sowie 0,99 Millionen Männer und Jungen (= 40,1 Prozent) durch Hauptpflegepersonen versorgt. Insgesamt waren 1,18 Millionen von ihnen 80 Jahre und älter (= 47,8 Prozent), aber auch 334.000 (= 13,5 Prozent) jünger als 50 Jahre.

Charakterisierung der Hauptpflegepersonen

Nach den Auswertungen der BARMER-Daten sind 435.000 (= 17,6 Prozent) Hauptpflegepersonen unter 50 Jahre alt und 942.000 (= 38,1 Prozent) über 70 Jahre alt. Aktuell sind nach den Auswertungen der BARMER-Daten 1,65 Millionen (= 66,7 Prozent) der 2,47 Millionen Hauptpflegepersonen weiblich.

Nur ein Drittel der Hauptpflegepersonen aus der BARMER-Versichertenbefragung 2018 hat eine Erwerbstätigkeit angegeben. Allerdings hat ein Viertel genannt, wegen der Pflege die Erwerbstätigkeit reduziert oder aufgegeben zu haben.

Pflegeaufwand und Bedarfslage

Nach der BARMER-Versichertenbefragung kümmern sich die meisten Hauptpflegepersonen, nämlich 85,0 Prozent, täglich um die pflegebedürftige Person. Davon kümmert sich die Hälfte mehr als zwölf Stunden und die andere Hälfte weniger als zwölf Stunden.

Auf Basis der BARMER-Daten ergibt sich ein Anteil von über 50 Prozent mit einer bisherigen Pflegedauer von weniger als zwei Jahren.

Die Hauptpflegeperson muss in der Regel mehrere Aufgaben (beispielsweise Medikamentenversorgung, Unterstützung beim Essen, Unterstützung bei der Mobilität, Unterstützung beim Toilettengang) übernehmen. Von den Hauptpflegepersonen übernehmen 13,1 Prozent alle elf abgefragten Aufgaben und drei Prozent keine dieser Aufgaben. Insgesamt 60,5 Prozent der Befragten haben acht oder mehr der Aufgaben übernommen. Sechs von zehn Hauptpflegepersonen wünschen sich in mindestens einem Aufgabenbereich weitere Hilfe.

Neben dieser generellen Bedarfslage gibt es auch Probleme bei der Vertretung. Nur ein Sechstel der Hauptpflegepersonen kann problemlos jemanden finden, der sich eine oder mehrere Wochen um die pflegebedürftige Person kümmert. Ein Viertel schafft dies nur mit Schwierigkeiten und deutlich mehr als die Hälfte hat gar keine Möglichkeiten, für längere Zeit eine Vertretung zu finden.

Bewertung der Angebotsstruktur

Insgesamt scheint das Unterstützungspotenzial für pflegende Angehörige noch nicht ausgereizt. Dies zeigt sich in der Summe der negativen Bewertungen bei der Nutzung der Angebote und der Verhinderung der Nutzung durch den erhöhten Aufwand und die gegebene oder nicht gegebene Angebotsstruktur.

Verhinderungspflege durch andere Personen, Betreuungs- und Haushaltshilfen – gleich, ob niedrigschwellig oder selbst finanziert – sowie die individuelle Pflegeschulung und die Beratung durch die Pflegedienste sind bei Nutzung zu über 90 Prozent positiv bewertet worden. Weniger als 80 Prozent positive Bewertungen erfuhren die psychologische Onlineberatung, die Nachtpflege, Pflegeseminare, Kurzzeitpflege und betreuter Urlaub für Pflegebedürftige und Angehörige.

Vielfach wird „kein Bedarf" oder „die Leistung ist unbekannt" als Begründung dafür genannt, entsprechende Angebote nicht zu nutzen. Häufig gibt es aber andere Gründe

wie „geringe Qualität", „zu teuer", „kein Angebot", „zu viel Organisation" oder es „passt zeitlich nicht". Hier wird ein Bedarf deutlich, der aber aus Gründen der Angebotsstruktur oder des Aufwands nicht befriedigt werden kann. Dies betrifft bei der Tagespflege rund 378.000 (= 15,3 Prozent), beim Pflegedienst 188.000 (= 7,6 Prozent), bei der Kurzzeitpflege 437.000 (= 17,7 Prozent) und bei den niedrigschwelligen Betreuungs- und Haushaltshilfen 379.000 (= 15,3 Prozent) der Hauptpflegepersonen.

Belastungen

Zur Erfassung der Belastungen sind in der BARMER-Versichertenbefragung 2018 neun Items abgefragt worden. Von den Hauptpflegepersonen kommen 87,5 Prozent nach eigenen Angaben meistens oder immer gut mit der Pflege zurecht. Dennoch bekommt ein Großteil nicht genug Schlaf (38,0 Prozent), fühlen sich 29,9 Prozent der Hauptpflegepersonen in der Rolle als Pflegender gefangen, ist jedem Fünften (20,4 Prozent) die Pflege häufig zu anstrengend, wirkt bei 22,7 Prozent die Pflege negativ auf die Freundschaftsverhältnisse und hat jeder Fünfte (18,8 Prozent) Zukunfts- und Existenzängste.

Erkrankungen

Die Hauptpflegepersonen sind nicht nur kränker als Personen, die nicht pflegen, es lässt sich auch die Wirkung der Pflege nachweisen. Nach den Auswertungen der BARMER-Daten sind 48,7 Prozent der Hauptpflegepersonen zum Ende des Jahres 2017 von psychischen Leiden betroffen. Fünf Jahre zuvor waren nur 39,6 Prozent derselben Population betroffen. Eine nach Alter und Geschlecht strukturgleiche Vergleichspopulation von nicht pflegebedürftigen und nicht pflegenden Versicherten war Ende 2017 zu 42,5 Prozent und fünf Jahre zuvor zu 36,7 Prozent betroffen. Während der Anstieg in der Vergleichsgruppe nur 5,7 Prozentpunkte beträgt, liegt dieser bei den Hauptpflegepersonen bei 9,1 Prozentpunkten. Die Hauptpflegepersonen sind also nicht nur kränker, sie sind auch kränker geworden. Mit dem höheren Anstieg der Erkrankungsrate kann daher einem Argument der Selbstselektion entgegengetreten werden.

Mit der Aufnahme der Pflege ist eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer Belastungsstörung verbunden. Diese verringert sich mit der Pflegedauer. Stattdessen werden aber andere Erkrankungen wahrscheinlicher. Pflege bedeutet also zunächst bei der

Übernahme Stress. Im Verlauf der Zeit kann es durch die Erfahrung zur Reduktion der Belastungsstörungen kommen. Ansonsten korreliert eine längere Pflegedauer mit einer schlechteren Gesundheit.

Insgesamt wirkt die Pflege mehr auf die psychischen Leiden als auf die körperlichen Leiden. Bei den psychischen Störungen insgesamt liegen die Steigerungen von 2012 bis 2017 um 3,4 Prozentpunkte höher als in der Vergleichsgruppe, bei den muskuloskelettalen Erkrankungen liegen die Steigerungen „nur" um 0,3 Prozentpunkte höher.

Zusammenhang von Belastung, Krankheit und Unterstützungsleistungen

Unterstützungsleistungen werden insgesamt etwas mehr von den höher belasteten und kränkeren Hauptpflegepersonen genutzt. Im Vergleich der Gesünderen mit den Kranken und den Belasteten mit den weniger Belasteten zeigte sich aber eine relativ konstante Zahl an Nutzern mit positiver Bewertung. Die höhere Zahl an höher belasteten und kränkeren Nutzern ist auch mit einer höheren Zahl an schlechten Bewertungen verbunden. Beispielsweise steigt mit einer höheren Belastung und mit einem schlechteren Gesundheitszustand der Anteil der Nutzer der Kurzzeitpflege mit nachfolgend schlechter Bewertung (4,7 Prozent bei schlechter Gesundheit zu 3,0 Prozent bei guter Gesundheit).

Keinen Bedarf zu haben oder die Leistungen nicht zu kennen, wird mit höherer Belastung und schlechterem Gesundheitszustand unwahrscheinlicher. Das heißt, die Notwendigkeit und die Bereitschaft, sich zu informieren, steigt auch mit der Belastung und der Verschlechterung der Gesundheit. Am Beispiel der Kurzzeitpflege zeigt sich mit einer höheren Belastung und mit einem schlechteren Gesundheitszustand ein geringerer Anteil derer, die keinen Bedarf an der Kurzzeitpflege haben oder diese nicht kennen. Bei guter Gesundheit sehen 69,8 Prozent keinen Bedarf, kennen die Leistung nicht oder haben überhaupt keinen Kommentar dazu gegeben. Bei schlechter Gesundheit liegt der Anteil nur bei 58,3 Prozent. Mit den Belastungen und dem schlechten Gesundheitszustand steigt aber der Anteil derer, die die Kurzzeitpflege gern nutzen würden, aber aus verschiedenen Hinderungsgründen das nicht können. Von den Gesünderen würden 14,0 Prozent und von den weniger Gesunden 23,2 Prozent gern die Kurzzeitpflege nutzen, werden aber aus verschiedenen Gründen daran gehindert.

Es wird über die Gesamtheit der Leistungsangebote deutlich, dass die höher belasteten und kränkeren Pflegenden eher unzufrieden mit der Leistung sind und häufiger die Leistungen nicht nutzen können, weil verschiedene Hinderungsgründe im Weg stehen.

Weitere Pflegebereitschaft

Aus der BARMER-Versichertenbefragung 2018 ergibt sich eine Gesamtzahl von mindestens 185.000 Hauptpflegepersonen, die kurz davorstehen, die Pflege einzustellen. Von den Hauptpflegepersonen wollen 6,6 Prozent nur dann noch die Pflege fortsetzen, wenn sie mehr Unterstützung bekommen, und 0,8 Prozent zeigen gar keine Bereitschaft mehr. Der Anteil derer, die kurz vor der Aufgabe stehen, kann noch deutlich höher liegen, denn von 11,9 Prozent der Hauptpflegepersonen liegen dazu keine Angaben vor.

Zukunftswünsche der Hauptpflegepersonen

Vier Dinge werden häufig „sehr" von den Hauptpflegepersonen gewünscht: Weniger Bürokratie bei der Antragstellung (59,0 Prozent), bei Fragen immer dieselbe Fachkraft kontaktieren zu können (56,2 Prozent), bessere Aufklärung über die Leistungen der Pflegeversicherung (48,8 Prozent) und mehr Informationen darüber, woher man Hilfe bekommen kann (41,3 Prozent). Am wichtigsten ist ihnen dabei aber die Verringerung der Bürokratie (37,7 Prozent „am wichtigsten") und die Aufklärung über die Leistungen der Pflegeversicherung (36,3 Prozent). Mehr Wünsche werden allerdings von denen geäußert, die auch schon bei den Fragen zu den einzelnen Aufgaben mehr Hilfebedarf geäußert haben. Für diesen Personenkreis ist es dann auch häufig am wichtigsten zu erfahren, woher man Hilfe bekommt (38,9 Prozent).

Einleitung

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

In diesem Pflegereport wird über die Entwicklung im Zeitraum bis in das Jahr 2018 in allen drei Dimensionen berichtet: Kapitel 1 widmet sich der Regulierung. Nachdem die Zahlen für das Jahr 2017 inzwischen vorliegen, ist es erstmals möglich, die Folgen der großen Pflegereform nicht nur zu modellieren, sondern tatsächlich zu messen. In Bezug auf die zukünftigen Entwicklungen können darüber hinaus die Ergebnisse des Koalitionsvertrags diskutiert werden. Kapitel 2 beschäftigt sich mit der Leistungserbringung und Finanzierung. Anders als im Gesundheitssystem wird die Leistungsberechtigung nicht bei jedem Leistungsbezug einzeln (durch die Anbieter) festgelegt, sondern generalisiert durch die Pflegebegutachtung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) oder durch andere unabhängige Gutachter beziehungsweise von Medicproof, dem funktionalen Pendant für die Private Pflegepflichtversicherung, festgestellt. Kapitel 2 gibt daher zunächst Auskunft über die Zahl der Pflegebedürftigen und deren Struktur sowie die Inanspruchnahme von Leistungen. Leistungsinanspruchnahme setzt aber ein entsprechendes Leistungsangebot voraus, das gleichfalls beschrieben wird. Hierbei wird nur auf die formellen Pflegeeinrichtungen eingegangen, die sich wiederum in ambulante und stationäre Anbieter

untergliedern lassen, da die informelle Pflege Gegenstand des Schwerpunktkapitels ist. Schließlich wird im Kapitel 2 die Finanzierung der Leistungen der Langzeitpflege und die Aufteilung der Ausgaben auf die verschiedenen Finanzierungsträger thematisiert. Im Kapitel 3 wird dann der Rahmen der Routineberichterstattung verlassen und das Schwerpunktthema behandelt: die Gesundheit pflegender Angehöriger. Zur Beurteilung der gesundheitlichen Auswirkungen von Pflege werden zunächst die Umstände beschrieben, unter denen gepflegt wird. Dabei geht es sowohl um die eigene Situation der pflegenden Angehörigen, das Umfeld, die Anforderungen durch den Hilfebedarf der Pflegebedürftigen als auch um die Nutzung der im Rahmen der Pflegeversicherung angebotenen Unterstützungsleistungen. Um die Unterstützungsleistungen hinsichtlich ihres Nutzens für die Pflege und ihrer Auswirkung auf den eigenen Gesundheitszustand zu bewerten, wurde zudem eine Befragung pflegender Angehöriger durchgeführt, deren Ergebnisse in diesem Kapitel vorgestellt werden. Der Report schließt mit einem Anhang, in dem insbesondere die verwendeten Datenquellen und Methoden referiert werden (Kapitel I).

Kapitel 1

Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2017/2018

1 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2017 / 2018

In der letzten Legislaturperiode wurden die drei Pflegestärkungsgesetze (PSG) verabschiedet, die zusammen mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) die größte Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung mit sich bringen. Diese Reform und insbesondere ihr im Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) enthaltener Kern wurden schon im Vorfeld als sehr „großzügig" (Rothgang und Kalwitzki 2015) und – spiegelbildlich dazu – auch als sehr „teuer" (Rothgang et al. 2016a) charakterisiert. Aussagen zu den Auswirkungen dieser Reform beruhten bisher aber auf Modellrechnungen, da die zentralen Regelungen des PSG II erst am 1. Januar 2017 in Kraft getreten sind. Nunmehr liegen dagegen Daten für das Jahr 2017 vor, sodass die Reformfolgen anhand der tatsächlichen Ausgaben- und Inanspruchnahmedaten beschrieben werden können (Kapitel 1.1).

Auch wenn mit dieser Reform durch die Erweiterung des zu engen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein zentraler Geburtsfehler der Pflegeversicherung behoben wurde, besteht auch weiterhin Reformbedarf – insbesondere in Bezug auf bereits bestehende und sich in Zukunft noch verschärfende Personallücken in der Pflege. Hierzu hat sich die neue Bundesregierung im Koalitionsvertrag positioniert. Im Kapitel 1.2 wird daher diskutiert, inwieweit die vorgesehenen Maßnahmen Erfolg versprechend und welche darüber hinausgehenden Maßnahmen notwendig sind.

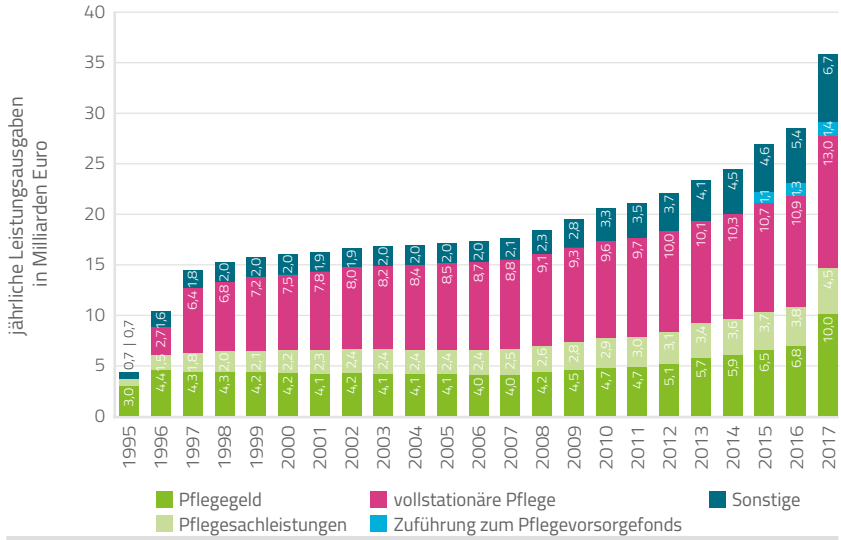
1.1 Auswirkungen der Pflegereform

Ein Jahr nach Inkrafttreten der entscheidenden Regelungen des PSG II kann nun geprüft werden, welche Finanzeffekte der Reform für die Soziale Pflegeversicherung (SPV) (Kapitel 1.1.1) und die Sozialhilfe (Kapitel 1.1.2) zu verzeichnen sind und wie sich Heimentgelte und Eigenanteile entwickelt haben (Kapitel 1.1.3). Gleichzeitig können erste Hinweise darauf gewonnen werden, wie die durch die Pflegereform geschaffenen neuen Anreizstrukturen auf das Inanspruchnahmeverhalten wirken (Kapitel 1.1.4) und welche Entlastungswirkungen auf Angehörige erkennbar sind (Kapitel 1.1.5).

1.1.1 Auswirkungen auf die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung

Die differenziellen Mehrausgaben des PSG II wurden im Pflegereport 2016 – unter der Annahme eines unveränderten Inanspruchnahmeverhaltens der Pflegebedürftigen – auf mehr als sieben Milliarden Euro geschätzt (Rothgang et al. 2016a: 50). Damit wurden die tatsächlichen Ausgabensteigerungen sehr präzise vorausberechnet.

Abbildung 1.1: Entwicklung der Leistungsausgaben der Sozialen Pflegeversicherung



Quelle: BMG (2018a), basierend auf der Finanzstatistik der Pflegekassen PV 45
Anmerkung: Die Ausgaben für Kombinationsleistungen werden in dieser Statistik anteilig dem Pflegegeld und den Pflegesachleistungen zugerechnet.

Wie die Abbildung 1.1 zeigt, sind die Leistungsausgaben von 2016 auf 2017 um 7,25 Milliarden Euro gestiegen (vergleiche hierzu und für die folgenden Werte auch Tabelle 2.12). Hierin enthalten sind allerdings nicht nur die reformbedingten Ausgabensteigerungen, sondern auch die Ausgabensteigerungen, die sich bei unverändertem Leistungsrecht allein aufgrund der demografischen Entwicklung ergeben hätten. Im Zeitraum vom Jahr 2000 (nach Ausklingen der Einführungsphase) bis zum Jahr 2007 (dem letzten Jahr vor der Reformkaskade), als die Steigerungen im Wesentlichen demografisch bedingt waren,

lag die durchschnittliche jährliche Steigerungsrate der Leistungsausgaben bei 1,4 Prozent (geometrisches Mittel), was bezogen auf den Wert vom Jahr 2016 einem Betrag von rund 400 Millionen Euro entspricht. Wird dieser Betrag von den tatsächlichen Ausgabensteigerungen abgezogen, ergibt sich eine durch das PSG II bedingte Steigerung der Leistungsausgaben von knapp sieben Milliarden Euro. Auch bei der anteiligen Finanzierung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und den Verwaltungsausgaben ergeben sich Mehrausgaben, und zwar von insgesamt 190 Millionen Euro, die weit überwiegend reformbedingt sind. Wird analog zu den Leistungsausgaben eine Aufspaltung vorgenommen, ergeben sich reformbedingte Mehrausgaben von 170 Millionen Euro und demografiebedingte Mehrausgaben von 20 Millionen Euro.

Die Einnahmen liegen im Jahr 2017 dagegen nur vier Milliarden Euro höher als im Jahr 2016. Auch hier kann zwischen den reformbedingten Effekten und den sonstigen Effekten, insbesondere dem Wachstum der Grundlohnsumme unterschieden werden. Im Jahr 2017 hat sich der Beitragssatz um 0,2 Beitragssatzpunkte erhöht. Dies entspricht Beitragsmehreinnahmen von knapp 2,8 Milliarden Euro – die übrigen Mehreinnahmen von 1,2 Milliarden Euro sind der guten Konjunktur und einem entsprechenden Grundlohnsummenwachstum von 3,8 Prozent geschuldet.

reformbedingtes Defizit der Sozialen Pflegeversicherung von 4,2 Mrd. €

Werden die reformbedingten Einnahmen- und Ausgabensteigerungen verglichen, ergibt sich ein reformbedingtes Defizit von 4,25 Milliarden Euro (Tabelle 1.1). Die Tatsache, dass das tatsächliche Defizit nur bei 2,42 Milliarden Euro liegt, ist darauf zurückzuführen, dass die Pflegeversicherung 2016 noch einen Überschuss von 1,03 Milliarden Euro aufgewiesen und die Steigerung der Grundlohnsumme zu Beitragsmehreinnahmen von 1,2 Milliarden Euro geführt hat, die deutlich über der demografiebedingten Steigerung der Leistungsausgaben von 400 Millionen Euro gelegen hat (Tabelle 1.1).

Wie die bislang vorliegenden Rechnungsergebnisse für das Jahr 2018 zeigen, ist davon auszugehen, dass das Defizit 2018 und auch in den Folgejahren jeweils bei mehr als drei Milliarden Euro liegen wird. Auch bei einem Kassenbestand von 6,92 Milliarden Euro am Jahresende 2018 ist damit absehbar, dass der Beitragssatz noch in dieser Legislaturperiode angehoben werden muss, um zu gewährleisten, dass die gesetzlich vorgeschrie-

bene Mindestrücklage vorhanden ist. Ausgabensteigerungen aufgrund verbesserter Personalausstattungen der Pflegeeinrichtungen und/oder höherer Löhne und Gehälter für Pflegekräfte (vergleiche Kapitel 1.2) sind dabei noch nicht berücksichtigt.

Tabelle 1.1: Veränderung der Einnahmen, Ausgaben und Liquidität der Sozialen Pflegeversicherung im Vergleich von 2016 und 2017

Nummer	Posten	in Milliarden Euro
(1)	reformbedingte Leistungsmehrausgaben	6,85
(2)	demografiebedingte Leistungsmehrausgaben	0,40
(3) = (1) + (2)	Leistungsmehrausgaben	7,25
(4)	reformbedingte Verwaltungsmehrausgaben	0,17
(5)	sonstige Verwaltungsmehrausgaben	0,02
(6) = (4) + (5)	Verwaltungsmehrausgaben	0,19
(7)	Zuführung zum Pflegevorsorgefonds	0,07
(8) = (1) + (2) + (4) + (5) + (7)	Mehrausgaben 2017	7,52
(9)	reformbedingte Beitragsmehreinnahmen	2,77
(10)	sonstige Mehreinnahmen	1,30
(11) = (9) + (10)	Mehreinnahmen 2017	4,07
(12) = (1) + (4) – (9)	reformbedingtes Defizit	4,25
(13)	Überschuss 2016	1,03
(14) = (10) – (2) – (5) – (7)	nicht reformbedingter Überschuss 2017	0,81
(15) = (12) – (13) – (14)	tatsächliches Defizit 2017	2,42

Quelle: eigene Berechnungen basierend auf Tabelle 2.12
Anmerkung: Die Aufteilung der Mehreinnahmen und -ausgaben in Effekte des PSG II und andere Effekte erfolgt gemäß der im Text dargelegten Annahmen.

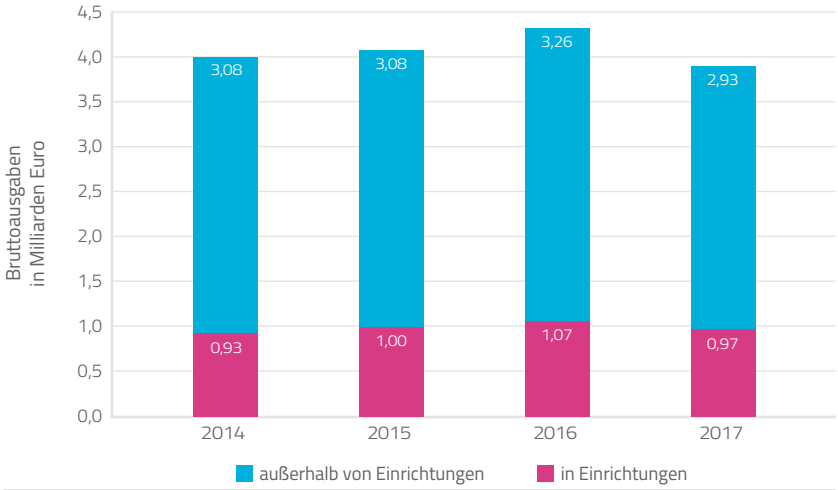
tatsächliches Defizit der Sozialen Pflegeversicherung „nur" bei 2,4 Mrd. €

1.1.2 Auswirkungen auf die Sozialhilfe

In den Stellungnahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Träger der Sozialhilfe (Ausschuss-Drucksache 18[14]0204[42]) und des Bundesrates (Bundestagsdrucksache 18/9518) zur Anhörung des PSG III im Gesundheitsausschuss am 17. Oktober 2016 wurde die Befürchtung geäußert, dass die Sozialhilfeausgaben für „Hilfe zur Pflege" aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im PSG II und seiner Übernahme auch für die Sozialhilfe im PSG III zu erheblichen Mehrausgaben der Sozialhilfeträger führen würden. Im Pflegereport 2016 wurden diese Abschätzungen kritisch bewertet (Rothgang et al. 2016a: 51 ff.). Tatsächlich zeigen die nunmehr vorliegenden Daten für das Jahr 2017, dass die Bruttoausgaben für „Hilfe zur Pflege" um 9,8 Prozent zurückgegangen sind, von 4,33 Milliarden Euro im Jahr 2016 auf 3,90 Milliarden Euro im Jahr 2017 (Abbildung 1.2). Dabei sind die (Brutto-)Ausgaben für „Hilfe zur Pflege" außerhalb von Einrichtungen (-10 Prozent) sogar noch etwas stärker zurückgegangen als die „Hilfe zur Pflege" innerhalb von Einrichtungen (-9 Prozent).

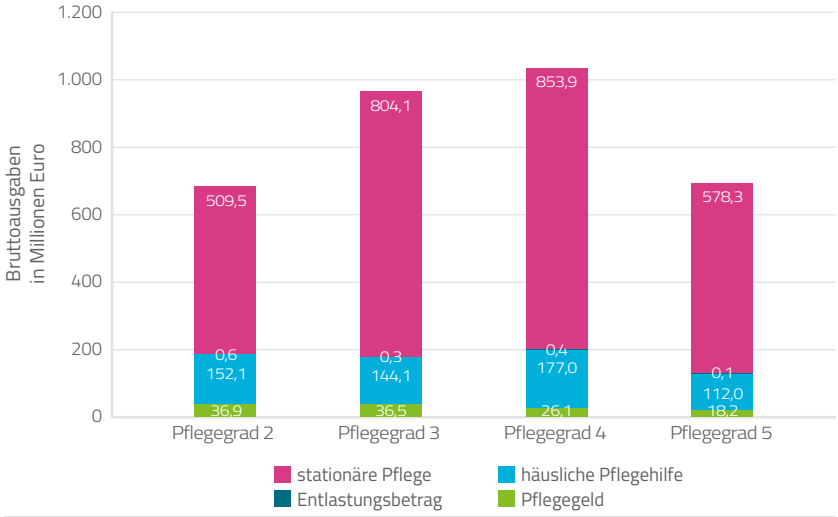
Bruttoausgaben für „Hilfe zur Pflege" 2017 zurückgegangen

Abbildung 1.2: Bruttoausgaben der Sozialhilfe für Pflege 2014 bis 2017 innerhalb und außerhalb von Einrichtungen



Quelle: Statistisches Bundesamt (2018f)

Abbildung 1.3: Bruttoausgaben der Sozialhilfe 2017 nach Leistungsart und Pflegegrad



Quelle: Statistisches Bundesamt (2018e)

Für vier Leistungsarten werden die Leistungen in der Sozialhilfestatistik nach Pflegegraden differenziert ausgewiesen (Abbildung 1.3). Die differenzierten Pflegegrade sind diejenigen, nach denen Anspruch auf häusliche Pflegehilfe und stationäre Pflege besteht. Dabei zeigt sich, dass die Ausgaben in Pflegegrad 3 höher sind als in Pflegegrad 2 und in Pflegegrad 4 höher als in Pflegegrad 3. Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 sind die Ausgaben dagegen ähnlich hoch wie in Pflegegrad 2.

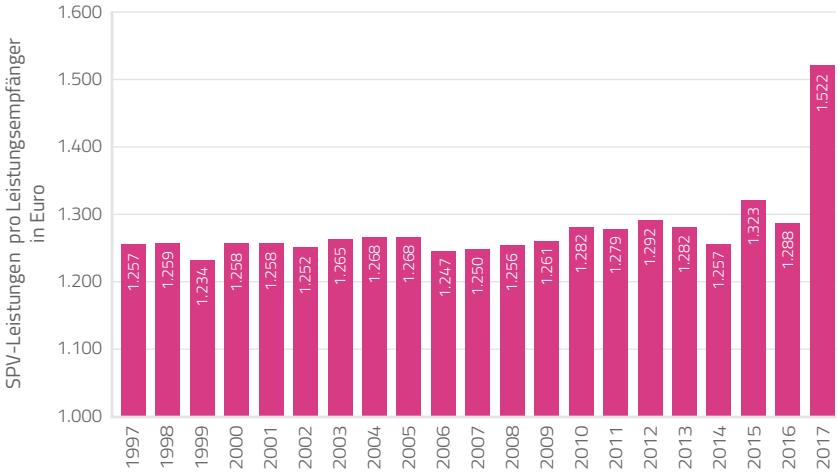
1.1.3 Auswirkungen auf die Heimentgelte und Eigenanteile

Während die Leistungen in häuslicher Pflege für fast alle Pflegebedürftigen gestiegen sind (Rothgang et al. 2015: 41 ff.), sind die Effekte für die vollstationäre Pflege weniger eindeutig. Der Besitzstandsschutz des § 141 SGB XI sorgt zwar dafür, dass sich die Eigenanteile für die „Altfälle" nicht erhöhen können, für „Neufälle" hingegen kann der Eigenanteil auch höher liegen, als er nach altem Recht gelegen hätte (Rothgang et al. 2017: 27 ff.).

Leistungsausgaben der SPV für vollstationäre Pflege um 2,1 Mrd. € erhöht

Insgesamt haben sich die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für vollstationäre Pflege im Jahr 2017 im Vergleich zu 2016 um 2,1 Milliarden Euro erhöht. Das entspricht einer Steigerung von 18,2 Prozent des Wertes für das Jahr 2016. Da die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege gleichzeitig nur um 5.889 Personen (= 0,8 Prozent des Ausgangswertes) gestiegen ist (jeweils Jahresdurchschnittswerte berechnet aus den Leistungstagen), haben sich die monatlichen Pro-Kopf-Leistungen um 234 Euro von 1.288 Euro auf 1.522 Euro erhöht (Abbildung 1.4). Wie die Abbildung zeigt, gab es auch im Zeitraum von 1997 bis 2007 Schwankungen der Pro-Kopf-Leistungen, die – bei unveränderten SPV-Leistungshöhen – auf Schwankungen der Pflegestufenstruktur zurückzuführen sind. Die Leistungsdynamisierungen für die Pflegestufe III zum 1. Juli 2008 sowie zum Jahresbeginn 2010 und 2012 haben zu geringen Anstiegen der Pro-Kopf-Leistungen geführt, die im PSG I enthaltene Leistungsdynamisierung für alle Pflegestufen zum Jahresanfang 2015 hat dann schon einen deutlicheren Effekt. Einen wirklichen Sprung der durchschnittlichen Leistungsbeträge pro Leistungsempfänger hat aber nur das PSG II ausgelöst.

Abbildung 1.4: Durchschnittliche SPV-Leistungen pro Leistungsempfänger in vollstationärer Pflege



Quelle: BMG (2018a), basierend auf der Finanzstatistik der Pflegekassen PV 45, BMG (2018c), basierend auf der Leistungstagestatistik PG 1

Eigenanteil für Pflegekosten durch die Reform kaum gesunken

Für die Entwicklung der Eigenanteile sind jedoch nicht nur die durchschnittlichen Leistungen der Pflegeversicherung entscheidend, sondern zudem auch die Entwicklung der Pflegesätze. Die Tabelle 1.2 enthält die nach Pflegestufen differenzierten bundesdurchschnittlichen Pflegesätze (nur pflegebedingte Kosten), die sich daraus nach Abzug der jeweiligen Leistungssätze der SPV ergebenden Eigenanteile und die Belegungsanteile jeweils zum Jahresende. Der in der rechten Spalte ausgewiesene durchschnittliche Eigenanteil ergibt sich dann als gewichteter Mittelwert der Eigenanteile der Pflegestufen I bis III mit den Belegungsanteilen als Gewichte.

Die Tabelle zeigt, dass sich der durchschnittliche Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten im Beobachtungszeitraum der Pflegestatistik von 1999 bis 2015 mehr als verdoppelt hat. Für den Zeitraum vor dem Jahr 1999 liegen in der Pflegestatistik keine Werte vor. Hilfsweise kann hier auf Daten aus Nordrhein-Westfalen zurückgegriffen werden (Tabelle 1.3). Der nordrhein-westfälische Eigenanteil war 1999 (und auch in den Folgejahren) höher als der bundesdurchschnittliche. Innerhalb des Landes wiederum ist er im Landesteil Rheinland höher als in Westfalen-Lippe (Augurzky et al. 2008). Es kann daher

davon ausgegangen werden, dass der in der Tabelle 1.3 für das Jahr 1966 ausgewiesene durchschnittliche Eigenanteil im Rheinland höher liegt als der bundesdurchschnittliche. Bei Einführung der Pflegeversicherung haben die Versicherungsleistungen demnach ausgereicht, um die durchschnittlichen Pflegesätze zu finanzieren.

Tabelle 1.2: Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten in vollstationärer Pflege 1999 bis 2017

	pflegebedingte Kosten in Euro/Monat			Eigenanteil an pflegebedingten Kosten in Euro/Monat			Belegungsanteile in Prozent			ø Eigenanteil (Euro/Monat)
Jahr	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	
1999	1.156	1.521	1.977	133	242	545	32	45	23	277
2001	1.186	1.582	2.008	163	303	576	33	45	22	316
2003	1.247	1.673	2.099	224	394	667	34	45	21	394
2005	1.277	1.702	2.128	254	423	696	35	44	21	422
2007	1.307	1.733	2.158	284	454	726	36	43	21	449
2009	1.362	1.792	2.249	339	513	779	38	42	20	502
2011	1.369	1.811	2.278	346	532	768	39	41	20	507
2013	1.414	1.875	2.365	391	596	815	39	41	20	560
2015	1.490	1.973	2.485	426	643	873	40	40	20	602
2017										587

Quelle: Rothgang et al. (2017: 29); Statistisches Bundesamt (2002, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013, 2016, 2017c)

Tabelle 1.3: Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten in vollstationärer Pflege 1996 bis 1999

	Pflegevergütung in Euro/Monat			Eigenanteil an Pflegevergütung in Euro/Monat			Belegungsanteile in Prozent			ø Eigenanteil (Euro/Monat)
Jahr	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	
1996 RL	906	1.268	1.903	-117	-10	471	30	46	25	77
1998 RL	976	1.363	2.037	-47	85	605	30	46	25	174
1999 NRW	1.156	1.582	2.281	133	303	850	30	46	25	388
1999 Bund	1.156	1.521	1.977	133	242	545	32	45	23	277

Quelle: Roth und Rothgang (1999); Statistisches Bundesamt (2002: 13); eigene Berechnungen
Anmerkung: RL = Rheinland; Die für 1999 in NRW erhobenen Belegungsanteile wurden in den Berechnungen auch für das Rheinland für die Jahre 1996 und 1998 zugrunde gelegt. Die Werte für 1996 beziehen sich auf den 30. Juni, die für 1998 auf den 1. Januar und die für 1999 auf den 15. Dezember.

Schon bis zum Jahr 1999 sind erhebliche Steigerungen der Pflegesätze zu verzeichnen, bedingt auch durch die Vergütungsumstellung nach Artikel 49a PflegeVG (Tabelle 1.3), und bis zum Jahr 2015 sind die Eigenanteile dann – bedingt durch die fehlende beziehungsweise unzureichende Leistungsdynamisierung der Pflegeversicherung – auf 600 Euro im Monat gestiegen (Tabelle 1.2).

Basierend auf den Werten von mehr als 11.129 Einrichtungen wurde im letztjährigen Pflegereport für den Mai 2017 ein monatlicher einrichtungseinheitlicher Eigenanteil von 587 Euro berechnet (Rothgang et al. 2017: 29), der lediglich 15 Euro unter dem Wert für Dezember 2015 liegt. Das PSG II hat somit nur zu einem geringen Rückgang des Eigenanteils geführt, der inzwischen bereits wieder aufgezehrt wurde. Das zeigt sich auch in der Tabelle 1.4, die die Entwicklung der Heimentgelte und Eigenanteile auf Quartalsbasis wiedergibt. Die Werte beruhen dabei auf 10.071 Einrichtungen. Spezialeinrichtungen sind dabei – anders als im letztjährigen Pflegereport – ausgeschlossen worden. Dies führt dazu, dass der ausgewiesene monatliche Eigenanteil für Pflegekosten für das vierte Quartal 2015 beziehungsweise das erste Quartal 2016 mit 519 Euro beziehungsweise 533 Euro deutlich niedriger ist als der Wert von 602 Euro, der sich auf Basis der Pflegestatistik für den 31. Dezember 2015 errechnen lässt (Tabelle 1.2). Entsprechend ist auch der einrichtungseinheitliche Eigenanteil für das zweite Quartal 2017 deutlich niedriger als der im letztjährigen Pflegereport errechnete Wert für Mai 2017.

Gut erkennbar ist in der Tabelle 1.4 aber die Entwicklung: Zunächst führt das PSG II zu einer Einnahmensteigerung der Einrichtungen. Im ersten Quartal 2017 liegen die Gesamtheimentgelte um 66 Euro über denen des vierten Quartals 2016. In keinem anderen Quartal in dem Beobachtungsfenster gab es eine vergleichbare Erhöhung. Zum zweiten ist der monatliche durchschnittliche Eigenanteil vom letzten Quartal 2016 zum ersten Quartal 2017 um 36 Euro zurückgegangen. Gemeinsam mit den Reduktionen bei Unterkunft und Verpflegung ergibt sich eine durchschnittliche monatliche Entlastung von 90 Euro, die sich durch die gestiegenen Investitionskosten allerdings wieder auf durchschnittlich rund 70 Euro reduziert. Rund die Hälfte der Mehrausgaben der Pflegeversicherung von monatlich 167 Euro verbleibt im ersten Quartal 2017 somit als Entlastung bei den Pflegebedürftigen. Diese Entlastung ist aber nur kurzfristiger Natur. Bereits im ersten Quartal

2018 übersteigen die vom Pflegebedürftigen aufzubringenden Eigenanteile wieder den Wert des letzten Quartals 2016, und im zweiten Quartal liegt auch der vom Pflegebedürftigen aufzubringende Teil des Gesamtheimentgelts (einrichtungseinheitlicher Eigenanteil zuzüglich Entgelt für Unterkunft und Verpflegung zuzüglich gesondert in Rechnung gestellte Investitionskosten) wieder über dem Wert vor Inkrafttreten des PSG II im vierten Quartal 2016. Eine nachhaltige Entlastung bei den selbst aufzubringenden Kosten hat das PSG II für die Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege somit nicht gebracht.

Tabelle 1.4: Entwicklung von Einnahmekomponenten für Pflegeheime

Quartale	ø Eigenanteil oder einrichtungseinheitlicher Eigenanteil	Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten	ø Leistung nach § 43 SGB XI	Gesamt
	in Euro					
1/2015	483	402	315	436	1.272	2.907
2/2015	493	404	317	436	1.272	2.922
3/2015	510	406	319	437	1.272	2.944
4/2015	519	408	323	438	1.272	2.959
1/2016	533	412	329	439	1.267	2.979
2/2016	546	414	332	439	1.267	2.998
3/2016	559	416	334	440	1.267	3.017
4/2016	584	419	337	440	1.267	3.047
1/2017	548	417	284	461	1.404	3.113
2/2017	553	418	284	461	1.404	3.119
3/2017	562	425	285	462	1.404	3.137
4/2017	575	427	287	462	1.404	3.154
1/2018	591	430	287	463	1.404	3.175
2/2018	602	431	289	464	1.404	3.189

Quelle: eigene Berechnungen basierend auf den Daten von 10.071 vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß Angaben im Pflegelotsen, freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom vdek
Anmerkung: Zur Berechnung für den Zeitraum von 1999 bis 2015 wurden die Angaben zu Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten aus dem letztjährigen Pflegereport (Rothgang et al. 2017: 139) zu den durchschnittlichen Eigenanteilen aus Tabelle 1.2 addiert. Für die resultierende Zeitreihe wurde das geometrische Mittel berechnet.

Inzwischen liegt der Eigenanteil höher als vor der Reform.

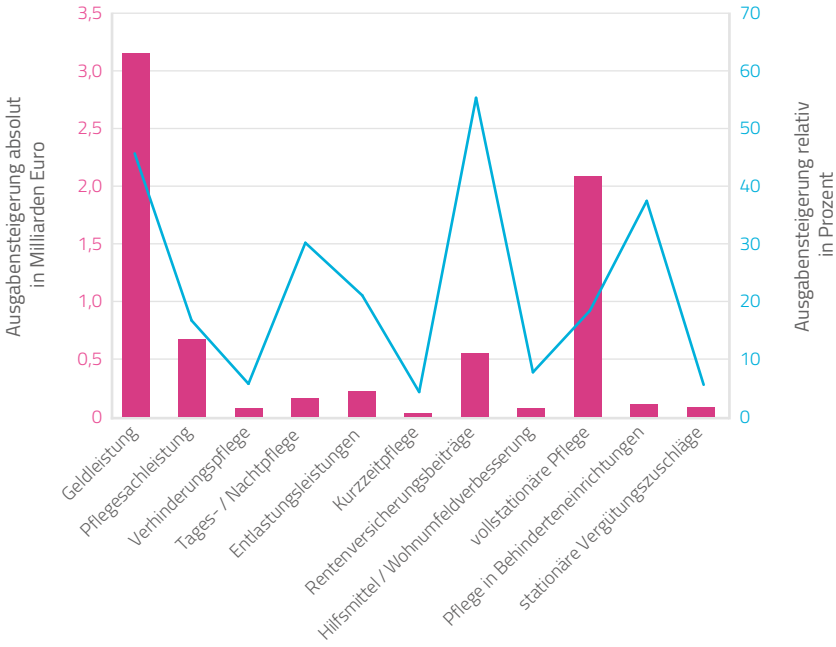
1.1.4 Auswirkungen auf die Inanspruchnahme

Wie die Abbildung 1.5 zeigt, unterscheiden sich die Reformfolgen je nach Leistungsart. Die höchste absolute Ausgabensteigerung weist das Pflegegeld auf, für das im Jahr 2017 Mehrausgaben von 3,15 Milliarden Euro zu verzeichnen sind. Mit einem Zuwachs von 46 Prozent gegenüber dem Wert für das Jahr 2016 sind die Ausgaben für Pflegegeld auch in Relation zum Ausgangswert sehr stark gestiegen. Die zweithöchste Ausgabensteigerung

(2,1 Milliarden Euro) gibt es bei der vollstationären Pflege. Allerdings liegen die Ausgaben hier „nur" 19 Prozent über denen des Vorjahres. Die nächsthöchsten absoluten Zuwächse zeigen sich bei den Ausgaben für Sachleistungen (0,67 Milliarden Euro) und für die soziale Sicherung von Pflegepersonen, also den Beitragszahlungen an die Rentenversicherung (0,55 Milliarden Euro). In Relation zum Ausgangswert ist diese Steigerung bei den Pflegesachleistungen aber noch moderat (17 Prozent im Vergleich zu 26 Prozent für die Leistungsausgaben insgesamt), während die relative Ausgabensteigerung bei den Rentenversicherungsbeiträgen einen Höchstwert von 56 Prozent erreicht.

Abbildung 1.5: Ausgabensteigerung für Hauptleistungsarten 2017

3,15 Mrd. € mehr Pflegegeld, nur 0,67 Mrd. € mehr für Pflegesachleistungen



Quelle: BMG (2018a)

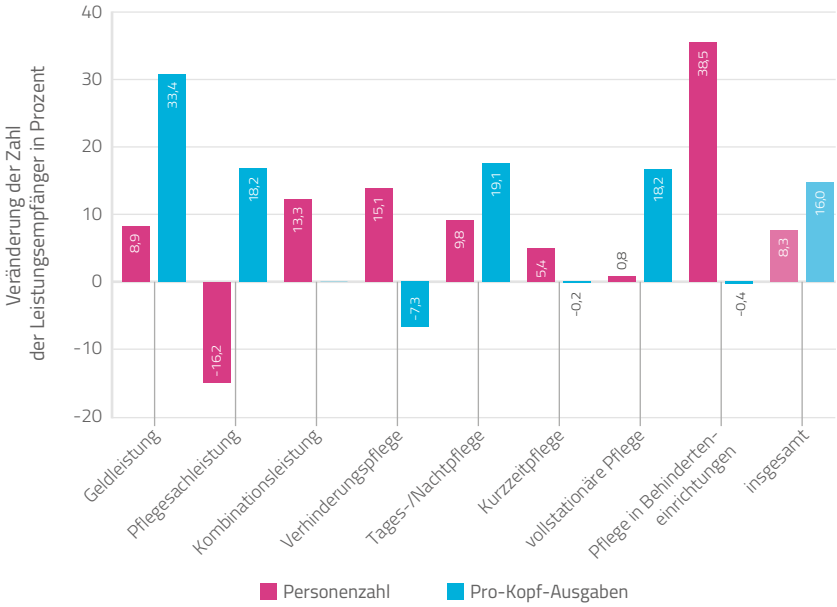
Werden neben den Ausgabensteigerungen auch die Fallzahlsteigerungen betrachtet, lassen sich Preis- und Mengeneffekte unterscheiden. Überdurchschnittliche Fallzahlsteigerungen gibt es beim Pflegegeld, bei den Kombileistungen, bei der Verhinderungspflege, bei der

Tages- und Nachtpflege sowie insbesondere bei der Pflege in Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung. Unterdurchschnittliche Fallzahlsteigerungen gibt es bei Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege, sogar eine deutlich negative Fallzahlentwicklung bei Pflegesachleistungen (Abbildung 1.6). Die um absolut 30.000 sinkende Zahl der Sachleistungsempfänger wird aber durch die um 55.000 steigende Zahl der Kombileistungsempfänger überkompensiert.

Für alle Leistungsarten, bei denen die Fallzahlsteigerung geringer ausfällt als die Ausgabensteigerung, ergeben sich steigende Pro-Kopf-Ausgaben. Allerdings liegen für die Kombinationsleistungen keine Angaben zu den Ausgaben vor, da diese anteilig den Sach- und den Pflegegeldleistungen zugeordnet werden. Die Zahl der Kombinationsleistungsempfänger wurde daher je hälftig der Zahl der Pflegegeld- und Pflegesachleistungsempfänger zugerechnet, um so Pro-Kopf-Ausgaben berechnen zu können. Diese steigen insbesondere beim Pflegegeld und immer noch überproportional auch bei den Pflegesachleistungen, der Pflege in Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung und der vollstationären Pflege, während sie bei allen anderen in der Abbildung 1.6 enthaltenen Leistungsarten unterdurchschnittlich wachsen beziehungsweise bei der Verhinderungspflege sogar sinken.

Damit zeigen sich die zentralen Wirkungen des PSG II in Bezug auf das Inanspruchnahmeverhalten: Zum einen kommt es zu einer anteiligen Verschiebung von stationären zu ambulanten Leistungen. Ist die Zahl der Empfänger von Pflegegeld, Pflegesachleistungen und Kombinationsleistungen insgesamt um 7,5 Prozent gestiegen, hat sich die Zahl der Leistungsempfänger in vollstationärer Pflege kaum verändert (+ 0,8 Prozent). Bezüglich der Ausgaben steht eine Steigerungsrate von 33,4 Prozent für Pflegegeld einer deutlich geringeren Steigerungsrate für Pflegesachleistungen und für vollstationäre Leistungen von jeweils 18,2 Prozent gegenüber. Die häusliche Pflege hat also sowohl in Bezug auf die Zahl der Leistungsbezieher als auch hinsichtlich der Ausgabenvolumina und Ausgabensteigerungen stärker vom PSG II profitiert als die vollstationäre Pflege. Das war angesichts der im PSG II festgelegten Leistungshöhen in Verbindung mit den Überleitungsregelungen von Pflegestufen in Pflegegrade, die insbesondere in der häuslichen Pflege zu erheblichen Leistungsverbesserungen geführt haben (Rothgang et al. 2015), auch zu erwarten.

Abbildung 1.6: Veränderung der Zahl der Leistungsempfänger und der Pro-Kopf-Leistungen für Hauptleistungsarten 2017 zu 2016



Quelle: BMG (2018c)

Innerhalb der häuslichen Pflege hat das PSG II zu einer Ausgabenverschiebung von der formellen Pflege (+ 17 Prozent bei den Pflegesachleistungen) zur informellen Pflege (+ 46 Prozent beim Pflegegeld) geführt. Die Ausgabensteigerungen beim Pflegegeld sind zum einen auf die höheren Leistungssätze pro Pflegegeldempfänger zurückzuführen. Zum anderen sind bisherige Sachleistungsempfänger zu größeren Teilen zu Kombinationsleistungsempfängern geworden. Auch hierfür bieten sich zwei Erklärungsansätze an. Zum einen kann diese Verschiebung darauf zurückgeführt werden, dass bisherige Sachleistungsempfänger und ihre Angehörigen am „bewährten" Pflegearrangement festhalten und die Zahl der Einsätze eines Pflegedienstes nicht erhöhen, sodass die gestiegenen Leistungsansprüche in Form von Pflegegeld ausgezahlt werden. Damit werden bisherige Sachleistungsempfänger zu Kombinationsleistungsempfängern, und bei bisherigen Kombinationsleistungsempfängern erhöht sich der Anteil des Pflegegelds an der Kombinationsleistung. Zum anderen ist denkbar, dass begrenzte (Personal-)Kapazitäten

im ambulanten Bereich dazu führen, dass eine steigende Nachfrage nicht mehr vollumfänglich befriedigt werden kann (vergleiche Kapitel 1.2) und der steigende Pflegegeldanteil somit Ausdruck von Angebotsknappheit auf dem Pflegemarkt ist.

Antrag auf Heimpflege häufiger bei höheren Pflegegraden

Zur Abschätzung der zukünftigen Entwicklung ist besonders interessant, wie sich das Inanspruchnahmeverhalten der „Neufälle" verändert hat. Die Tabelle 1.5 enthält die Ergebnisse der Pflegebegutachtungen für das Jahr 2016 und für das erste Quartal 2018. Während die Bestandszahlen immer auch noch durch die „Altfälle" geprägt sind und daher keine Aussagen über die mittel- und langfristigen Reformfolgen erlauben, sind die inzidenten Fälle als Frühindikatoren der Entwicklung bestens geeignet.

Tabelle 1.5: Ergebnisse der Pflegebegutachtung

2016	Gesamt	nicht pflegebedürftig	Pflegestufe 0	I	II	III	
			Anzahl				
ambulant	1.335.207	308.742	96.231	553.329	278.001	98.904	
stationär	306.633	42.929	23.611	134.919	80.031	25.144	
Gesamt	1.641.840	351.670	119.842	688.248	358.032	124.048	
			Anteil in Prozent				
ambulant	100,0	23,1	7,2	41,4	20,8	7,4	
stationär	100,0	14,0	7,7	44,0	26,1	8,2	
Gesamt	100,0	21,4	7,3	41,9	21,8	7,6	
1. Quartal 2018	**Gesamt**	**nicht pflegebedürftig**	**Pflegegrad 1**	**2**	**3**	**4**	**5**
			Anzahl				
ambulant	447.426	51.007	79.642	148.545	104.250	46.980	17.002
stationär	71.028	1.064	1.348	8.373	21.926	24.267	14.049
Gesamt	518.454	52.071	80.990	156.918	126.176	71.247	31.052
			Anteil in Prozent				
ambulant	100,0	11,4	17,8	33,2	23,3	10,5	3,8
stationär	100,0	1,5	1,9	11,8	30,9	34,2	19,8
Gesamt	100,0	10,0	15,6	30,3	24,3	13,7	6,0

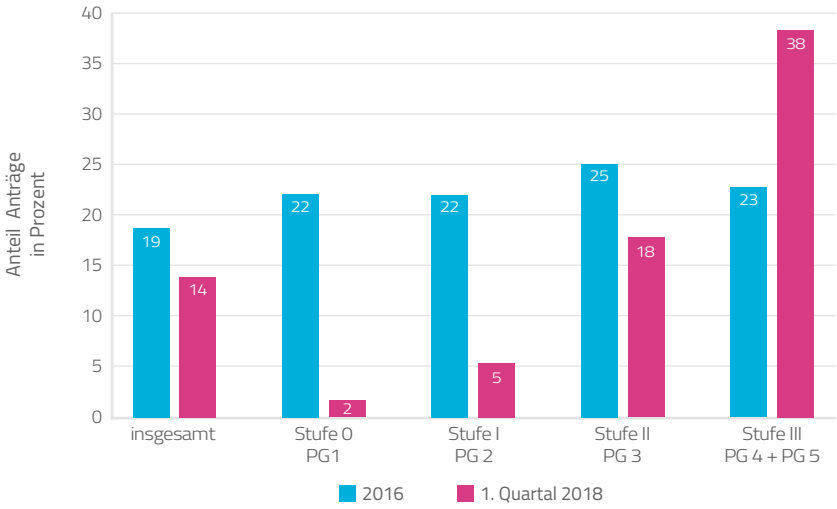
Quelle: Begutachtungsstatistik des MDS 2016 und 2018

Anpassung der Konzeption durch die Heimbetreiber gegebenenfalls notwendig

Auffällig ist, dass der Anteil der als „nicht pflegebedürftig" eingeschätzten Antragsteller deutlich zurückgeht, von 13,1 Prozent auf 11,4 Prozent (51.007 von 447.426) im ambulanten Bereich und von 11,4 auf 1,5 Prozent (1.064 von 71.028) im stationären Bereich. Es ist nicht davon auszugehen, dass das neue Begutachtungsverfahren eine abschreckende Wirkung

auf die Antragstellung hat und nun nur noch besonders schwere Fälle einen Antrag stellen. Hier zeigt sich vor allem, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff die Schwelle für den Anspruch auf Versicherungsleistungen erkennbar gesenkt hat. Der Anteil der Anträge auf vollstationäre Leistungen ist deutlich zurückgegangen: von 19 auf 14 Prozent. Werden nur die Anträge berücksichtigt, die zu einem Leistungsanspruch geführt haben, ändert sich an der Entwicklung nichts. Die Anteilswerte liegen dann bei 20 Prozent beziehungsweise 15 Prozent. Auch hier zeigt sich eine Stärkung der häuslichen im Vergleich zur vollstationären Pflege.

Abbildung 1.7: Anteil der Anträge auf vollstationäre Pflege an allen Anträgen auf Pflegeleistungen



Quelle: Begutachtungsstatistik des MDS 2016 und 2018

Bei einer Berücksichtigung der Schwere der Pflegebedürftigkeit zeigt sich zudem der erwartete differenzielle Effekt (Abbildung 1.7): Während sich die Anteile der Antragsteller, die stationäre Leistungen beantragen, im Jahr 2016 in Bezug auf die Pflegestufen kaum unterschieden haben, ist bei den Pflegegraden ein deutlicher Zusammenhang zwischen Pflegegrad und beantragter Leistungsform zu erkennen. Liegt dieser Anteilswert im Pflegegrad 2 noch bei fünf Prozent, steigt er in den Pflegegraden 4 und 5 auf 34 Prozent beziehungsweise 45 Prozent. Die durch das PSG II geschaffenen Anreize entfalten somit

ihre Wirkung. Während die Leistungen für ambulante Pflege in den Pflegegraden 2 und 3 deutlich gestiegen sind (Rothgang 2018a), haben sich die Eigenanteile durch die Einführung des einheitlichen Eigenanteils tendenziell erhöht, gemäß der Tabelle 1.2 in Pflegestufe I von durchschnittlich 426 Euro auf 587 Euro, also um 161 Euro. Für die betroffenen Pflegebedürftigen ist stationäre Pflege im Vergleich zu einer häuslichen Pflege mit Pflegegeld und/oder Sachleistungsbezug damit finanziell deutlich unattraktiver geworden. Umgekehrt ist der Eigenanteil in der stationären Pflege für die Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5 jetzt niedriger als zuvor in Pflegestufe III. Gleichzeitig sind die Leistungshöhen bei häuslicher Pflege in Pflegestufe III nur für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und dort auch nur in geringerem Umfang gestiegen. Differenziell ist die stationäre Pflege für diese Personen damit attraktiver geworden. Erweist sich diese nach Pflegegraden differenzierte Inanspruchnahme im Zeitverlauf als stabil, wird sich der Charakter der Pflegeheime verändern, weil dort in noch höherem Maße Schwerstpflegebedürftige versorgt werden. Dies gilt es sorgfältig zu beobachten, um gegebenenfalls mit zielgruppenspezifischen Konzepten reagieren zu können. Gleichzeitig führt ein steigender Anteil von Heimbewohnern mit höheren Pflegegraden mittel- und langfristig zu steigenden Eigenanteilen, die dann einen zunehmenden Teil der Heimbewohner finanziell überfordern könnten.

1.1.5 Auswirkungen auf die pflegenden Angehörigen

Adressaten der großen Pflegereform sind nicht nur Pflegebedürftige, sondern auch pflegende Angehörige. Schon im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) vom 23. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2246) wurden Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegeberatung ergriffen, die auch den Angehörigen zugutekommen sollen, indem sie die Bekanntheit des Leistungsspektrums zur Entlastung pflegender Angehöriger (unter anderem Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Pflegekurse) erhöhen. In der letzten Legislaturperiode wurden weitere Maßnahmen ergriffen, insbesondere

- das am 1. Januar 2015 in Kraft getretene Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462), das die bestehenden

Regelungen im Pflegezeitgesetz (PflegeZG) vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896) und im Familienpflegezeitgesetz (FamilienpflegeZG) vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2564) weiterentwickeln und besser miteinander verzahnen sollte,

- der im PSG II eingeführte und zum 1. Januar 2016 bestehende Anspruch zur Teilumwidmung des Sachleistungsanspruchs nach § 36 SGB XI in nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI) und
- die Neufassung der Rentenversicherungsansprüche im PSG II.

Maßnahmen für pflegende Angehörige bislang ohne merklichen Effekt

Allerdings sind die Effekte der beiden erstgenannten Maßnahmen bisher sehr gering. So können erwerbstätige pflegende Angehörige, die Zeit für die Organisation einer akut aufgetretenen Pflegesituation benötigen, bis zu zehn Arbeitstage von der Arbeit fernbleiben. Seit dem 1. Januar 2015 haben sie für diesen Zeitraum Anspruch auf eine Lohnersatzleistung: das Pflegeunterstützungsgeld. Tatsächlich wird dies aber kaum in Anspruch genommen. Wie die Tabelle 1.6 zeigt, haben im Jahr 2017, immerhin schon das dritte Jahr nach Einführung dieser Leistung, lediglich 2.533 Personen das Pflegeunterstützungsgeld erhalten, das damit bislang keine nachhaltigen Effekte hervorrufen konnte.

Tabelle 1.6: Nutzer des Pflegeunterstützungsgeldes im Jahr 2017

viele neue Angebote ohne Abnehmer

Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Gesamt
4	875	784	542	328	2.533

Quelle: Leistungstagestatistik PG 1

Um den Lohnausfall zu kompensieren, der während der Pflegezeit und der Familienpflegezeit auftritt, wurde der Anspruch der Beschäftigten auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen geschaffen, das beim Bundesamt für zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden kann. Das Darlehen deckt grundsätzlich die Hälfte des durch die pflegebedingte Arbeitszeitreduktion fehlenden Nettogehalts ab, kann aber auch in geringerem Umfang bezogen werden. Auch die Darlehensmöglichkeit wird kaum genutzt – obwohl von den 56 Prozent der Hauptpflegepersonen, die zum Zeitpunkt des Pflegeeintritts erwerbstätig waren, 34 Prozent ihre Erwerbstätigkeit eingeschränkt und 15 Prozent ihre Erwerbstätigkeit ganz aufgegeben haben (Schneekloth et al. 2017: 30), also mehrere hunderttausend Pflegepersonen antragsberechtigt sind. Ausweislich des Haushaltsgesetzes 2018 wurden im Jahr 2016 Haushaltsmittel von lediglich 0,92 Millionen Euro für die Kredit-

gewährung (Titel 862 01) verwendet. Der Ansatz für das Jahr 2017 in Höhe von 6,7 Millionen Euro wurde bei Weitem unterschritten, und weniger als eine Million Euro ist abgeflossen (Meyer 2018). Daher ist der Ansatz für das Jahr 2018 im Mittel auf 2,5 Millionen Euro gekürzt worden (Haushaltsgesetz vom 12. Juli 2018, BGBl. I S. 1126: 2514). Auch dieser Ansatz erscheint angesichts der von 2016 auf 2017 sogar rückläufigen Ausgaben aber als eher zu hoch gegriffen.

Auch der Umwandlungsanspruch nach § 45a SGB XI wird bisher praktisch nicht genutzt. Bis zu 40 Prozent des Sachleistungsanspruchs können umgewidmet werden. Bei Sachleistungsausgaben von 4,5 Milliarden Euro für das Jahr 2018 entspricht dies einem Betrag von 1,8 Milliarden Euro. Die diesbezüglichen Ausgaben beliefen sich nach Angaben des BMG im Jahr 2016 aber nur auf 1,6 Millionen Euro und sind 2017 auf 5,8 Millionen Euro gestiegen. Das entspricht 0,16 Promille der Leistungsausgaben für dieses Jahr beziehungsweise 0,3 Prozent des Anspruchsvolumens basierend auf der derzeitigen Sachleistungsinanspruchnahme. Auch wenn der Leistungsanspruch neu ist und die Inanspruchnahme noch wächst, kann die Einführung des Umwandlungsanspruchs zurzeit deshalb kaum als Erfolg gelten.

Anstieg der Beitragszahlungen an die Rentenversicherung für Pflegepersonen

Lediglich die Ausgaben für die soziale Sicherung von Pflegepersonen, also die Versicherungsbeiträge, die von der Pflegeversicherung an die Rentenversicherungsträger gezahlt werden, sind aufgrund des PSG II deutlich angestiegen. Lagen sie bislang konstant bei knapp unter einer Milliarde Euro, sind sie im Jahr 2017 auf 1,54 Milliarden Euro angestiegen (Tabelle 2.12). Wenngleich sich damit die rentenrechtliche Absicherung der Pflegepersonen verbessert, geht davon jedoch keine unmittelbare finanzielle Entlastung der pflegenden Angehörigen in der Pflegephase aus.

1.2 Geplante Weiterentwicklungen und verbleibender Reformbedarf

Arbeitsmarkt für Pflegekräfte ist leergefegt

Nachdem die große Pflegereform der letzten Legislaturperiode insbesondere die Leistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige verbessert hat, zielen die Inhalte im Koalitionsvertrag und der zu seiner Umsetzung erarbeitete Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) auf die Situation der beruflich Pflegenden. Ausgangspunkt hierfür ist der bereits erkennbare und

sich in Zukunft noch verschärfende Pflegenotstand. Laut Arbeitsmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit waren im Jahresdurchschnitt 2017 23.000 offene Stellen für Altenpflegefachkräfte sowie 8.000 offene Stellen für Altenpflegehelferinnen und -helfer gemeldet (Bundesregierung 2018: 2 f.). Dabei kamen im Jahresdurchschnitt 2017 deutschlandweit auf 100 offene Stellen in der Berufsgruppe Altenpflege 21 arbeitslose Altenpflegefachkräfte und -spezialisten (Bundesregierung 2018: 3). Zu berücksichtigen ist hierbei, dass nur ein Teil der offenen Stellen bei der Bundesagentur gemeldet wird und diese Zahlen daher die tatsächliche Zahl der offenen Stellen eher unterschätzen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam das Pflege-Thermometer 2018 des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (DIP). Basierend auf einer Befragung von 13.600 Pflegeeinrichtungen, die allerdings nur einen Rücklauf von knapp acht Prozent ergeben hat, werden – umgerechnet auf Vollzeitäquivalente – 16.950 offene Stellen für Pflegefachkräfte und -hilfskräfte ermittelt (Isfort 2018). Diese Personallücke in der Langzeitpflege wird sich Status-quo-Projektionen zufolge in der Zukunft noch dramatisch erhöhen. So zeigen entsprechende Modellrechnungen, dass sich im Vergleich zum Referenzjahr 2013 bis zum Jahr 2030 eine zusätzliche Personallücke für Beschäftigte (nicht nur Pflegekräfte) in Langzeitpflegeeinrichtungen von rund 350.000 Vollzeitäquivalenten eröffnet, wenn keine Gegenmaßnahmen ergriffen werden (Rothgang et al. 2016b).

13.000 Stellen müssen nicht nur finanziert, sondern auch besetzt werden.

Um diesem Problem zu begegnen, wurde im Koalitionsvertrag ein „Sofortprogramm" und die Einrichtung einer „Konzertierten Aktion Pflege" angekündigt (CDU, CSU und SPD 2018). Im Rahmen des „Sofortprogramms" sollen 8.000 neue Fachkraftstellen in Pflegeheimen „in Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege" geschaffen werden. Der damit verbundene „finanzielle Mehraufwand" soll vollständig aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Schon in seinen „Eckpunkten" für das PpSG hat der Bundesgesundheitsminister die Zahl der zu schaffenden zusätzlichen Stellen dann auf 13.000 nach oben korrigiert. Diese Zielgröße wird im Gesetzesentwurf angestrebt, indem den rund 13.000 vollstationären Pflegeeinrichtungen abgestuft nach ihrer Platzzahl eine halbe, eine ganze, anderthalb beziehungsweise zwei Stellen zugesprochen werden (§ 8 Absatz 6 SGB XI in der Fassung des PpSG-Entwurfs). Zur Refinanzierung sollen die Krankenkassen jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der Sozialen Pflegeversicherung leisten (§ 37 Absatz 2a SGB V in der Fassung des PpSG-Entwurfs).

Werden die Kosten einer Vollzeitstelle mit jährlich 50.000 Euro angesetzt, entspricht dieser Ansatz annähernd den geplanten 13.000 Stellen. Im Gesetzesentwurf wird also davon ausgegangen, dass diese Stellen tatsächlich besetzt werden.

Finanzierungskompetenz für die medizinische Behandlungspflege bei der GKV wäre sinnvoller.

Hintergrund dieser Umwegfinanzierung ist, dass medizinische Behandlungspflege zwar systematisch dem Bereich „cure" und nicht dem Bereich „care" zugerechnet werden kann (Hoberg, Klie und Künzel 2013), entsprechende Leistungen derzeit aber nur dann als häusliche Krankenpflege von der Krankenkasse finanziert werden, wenn der Pflegebedürftige in der eigenen Häuslichkeit lebt. Lebt er in einem Pflegeheim, geht dieser Anspruch verloren, und die entsprechenden Leistungen sind als „medizinische Behandlungspflege" Teil der von der Pflegeversicherung gewährten pauschalen Leistungsbeträge gemäß § 43 SGB XI. Diese im 1. SGB XI-Änderungsgesetz vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) getroffene Regelung war zunächst bis zum Jahr 1999 befristet und mit einem ausdrücklichen Prüfauftrag versehen. Im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626), im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) und im Verwaltungsvereinfachungsgesetz vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) wurde sie jeweils – mit Prüfauftrag – verlängert, ehe sie im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) ohne materielle Prüfung für dauerhaft erklärt wurde. Im Koalitionsvertrag wird de facto anerkannt, dass diese Regelung korrigiert werden muss. Allerdings konnten sich die Koalitionspartner nicht zu einer sachlich angezeigten, sektorübergreifenden, einheitlichen Regelung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege aus einer Hand unabhängig vom Ort der Leistungserbringung durchringen. Stattdessen sollen aus Mitteln der GKV Stellen für Pflegekräfte geschaffen werden, die die medizinische Behandlungspflege in Heimen erbringen. Dabei beläuft sich das Volumen dieser Umwegfinanzierung auf 640 Millionen Euro, während die geschätzten Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen bei mehr als zwei Milliarden Euro liegen (Rothgang und Müller 2013). Im Rahmen des „Sofortprogramms" wird also nur ein Teil der Ausgaben für medizinische Behandlungspflege in die GKV verlagert.

Unklar ist dagegen, wie die Einrichtungen das Personal für diese Stellen gewinnen sollen. Da es Einrichtungen derzeit bereits nur sehr schwer gelingt, offene Stellen zu besetzen,

besteht die Gefahr, dass das Sofortprogramm lediglich die Zahl der offenen Stellen erhöht, aber nicht zur Verbesserung der Versorgung beiträgt.

Dem Sofortprogramm sollen – so der Koalitionsvertrag – weitere Schritte folgen. Genannt sind insbesondere „eine Ausbildungsoffensive, Anreize für eine bessere Rückkehr von Teil- in Vollzeit, ein Wiedereinstiegsprogramm, eine bessere Gesundheitsvorsorge für die Beschäftigten sowie eine Weiterqualifizierung von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern zu Pflegefachkräften" (CDU, CSU und SPD 2018, Zeile 4453 ff.). Jeder dieser Punkte ist für sich genommen sinnvoll. Wie diese Maßnahmen im Rahmen der geplanten „Konzertierten Aktion Pflege" umgesetzt werden sollen, bleibt im Koalitionsvertrag aber genauso offen wie die Zusammensetzung dieser Konzertierten Aktion. Inzwischen wurde die Konzertierte Aktion gegründet und fünf Arbeitsgruppen gebildet, in denen unter anderem Pflegeausbildungsverbände, Verbände der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, Gewerkschaften und Arbeitgeber Maßnahmen entwickeln sollen, um die Ausbildung, Arbeitsbedingung und Bezahlung der Pflegekräfte zu verbessern und so die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen und Personallücken durch Pflegekräfte aus dem Ausland zu schließen.

Pflegekräfte besser zu vergüten ist sicherlich sinnvoll – der Weg dazu aber noch unklar.

Zur Frage, wie die „Bezahlung in der Altenpflege nach Tarif" gestärkt werden soll, heißt es im Koalitionsvertrag: „Gemeinsam mit den Tarifpartnern wollen wir dafür sorgen, dass Tarifverträge in der Altenpflege flächendeckend zur Anwendung kommen" (CDU, CSU und SPD 2018, Zeile 4458 ff.). Zwar können Tarifverträge vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales gemäß § 5 Tarifvertragsgesetz für allgemeinverbindlich erklärt werden, allerdings nur, wenn das die Tarifvertragsparteien gemeinsam beantragen und es im öffentlichen Interesse geboten erscheint. Letzteres gilt insbesondere als gegeben, wenn der Tarifvertrag in seinem Geltungsbereich überwiegende Bedeutung hat. Einen Tarifvertrag, der von der Mehrheit der Einrichtungen angewendet wird, gibt es aber nicht, und eine gemeinsame Beantragung der Tarifvertragsparteien erscheint in der Langzeitpflege ebenfalls unwahrscheinlich, sodass die Umsetzungschancen dieser Ankündigung, die in Arbeitsgruppe 5 der Konzertierten Aktion behandelt wird, skeptisch zu beurteilen sind. Bereits im Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) wurde ein anderer Versuch unternommen, die Gehälter in Pflegeheimen anzuheben, indem im § 84 Absatz 2 Satz 4 SGB XI geregelt wurde: „Die Bezahlung von

Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden." Damit wird den Einrichtungen eine Refinanzierungsgarantie auch für eine Entlohnung gemäß dem höchsten Tarifvertrag eingeräumt. Allerdings „sind [dabei] insbesondere die in der Pflegesatzverhandlung geltend gemachten voraussichtlichen Personalkosten einschließlich entsprechender Erhöhungen im Vergleich zum bisherigen Pflegesatzzeitraum vorzuweisen" (§ 85 Absatz 3 Satz 5 SGB XI). Diese Nachweispflicht konnte bisher noch nicht umgesetzt werden, weil detaillierte Kostennachweise der Personalkosten dazu führen, dass bei der Ermittlung des Gesamtpreises der Leistungen dann auch explizite Verständigungen über „Wagnis-und-Gewinn"-Sätze der Anbieter notwendig werden. Da dies bislang noch nicht erfolgt ist, laufen auch die auf Steigerung der Entlohnung abzielenden Regelungen des PSG III bis jetzt ins Leere. Insgesamt ist also noch nicht erkennbar, wie die angestrebte bessere Entlohnung von Pflegekräften bewerkstelligt werden soll.

Mit einer besseren Bezahlung und verbesserten Aufstiegschancen sind in den Koalitionsverhandlungen bereits zwei Aspekte adressiert, die auf eine Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs abzielen. Der dritte und zumindest in Bezug auf das Ausscheiden von Pflegekräften aus dem Beruf entscheidende Aspekt zur Verbesserung der Attraktivität des Pflegeberufs sind die Arbeitsbedingungen. So nannten die im „Pflexit-Monitor" des Medizinprodukteherstellers Paul Hartmann befragten Pflegekräfte den „permanenten Personalmangel" (72 Prozent) sowie die „generell hohe Arbeitsbelastung" (57 Prozent) als Hauptgründe für ihre berufliche Unzufriedenheit (Ärztezeitung vom 16. März 2018). Notwendig ist daher die Entwicklung valider Verfahren zur Bestimmung der notwendigen Personalmengen.

Personalbemessungsverfahren in der Erprobungsphase

Um die Personalbemessung in der Langzeitpflege auf eine neue, wissenschaftlich fundierte Grundlage zu stellen, wurde bereits im PSG II der § 113c in das SGB XI eingeführt, der die Vertragspartner der gemeinsamen Selbstverwaltung verpflichtet, bis zum 30. Juni 2020 ein bundesweites Personalbemessungsverfahren zu entwickeln und zu erproben und sich dazu wissenschaftlichen Sachverstands zu bedienen (Rothgang 2018b). Der entsprechende Auftrag ist ergangen, und es ist damit zu rechnen, dass bis zum gesetzlich

vorgeschriebenen Termin ein solches Verfahren vorgelegt wird. Allerdings enthält § 113c SGB XI keine Aussagen über dessen Implementierung, die nur im Zusammenwirken mit den Ländern vorstellbar ist. Insofern ist es bemerkenswert, dass auch der Koalitionsvertrag zur weiteren Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens keine Aussagen enthält, und es bleibt zu beobachten, wie die Akteure mit den Mitte des Jahres 2020 vorliegenden Vorschlägen umgehen werden.

Zielsetzungen führen zu steigenden Pflegekosten – eine Aufgabe für die Solidargemeinschaft

Nicht ausreichend adressiert sind bislang zudem Folgewirkungen der geplanten Maßnahmen in der Langzeitpflege. Sowohl höhere Personalschlüssel, die im Koalitionsvertrag als Verbesserung der Arbeitsbedingungen adressiert sind, als auch die dort angekündigte „sofort[ige] und spürbar[e]" Verbesserung der Bezahlung in der Alten- und Krankenpflege (CDU, CSU und SPD 2018a, Zeile 4438 f.) führen – ebenso wie die sich abzeichnende stärkere Nutzung der Pflegeheime durch Pflegebedürftige in höheren Pflegegraden (siehe Kapitel 1.1.4) – ohne weitere Veränderungen in Struktur und Höhe der Leistungsbeträge zu einem direkten Anstieg der Eigenanteile in vollstationären Pflegeheimen, der kaum tolerabel ist. Diese Folgewirkungen werden im Koalitionsvertrag aber nicht angesprochen. Notwendig ist diesbezüglich mindestens, die durch die Einführung eines bundesweiten Personalbemessungsverfahrens womöglich entstehenden Mehrkosten durch Anpassungen der Leistungsbeträge für stationäre Leistungen auszugleichen und die Kosten einer verbesserten Bezahlung durch eine regelgebundene Leistungsdynamisierung aufzufangen, die die steigenden Personalkosten berücksichtigt.

Besser noch wäre eine grundlegendere Reform, die die derzeitige Teilkostenversicherung in eine Vollversicherung mit Sockelbetrag umwandelt (Rothgang und Kalwitzki 2017). Ein solcher „Sockel-Spitze"-Tausch würde dazu führen, dass der maximale Eigenanteil der Pflegebedürftigen in Höhe und Dauer festgelegt wird, während die Pflegeversicherung die über diesen Sockel hinausgehenden notwendigen Ausgaben übernimmt. Mit einer solchen Begrenzung des Eigenanteils in Höhe und Dauer der Zahlung werden eine lebensstandardsichernde Vorsorge und die Absicherung des Pflegerisikos erstmals ermöglicht – sei es durch Ansparen oder Versicherung. Der Sockelbetrag kann dabei so fixiert werden, dass der Pflegeversicherung zum Umstellungszeitpunkt keine Zusatzausgaben entstehen. Kommt es aber dann durch bessere Personalausstattungen und höhere Entlohnung der

Pflegekräfte in Pflegeheimen zu Kostensteigerungen, wird die Pflegeversicherung und damit die Gesamtheit der Beitragszahler und nicht mehr allein die im Vergleich dazu kleine Zahl der Pflegebedürftigen belastet und deren ansonsten drohende finanzielle Überforderung vermieden (Rothgang 2018c).

Kapitel 2

Pflege im Spiegel der Statistik

2 Pflege im Spiegel der Statistik

Eine Gesundheitsberichterstattung zum Thema „Pflegebedürftigkeit" muss insbesondere Auskunft geben über die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen (Kapitel 2.1), die Leistungserbringung und die zugrunde liegenden Versorgungsstrukturen (Kapitel 2.2) sowie die Finanzierung der Leistungen (Kapitel 2.3). Dabei wird soweit wie möglich eine Differenzierung nach Bundesländern vorgenommen. Die amtlichen Statistiken beziehen sich entweder auf das gesamte Versorgungssystem in Deutschland (beispielsweise die Pflegestatistik) oder auf die Soziale Pflegeversicherung (SPV). Berichterstattungen auf Grundlage anderer Daten sind entsprechend hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung. Die zugrunde liegenden Datenquellen werden im Anhang beschrieben.

2.1 Pflegebedürftige

Pflegebedürftigkeit seit Januar 2017 in Pflegegraden erfasst

Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung wurde bis zum 31. Dezember 2016 über das Ausmaß der verrichtungsbezogenen Hilfsbedürftigkeit definiert. Ab April 2002 hatten Pflegebedürftige zusätzliche Leistungsansprüche, wenn sie als Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) eingestuft wurden, und ab Juli 2008 wurden Leistungsansprüche auch für PEA ohne Pflegestufe gewährt. Seit dem 1. Januar 2017 wird die Pflegebedürftigkeit in Pflegegraden erfasst, die auf die Selbstständigkeit und Fähigkeiten der Antragsteller rekurrieren. Das neue Begutachtungsinstrument bezieht dabei sowohl Elemente ein, die zuvor für die Feststellung der verrichtungsbezogenen Hilfsbedürftigkeit galten, als auch solche Elemente, die in Richtung der Einordnung der PEA zielten. Für Leistungsberechtigte am 31. Dezember 2016 wurden zum 1. Januar 2017 die Pflegestufen in Kombination mit der PEA-Einstufung in Pflegegrade überführt (vergleiche Rothgang und Kalwitzki 2015 für Details).

Erfassung der Pflegegrade über Selbständigkeit und Fähigkeiten der Antragsteller

Für eine bessere Vergleichbarkeit werden die PEA, die vor dem 1. Januar 2017 keine Pflegestufe hatten, in den folgenden Auswertungen den Pflegebedürftigen zugerechnet. Um die Pflegebedürftigen, die im Jahr 2017 mit den Pflegegraden erfasst sind, mit den Pflegebedürftigen der vorangegangenen Jahre zu vergleichen, muss für die Auswertung gegebenenfalls eine Umkodierung der vormaligen Pflegestufen vorgenommen werden. Diese Umkodierung erfolgt nach dem Überleitungsschlüssel der Pflegestufen in

Pflegegrade zum 1. Januar 2017 nach § 140 SGB XI, der in der Regel zu etwas höheren Eingruppierungen führt als eine Neubegutachtung ergeben hätte.

Neben der Anzahl der Pflegebedürftigen (Kapitel 2.1.1) werden weiterhin die Prävalenzen (Kapitel 2.1.2), die Begutachtungen (Kapitel 2.1.3), die Inzidenzen (Kapitel 2.1.4) und die Kennzahlen zur Beendigung der Pflegebedürftigkeit (Kapitel 2.1.5) berichtet, bevor die Ergebnisse zu den Pflegebedürftigen kurz zusammengefasst werden (Kapitel 2.1.6).

2.1.1 Anzahl der Pflegebedürftigen

2007 – 2015: Zahl der Pflegebedürftigen um 35,3 % von 2,25 auf 3,04 Mio. gestiegen

Die Pflegestatistik dokumentiert seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung eine stetige Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen. Bundesweit stieg deren Zahl vom Jahr 1999 bis zum Jahr 2015 um 50,8 Prozent (Tabelle 2.2). Im Achtjahreszeitraum von 1999 bis 2007, in dem die Leistungsansprüche weitgehend konstant geblieben sind, ist die Zahl der Pflegebedürftigen nur moderat um 11,5 Prozent gestiegen, von 2,02 Millionen Pflegebedürftigen auf 2,25 Millionen. Im nachfolgenden Achtjahreszeitraum von 2007 bis 2015 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen dagegen um 35,3 Prozent von 2,25 auf 3,04 Millionen (Tabelle 2.1). Dieser Fallzahlanstieg ist zu großen Teilen auf Leistungsausweitungen der Pflegeversicherung und daraus resultierenden Veränderungen des Antragstellungsverhaltens zurückzuführen (Schneekloth et al. 2017).

Noch höhere Steigerungsraten zeigen die aktuellen Entwicklungen, die sich mithilfe der BARMER-Daten abbilden lassen. Vom Jahr 2015 bis zum Jahr 2017 ergibt sich für Deutschland eine Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen von fast 18 Prozent (Abbildung 2.3) – insbesondere aufgrund der Einführung des neuen Pflegbedürftigkeitsbegriffs.

in neuen Bundesländern überdurchschnittlich hoher Anstieg der Pflegebedürftigen (höchster Wert in Brandenburg)

In der Entwicklung zeigen sich insgesamt erhebliche regionale und zeitliche Unterschiede (Tabelle 2.2). In den neuen Bundesländern liegt der Anstieg zwischen den Jahren 1999 und 2015 durchweg über dem Bundesdurchschnitt, mit dem höchsten Wert von 83,8 Prozent in Brandenburg, während die Anstiege in den alten Bundesländern häufig deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegen. Die niedrigsten Werte finden sich mit 26,7 Prozent in Bayern.

Tabelle 2.1: Pflegebedürftige nach Jahren im Ländervergleich in Tausend

Land	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013*	2015*
Deutschland	2.016	2.040	2.077	2.129	2.247	2.338	2.501	2.735	3.041
Baden-Württemberg	211	211	224	225	237	246	278	313	353
Bayern	294	299	298	303	314	318	329	344	373
Berlin	81	85	90	96	96	101	108	118	124
Brandenburg	64	68	69	75	85	86	96	107	118
Bremen	17	19	19	20	21	21	22	23	26
Hamburg	42	41	42	41	43	46	47	52	56
Hessen	145	149	155	163	176	187	200	212	234
Mecklenburg-Vorp.	46	48	49	51	57	61	68	74	83
Niedersachsen	209	213	218	228	242	256	270	298	333
Nordrhein-Westfalen	466	459	459	458	485	509	548	604	678
Rheinland-Pfalz	92	95	95	98	102	106	113	123	141
Saarland	27	27	29	28	29	30	33	35	40
Sachsen	118	119	118	120	127	132	139	158	180
Sachsen-Anhalt	67	70	73	76	81	81	88	96	105
Schleswig-Holstein	76	77	74	78	79	80	80	88	98
Thüringen	60	61	64	67	72	77	82	90	100

Quelle: Statistisches Bundesamt (2018i)
Anmerkung: * Erst ab dem Jahr 2013 sind die Leistungsberechtigten mit Pflegestufe 0 mitgezählt.

Tabelle 2.2: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen im Ländervergleich in Prozent

Land	2001 vs. 1999	2003 vs. 2001	2005 vs. 2003	2007 vs. 2005	2009 vs. 2007	2011 vs. 2009	2013* vs. 2011	2015* vs. 2013	2015* vs. 1999
Deutschland	1,2	1,8	2,5	5,6	4,1	7,0	9,3	11,2	50,8
Baden-Württemberg	-0,1	6,4	0,5	5,2	3,8	13,1	12,6	12,5	67,2
Bayern	1,6	-0,4	1,7	3,8	1,3	3,4	4,3	8,5	26,7
Berlin	4,8	5,9	7,2	-0,3	5,7	6,5	8,9	5,4	53,3
Brandenburg	5,4	2,1	7,7	14,1	0,8	11,9	11,4	10,6	83,8
Bremen	9,1	1,3	7,2	1,9	3,2	3,9	5,6	11,6	52,5
Hamburg	-2,3	2,2	-1,3	4,2	6,6	2,6	10,4	8,1	34,1
Hessen	2,3	4,2	5,3	7,7	6,3	6,8	6,1	10,4	60,8
Mecklenburg-Vorp.	4,7	2,4	4,8	11,3	7,9	10,0	9,6	11,6	81,4
Niedersachsen	1,8	2,5	4,4	6,3	5,7	5,6	10,2	11,8	59,2
Nordrhein-Westfalen	-1,4	0,0	-0,2	5,8	5,0	7,6	10,3	12,1	45,4
Rheinland-Pfalz	3,0	-0,3	3,3	4,7	3,3	6,6	8,7	14,9	52,5
Saarland	-0,4	6,1	-1,1	3,5	3,3	7,9	8,0	13,5	47,8
Sachsen	0,7	-0,4	1,3	6,0	3,7	5,5	13,9	14,0	52,7
Sachsen-Anhalt	4,4	5,0	3,5	6,8	-0,1	9,1	8,7	9,7	57,6
Schleswig-Holstein	1,4	-3,6	4,4	2,0	0,5	0,9	9,4	11,1	28,4
Thüringen	1,3	4,2	5,4	7,7	6,6	7,0	9,4	10,6	65,3

Quelle: Statistisches Bundesamt (2018i), eigene Berechnungen
Anmerkung: * Erst ab dem Jahr 2013 sind die Leistungsberechtigten mit Pflegestufe 0 mitgezählt.

Im Zeitraum von 2009 bis 2015 erfolgten die größten zweijährlichen Steigerungen von jeweils über zwölf Prozent in Baden-Württemberg. Aber auch in Sachsen und Brandenburg sind die Steigerungen für diesen Zeitraum überproportional. Zwischen den Jahren 2013 und 2015 hat sich die Anzahl der Pflegebedürftigen deutschlandweit um 11,2 Prozent erhöht, wobei das niedrigste Wachstum mit 5,4 Prozent für Berlin und das höchste Wachstum mit 14,9 Prozent für Rheinland-Pfalz ermittelt wurde.

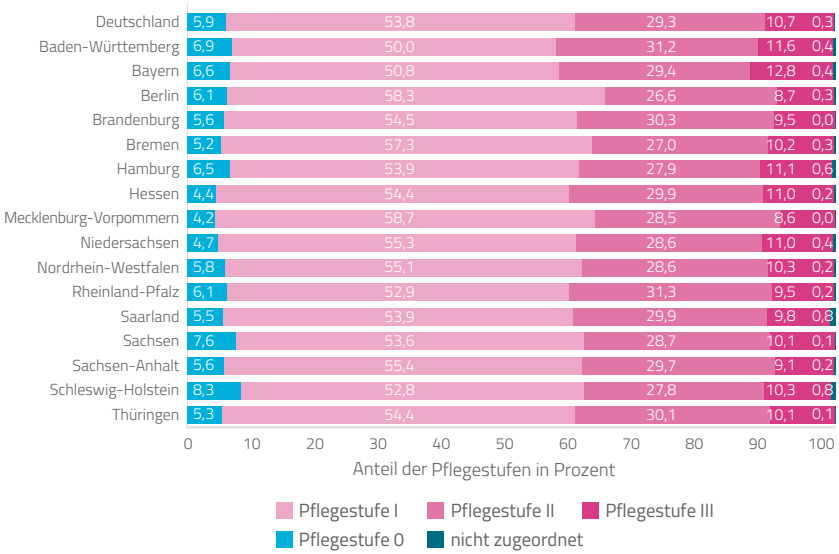
Die Zahl und die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in den einzelnen Bundesländern sind insbesondere durch eine unterschiedliche Altersverteilung beeinflusst. Das zeigt die standardisierte Prävalenzdarstellung (Kapitel 2.1.2).

größter Teil der Pflegebedürftigen (53,8 %) in Pflegestufe I eingestuft

Ausweislich der Pflegestatistik ist der größte Teil der Pflegebedürftigen (53,8 Prozent) Ende des Jahres 2015 in Pflegestufe I eingestuft. Weniger als ein Drittel (29,3 Prozent) ist in Pflegestufe II und weniger als jeder Neunte (10,7 Prozent) in Pflegestufe III eingestuft. Bei 0,3 Prozent ist die Pflegestufe noch nicht zugewiesen, und 5,9 Prozent haben die Pflegestufe 0 (Abbildung 2.1). Diese Anteilswerte unterscheiden sich zwischen den Bundesländern. Die höchsten Anteile mit Pflegestufe I finden sich in Mecklenburg-Vorpommern (58,7 Prozent) und Berlin (58,3 Prozent), die höchsten Anteile mit Pflegestufe II in Rheinland-Pfalz (31,3 Prozent) und Baden-Württemberg (31,2 Prozent) und die höchsten Anteile mit Pflegestufe III in Bayern (12,8 Prozent) und Baden-Württemberg (11,6 Prozent), während die höchsten Anteile mit Pflegestufe 0 in Schleswig-Holstein (8,3 Prozent) und Sachsen (7,6 Prozent) vorzufinden sind.

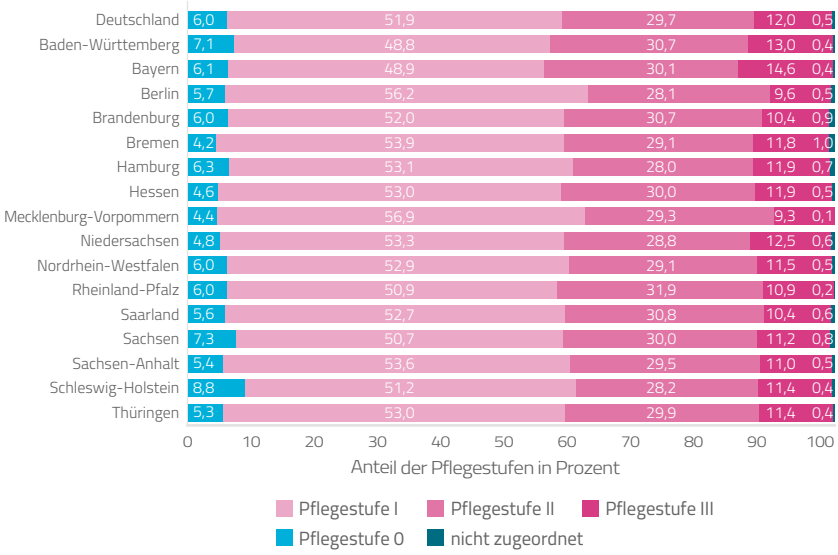
Die Verteilung nach Pflegestufen erscheint im Vergleich der beiden Datengrundlagen (Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes in Abbildung 2.1 und BARMER-Daten in Abbildung 2.2) sehr ähnlich, was für die Repräsentativität der BARMER-Daten in Bezug auf die Pflegestufenverteilung spricht.

Abbildung 2.1: Pflegestufen nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2015 (Pflegestatistik)



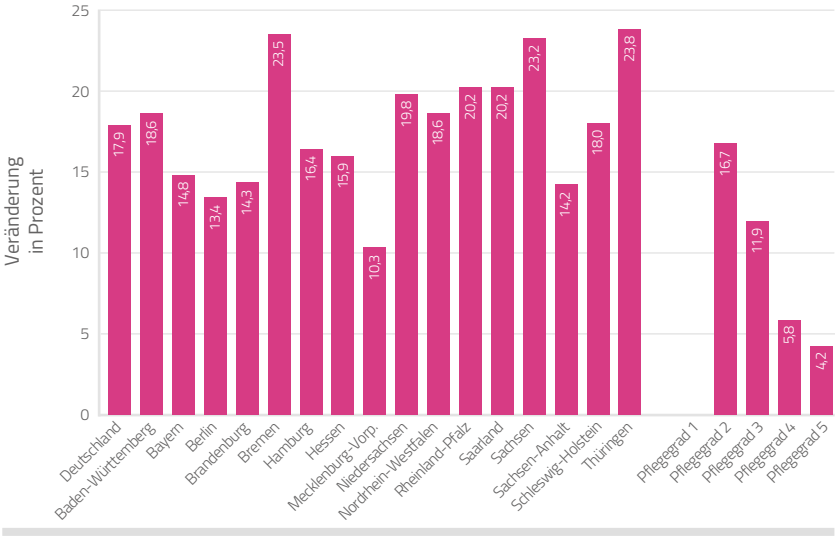
Quelle: Statistisches Bundesamt (2018i), eigene Berechnungen

Abbildung 2.2: Pflegestufen nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2015 (BARMER)



Quelle: BARMER-Daten 2015, Hochrechnung auf die Bevölkerung

Abbildung 2.3: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesländern und nach Pflegegraden – 2017 gegenüber 2015



Quelle: BARMER-Daten 2015 und 2017, Hochrechnung auf die Bevölkerung
Anmerkung: Pflegestufen und PEA entsprechend der Überleitung zum 1. Januar 2017 für 2015 in Pflegegrade umgerechnet

Von 2015 bis 2017 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen ausweislich der hochgerechneten BARMER-Daten bundesweit um 17,9 Prozent. Die größten Anstiege sind in Bremen, Sachsen und Thüringen mit jeweils über 23 Prozent und die geringsten in Mecklenburg-Vorpommern mit gut zehn Prozent zu verzeichnen (Abbildung 2.3).

besonderer Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen mit geringem Pflegegrad

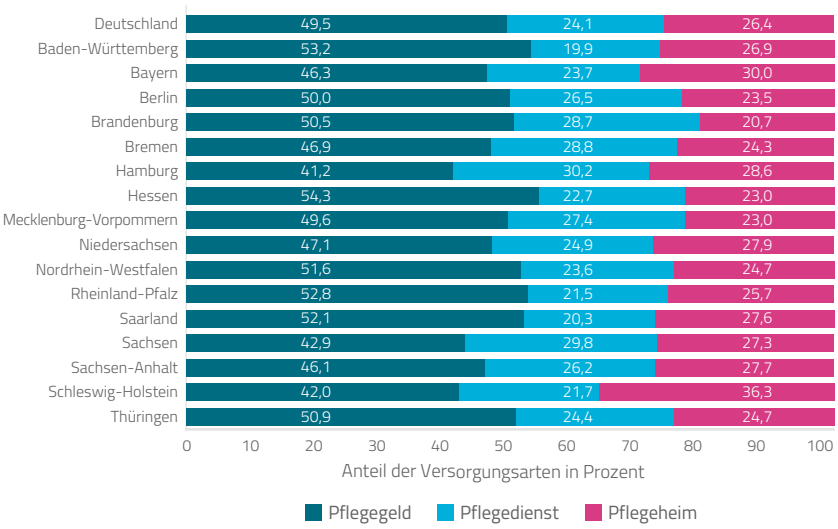
Die Anstiege kommen nur im geringen Umfang durch eine Fallzahlsteigerung mit höheren Pflegegraden zustande (Abbildung 2.3). Bezüglich des Pflegegrades 5 kam es in fünf Bundesländern sogar zu einem Rückgang. Bezüglich des Pflegegrades 4 gab es einen Rückgang um 8,6 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern, und in den anderen Bundesländern belief sich der höchste Anstieg auf 11,0 Prozent in Rheinland-Pfalz. Etwas höhere Zuwächse sind beim Pflegegrad 3 zu verzeichnen. In Deutschland stieg die Zahl mit Pflegegrad 3 um 11,9 Prozent. Der Hauptgrund für die deutliche Zunahme der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen liegt aber in der Zahl der Personen mit Pflegegrad 1 und

Pflegegrad 2 begründet. Mit dem Pflegegrad 2 gab es eine Steigerung von 16,7 Prozent, und mit dem Pflegegrad 1 gab es einen Anstieg von null um rund 150.000 auf 4,8 Prozent der Gesamtheit der Pflegebedürftigen im Jahr 2017. Von der Gesamtsteigerungsrate von 17,9 Prozent entfallen knapp 13 Prozentpunkte auf die Steigerung bei Pflegegrad 1 und Pflegegrad 2. Mit der Reform zum Jahr 2017 ist erkennbar die Tür für leichter Pflegebedürftige in den Leistungsbezug aufgestoßen worden. Der besondere Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen mit geringem Pflegegrad zeigt sich in fast allen Bundesländern.

Nach der Pflegestatistik zeigen sich auch bei der regionalen Verteilung der Versorgungsarten deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern (Abbildung 2.4). So liegt der Anteil der in Pflegeheimen versorgten Pflegebedürftigen im Jahr 2015 in Schleswig-Holstein mit 36,3 Prozent um mehr als ein Drittel höher als im Bundesdurchschnitt (26,4 Prozent) und mehr als drei Viertel höher als in Brandenburg, das mit 20,7 Prozent den niedrigsten Wert aller Bundesländer aufweist. Die häusliche Pflege unter Beteiligung ambulanter Pflegedienste ist dagegen in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen sowie in Ostdeutschland am weitesten verbreitet. Hier finden sich die höchsten Anteile in Hamburg (30,2 Prozent), Sachsen (29,8 Prozent), Bremen (28,8 Prozent), Brandenburg (28,7 Prozent) und Mecklenburg-Vorpommern (27,4 Prozent), während in den verbleibenden westdeutschen Bundesländern die Anteile weitgehend unter dem Bundesdurchschnitt von 24,1 Prozent liegen. Die ausschließliche Pflege durch Angehörige erfolgt verstärkt in der Mitte und im Südwesten Deutschlands, also in Hessen (54,3 Prozent), Baden-Württemberg (53,2 Prozent), Rheinland-Pfalz (52,8 Prozent) sowie im Saarland (52,1 Prozent).

Die regionale Versorgung der pflegebedürftigen Menschen im Jahr 2015 nach Versorgungsarten entspricht weitgehend der in den Jahren 2009, 2011 und 2013 (Rothgang et al. 2016a; Rothgang et al. 2014; Rothgang et al. 2012). Die Inanspruchnahme der Versorgungsarten korreliert mit der Angebotsstruktur (Rothgang et al. 2016a: 105, 110). Dementsprechend ist der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen höher, wenn die Anzahl der zur Verfügung stehenden Heimplätze pro 100 Pflegebedürftigen höher ist (Kapitel 2.2.2). Entsprechend werden mehr Pflegebedürftige durch ambulante Pflegedienste versorgt, wenn die Anzahl der zur Verfügung stehenden Beschäftigten gemessen in Vollzeitäquivalenten (Kapitel 2.2.1) in den ambulanten Pflegediensten höher liegt.

Abbildung 2.4: Versorgungsarten nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2015 (Pflegestatistik)

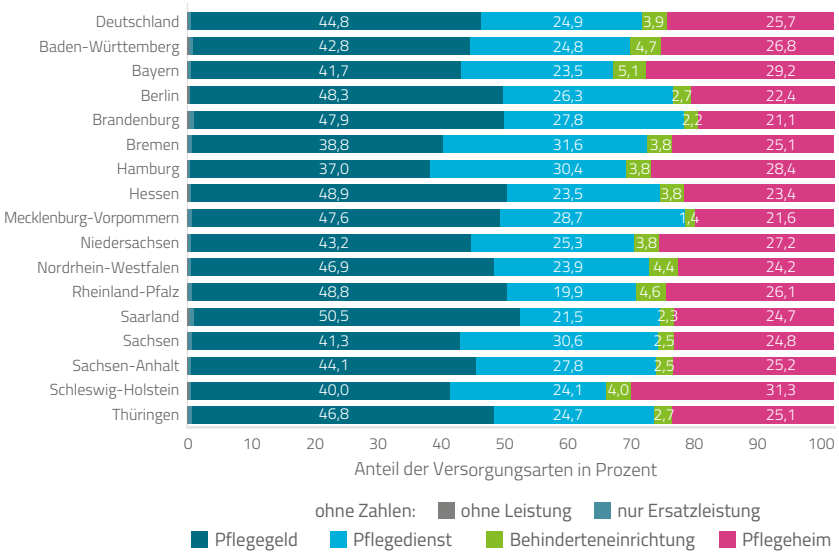


Quelle: Statistisches Bundesamt (2018i) und eigene Berechnungen

Die Pflegestatistik gilt zwar als Vollerhebung, da sie alle häuslich und in stationären Pflegeheimen versorgten Pflegebedürftigen umfasst; sie schließt aber die Pflegebedürftigen in den Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nicht mit ein. Gerade junge Pflegebedürftige sind aber sehr häufig auf diese Weise versorgt (Rothgang et al. 2017). In welchem Ausmaß auch Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen versorgt werden, lässt sich mit den BARMER-Daten darstellen (Abbildung 2.5). Zudem sind in den BARMER-Daten auch Zeiten nur mit Ersatzleistungen oder gar ohne Leistungen erfasst, die allerdings quantitativ nicht ins Gewicht fallen.

Durch die zusätzliche Berücksichtigung weiterer Versorgungsarten sind die Anteilswerte für Pflegegeld, Pflegedienst und Pflegeheim auf Basis der BARMER-Daten etwas geringer. Auch darüber hinaus unterscheiden sich die Anteilswerte teilweise. Die größten Unterschiede finden sich dabei in Baden-Württemberg, wo der Anteil der Pflegegeldempfänger in den BARMER-Daten deutlich geringer, der Anteil der durch Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen dafür aber merklich höher ausfällt. Die BARMER-Daten sind hier also nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung.

Abbildung 2.5: Versorgungsarten nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2015 (BARMER)

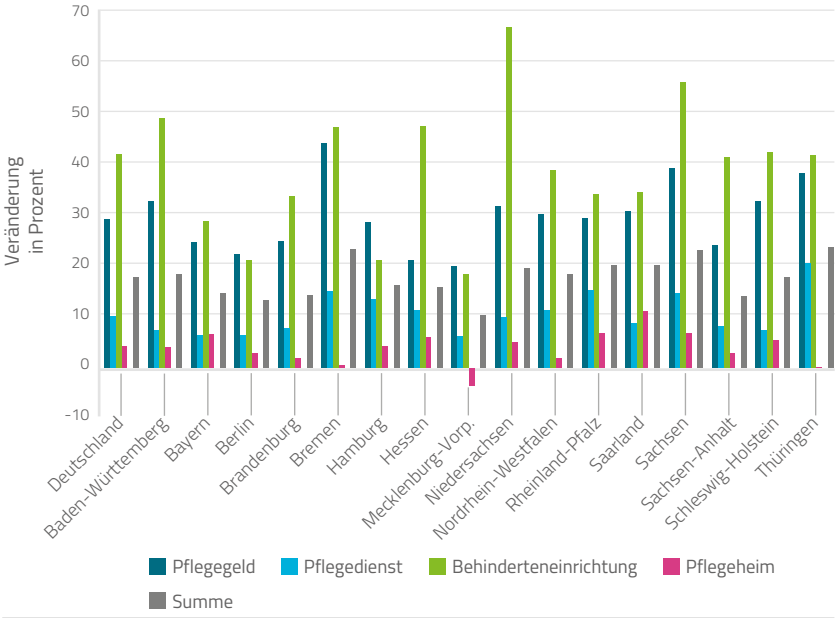


Quelle: BARMER-Daten 2015, Hochrechnung auf die Bevölkerung

Unabhängig von gegebenen Unterschieden in den Verteilungen lassen sich aktuelle Trends mit den BARMER-Daten beschreiben (siehe Abbildung 2.6), die mit den amtlichen Statistiken noch nicht beobachtbar sind, da diese nur die Entwicklung bis in das Jahr 2015 abbilden.

Während die Zahl der Pflegebedürftigen in einer Pflegeeinrichtung im Zeitraum von 2015 bis 2017 nur um 4,2 Prozent gestiegen ist, liegt die entsprechende Steigerungsrate bei den von Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen bei 10,1 Prozent, damit aber immer noch unter der Fallzahlsteigerung von insgesamt 17,9 Prozent. Überproportional ist nämlich die Zahl der Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Behindertenhilfe (42,2 Prozent) und bei den Pflegegeldempfängern (29,3 Prozent) gestiegen. Wird berücksichtigt, dass fast die Hälfte der Pflegebedürftigen Pflegegeldempfänger sind (Abbildung 2.5), wird deutlich, dass der weit überwiegende Teil der Fallzahlsteigerung, nämlich über 70 Prozent, auf diese Teilgruppe entfällt.

Abbildung 2.6: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten – 2017 gegenüber 2015



Quelle: BARMER-Daten 2015 und 2017, Hochrechnung auf die Bevölkerung

2.1.2 Prävalenzen: Bevölkerungsanteil der Pflegebedürftigen

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist in erster Linie davon abhängig, wie groß die Population ist. Um die individuelle Wahrscheinlichkeit zu ermitteln, pflegebedürftig zu sein, muss daher die Zahl der Pflegebedürftigen in dieser Population zu deren Gesamtzahl ins Verhältnis gesetzt werden. Die resultierende Zahl ist die Pflegeprävalenz oder der Pflegequotient. Diese Verhältniszahl ist vor allem abhängig von der Altersstruktur der betreffenden Population, da insbesondere die hochaltrige Bevölkerung zu einem höheren Anteil pflegebedürftig ist (Rothgang et al. 2017: 109). Verändert sich der Anteil der älteren Bevölkerung in einer Population, so verändert sich auch die Zahl der Pflegebedürftigen. Für einen regionalen Vergleich ist es daher interessant, den Teil des Unterschieds zu ermitteln, der auf eine unterschiedliche Altersstruktur zurückzuführen ist, und sie dem Teil gegenüberzustellen, der auf unterschiedlichen altersspezifischen Pflegehäufigkeiten beruht.

Im Folgenden werden die Pflegeprävalenzen des Jahres 2015 für Männer und Frauen für die einzelnen Bundesländer unter Verwendung der neuen Daten der Bevölkerungsfortschreibung von 2015 (die auf dem Zensus von 2011 beruhen) sowie der Pflegestatistik des Jahres 2015 berechnet.

Dabei wird zunächst die gegebene Zahl der Pflegebedürftigen in Beziehung zur jeweiligen Landesbevölkerung gesetzt und so die tatsächliche Gesamtpflegeprävalenz ermittelt. Diese ist aber stark von der Altersstruktur des Bundeslandes abhängig. Um den Altseffekt herauszurechnen, müssen altersspezifische Prävalenzen je Bundesland berechnet werden. Diese werden dann auf eine Standardpopulation (hier Deutschland) projiziert (Altersstandardisierung). Aus der Summe der einzelnen so errechneten Zahlen pflegebedürftiger Personen je Altersgruppe errechnet sich die Gesamtprävalenz. Bei dieser standardisierten Gesamtpflegeprävalenz handelt es sich somit um eine hypothetische Pflegeprävalenz, die vorliegen würde, wenn jedes Bundesland die Altersverteilung von Deutschland aufwiese.

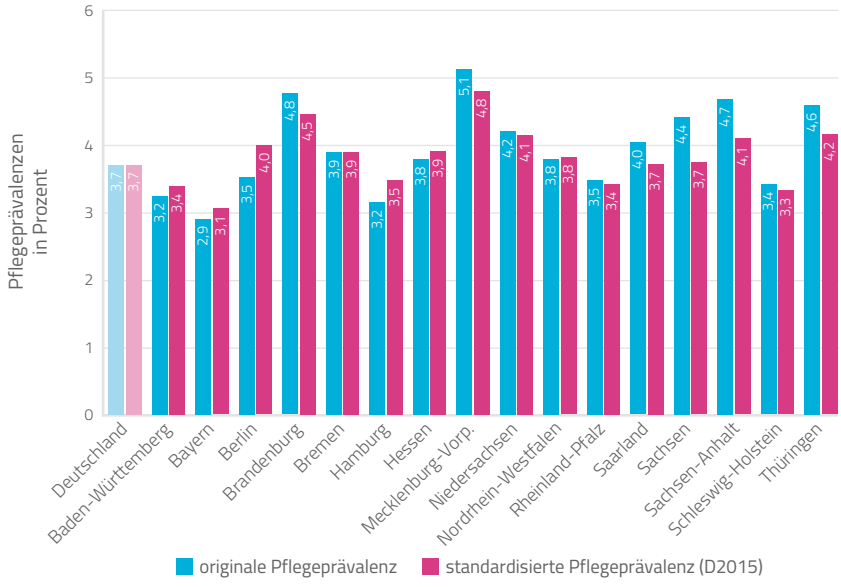
in ostdeutschen Bundesländern höhere Prävalenzen als in westdeutschen Bundesländern (höchste Prävalenz in Mecklenburg-Vorpommern mit 5,1 % Pflegebedürftigen)

Die höchste tatsächliche Prävalenz liegt für das Jahr 2015 in Mecklenburg-Vorpommern vor (Abbildung 2.7). Mit 5,1 Prozent Pflegebedürftigen in der Bevölkerung liegt die Prävalenz dort deutlich über der Prävalenz im Bundesgebiet (3,7 Prozent). Auch in den anderen ostdeutschen Bundesländern finden sich höhere Prävalenzen als in den westdeutschen Bundesländern.

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

Die nicht auf die unterschiedliche Altersstruktur zurückführbaren Prävalenzunterschiede zwischen den Bundesländern lassen sich zu großen Teilen durch unterschiedliche sozialstrukturelle Charakteristika erklären. Beispielsweise lässt sich etwa ein Drittel bis ein Viertel der in Ostdeutschland höheren Prävalenzen bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit auf das dort niedrigere Einkommensniveau zurückführen, denn – analog den Schichtunterschieden in der Morbidität – unterliegt auch eine Pflegebedürftigkeit einem sozialen Gradienten (Unger, Giersiepen und Windzio 2015), wonach mit geringerem Einkommen auch eine höhere Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit einhergeht. Als weitere Einflussfaktoren werden darüber hinaus unterschiedliche Inanspruchnahmen, Kontexteffekte von Umweltbelastungen, unterschiedliche Versorgungsstrukturen oder auch Mehrfachbelastungen diskutiert, die sich durch Kumulationen von ungünstigen ökonomischen Lebensbedingungen und Charakteristika der Wohnumgebung ergeben (Unger und Rothgang 2010).

Abbildung 2.7: Pflegeprävalenzen nach Bundesländern im Jahr 2015



Quelle: Statistisches Bundesamt (2018c, 2018j); eigene Berechnungen, Standardisierung nach Alter und Geschlecht

2.1.3 Begutachtungen

Die jeweils aktuelle Zahl der Pflegebedürftigen ergibt sich aus dem „alten Bestand" (Bestandsgröße), den Zugängen (inzidente Fälle) und den Abgängen (Reversibilität der Pflegebedürftigkeit beziehungsweise Tod). Die Pflegestatistik informiert 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 vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) zur Verfügung gestellten Begutachtungsstatistiken der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK). MDK-Begutachtungen umfassen Erstbegutachtungen, Widerspruchs- und Höherstufungs-, Rückstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen. Höherstufungs-, Rückstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen werden auf Initiative der Versicherten oder der Pflegekassen durchgeführt, wenn beispielsweise der Versicherte eine Zunahme des Hilfebedarfs vermutet. Widerspruchsgutachten erfolgen, wenn der Versicherte Einspruch gegen den Leistungsbescheid seiner Pflegekasse erhebt. Um Erstbegutachtungen handelt es sich, wenn der Antragsteller zuvor noch keine Leistung der Pflegeversicherung bezogen hat. Da die Pflegekasse in der Regel den Begutachtungsempfehlungen folgt, können die positiven Ergebnisse der Erstbegutachtung als Inzidenzen interpretiert werden. Die Begutachtungen des MDK erfolgen aber nur für die Mitglieder der SPV. Entsprechende Informationen für die Private Pflegepflichtversicherung werden von der Medicproof GmbH bislang nicht veröffentlicht.

Nachfolgend werden zunächst die Häufigkeiten der Begutachtungen insgesamt und die Entwicklung der daraus resultierenden inzidenten Fälle differenziert nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit dargestellt. Analysen der Pflegeinzidenzen nach Alter und Geschlecht sind allein mit diesen Daten jedoch nicht möglich. Entsprechende Analysen folgen im Kapitel 2.1.4 mit den Daten der BARMER.

Insgesamt hat sich die Zahl der Begutachtungen von anfänglich 1,7 Millionen Gutachten im Jahr 1995 nach Ausklingen des Einführungseffekts bis zum Jahr 1999 auf weniger als 1,3 Millionen verringert und blieb bis zum Jahr 2007 relativ konstant mit geringen demografisch bedingten Steigerungsraten (Tabelle 2.3).

Tabelle 2.3: Zahl der Begutachtungen der MDK und der Knappschaft nach Gutachtenart in Tausend

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

Quelle: MDS (2018); Rothgang et al. (2017: 79)
Anmerkung: * Werte nicht verfügbar

Mit dem zum 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) erhielten auch PEA ohne Pflegestufe (sogenannte Pflegestufe 0) einen Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI. Um diese Leistungen beziehen zu können, 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 ungefähr 200.000 (15 Prozent) auf etwa 1,5 Millionen gegenüber ungefähr 1,3 Millionen im Jahr 2007 an. Das hohe Niveau der Zahl 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. Neben der demografischen

Alterung der Bevölkerung dürften dafür wieder sozialrechtliche Änderungen ausschlaggebend sein:

- Mit Inkrafttreten der entsprechenden Normen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) zum 1. Januar 2013 haben erstmals auch PEA ohne Pflegestufe Anspruch auf Pflegegeld und Pflegesachleistungen. Der Anstieg der Zahl der Begutachtungen im Jahr 2013 kann zu großen Teilen hierauf zurückgeführt werden.
- Der Anstieg auf gut 1,7 Millionen Begutachtungen im Jahr 2015, der durch den Anstieg der Zahl der Erstbegutachtungen um 85.000 bedingt ist, ist vermutlich auf Leistungsausweitungen durch das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) zum 1. Januar 2015 zurückzuführen.
- Auffallend ist der deutliche Anstieg der Widersprüche im Jahr 2016, die möglicherweise im Vorgriff auf die Umstellung auf Pflegegrade zum 1. Januar 2017 und die damit einhergehende Bestandsschutzregelung erfolgten.
- Mit der Umstellung auf die Pflegegrade erhöhte sich die Zahl der Begutachtungen nochmals um mehr als zwölf Prozent. Bei relativ konstanten Zahlen innerhalb der Widerspruchs-, Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen resultiert der Anstieg aus der deutlichen Zunahme der Erstbegutachtungen. Da die neu eingeführten Pflegegrade Ansprüche für solche Personen enthalten, die nach alter Systematik nicht leistungsberechtigt gewesen wären, kann auch dieser Anstieg der Begutachtungen auf sozialrechtliche Änderungen zurückgeführt werden.

Nach einer Einführungsphase, in der ein Großteil der Begutachtungen naturgemäß Erstbegutachtungen waren, pendeln sich die einzelnen Begutachtungsarten auf relativ konstante Anteilswerte ein. Werden die Jahre 1998 bis 2016 betrachtet, finden sich mit leichten Schwankungen Anteilswerte von etwa 53 Prozent Erstbegutachtungen, etwa 41 Prozent Höherstufungs- beziehungsweise Wiederholungsgutachten und etwa sieben Prozent Widerspruchsbegutachtungen. Nach Inkrafttreten des PSG II im Jahr 2017 ist der Anteil der Erstbegutachtungen erneut angestiegen auf nun rund 62 Prozent aller Begutachtungen.

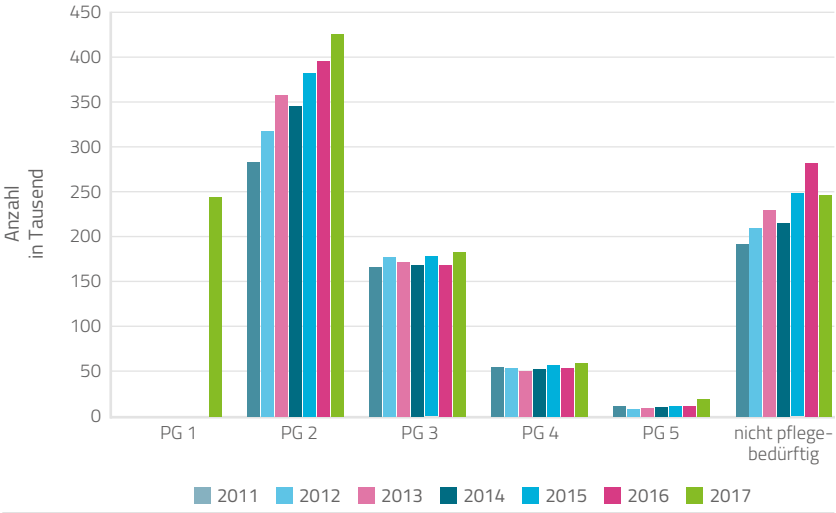
Mit der Steigerung der Fallzahlen bei der Begutachtung haben sich auch die in der Begutachtung festgestellten Schweregrade der Pflegebedürftigkeit verändert. So sind die

Anteile der Erstbegutachtungen mit höheren Schweregraden der Pflegebedürftigkeit seit Einführung der Pflegeversicherung tendenziell gesunken. Nachdem im Jahr 1998 von den Begutachteten noch 6,6 Prozent in die Pflegestufe III und 22,1 Prozent in die Pflegestufe II eingruppiert wurden, lagen die Anteile im Jahr 2011 nur noch bei 3,8 und 15,5 Prozent (Rothgang et al. 2017: 81).

Zahl der Begutachtungen im Jahr 2017 geprägt durch Personen mit Pflegegrad 1

In Abbildung 2.8 sind die Erstbegutachtungen für die Jahre 2011 bis 2017 aufgeführt. Dabei wurden für den Zeitraum vom Jahr 2011 bis zum Jahr 2017 die Begutachtungsergebnisse in Form von Pflegestufen und Einschätzungen als PEA entsprechend der Überleitungsschlüssel nach § 140 SGB XI in Pflegegrade umgerechnet. Der Anteil abgelehnter Anträge beläuft sich während des gesamten Zeitraums auf durchschnittlich etwa 30 Prozent. Auffallend ist zudem die Konstanz in der Zahl der Erstbegutachtungen mit den resultierenden Pflegegraden 3 bis 5. Hingegen erfolgt eine stetige Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 und die erstmalige Erfassung des Pflegegrades 1 im Jahr 2017 bei 242.000 Personen. Die Zunahme der Zahl der Begutachtungen im Jahr 2017 ist also im Wesentlichen geprägt durch die Personen mit dem Pflegegrad 1.

Abbildung 2.8: Ergebnisse von Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch den MDK



Quelle: MDS (2018), eigene Berechnungen

2.1.4 Inzidenzen: Eintritt in die Leistungsberechtigung

Wie viele Menschen in einem gegebenen Zeitraum leistungsberechtigt werden (Inzidenz), lässt sich mit der Pflegestatistik nicht darstellen. Da die Empfehlungen der Begutachtungen üblicherweise von den Pflegekassen übernommen werden, liefert die Begutachtungsstatistik hierzu aber gute Hinweise. Allerdings lassen sich die veröffentlichten Angaben der Begutachtungsstatistik beispielsweise nicht regional differenzieren. Daher wird hierzu nachfolgend auf Hochrechnungen auf Basis der BARMER-Routinedaten zurückgegriffen. Die Tabelle 2.4 zeigt zunächst die Zahl der Eintritte in die Leistungsberechtigung im Zeitraum vom Jahr 2011 bis zum Jahr 2017, und in der Abbildung 2.9 sind diese Zahlen in Relation zur nicht pflegebedürftigen Bevölkerung gesetzt, um so die Inzidenz abzubilden.

Tabelle 2.4: Eintritte in die Leistungsberechtigung nach Jahren im Ländervergleich

Land	Jahr				Anstieg 2017 zu 2011 in Prozent
	2011	2013	2015	2017	
Deutschland	503.508	668.784	714.588	1.008.216	100
Baden-Württemberg	59.844	84.792	87.972	116.064	94
Bayern	66.252	85.524	93.228	129.900	96
Berlin	18.240	23.880	24.732	37.524	106
Brandenburg	15.912	20.892	21.372	31.560	98
Bremen	4.812	5.844	6.948	10.200	112
Hamburg	10.356	13.212	13.860	19.824	91
Hessen	38.940	50.316	52.464	74.100	90
Mecklenburg-Vorp.	10.908	14.700	16.044	19.272	77
Niedersachsen	55.008	70.668	76.836	105.336	91
Nordrhein-Westfalen	117.768	154.080	164.292	242.100	106
Rheinland-Pfalz	24.948	34.548	36.336	52.404	110
Saarland	6.348	9.312	9.636	14.112	122
Sachsen	26.580	38.256	42.648	58.716	121
Sachsen-Anhalt	15.780	19.932	21.672	28.848	83
Schleswig-Holstein	17.664	23.604	25.020	36.312	106
Thüringen	14.148	19.224	21.528	31.944	126

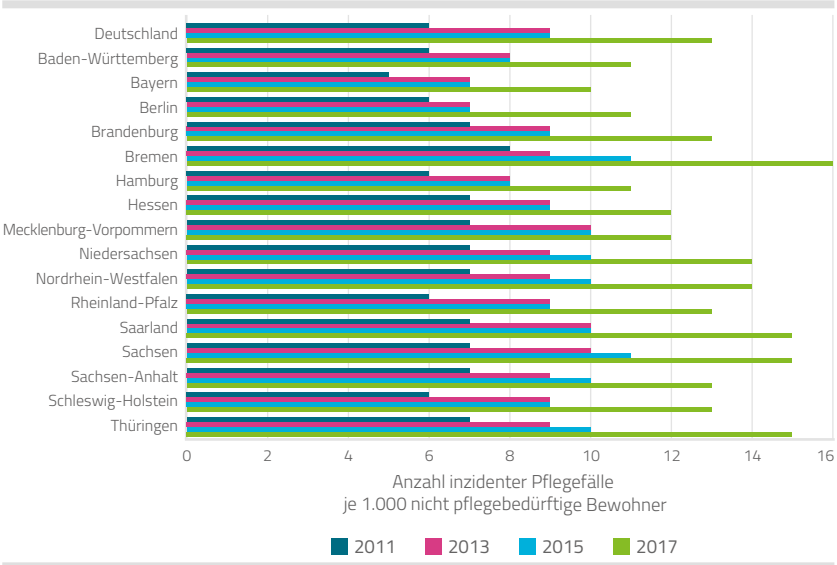
Quelle: BARMER-Daten 2011, 2013, 2015 und 2017, Hochrechnung auf die Bevölkerung
Anmerkung: Inzidenz = Leistungsberechtigung, wenn gleichzeitig in den zwölf Monaten zuvor keine Leistungsberechtigung vorlag

Nach den Hochrechnungen der BARMER-Daten auf die Bundesbevölkerung hat sich die Zahl der inzidenten Fälle von einer halben Million im Jahr 2011 auf eine Million im Jahr 2017 verdoppelt. Dabei ist diese Zahl von 2011 bis 2015 um rund 200.000 Fälle, im Zeitraum

vom Jahr 2015 bis zum Jahr 2017 sogar um rund 300.000 Fälle gestiegen. Mit relativ geringen Abweichungen finden sich ebensolche Entwicklungen in allen Bundesländern. Die größten Steigerungsraten mit etwas mehr als 120 Prozent finden sich in Thüringen, im Saarland und in Sachsen, und etwas geringere Steigerungsraten um 80 Prozent finden sich in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt. In allen anderen Bundesländern liegen die Steigerungsraten sehr ähnlich im groben Rahmen von rund 90 bis 110 Prozent (Tabelle 2.4).

Hochrechnungen der BARMER-Daten: Verdopplung der inzidenten Fälle von 0,5 Mio. (2011) auf 1 Mio. (2017)

Abbildung 2.9: Jahresinzidenz der Pflegebedürftigkeit je 1.000 nicht pflegebedürftige Bewohner



Quelle: BARMER-Daten 2011, 2013, 2015 und 2017, Hochrechnung auf die Bevölkerung
Anmerkung: Inzidenz = Leistungsberechtigung, wenn gleichzeitig in den zwölf Monaten zuvor keine Leistungsberechtigung vorlag

Dass diese Entwicklung nicht auf einen Anstieg der Bevölkerungszahlen zurückzuführen ist, zeigt die Abbildung der Inzidenzraten (Abbildung 2.10). Auch je 1.000 nicht pflegebedürftige Bewohner hat die Zahl der Neufälle im gleichen Umfang zugenommen. Nachdem im Jahr 2011 noch etwas mehr als sechs Promille der nicht pflegebedürftigen Bevölkerung innerhalb des Jahres pflegebedürftig wurden, waren es im Jahr 2015 neun Promille und im Jahr 2017 sogar fast 13 Promille.

Während die Steigerungsraten in diesem Zeitraum in den Bundesländern relativ ähnlich sind, unterscheidet sich die Inzidenz zwischen den Ländern deutlicher. So finden sich in Bayern auch im Jahr 2017 nur Inzidenzen in der Höhe von zehn Promille, während diese in Bremen, Thüringen und Sachsen über 15 Promille liegen. Gegebene Ungleichheiten bleiben also mit den relativ ähnlichen Steigerungsraten konserviert.

2.1.5 Beendigungen von Pflegebedürftigkeit

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

Ein weiterer Aspekt, der den Beendigungsgrund mitbestimmt, ist das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit zu Beginn der Pflegebedürftigkeit. Wer schon zu Beginn der Pflegebedürftigkeit schwerstpflegebedürftig (Pflegestufe III) war, ist im Durchschnitt deutlich schneller verstorben als jemand, der zu Beginn nur erheblich pflegebedürftig (Pflegestufe I) war (Rothgang et al. 2016a: 167).

Vor diesem Hintergrund und in Anbetracht der Tatsache, dass die großen Zuwächse in der Zahl der Pflegebedürftigen im Bereich der geringeren Pflegegrade stattgefunden haben (siehe Kapitel 2.1.1), ist zu erwarten, dass die Zahl der Todesfälle nicht im gleichen Maße steigt wie die der inzidenten Fälle. Entsprechendes findet sich in der Tabelle 2.5. Während sich die Zahl der inzidenten Fälle von rund 500.000 auf eine Million verdoppelt hat, hat sich die Zahl der Beendigungen der Pflegebedürftigkeit durch Tod von knapp 460.000 auf rund 560.000 nur um gut ein Fünftel (21,7 Prozent) erhöht.

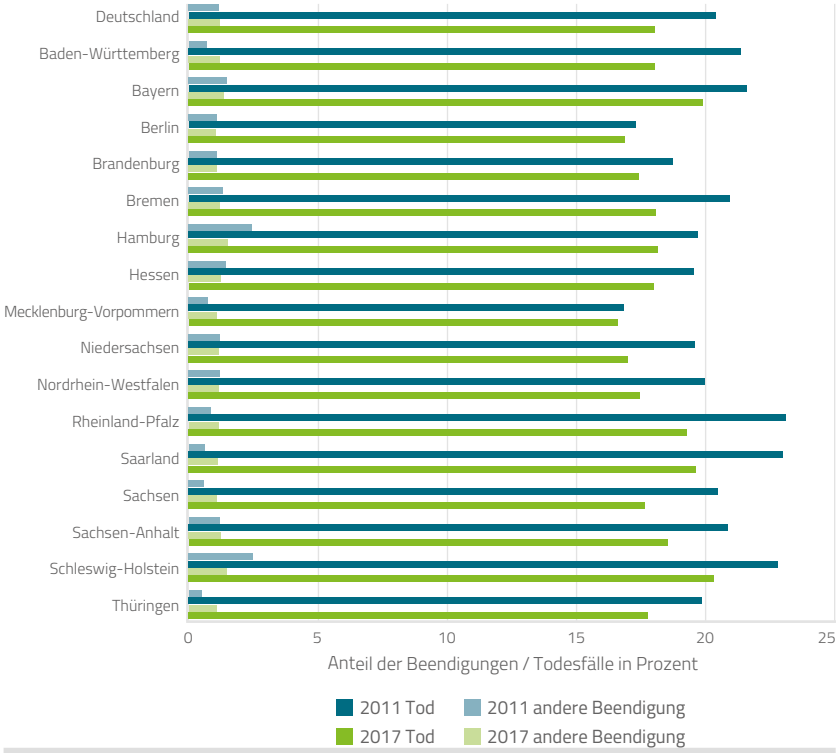
Tabelle 2.5: Zahl der Todesfälle und andere dauerhafte Beendigungen der Leistungsberechtigung in den Jahren 2011 und 2017 im Ländervergleich

Land	2011		2017	
	Tod	andere Beendigung	Tod	andere Beendigung
Deutschland	455.843	26.335	561.245	37.575
Baden-Württemberg	55.384	1.802	68.568	4.612
Bayern	64.141	4.442	75.811	5.182
Berlin	15.814	1.000	20.599	1.286
Brandenburg	14.219	816	18.014	1.148
Bremen	4.579	288	5.441	367
Hamburg	8.868	1.101	10.774	911
Hessen	34.198	2.522	42.067	2.910
Mecklenburg-Vorp.	8.414	375	11.010	737
Niedersachsen	48.500	2.999	59.596	4.117
Nordrhein-Westfalen	103.387	6.221	126.248	8.435
Rheinland-Pfalz	24.076	901	28.843	1.726
Saarland	6.266	168	7.764	444
Sachsen	23.709	694	31.917	1.997
Sachsen-Anhalt	14.475	826	16.789	1.145
Schleswig-Holstein	16.953	1.859	20.946	1.534
Thüringen	12.859	321	16.859	1.023

Quelle: BARMER-Daten 2011 und 2017, Hochrechnung auf die Bevölkerung
Anmerkung: Andere Beendigung = in den folgenden zwölf Monaten keine Leistungsberechtigung. Für das Jahr 2017 ist zum Zeitpunkt der Auswertung nur ein Folgemonat beobachtbar. In den Vorjahren waren von den Fällen, die mindestens einen Monat aus dem Leistungsbezug ausgeschieden sind, anschließend 80 Prozent über zwölf Monate aus dem Leistungsbezug. Daher werden auch für das Jahr 2017 nur 80 Prozent aller festgestellten einmonatigen Beendigungen als dauerhafte andere Beendigungen gezählt.

Der Anteil der dauerhaften anderen Beendigungen innerhalb der Leistungsberechtigung ist im Vergleich von 2017 zu 2011 in Deutschland gleich geblieben, mit Variationen in einzelnen Bundesländern. Eine deutliche Veränderung gab es hingegen im Anteil der Beendigungen durch Tod. Bezogen auf die durchschnittliche Zahl der Pflegebedürftigen sind im Jahr 2011 noch über 20 Prozent der Pflegebedürftigen innerhalb von zwölf Monaten gestorben; im Jahr 2017 sind dies nur noch etwas über 18 Prozent (Abbildung 2.10). Die jährliche Sterbewahrscheinlichkeit je Pflegebedürftigen ist somit zurückgegangen. Ursache für diese Entwicklung ist insbesondere die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen mit geringeren Schweregraden.

Abbildung 2.10: Prozentualer Anteil der Todesfälle oder anderer dauerhafter Beendigungen innerhalb eines Jahres (2011 und 2017)



Quelle: BARMER-Daten, Hochrechnung auf die Bevölkerung
Anmerkung: Dauerhafte Beendigung = in den folgenden zwölf Monaten liegt keine Leistungsberechtigung vor

2.1.6 Fazit zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

3,04 Mio. Pflegebedürftige am Jahresende 2015 – bisher höchster Stand in der Pflegestatistik

Mit 3,04 Millionen Menschen hat die Zahl der Pflegebedürftigen am Jahresende 2015 den höchsten bisher in der Pflegestatistik verzeichneten Stand erreicht. Zwei wesentliche Faktoren lassen sich als Gründe für diesen Anstieg anführen: Erstens haben die Gesetzesänderungen in PfWG, PNG und den Pflegestärkungsgesetzen zu einer Ausweitung der Leistungsberechtigung und der Leistungen insbesondere für PEA und aktuell für Personen mit dem neuen Pflegegrad 1 geführt, die wiederum eine höhere Anzahl an (positiv beschiedenen) Leistungsanträgen nach sich gezogen haben, und zweitens sind

aufgrund der demografischen Alterung immer mehr Menschen in das pflegerelevante Alter vorgerückt. Während die Fallzahlzunahmen bis zum Jahr 2008 in größerem Umfang der demografischen Alterung zugeschrieben werden konnten, werden sie seitdem vor allem durch die Veränderung im Leistungszugang und im Leistungsangebot angetrieben.

Der mit der Pflegestatistik derzeit abbildbare Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen fiel dabei in dem Zweijahresintervall von 2013 bis 2015 am größten aus und erreichte in einigen Bundesländern sogar Zuwachsraten von mehr als 14 Prozent (Rheinland-Pfalz und Sachsen). Für das Zweijahresintervall von 2015 bis 2017 lassen sich mit den BARMER-Daten noch aktuellere Entwicklungen aufzeigen. Hier zeigt sich eine Steigerung auf Bundesebene von knapp 18 Prozent mit den höchsten Steigerungsraten von über 23 Prozent in Bremen, Sachsen und Thüringen.

Die aktuellen Zuwächse bei der Zahl der Pflegebedürftigen sind im Wesentlichen auf die Entwicklungen in den niedrigen Pflegegraden zurückzuführen. Insgesamt ist die Zahl um 17,9 Prozent gestiegen. Davon entfallen 13 Prozentpunkte auf zusätzliche Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 oder 2. Entsprechend entwickeln sich aktuell auch die Anteile der Versorgungsarten. Die wesentlichen Zunahmen finden sich beim Bezug von Pflegegeld (+29 Prozent im Zeitraum von 2015 bis 2017) und bei den Pflegebedürftigen in Einrichtungen für behinderte Menschen (+ 42 Prozent). Auch dies ist ein Zeichen dafür, dass die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen aktuell weniger durch den demografischen Wandel geprägt ist als insbesondere durch die Umsetzung des PSG II.

Weitere Gründe für die Wahl des Pflegearrangements liegen in der individuellen Einkommenssituation und in der Struktur der familialen Netzwerke, die sich regional deutlich unterscheiden können (Unger, Giersiepen und Windzio 2015), sowie in der gegebenen Angebotsstruktur (Rothgang et al. 2016a: 105, 110) im ambulanten und im stationären Sektor.

2.2 Leistungserbringung

Die folgenden Kapitel geben einen grundlegenden Überblick über die unterschiedlichen Versorgungsarten der Pflegebedürftigen in Deutschland. Dargestellt wird die Situation

der ambulanten Pflegedienste (Kapitel 2.2.1) und der stationären Pflegeeinrichtungen (Kapitel 2.2.2). Die Situation der pflegenden Angehörigen ist in diesem Pflegereport das Schwerpunktthema. Alle Informationen zu den pflegenden Angehörigen werden daher im Schwerpunktkapitel (Kapitel 3) behandelt.

2.2.1 Pflegedienste

2015: 13.323 ambulante Pflegedienste

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste (Tabelle 2.6) beläuft sich im Jahr 2015 auf 13.323, wovon sich 8.670 (65,1 Prozent) in privater, 4.461 (33,5 Prozent) in freigemeinnütziger und 192 (1,4 Prozent) in öffentlicher Trägerschaft befinden. Zwar gibt es also annähernd doppelt so viele private wie freigemeinnützige Pflegedienste. Wird hingegen die Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen zugrunde gelegt, dominieren die privaten Pflegedienste nur noch leicht: 50,6 Prozent der durch Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen werden von privaten Pflegediensten versorgt, während 49,4 Prozent von freigemeinnützigen oder öffentlichen Diensten versorgt werden (Statistisches Bundesamt 2017b: 6).

Tabelle 2.6: Die ambulanten Pflegedienste nach Art des Trägers in den Bundesländern im Jahr 2015

Land	Gesamt	private		freigemeinnützige		öffentliche	
	Anzahl	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Deutschland	13.323	8.670	65,1	4.461	33,5	192	1,4
Baden-Württemberg	1.142	594	52,0	505	44,2	43	3,8
Bayern	1.913	1.134	59,3	759	39,7	20	1,0
Berlin	585	461	78,8	*	*	*	*
Brandenburg	697	456	65,4	234	33,6	7	1,0
Bremen	112	73	65,2	39	34,8	0	0,0
Hamburg	351	269	76,6	78	22,2	4	1,1
Hessen	1.117	817	73,1	266	23,8	34	3,0
Mecklenburg-Vorp.	450	256	56,9	*	*	*	*
Niedersachsen	1.264	849	67,2	391	30,9	24	1,9
Nordrhein-Westfalen	2.593	1.734	66,9	840	32,4	19	0,7
Rheinland-Pfalz	488	311	63,7	*	*	*	*
Saarland	119	80	67,2	*	*	*	*
Sachsen	1.068	736	68,9	325	30,4	7	0,7
Sachsen-Anhalt	564	387	68,6	168	29,8	9	1,6
Schleswig-Holstein	428	259	60,5	161	37,6	8	1,9
Thüringen	432	254	58,8	173	40,0	5	1,2

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017b)
Anmerkung: * fehlende Angaben

Allerdings variiert die Trägerschaft je nach Bundesland. Während in Berlin (78,8 Prozent) und Hamburg (76,6 Prozent) mehr als drei Viertel der Pflegedienste in privater Trägerschaft sind, sind es in Baden-Württemberg „nur" rund die Hälfte (52,0 Prozent). Die Anteile der Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft sind in Baden-Württemberg (44,2 Prozent), Thüringen (40,0 Prozent) und Bayern (39,7 Prozent) am höchsten und dabei fast doppelt so hoch wie in Hamburg (22,2 Prozent). Der Anteil der Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft ist gering und liegt in allen Bundesländern meist deutlich unter zwei Prozent. Dabei weisen Baden-Württemberg (3,8 Prozent) und Hessen (3,0 Prozent) noch die höchsten Anteile auf.

Im Vergleich zum Jahr 2007 hat sich die Trägerstruktur bis zum Jahr 2015 moderat zugunsten der privaten Träger verschoben (Rothgang et al. 2010: 75). Damit setzt sich ein klarer langfristiger Trend fort: Während die Zahl der Pflegedienste in privater Trägerschaft von 1999, dem ersten Jahr, in dem die Pflegestatistik erhoben wurde, bis 2015 um 57 Prozent zugenommen hat, ist die Zahl der freigemeinnützigen Pflegedienste um 13 Prozent zurückgegangen (Rothgang et al. 2017: 126).

2015: 355.613 Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten

Die Zahl der Pflegedienste allein ist jedoch wenig aussagekräftig, weil die Größe der Dienste erheblich variiert. Zur Beurteilung des Versorgungspotenzials in den ambulanten Pflegediensten kann auf die Zahl der versorgten Personen oder die Zahl der Beschäftigten zurückgegriffen werden. Im Jahr 2015 waren 355.613 Menschen in den ambulanten Pflegediensten beschäftigt (Tabelle 2.7). Diese Beschäftigungsverhältnisse umfassen sowohl die Pflegedienstleitung (18.091) und die Grundpflege (238.828) als auch die häusliche Betreuung (14.965), hauswirtschaftliche Versorgung, Verwaltung und Geschäftsführung (16.631) sowie sonstige Bereiche (22.823) (Statistisches Bundesamt 2017b: 11). Die Tabelle 2.7 gibt darüber hinaus Auskunft über die jeweiligen Beschäftigungsumfänge.

Die Beschäftigungsumfänge unterscheiden sich je nach Bundesland. In Ostdeutschland – inklusive Berlin – liegt die Vollzeitbeschäftigtenquote durchgängig deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Sie reicht von 31,9 Prozent in Sachsen bis 39,4 Prozent in Thüringen. In Westdeutschland – ohne Berlin – liegen die Vollzeitbeschäftigtenquoten zwischen 18,6 Prozent in Bremen und 29,4 Prozent in Hamburg. Die Teilzeitbeschäftigtenquoten mit

über 50 Prozent der Arbeitszeit ist in den neuen Bundesländern ebenfalls höher als in den alten Bundesländern. Sie liegen in den neuen Bundesländern zwischen 44,0 (Thüringen) und 51,0 Prozent (Sachsen). In den alten Bundesländern liegen die Quoten hingegen zwischen 25,6 Prozent im Saarland und 43,8 Prozent in Bremen. Entsprechend zeigen sich umgekehrte West-Ost-Unterschiede beim Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit einer Arbeitszeit bis zu 50 Prozent der Regelarbeitszeit und den geringfügig Beschäftigten. Insgesamt haben die Beschäftigten in den Pflegediensten im Osten somit durchschnittlich eine längere vertragliche Arbeitszeit als im Westen.

Tabelle 2.7: Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2015

Land	insgesamt (Anzahl)	Vollzeit in Prozent	Teilzeit in Prozent			Sonstige in Prozent	Vollzeit-äquivalente
			über 50 Prozent	bis 50 Prozent, nicht gering-fügig	gering-fügig		
Deutschland	355.613	27,2	36,1	13,9	19,3	3,6	237.880
Baden-Württemberg	33.742	19,6	28,2	22,9	25,8	3,4	20.090
Bayern	47.113	22,5	31,5	17,8	26,2	2,0	29.238
Berlin	22.327	37,1	40,5	8,1	12,9	1,4	16.769
Brandenburg	15.926	36,4	47,4	6,4	7,7	2,2	12.363
Bremen	4.946	18,6	43,8	11,3	24,6	1,8	3.147
Hamburg	10.898	29,4	31,2	11,1	25,6	2,8	7.127
Hessen	24.392	28,2	30,8	16,3	22,1	2,6	16.006
Mecklenburg-Vorp.	10.030	36,0	49,8	5,0	7,0	2,1	7.841
Niedersachsen	35.694	19,1	40,6	17,0	20,4	2,9	22.805
Nordrhein-Westfalen	75.399	27,4	30,2	14,0	22,6	5,9	48.346
Rheinland-Pfalz	14.276	27,9	27,0	17,1	22,4	5,7	9.096
Saarland	3.581	25,4	25,6	17,6	22,3	9,0	2.195
Sachsen	24.201	31,9	51,0	6,3	6,6	4,3	18.378
Sachsen-Anhalt	10.746	38,5	49,5	5,5	4,0	2,3	8.601
Schleswig-Holstein	11.537	20,1	41,9	13,7	22,1	2,2	7.434
Thüringen	10.805	39,4	44,0	6,5	6,0	4,1	8.447

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017b), eigene Berechnungen
Anmerkung: Zu den Sonstigen gehören in erster Linie die Auszubildenden und Umschüler (etwa 3,3 Prozent), aber auch Praktikanten, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr oder Helfer im Bundesfreiwilligendienst. Die Methode zur Berechnung der Vollzeitäquivalente ist im Anhang dokumentiert.

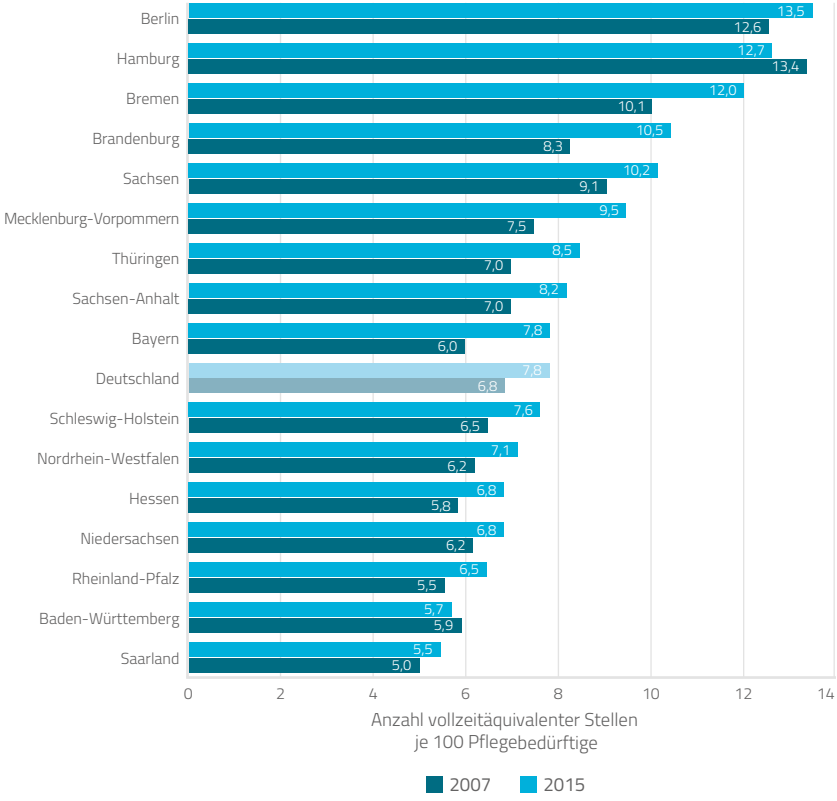
Im Vergleich zum Jahr 2007 (Rothgang et al. 2010: 77) hat der Anteil der geringfügig Beschäftigten und der Teilzeitbeschäftigten um 3,2 beziehungsweise 1,6 Prozentpunkte abgenommen. Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten hat um 0,8 Prozentpunkte und der Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit mehr als 50 Prozent der Regelarbeitszeit sogar um 3,2 Prozentpunkte zugenommen. Die Zahl der Zivildienstleistenden konnte nicht durch die Zahl der Helferinnen im freiwilligen sozialen Jahr oder im Bundesfreiwilligendienst aufgefangen werden, während der Anteil der Auszubildenden, (Um-)Schüler und Praktikanten von 1,7 Prozent im Jahr 2007 auf 4,1 Prozent im Jahr 2015 gestiegen ist. Insgesamt zeigt sich somit ein erhöhtes Maß an Ausbildungskapazität und eine Ausweitung der individuellen vertraglichen Arbeitszeit.

In den Bundesländern differiert das Bild teilweise. So gibt es beispielsweise in Bremen (+ 3,9 Prozentpunkte) und Berlin (+ 2,4 Prozentpunkte) entgegen dem Bundestrend eine Ausweitung der geringfügigen Beschäftigung und in Bremen (– 3,4 Prozentpunkte), Sachsen-Anhalt (– 2,7 Prozentpunkte) sowie Sachsen (– 2,5 Prozentpunkte) eine Reduzierung des Anteils der Vollzeitbeschäftigten.

Um die Arbeitskapazitäten insgesamt vergleichen zu können, wird in der Tabelle 2.9 zusätzlich die Zahl der Vollzeitäquivalente ausgewiesen, die sich aus der Zahl der Beschäftigten gewichtet mit der Arbeitszeit der Beschäftigten ergibt. Die in Ostdeutschland höheren Arbeitszeiten führen deshalb auch zu höheren Vollzeitäquivalenten je beschäftigte Person.

Die Zahl der in den ambulanten Pflegediensten Beschäftigten (in Vollzeitäquivalenten) ermöglicht Aussagen über die Kapazitäten des Sektors. Zur Beurteilung dieser absoluten Kapazität ist ein Vergleich mit der Zahl der möglicherweise zu versorgenden Personen sinnvoll – also die Angabe einer relativen Kapazität. Die relative Kapazität lässt sich erfassen als Relation der absoluten Kapazität in Form von Vollzeitäquivalenten bei den Pflegediensten zur pflegebedürftigen Bevölkerung (Abbildung 2.11). Dadurch werden die Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste zur Versorgung der pflegebedürftigen Bevölkerung erkennbar.

Abbildung 2.11: Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste nach Bundesland in den Jahren 2007 und 2015 – Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige



Quelle: Statistisches Bundesamt (2017b, 2018i), eigene Berechnungen

Zu beobachten sind deutlich höhere relative Kapazitäten in den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen sowie in ganz Ostdeutschland, während in den westdeutschen Flächenländern die relativen Kapazitäten um oder unterhalb des Bundesdurchschnitts von 7,8 Vollzeitäquivalenten in der ambulanten Pflege je 100 Pflegebedürftige liegen. Die Variation zwischen den Bundesländern ist beachtlich. So sind die relativen Kapazitäten in der ambulanten Pflege in den Stadtstaaten mehr als doppelt so hoch wie in Baden-Württemberg oder im Saarland. In den Stadtstaaten sind somit bessere Bedingungen geschaffen, Pflegebedürftige ambulant zu versorgen, was aufgrund des logistischen Vorteils in den Stadtstaaten auch zu erwarten ist.

In fast allen Bundesländern, mit Ausnahme von Hamburg und Baden-Württemberg, sind die Kapazitäten im Vergleich zum Jahr 2007 gestiegen. In Bremen, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Bayern sind diese Ausweitungen besonders gravierend.

Diese regional höchst ungleiche Verteilung der relativen ambulanten Pflegekapazitäten korreliert auch hochgradig mit der Inanspruchnahme der ambulanten Leistungen. Je höher die relative Kapazität der ambulanten Pflegedienste in den einzelnen Bundesländern ist, desto höher ist auch der Anteil, zu dem die Pflegebedürftigen Leistungen durch die Pflegedienste in diesem Bundesland in Anspruch nehmen (Rothgang et al. 2016a: 105). Dabei kann dieser Zusammenhang grundsätzlich in beide Richtungen interpretiert werden. Einerseits kann er anzeigen, dass Angebote insbesondere dort entstehen, wo eine große Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen besteht (nachfrageinduziertes Angebot). Andererseits kann der Zusammenhang im Sinne angebotsinduzierter Nachfrage gedeutet werden, also als Indiz dafür, dass sich das Angebot (an ambulanter Pflege) seine Nachfrage schafft.

2.2.2 Stationäre Pflegeeinrichtungen

Als stationäre Pflegeeinrichtungen sind in der Pflegestatistik alle Einrichtungen erfasst, die Dauer-, Kurzzeit-, Tages- und / oder Nachtpflege anbieten. Von den 13.596 stationären Einrichtungen bieten 8.617 ausschließlich Dauerpflege, 146 ausschließlich Kurzzeitpflege und 2.244 ausschließlich Tagespflege an. In den verbleibenden 2.589 Einrichtungen gibt es verschiedene Kombinationen in der Angebotsstruktur (Statistisches Bundesamt 2017d).

7.200 (53,0 Prozent) der stationären Einrichtungen sind in freigemeinnütziger, 5.737 (42,2 Prozent) in privater und 659 (4,8 Prozent) in öffentlicher Trägerschaft (Tabelle 2.8). Anders als bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen (siehe Kapitel 2.2.1) sind freigemeinnützige Träger im stationären Bereich also häufiger als private. Im Vergleich zum Jahr 2007 (Rothgang et al. 2010: 68) hat der Anteil der Einrichtungen in privater Trägerschaft zugenommen (+3,0 Prozentpunkte), während der Anteil in freigemeinnütziger Trägerschaft um 2,1 Prozentpunkte und der in öffentlicher Trägerschaft um 1,0 Prozentpunkte abgenommen hat.

Tabelle 2.8: Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Art des Trägers in den Bundesländern am 15. Dezember 2015

Land	Anzahl Gesamt	privat	Prozent	freigemeinnützig	Prozent	öffentlich	Prozent
Deutschland	13.596	5.737	42,2	7.200	53,0	659	4,8
Baden-Württemberg	1.716	533	31,1	1.051	61,2	132	7,7
Bayern	1.804	650	36,0	974	54,0	180	10,0
Berlin	385	200	51,9	170	44,2	15	3,9
Brandenburg	488	172	35,2	305	62,5	11	2,3
Bremen	102	45	44,1	57	55,9	0	0,0
Hamburg	191	99	51,8	92	48,2	0	0,0
Hessen	864	430	49,8	399	46,2	35	4,1
Mecklenburg-Vorp.*	369			235	63,7		
Niedersachsen	1.783	1.077	60,4	662	37,1	44	2,5
Nordrhein-Westfalen	2.626	873	33,2	1.644	62,6	109	4,2
Rheinland-Pfalz	516	202	39,1	304	58,9	10	1,9
Saarland*	164			99	60,4		
Sachsen	885	374	42,3	478	54,0	33	3,7
Sachsen-Anhalt	560	267	47,7	270	48,2	23	4,1
Schleswig-Holstein	686	456	66,5	208	30,3	22	3,2
Thüringen	457	174	38,1	255	55,8	28	6,1

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017c)
Anmerkung: * fehlende Angaben

Die Trägerschaft variiert zum Teil stark nach Bundesland. Während sich beispielsweise in Schleswig-Holstein (66,5 Prozent) und Niedersachsen (60,4 Prozent) die Mehrzahl der Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft befindet, sind es in Baden-Württemberg (31,1 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (33,2 Prozent) nur knapp ein Drittel. Pflegeeinrichtungen in öffentlicher Trägerschaft sind selten, aber noch etwas stärker verbreitet als ambulante Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft. In den Stadtstaaten Hamburg und Bremen gibt es allerdings keine Pflegeeinrichtung dieses Trägertyps. Die mit Abstand höchsten Anteile an Pflegeeinrichtungen öffentlicher Träger finden sich in Bayern (10,0 Prozent), Baden-Württemberg (7,7 Prozent) und Thüringen (6,1 Prozent) (Tabelle 2.8).

Tendenziell ist die Entwicklung der Verteilung privater, freigemeinnütziger und öffentlicher Träger in den meisten Bundesländern übereinstimmend. Ausnahmen sind Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein. In diesen Ländern ist der Anteil der Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft im Beobachtungszeitraum (2007 bis 2015) von

33,8 Prozent (2007) auf 31,1 Prozent (2015) (Baden-Württemberg) beziehungsweise von 68,2 auf 66,5 Prozent (Schleswig-Holstein) zurückgegangen (Werte für 2007 nach Rothgang et al. 2010: 68).

Insgesamt dominieren die privaten Träger im Norden und die freigemeinnützigen im Süden, Westen und Osten, während die öffentlichen Träger nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Tabelle 2.9: Personal der stationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern am 15. Dezember 2015

Land	insgesamt	Vollzeit in Prozent	Teilzeit in Prozent			Sonstige in Prozent	Vollzeit-äquivalente
			über 50 Prozent	bis 50 Prozent, nicht geringfügig	geringfügig		
Deutschland	730.145	28,7	40,1	14,7	8,5	8,0	513.244
Baden-Württemberg	94.520	26,9	33,4	18,9	10,7	10,1	62.971
Bayern	102.773	32,9	38,6	14,7	7,2	6,7	74.642
Berlin	21.188	41,5	42,3	6,1	4,9	5,2	16.700
Brandenburg	18.722	28,2	56,2	6,4	3,9	5,4	14.208
Bremen	6.372	19,4	52,9	9,3	11,3	7,1	4.357
Hamburg	13.424	39,0	36,1	6,5	10,6	7,8	9.919
Hessen	49.122	32,0	34,2	15,3	10,3	8,4	34.322
Mecklenburg-Vorp.	14.528	23,0	62,9	6,2	3,1	4,7	10.937
Niedersachsen	85.225	28,5	40,6	13,9	10,7	6,4	59.751
Nordrhein-Westfalen	171.044	25,3	35,7	19,5	9,8	9,8	114.027
Rheinland-Pfalz	33.544	29,3	32,7	19,0	8,8	10,2	22.839
Saarland	10.016	40,6	24,9	14,7	7,7	12,1	7.168
Sachsen	38.504	21,1	62,3	7,0	3,0	6,5	28.404
Sachsen-Anhalt	21.089	26,9	60,0	5,3	2,6	5,1	16.142
Schleswig-Holstein	30.771	35,7	36,3	12,4	9,8	5,6	22.476
Thüringen	19.303	25,5	57,6	6,4	3,2	7,3	14.383

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017c), eigene Berechnungen
Anmerkung: Zu den Sonstigen gehören in erster Linie die Auszubildenden und Umschüler (etwa 7,0 Prozent), aber auch Praktikanten, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr oder Helfer im Bundesfreiwilligendienst.

Im Jahr 2015 waren 730.145 Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt (Tabelle 2.9). Damit liegt die Beschäftigtenzahl bundesweit um 27 Prozent höher als im Jahr 2007. Die höchste Steigerungsrate weist dabei Thüringen auf (45,0 Prozent), die geringste findet sich in Schleswig-Holstein (13,8 Prozent). Da vormals die Kapazitäten bezogen auf die Altenbevölkerung in Thüringen deutlich unter- und in Schleswig-Holstein

deutlich überdurchschnittlich waren (Rothgang et al. 2012: 98), kommt es durch diese Entwicklung zu einer gewissen Annäherung der relativen Kapazitäten.

Von den Beschäftigten waren 28,7 Prozent vollzeitbeschäftigt, 40,1 Prozent teilzeitbeschäftigt mit über 50 Prozent der Regelarbeitszeit, 14,7 Prozent teilzeitbeschäftigt mit bis zu 50 Prozent der Regelarbeitszeit und 8,5 Prozent geringfügig beschäftigt. Weitere 8,0 Prozent setzen sich aus Praktikanten, Schülern und Auszubildenden, Helfern im freiwilligen sozialen Jahr oder Helfern im Bundesfreiwilligendienst zusammen (Tabelle 2.9).

Im Vergleich zum Jahr 2007 ist der Anteil der Vollzeitbeschäftigten deutlich von 35,4 Prozent um 6,7 Prozentpunkte auf 28,7 Prozent zurückgegangen. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit einer Arbeitszeit von über 50 Prozent der Regelarbeitszeit ist hingegen um 3,9 Prozentpunkte gestiegen. Besonders stark ist der Anteil der geringfügig Beschäftigten gestiegen: von 10,2 Prozent im Jahr 2007 auf 19,3 Prozent im Jahr 2015. Insgesamt hat sich also die individuelle vertragliche Arbeitszeit reduziert. Damit zeigt sich in den stationären Einrichtungen ein entgegengesetzter Trend wie in den ambulanten Einrichtungen (Kapitel 2.2.1).

hohe Teilzeitbeschäftigtenquoten in der Pflege in neuen Bundesländern (zwischen 56,2 und 62,9 %)

In den neuen Bundesländern liegt die Vollzeitbeschäftigtenquote durchgängig unter dem Bundesdurchschnitt von 28,7 Prozent und beträgt in Sachsen sogar nur 21,1 Prozent. In den alten Bundesländern liegen Bremen (19,4 Prozent), Nordrhein-Westfalen (25,3 Prozent) und Baden-Württemberg (26,9 Prozent) unter dem Bundesdurchschnitt. Die Teilzeitbeschäftigtenquoten mit über 50 Prozent der Regelarbeitszeit liegen dagegen in den neuen Bundesländern zwischen 56,2 Prozent (Brandenburg) und 62,9 Prozent (Mecklenburg-Vorpommern) und damit höher als in Westdeutschland, während sie in den alten Bundesländern zum Teil sogar über 30 Prozentpunkte niedriger liegen (zum Beispiel im Saarland mit 24,9 Prozent). Deutliche West-Ost-Unterschiede zeigen sich auch bei Teilzeitbeschäftigten mit bis zu 50 Prozent der Regelarbeitszeit und den geringfügig Beschäftigten. Hier liegen die Anteile in den neuen Bundesländern deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Darüber hinaus sind im Saarland (9,0 Prozent), in Nordrhein-Westfalen (5,9 Prozent) und in Rheinland-Pfalz (5,7 Prozent) auffallend viele Praktikanten, Schüler oder Auszubildende in Pflegeeinrichtungen beschäftigt. In Ostdeutschland findet somit eine Konzentration der Arbeitszeit auf Teilzeitbeschäftigung mit über 50 Prozent

der Regelarbeitszeit statt. Weniger und mehr Arbeitszeit im Monat ist im Vergleich zu den alten Bundesländern seltener.

Die Kapazitäten in der stationären Versorgung können über die Zahl der Pflegeplätze erfasst werden. Insgesamt weist die Pflegestatistik 928.939 Plätze in stationären Einrichtungen für das Jahresende 2015 aus (Tabelle 2.10). Von diesen finden sich 866.300, also 93,3 Prozent, in vollstationärer Dauerpflege und 62.639 Plätze (6,7 Prozent) in Kurzzeitpflege oder Tages- beziehungsweise Nachtpflege (Statistisches Bundesamt 2017a: 22).

Zur Bewertung dieser Kapazitäten wird die Anzahl der Heimplätze in das Verhältnis zu je 100 pflegebedürftigen Menschen im jeweiligen Bundesland gesetzt. Dadurch wird die relative Kapazität erkennbar, die bundesweit bei 30,5 liegt. In Schleswig-Holstein gibt es mit 42,0 Heimplätzen pro 100 Pflegebedürftige die mit Abstand höchste relative Kapazität, während Brandenburg (24,5), Mecklenburg-Vorpommern (26,3), Hessen (26,8) und Nordrhein-Westfalen (27,7) unterdurchschnittliche Kapazitäten aufweisen (Tabelle 2.10).

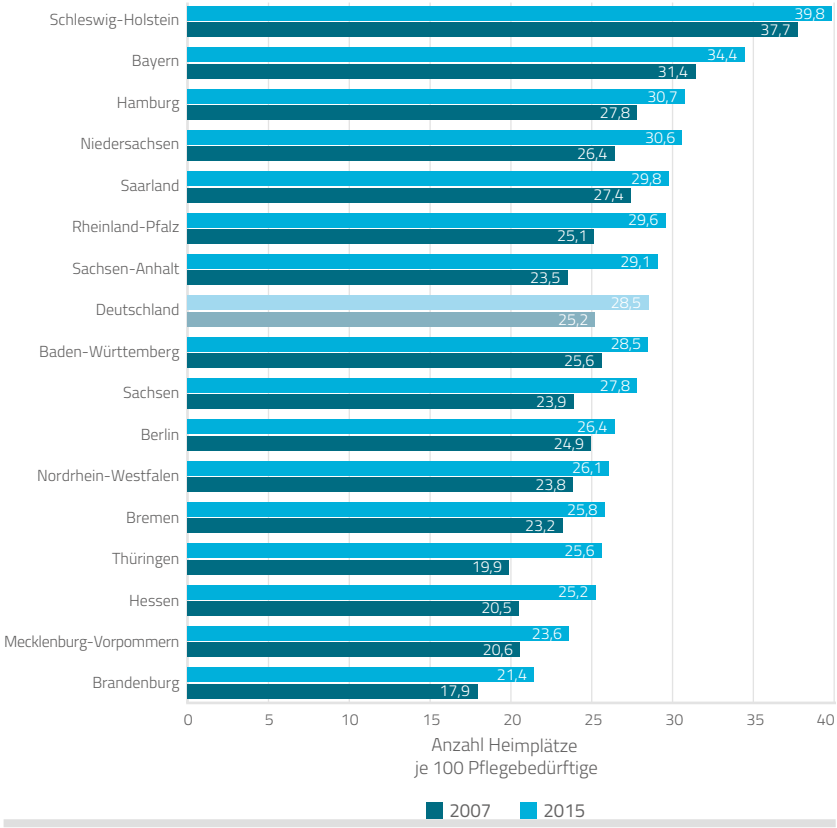
Tabelle 2.10: Pflegeplätze in stationären Pflegeeinrichtungen in den Bundesländern am 15. Dezember 2015

Land	Gesamt	Anzahl je 100 Pflege-bedürftige	Auslastung in Prozent	vollstationäre Dauerpflege	
				Anzahl	Anteil an allen Pflege-plätzen in Prozent
Deutschland	928.939	30,5	92,3	866.300	93,3
Baden-Württemberg	108.005	30,6	93,6	100.329	92,9
Bayern	134.772	36,2	85,0	128.313	95,2
Berlin	34.813	28,1	88,3	32.729	94,0
Brandenburg	29.007	24,5	99,7	25.340	87,4
Bremen	7.571	29,0	94,3	6.745	89,1
Hamburg	18.478	32,8	90,3	17.316	93,7
Hessen	62.643	26,8	90,2	58.948	94,1
Mecklenburg-Vorp.	21.720	26,3	100,3	19.490	89,7
Niedersachsen	109.431	32,8	94,4	101.878	93,1
Nordrhein-Westfalen	187.570	27,7	95,4	176.598	94,2
Rheinland-Pfalz	44.864	31,9	83,1	41.630	92,8
Saarland	13.003	32,3	87,7	11.964	92,0
Sachsen	55.266	30,6	97,9	50.146	90,7
Sachsen-Anhalt	32.827	31,3	95,8	30.510	92,9
Schleswig-Holstein	41.010	42,0	87,7	38.840	94,7
Thüringen	27.959	28,1	98,3	25.524	91,3

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017c), eigene Berechnungen

Mit 93,2 Prozent entfällt der größte Anteil der stationären Versorgung auf die vollstationäre Dauerpflege (Tabelle 2.10). Bezogen auf je 100 Pflegebedürftige stehen im Jahr 2015 bundesweit 28,5 Heimplätze in vollstationärer Dauerpflege zur Verfügung (Abbildung 2.12). Im Vergleich zum Jahr 2007 ist diese Kapazität um 3,3 Plätze je 100 Pflegebedürftige gestiegen. Die Anstiege zeigen sich in allen Bundesländern, aber am stärksten in den ostdeutschen Ländern. In diesen Ländern ist der Versorgungsgrad immer noch unterdurchschnittlich und die Auslastung entsprechend immer noch sehr hoch (Tabelle 2.10).

Abbildung 2.12: Heimplätze mit vollstationärer Dauerpflege je 100 Pflegebedürftige nach Bundesland in den Jahren 2007 und 2015



Quelle: Statistisches Bundesamt (2009, 2017c, 2018i), eigene Berechnung

Seit erstmaliger Gewährung der Leistungen bei vollstationärer Pflege zum 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 2014 wurden die maximalen beziehungsweise später pauschalen Leistungshöhen in den Pflegestufen I und II von 1.023 Euro (2.000 DM) und 1.279 Euro (2.500 DM) nicht angepasst. Lediglich für die Pflegestufe III erfolgte eine Anpassung zum 1. Juli 2008, 1. Januar 2010 und 1. Januar 2012. Durch das PSG I wurden die Leistungen ab dem 1. Januar 2015 in der Pflegestufe I auf 1.064 Euro, in der Pflegestufe II auf 1.330 Euro und in der Pflegestufe III auf 1.612 Euro beziehungsweise auf 1.995 Euro für Härtefälle erhöht. Seit dem 1. Januar 2017 werden die Leistungen nicht mehr nach den Pflegestufen, sondern entsprechend den Pflegegraden (PG) gewährt (PG1: 125 Euro, PG2: 770 Euro, PG3: 1.262 Euro, PG4: 1.775 Euro, PG5: 2.005 Euro).

Diese Versicherungsleistungen beziehen sich dabei ausschließlich auf die Finanzierung der Pflegekosten in einem Heim. Die Gesamtheimentgelte nach § 87a SGB XI, die für einen Pflegeplatz in Einrichtungen der stationären Pflege in Rechnung gestellt werden, liegen jedoch erheblich höher. Sie enthalten

- die Pflegesätze, also die nach Pflegestufe beziehungsweise Pflegegrad differenzierten „Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die soziale Betreuung und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, für die medizinische Behandlungspflege" (§ 84 Abs. 1 SGB XI),
- die nicht nach Umfang der Pflegebedürftigkeit differenzierten Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die sogenannten „Hotelkosten", und
- die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten.

Die Gesamtheimentgelte beliefen sich im Jahr 2015 bei Pflegestufe I durchschnittlich auf 2.171 Euro pro Monat. Bei Pflegestufe II ergaben sich Monatsbeträge von 2.653 Euro und bei Pflegestufe III von 3.165 Euro (Tabelle 2.11). Im Durchschnitt decken die Pflegeversicherungsleistungen damit weniger als die Hälfte des Gesamtheimentgelts ab.

Die Höhe der Heimentgelte variierte zwischen den Bundesländern erheblich. Dabei ist zu beachten, dass die in den Rahmenverträgen auf Landesebene gemäß § 75 SGB XI vor-

erhebliche Variation der Heimentgelte zwischen Bundesländern

genommene Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen und den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung in den einzelnen Bundesländern höchst unterschiedlich geregelt ist (Augurzky et al. 2008: 25 ff.), was die enormen Unterschiede in den Hotelkosten zum Teil erklären kann. Angesichts der unterschiedlichen Anrechnungsvorschriften empfiehlt es sich, nicht nur allein die Pflegesätze der Einrichtungen zu betrachten, sondern auch auf das Gesamtheimentgelt oder – da die Investitionskosten in der Pflegestatistik nicht ausgewiesen sind – zumindest die Summe aus Pflegesatz und Hotelkosten abzustellen.

Tabelle 2.11: Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung der vollstationären Dauerpflege in den Bundesländern im Jahr 2015

Land	Pflegesatz der Pflegestufe			Nachrichtlich: Entgelt für Unterkunft und Verpflegung	Summe aus Pflegesatz der Pflegestufe und Entgelt für Unterkunft und Verpflegung		
	I	II	III		I	II	III
Deutschland	1.490	1.973	2.485	681	2.171	2.653	3.165
Baden-Württemberg	1.686	2.179	2.777	714	2.400	2.893	3.491
Bayern	1.775	2.194	2.506	608	2.383	2.803	3.114
Berlin	1.693	2.271	2.689	551	2.244	2.822	3.241
Brandenburg	1.363	1.718	2.287	550	1.914	2.268	2.837
Bremen	1.180	1.873	2.335	695	1.875	2.568	3.029
Hamburg	1.388	2.023	2.660	738	2.126	2.762	3.398
Hessen	1.455	1.999	2.538	603	2.058	2.603	3.142
Mecklenburg-Vorp.	1.288	1.691	2.171	519	1.808	2.210	2.691
Niedersachsen	1.363	1.783	2.209	549	1.912	2.332	2.759
Nordrhein-Westfalen	1.484	2.092	2.722	932	2.417	3.025	3.655
Rheinland-Pfalz	1.491	1.923	2.646	756	2.247	2.680	3.402
Saarland	1.731	2.339	2.964	781	2.512	3.121	3.745
Sachsen	1.221	1.600	2.149	495	1.716	2.095	2.644
Sachsen-Anhalt	1.231	1.621	1.965	513	1.744	2.134	2.479
Schleswig-Holstein	1.400	1.754	2.136	670	2.070	2.425	2.807
Thüringen	1.174	1.593	2.098	646	1.820	2.239	2.744

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017c)

Wie die Tabelle 2.11 zeigt, liegt die Summe aus Pflegesatz sowie Entgelt für Unterkunft und Verpflegung in allen Pflegestufen im Saarland und in Nordrhein-Westfalen am höchsten. Die ostdeutschen Länder Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern weisen dagegen in allen Pflegestufen jeweils die niedrigsten Entgelte auf. Die relativen Rangpositionen entsprechen dabei weitgehend auch den Rangpositionen

aus früheren Jahren (Rothgang et al. 2014). Aus den regional unterschiedlichen Höhen der Entgelte resultieren auch regional unterschiedliche Eigenanteile in der stationären Pflege (vergleiche hierzu auch Kapitel 1.1).

2.2.3 Fazit zur Leistungserbringung

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

Die Mehrzahl der ambulanten Pflegedienste ist im Jahr 2015 – wie auch schon in den Vorjahren – in privater Trägerschaft, wobei deren Anteile in Ostdeutschland tendenziell niedriger sind als in Westdeutschland. Auch bezüglich der Beschäftigungsverhältnisse bestehen deutliche regionale Unterschiede mit erheblich höheren Vollzeitbeschäftigtenanteilen in Ostdeutschland, die teilweise bei knapp 40 Prozent liegen (Thüringen) und damit den Bundesdurchschnitt von 27 Prozent um fast die Hälfte überschreiten. Auch unterhalb der Vollzeitbeschäftigung ist der Erwerbsumfang in der Pflege in Ostdeutschland tendenziell höher, und insgesamt sind die relativen Kapazitäten (Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige) in der ambulanten Pflege in Ostdeutschland sogar erheblich höher als in den westdeutschen Flächenstaaten, in denen diese relativen Kapazitäten ausnahmslos unter dem Bundesdurchschnitt liegen.

Im Unterschied zu den ambulanten Pflegediensten ist mehr als die Hälfte der stationären Pflegeeinrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft. Die Beschäftigungsverhältnisse und deren regionale Verteilung unterscheiden sich im stationären Sektor von denen in der ambulanten Pflege. So ist zwar knapp ein Drittel der Beschäftigten im Heimsektor Vollzeit erwerbstätig, in Ostdeutschland jedoch deutlich weniger als in Westdeutschland. Beschäftigungsverhältnisse mit einer Arbeitszeit von über 50 Prozent der Regelarbeitszeit finden sich dagegen häufiger in Ostdeutschland. Die relativen Kapazitäten sind in der stationären Pflege vor allem im Norden und Süden Deutschlands besonders hoch, im Osten Deutschlands dagegen deutlich niedriger. Insgesamt unterscheiden sich die Heimkapazitäten zwischen den Ländern jedoch etwas weniger als die Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste.

Sowohl in der ambulanten Versorgung als auch in der stationären Versorgung ist eine hohe Kapazität mit einer hohen Inanspruchnahme verbunden. Dieser Zusammenhang lässt sich sowohl als angebotsinduzierte Nachfrage als auch als bedarfsgerechtes Angebot interpretieren. Allerdings sind die Auslastungen der Pflegeheime in den Ländern mit der geringsten Kapazität (Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern) am höchsten (jeweils rund 100 Prozent) und in dem Land mit der höchsten Kapazität (Schleswig-Holstein) eher niedrig. Dies kann als Hinweis auf ein Unter- beziehungsweise Überangebot gedeutet werden, auf das die Angebotsentwicklung in den letzten Jahren durch nach Ländern differenziertes Wachstum bereits reagiert hat.

2.3 Finanzierung

Die Soziale Pflegeversicherung deckt nur einen Teil der durch die Pflegebedürftigkeit anfallenden Kosten. Daneben tragen auch andere kollektive Systeme (Private Pflegepflichtversicherung, Sozialhilfe und Kriegsopferfürsorge) und Eigenmittel der Betroffenen zur Finanzierung von Pflegebedürftigkeit bei. In diesem Kapitel wird daher zunächst ein Überblick über die Finanzentwicklung der quantitativ bedeutendsten gemeinschaftlichen Finanziers von Pflegeleistungen, nämlich der Sozialen Pflegeversicherung (Kapitel 2.3.1), der Privaten Pflegepflichtversicherung (Kapitel 2.3.2) und der Sozialhilfe (Kapitel 2.3.3) gegeben, bevor in einem Überblick über die gesamte Finanzierung von Leistungsausgaben im Bereich der Langzeitpflege zusätzlich auch auf die Kriegsopferfürsorge und die privaten Ausgaben eingegangen wird. Da für Teile der Finanzierung keine regionalen Daten erhältlich sind, bezieht sich die Zusammenstellung nur auf die Bundesebene.

2.3.1 Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung

Pflegeversicherung 2017:
Einnahmen von 36,1 Mrd. €
Ausgaben von 38,5 Mrd. €

Die Einnahmen der Sozialen Pflegeversicherung resultieren fast ausschließlich aus Beiträgen, die im Umlageverfahren aufgebracht werden. Wie die Tabelle 2.12 zeigt, haben sich die Einnahmen der Pflegeversicherung in diesem Jahrtausend schon mehr als verdoppelt, von 16,8 Milliarden Euro im Jahr 2001 auf 36,1 Milliarden Euro im Jahr 2017. Die Anstiege sind primär auf mehrere Anhebungen des Beitragssatzes zurückzuführen. Der erste Beitragsanstieg von 1,0 Prozent auf 1,7 Prozent erfolgte schon im Juli 1996 zur Finanzierung der dann eingeführten stationären Pflege und war bereits bei Einführung der Pflegeversicherung geplant. Bis zum Jahr 2008 blieb der allgemeine Beitragssatz

konstant, allerdings wurde mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3448) ab dem 1. Januar 2005 ein Zusatzbeitragssatz für Kinderlose in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten eingeführt. Im Rahmen des PfWG wurde der Beitragssatz zum 1. Juli 2008 um 0,25 Prozentpunkte von 1,70 Prozent auf 1,95 Prozent (2,20 Prozent für Kinderlose) erhöht. Ab dem 1. Januar 2013 lag der Beitragssatz bei 2,05 Prozent (für Kinderlose bei 2,3 Prozent), und zum 1. Januar 2015 ist der Beitragssatz um weitere 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 Prozent (2,60 Prozent für Kinderlose) angehoben worden. Mit Inkrafttreten des PSG II zum 1. Januar 2017 stieg der Beitragssatz auf dann 2,55 Prozent (2,8 Prozent für Kinderlose).

Die Ausgaben sind von 16,9 Milliarden Euro im Jahr 2001 auf 38,5 Milliarden Euro im Jahr 2017 gestiegen. Bei den Ausgaben handelt es sich ganz überwiegend um Leistungsausgaben; der Anteil der Verwaltungskosten lag im Jahr 2017 bei lediglich 3,1 Prozent der Gesamtausgaben. Selbst wenn die Kosten des MDK hinzugerechnet werden, liegt der Ausgabenanteil, der nicht für Leistungen verwendet wird, immer noch bei nur 4,2 Prozent (Tabelle 2.12).

Die Ausgabensteigerungen des Jahres 2017 von rund 7,5 Milliarden Euro sind auf die Umsetzung des PSG II zurückzuführen (siehe Kapitel 1.1). Auch die im Vergleich dazu moderaten Ausgabensteigerungen in den Jahren 2008 bis 2015 sind insbesondere auf sozialrechtliche Veränderungen zurückzuführen, vor allem auf die Anhebung der Leistungssätze zum 1. Juli 2008, zum 1. Januar 2010 und zum 1. Januar 2012 sowie auf die Leistungsausdehnung (2008) beziehungsweise die Schaffung neuer Leistungstatbestände (2013) für PEA. Entsprechend sind die Ausgaben für zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI) von null im Jahr 2001 auf 1,2 Milliarden Euro im Jahr 2017 gestiegen. Ebenfalls neu entstanden sind die Ausgaben für stationäre Vergütungszuschläge (für zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 43b SGB XI), die im Jahr 2017 eine Summe von 1,3 Milliarden Euro erreichten.

größter Teil der Leistungsausgaben für vollstationäre Pflege

Der größte Teil der Leistungsausgaben entfällt auf die Leistungen bei vollstationärer Pflege, deren Anteil an den Leistungsausgaben aber (inklusive der Leistungen nach § 43b SGB XI) von 48 Prozent im Jahr 2001 auf 40 Prozent im Jahr 2017 gesunken ist. Neben

dem seit dem Jahr 2007 sinkenden Anteil vollstationär versorgter Pflegebedürftiger ist hierfür die fehlende Dynamisierung der Leistungen in den Pflegestufen I und II in den Dynamisierungsrunden der Jahre 2008, 2010 und 2012 verantwortlich. Die Ausgaben für Pflegegeld betrugen zuletzt 25,9 Prozent und für Pflegesachleistungen im ambulanten Bereich 11,7 Prozent der Gesamtausgaben. Im Jahr 2015 wurden zudem erstmals 1,1 Milliarden Euro dem Pflegeversorgungsfonds zugeführt. Nach drei Jahren beläuft sich dessen Mittelbestand nun auf 3,8 Milliarden Euro (Tabelle 2.12).

Tabelle 2.12: Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung in Milliarden Euro

	2001	2011	2013	2014	2015	2016	2017
Einnahmen							
Beitragseinnahmen	16,56	22,13	24,86	25,83	30,61	31,96	36,04
sonstige Einnahmen	0,25	0,11	0,09	0,08	0,08	0,07	0,06
Einnahmen insgesamt	16,80	22,24	24,96	25,91	30,69	32,03	36,10
Ausgaben							
Leistungsausgaben	16,03	20,89	23,17	24,24	26,64	28,29	35,54
davon							
Geldleistung	4,11	4,74	5,69	5,94	6,46	6,84	9,99
Pflegesachleistung	2,29	2,98	3,37	3,56	3,70	3,83	4,50
Verhinderungspflege	0,11	0,44	0,59	0,68	0,88	1,05	1,12
Tages-/Nachtpflege	0,07	0,21	0,28	0,31	0,41	0,52	0,68
zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen	0,00	0,33	0,44	0,48	0,68	1,01	1,23
Kurzzeitpflege	0,15	0,35	0,41	0,43	0,50	0,57	0,60
soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,98	0,87	0,88	0,94	0,96	0,99	1,54
Hilfsmittel/Wohnumfeldverbesserung	0,31	0,34	0,44	0,53	0,76	0,81	0,88
vollstationäre Pflege	7,75	9,71	10,06	10,26	10,74	10,91	13,00
vollstationäre Pflege in Behinderteneinrichtungen	0,21	0,26	0,26	0,27	0,28	0,29	0,40
stationäre Vergütungszuschläge	0,00	0,50	0,58	0,63	1,03	1,23	1,31
Pflegeberatung	0,00	0,08	0,07	0,08	0,09	0,09	0,09
sonstige Leistungsausgaben	0,04	0,06	0,11	0,12	0,14	0,16	0,20
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,25	0,32	0,36	0,37	0,37	0,39	0,42
Verwaltungsausgaben	0,57	0,71	0,79	0,84	0,89	1,02	1,18
Zuführung zum Pflegevorsorgefonds	0,00	0,00	0,00	0,00	1,10	1,29	1,36
sonstige Ausgaben	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ausgaben insgesamt	16,87	21,93	24,33	25,45	29,01	31,00	38,52
Liquidität							
Überschuss der Einnahmen	-0,06	0,31	0,63	0,46	1,68	1,03	-2,42
Mittelbestand am Jahresende	4,76	5,45	6,17	6,63	8,31	9,34	6,92
in Monatsausgaben laut Haushaltsplänen der Kassen	3,27	2,93	3,00	3,12	3,51	3,80	2,17
nachrichtlich: Mittelbestand Pflegevorsorgefonds					1,09	2,44	3,83

Quelle: BMG (2018a)

Nachdem die Soziale Pflegeversicherung seit dem Jahr 2008 durchgängig einen Liquiditätsüberschuss erzielt hat (Rothgang et al. 2017: 153 f.), ist mit der Umsetzung des PSG II im Jahr 2017 ein Defizit von über 2,4 Milliarden Euro entstanden, das aufgrund der guten Konjunkturlage allerdings sogar noch etwas niedriger ausgefallen ist als vorausberechnet (Rothgang et al. 2016a: 50 f.).

2.3.2 Finanzentwicklung der Privaten Pflegeversicherung

Im Jahr 2016 waren 9,4 Millionen Menschen in Deutschland privat pflichtversichert (PKV 2017: 31). Das entspricht bei einer Bevölkerung von 82,5 Millionen Menschen (Statistisches Bundesamt 2018c) einem Anteil von 11,4 Prozent privat Pflegepflichtversicherten an der Bevölkerung. Wegen der unterschiedlichen Finanzierungsverfahren von Sozialer Pflegeversicherung (Umlageverfahren) und Privater Pflegepflichtversicherung (Kapitaldeckungsverfahren) ist ein Vergleich der beiden Versicherungszweige nur eingeschränkt möglich. Im Folgenden werden daher nur wenige zentrale Kennzahlen der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) beschrieben.

Die jährlichen Einnahmen der Privaten Pflegepflichtversicherung erreichten nach einem Anstieg in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1997 mit 2,17 Milliarden Euro ihren ersten Höhepunkt, gingen anschließend bis zum Jahr 2003 zurück und lagen bis 2007 nahezu konstant bei 1,87 Milliarden Euro (Tabelle 2.13). Diese Entwicklung ist insbesondere durch Prämienreduktionen bei steigender Versichertenzahl verursacht. Ab dem Jahr 2008 kam es bei geringfügigen Schwankungen zu einem Anstieg der Beitragseinnahmen auf 2,0 bis 2,2 Milliarden Euro. Die Beitragseinnahmen bewegen sich bis heute in diesem Korridor.

Demgegenüber sind die Ausgaben für Versicherungsleistungen stark gestiegen. Ausgehend von 450 Millionen Euro in den Jahren 1997 und 1998 haben sie sich bis 2007 kontinuierlich erhöht. In den letzten Jahren erfolgten sprunghafte Anstiege der Leistungsausgaben von 0,6 Milliarden Euro im Jahr 2008 auf 1,0 Milliarden Euro im Jahr 2016 und damit um insgesamt knapp 70 Prozent in diesen acht Jahren. Hier zeichnet sich die demografische Alterung des Versichertenbestands der Privaten Pflegeversicherung ab, die deutlich ausgeprägter ist als in der SPV. Insgesamt 32,6 Milliarden Euro Altersrückstellungen wurden seit Beginn der Pflegeversicherung angesammelt (Tabelle 2.13).

Tabelle 2.13: Finanzentwicklung der Privaten Pflegeversicherung in Millionen Euro

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

Quelle: Zahlenberichte der PKV von 1998 bis 2017

2.3.3 Finanzierung durch die Sozialhilfe

Verfügt der Pflegebedürftige oder die unterhaltspflichtige(n) Person(en) nicht über genügende Mittel, um die Eigenanteile in der formellen Pflege zu tragen, können ergänzende Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden.

Die Tabelle 2.14 gibt zunächst einen Überblick über die Entwicklung der Zahl der Empfänger von „Hilfe zur Pflege". Diese hat sich nach Einführung der Pflegeversicherung innerhalb weniger Jahre nahezu halbiert: von 373.000 im Jahr 1995 auf 222.000 im Jahr 1998. In den Folgejahren stieg die Empfängerzahl wieder an und liegt seit dem Jahr 2012 im Bereich von 340.000 bis 350.000. Dabei bezieht die Mehrzahl der Leistungsempfänger „Hilfe zur Pflege" in Einrichtungen. Der Anteil der Empfänger von „Hilfe zur Pflege" außerhalb von Einrichtungen an allen Empfängern von „Hilfe zur Pflege" ist jedoch während des Betrachtungszeitraums von rund 23 Prozent auf rund 28 Prozent gestiegen (Tabelle 2.14).

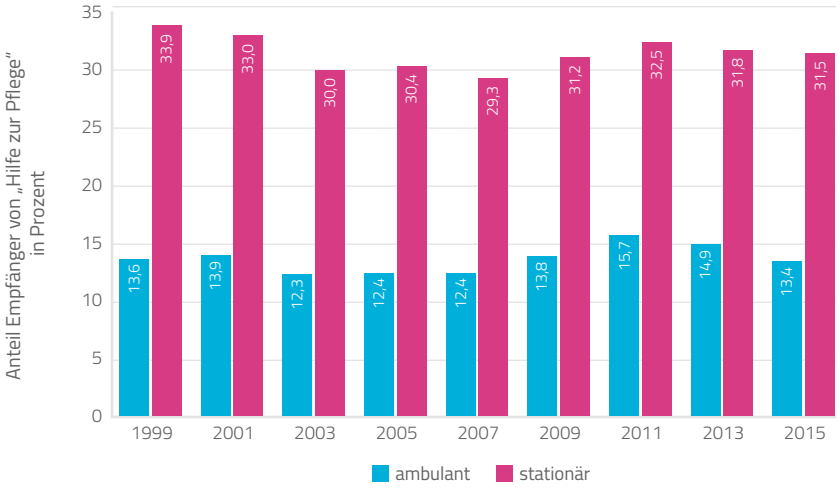
Tabelle 2.14: Empfänger und Nettoausgaben der Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege“

Jahr	Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ am 31. Dezember in Tausend			Nettoausgaben im Berichtsjahr für „Hilfe zur Pflege“ in Millionen Euro		
	insgesamt*	ambulant	stationär	insgesamt	ambulant	stationär
1995	373	85	288	6.264	509	5.754
1996	285	66	219	4.823	370	4.453
1997	251	64	187	2.509	375	2.133
1998	222	62	160	2.284	390	1.894
1999	247	57	191	2.320	397	1.923
2000	261	59	203	2.308	412	1.896
2001	256	61	196	2.349	439	1.910
2002	246	60	187	2.421	474	1.948
2003	242	55	187	2.420	515	1.905
2004	246	55	191	2.513	525	1.988
2005**	257	58	200	2.611	547	2.064
2006**	269	59	211	2.530	601	1.929
2007**	262	62	201	2.666	624	2.043
2008**	285	68	218	2.751	667	2.085
2009	299	77	224	2.878	714	2.164
2010	318	84	235	2.967	763	2.204
2011	330	90	241	3.104	802	2.302
2012	339	95	246	3.245	851	2.394
2013	342	97	247	3.339	859	2.479
2014	350	99	253	3.502	903	2.599
2015	349	99	252	3.569	976	2.593
2016	347	95	253	3.796	1.038	2.759

Quelle: Statistisches Bundesamt (2018a, 2018b, 2018h)
Anmerkungen: * Abweichungen durch Mehrfachzählungen ** Für die Jahre 2005 bis 2008 gab es Schätzwerte für Bremen sowie 2007 eine Untererfassung in Nordrhein-Westfalen und im Saarland.

Die Summen der Nettoausgaben im ambulanten und stationären Bereich haben sich über den gesamten Zeitraum stark angenähert: Dadurch, dass sich die Ausgaben der „Hilfe zur Pflege“ im ambulanten Bereich nahezu verdoppelt und im stationären Bereich in etwa halbiert haben, ist das Verhältnis von 1:11 (1995) bereits nach wenigen Jahren auf 1:5 (1998) und seit etwa dem Jahr 2006 auf etwa 1:3 gesunken. Insgesamt sind die Nettoausgaben für „Hilfe zur Pflege“ von 6,3 Milliarden Euro im Jahr 1995 auf 2,3 Milliarden Euro im Jahr 2000 gesunken und steigen seitdem wieder an auf zuletzt 3,8 Milliarden Euro im Jahr 2016. Die durchschnittlichen Ausgaben je Leistungsbezieher belaufen sich schließlich im Jahr 2016 sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich auf rund 910 Euro im Monat. In den Vorjahren waren die monatlichen Ausgaben im stationären Bereich erheblich höher als im ambulanten Bereich (Tabelle 2.14).

Abbildung 2.13: Anteil der Empfänger von „Hilfe zur Pflege" von 100 Pflegebedürftigen – ambulant und stationär



Quelle: Statistisches Bundesamt (2018g, 2018i), eigene Berechnungen
Anmerkung: Die „Hilfe zur Pflege" geht teilweise über den sozialrechtlichen Leistungsbegriff der Pflegeversicherung hinaus, sodass prinzipiell von Proportionen von Empfängern von „Hilfe zur Pflege" zu Pflegebedürftigen mit Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gesprochen werden müsste.

Die Sozialhilfeausgaben für die Pflege haben sich nach Einführung der Pflegeversicherung sehr viel stärker reduziert als die Sozialhilfeempfängerzahlen in der Pflege, da auch für den Teil der Leistungsempfänger, der im Sozialhilfebezug verbleibt, der Leistungsbetrag gesunken ist (Roth und Rothgang 2001). Der Anteil der Sozialhilfeempfänger an allen Pflegeheimbewohnern ist bei leichten Schwankungen seit Ende des letzten Jahrhunderts bis heute weitgehend konstant geblieben (Abbildung 2.13). Im Jahr 2015 kommen auf 100 Pflegebedürftige in einem Pflegeheim etwas über 31 Personen, die „Hilfe zur Pflege" im stationären Bereich in Anspruch nehmen. Auf 100 Pflegebedürftige, die durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden, kommen hingegen nur gut 13 Personen, die „Hilfe zur Pflege" außerhalb von Einrichtungen in Anspruch nehmen. Auch diese Anteile sind im langjährigen Trend bei leichten Schwankungen recht konstant (Abbildung 2.13).

2.3.4 Finanzierung im Überblick

Abschließend werden die bisher diskutierten Finanzierungsformen mit der Eigenbeteiligung und den Ausgaben der Kriegsopferfürsorge zu einem Gesamtüberblick zusammengefasst. Es handelt sich hierbei nur um die Ausgaben für Pflegebedürftigkeit und nicht um die Ausgaben für die Pflegebedürftigen. Ausgaben, die etwa in der Krankenversicherung für Pflegebedürftige anfallen, werden hier nicht berücksichtigt. Differenziert wird zwischen öffentlichen und privaten Ausgaben. Die 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 der jeweiligen Organisationen (Pflegeversicherung, Sozialhilfe, Kriegsopferfürsorge) entnommen werden. Dabei werden jeweils die Leistungsausgaben angegeben und auch die Ausgaben für Pflegegeld berücksichtigt. Lediglich die Beihilfeausgaben der Gebietskörperschaften für Pflege werden geschätzt.

Für die häusliche Pflege können die privaten Ausgaben nur geschätzt werden. Werden die auf Basis einer Repräsentativbefragung erhobenen, regelmäßig im Monat privat getragenen Kosten, die im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit entstehen, von durchschnittlich 269 Euro (Stand: 2016) (Schneekloth et al. 2017: 158) mit der Zahl der Leistungsempfänger am Jahresende 2015 multipliziert, ergeben sich Ausgaben von insgesamt 6,7 Milliarden Euro. Nach Abzug der Nettoaufwendungen für die „Hilfe zur Pflege" außerhalb von Einrichtungen von 1,0 Milliarden Euro (Tabelle 2.14) verbleibt ein Betrag von 5,7 Milliarden Euro. 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 berücksichtigt, ergäben sich deutlich höhere Kosten.

Für den stationären Bereich sind die privat getragenen Kosten für die Pflegeaufwendungen seit Einführung der Pflegeversicherung permanent gestiegen und lagen am Jahresende 2015 schon bei rund 600 Euro im Monat (Statistisches Bundesamt 2017c: 8, 13). Multipliziert mit der Zahl der Leistungsempfänger am Jahresende 2015 ergeben sich

hieraus Eigenanteile von insgesamt 5,5 Milliarden Euro. Werden hiervon die Nettoausgaben der Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege" in Einrichtungen von 2,8 Milliarden Euro (Tabelle 2.14) abgezogen, verbleibt ein Eigenanteil von 2,7 Milliarden Euro. Unberücksichtigt sind hierbei die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten in Höhe von durchschnittlich 1.100 Euro monatlich (Rothgang et al. 2017: 29), die aufgrund der Besonderheiten der Wohnform „Pflegeheim" die üblichen Ausgaben für (Warm-)Miete und Ernährung älterer Menschen in anderen Settings deutlich übersteigen und insofern ebenfalls teilweise als pflegebedingt gelten könnten.

Tabelle 2.15: Leistungsausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2016

Ausgabenträger	in Milliarden Euro	Anteil an öffentlichen/ privaten Ausgaben in Prozent	Anteil an den Gesamtausgaben in Prozent
öffentliche Ausgaben	33,7	100,0	80,1
Soziale Pflegeversicherung	28,3	83,7	67,1
Private Pflegepflichtversicherung	1,0	3,0	2,4
Beamtenbeihilfe[1)]	0,5	1,5	1,2
Sozialhilfe	3,8	11,2	9,0
Kriegsopferfürsorge[2)]	0,2	0,5	0,5
private Ausgaben[3)]	8,4	100,0	19,9
Pflegeheim[4)]	2,7	32,1	6,4
häusliche Pflege[5)]	5,7	67,9	13,5
Gesamt	42,2		100,0

[1)] geschätzt als 50 Prozent der PPV-Ausgaben – siehe Text
[2)] Werte der Kriegsopferfürsorge für das Jahr 2014
[3)] Schätzwerte, basierend auf Personenzahlen vom 31. Dezember 2015 und – bei der häuslichen Pflege – Befragungswerten aus dem Jahr 2017
[4)] Pflegesätze abzüglich Pflegeversicherungsleistungen und abzüglich „Hilfe zur Pflege" im stationären Bereich im Berichtsjahr 2015
[5)] privat getragene Pflegekosten abzüglich „Hilfe zur Pflege" im ambulanten Bereich im Berichtsjahr 2015
Quelle: Kriegsopferfürsorge: Statistisches Bundesamt (2017e: 241), Soziale Pflegeversicherung: BMG (2018a), PPV: PKV (2017: 53), Sozialhilfe: Statistisches Bundesamt (2018a), private Aufwendungen in der häuslichen Pflege: Schneekloth et al. (2017: 158)

Von den so definierten Gesamtausgaben in Höhe von 42,2 Milliarden Euro wurden im Jahr 2015 rund 80 Prozent öffentlich finanziert (Tabelle 2.15). Die öffentliche Finanzierung wird mit 83,7 Prozent zum größten Teil von der Sozialen Pflegeversicherung getragen, während auf die Sozialhilfe 11,2 Prozent entfallen. Demgegenüber ist der Anteil der öffentlichen Ausgaben, der jeweils von der Privaten Pflegepflichtversicherung, der Beamtenbeihilfe und

der Kriegsopferversorgung getragen wird, mit 3,0 Prozent, 1,5 Prozent beziehungsweise 0,5 Prozent relativ gering. Die Zahl der Leistungsbezieher der Kriegsopferfürsorge ist im Zeitraum der Jahre 2010 bis 2014 von 15.277 auf 9.756 zurückgegangen (Statistisches Bundesamt 2017e: 241) und wird sich noch weiter reduzieren. Der Finanzierungsanteil aus dieser Quelle, der vor Einführung der Pflegeversicherung beachtlich war, wird durch das Versterben der Kriegsgeneration absehbar bedeutungslos.

Etwa ein Fünftel der in Tabelle 2.15 angegebenen Ausgaben werden privat finanziert. Dabei sind aber weder die Opportunitätskosten der familialen Pflege noch die acht Milliarden Euro berücksichtigt, die privat für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten in Pflegeheimen aufgebracht werden müssen. Zudem wurden privat aufzubringende Kosten im Umfang von 3,8 Milliarden Euro vom Sozialhilfeträger übernommen und so den öffentlichen Leistungen zugerechnet. Damit zeigt sich der Teilversicherungscharakter der Pflegeversicherung recht deutlich.

Private Pflegeversicherung: 9,38 Mio. Versicherte
Soziale Pflegeversicherung: 71,95 Mio. Versicherte

Für die Beurteilung der Finanzentwicklung der Privaten und der Sozialen Pflegeversicherung sind die höchst ungleich verteilten Pflegerisiken zu berücksichtigen (Rothgang 2010; Rothgang, Müller und Unger 2013). Für 71,95 Millionen Versicherte in der Sozialen Pflegeversicherung wurden im Jahr 2016 Leistungsausgaben in Höhe von 28,29 Milliarden Euro getätigt (BMG 2017b). Dies entspricht etwa 393 Euro je gesetzlich Versicherten. Für die 9,38 Millionen Versicherten der PPV (PKV 2017: 30) fielen im Jahr 2016 Leistungsausgaben von 1,05 Milliarden Euro an (PKV 2017: 53). Dies entspricht je Versicherten etwa 112 Euro pro Jahr. Da etwa die Hälfte der PPV-Versicherten beihilfeberechtigt ist (PKV 2016: 26) und die Beihilfeansprüche für Pflegebedürftige aus diesem Personenkreis etwa zwei Drittel der Gesamtansprüche ausmachen, werden Beihilfezahlungen im Umfang von 50 Prozent der PPV-Ausgaben unterstellt. Entsprechend erhöhen sich die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben aus öffentlichen Quellen für PPV-Versicherte auf 168 Euro, was 42 Prozent der SPV-Ausgaben für einen SPV-Versicherten entspricht.

Privatversicherte verursachen nicht nur aufgrund der günstigeren Altersstruktur, sondern auch aufgrund der Tatsache, dass tendenziell die Gesünderen in die Privatversicherung wechseln, geringere Ausgaben für ihre Pflegeversicherung. Zudem sind die

Privatversicherten deutlich einkommensstärker. So liegt das beitragspflichtige Einkommen der Privatvollversicherten gut 60 Prozent über dem der GKV-Versicherten (Arnold und Rothgang 2010). Ein Finanzausgleich zwischen Privater und Sozialer Pflegeversicherung, wie er im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD im Jahr 2005 bereits einmal vereinbart war, würde daher zu einer Entlastung der Sozialen Pflegeversicherung in Höhe von bis zu zwei Milliarden Euro führen (Arnold und Rothgang 2010) und dem im Grundgesetz verankerten Sozialstaatsgebot gerecht werden.

Kapitel 3

Gesundheit pflegender Angehöriger

3 Gesundheit pflegender Angehöriger

Die Hauptadressaten der Pflegeversicherung sind die Pflegebedürftigen. Ihnen sollen in erster Linie die Versorgungsleistungen zukommen (§ 1 Absatz 4 SGB XI). Die Pflegeversicherung hat aber auch die pflegenden Angehörigen im Blick. Diese übernehmen einen Großteil der Versorgung der Pflegebedürftigen. Die Pflegeversicherung bietet dementsprechend eine Reihe von Aufklärungs- und Unterstützungsangeboten für die pflegenden Angehörigen an. Dazu gehören Pflegekurse oder Pflegeschulungen, um sowohl Fertigkeiten zur eigenständigen Durchführung der Pflege zu vermitteln als auch pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen (§ 45 Absatz 1 SGB XI). Beratungen der Pflegenden sollen oder können zudem über die Pflegekassen (§ 7a Absatz 1 SGB XI), Pflegestützpunkte (§ 7c Absatz 1 SGB XI) oder Pflegedienste (§ 37 Absatz 3 SGB XI) erfolgen. Zur zeitlichen Entlastung der pflegenden Angehörigen stehen insbesondere die Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI), die Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI), die Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) und die Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) zur Verfügung. Die Nutzung dieser Angebote führt aber teilweise zur anteiligen Kürzung des Pflegegeldes.

rund 2,47 Millionen Hauptpflegepersonen im Jahr 2017

Angehörige sind die Hauptleistungserbringer im Bereich der Langzeitpflege. Von den 3,04 Millionen Pflegebedürftigen (inklusive Pflegestufe 0), die die Pflegestatistik für 2015 ausweist, wurden 73,6 Prozent, also 2,24 Millionen (davon 0,16 Millionen mit Pflegestufe 0), zu Hause versorgt (Statistisches Bundesamt 2017a: 9). Bei 1,5 Millionen Pflegebedürftigen geschieht die Versorgung ohne Beteiligung von ambulanten Pflegediensten (Statistisches Bundesamt 2017d). Pflegende Angehörige sind somit „Deutschlands größter Pflegedienst" (Wetzstein, Rommel und Lange 2015). Rund 93 Prozent der Pflegebedürftigen in Privathaushalten haben im Jahr 2015 mindestens eine Pflegeperson (Schneekloth et al. 2017: 53), das sind 2,08 Millionen Hauptpflegepersonen im Jahr 2015. Für den Zeitraum von 2015 bis 2017 wurde anhand der BARMER-Daten eine Steigerungsrate der häuslichen Pflege von insgesamt 18 Prozent festgestellt (Kapitel 2.1). Daraus ergeben sich bei gleichbleibenden Anteilen Pflegebedürftiger mit Pflegepersonen für das Jahr 2017 rund 2,47 Millionen Hauptpflegepersonen.

Neben der Hauptpflegeperson gibt es oft noch weitere Personen, die sich um die Pflegebedürftigen kümmern. So weisen Schneekloth et al. (2017: 53) aus, dass 59 Prozent der Pflegebedürftigen in Privathaushalten Hilfe von zwei oder mehr Personen erhalten. Dies bedeutet eine insgesamt mindestens doppelt so große Zahl an Personen, die an der häuslichen Pflege beteiligt sind. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Schätzungen auf Basis des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) für das Jahr 2015. Die Schätzungen belaufen sich auf insgesamt 4,5 Millionen Personen, die eine Stunde oder mehr pro Tag pflegen (Rothgang et al. 2017: 144). Sieben Prozent der erwachsenen Bevölkerung sind mit der Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger beschäftigt (Wetzstein, Rommel und Lange 2015: 3). Da die Hauptpflegepersonen in der Regel am meisten betroffen sind, fokussiert dieser Schwerpunktbericht auf diese Personen.

bisheriger Fokus in Studien auf Belastungen und Entlastungsmöglichkeiten

Obwohl die häusliche Pflege deutlich häufiger gewünscht und praktiziert wird als die stationäre Pflege, wird sie nicht als unproblematisch angesehen. Die pflegenden Angehörigen stehen vor einer Reihe von Anforderungen, die ihre Lebensumstände verändern. Im Vordergrund der Betrachtungen bisheriger Studien zur Pflegesituation stehen die Belastungen (beispielsweise AOK Rheinland / Hamburg 2016; Bestmann, Wüstholz und Verheyen 2014; Döhner et al. 2007; Gräßel und Behrndt 2016; Kurz und Wilz 2011; Leipold, Schacke und Zank 2005a; Schwinger, Tsiasioti und Klauber 2016; TK 2016; Zank und Schacke 2007) und die Möglichkeiten, für Entlastungen zu sorgen (beispielsweise Anthes 2002; AOK Rheinland / Hamburg 2016; Böttche 2013; Engel 2015; Frölich 2009; Grande et al. 2015; Gräßel und Behrndt 2016; Hetzel et al. 2016; Hutchison et al. 2012; Krieger, Floren und Jungbauer 2016; Kurz und Wilz 2011; Meyer 2006; Schwinger, Tsiasioti und Klauber 2016; Wilz und Soellner 2016; Zegelin et al. 2012). Die Gesundheit pflegender Angehöriger ist aber selten explizit erfasst. Wenn sie explizit erfasst ist, bezieht sie sich häufig auf psychische Störungen, häufig in Form von Depressionen (beispielsweise Chumbler, Pienta und Dwyer 2004; DAK 2015b; Leipold, Schacke und Zank 2005b). Sehr häufig ist die gesundheitliche Lage aber nur mit unspezifischen Messinstrumenten wie einer allgemeinen subjektiven Gesundheitseinschätzung oder dem WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden (beispielsweise Döhner et al. 2007) oder in groben Kategorien wie „Psychische Leiden" oder „Muskel-Skelett-Erkrankungen" erfasst (beispielsweise DAK 2015b, vergleiche auch Kurz und Wilz 2011).

Inwieweit sich konkrete Gesundheitszustände und Erkrankungshäufigkeiten von pflegenden Angehörigen im Zuge der pflegerischen Versorgung verändern, ist dennoch insgesamt wenig bekannt. Entsprechend wenig erfasst ist zudem, mit welchen Belastungen konkrete Gesundheitszustände im Zusammenhang stehen und welche Entlastungsangebote am hilfreichsten erscheinen. Ziel des Schwerpunktkapitels dieses Pflegereports ist daher, das Ausmaß gesundheitlicher Veränderungen pflegender Angehöriger expliziter zu erfassen und intervenierende Effekte sichtbar zu machen.

Fokus in diesem Report: Gesundheit und Veränderung der Gesundheit

Bislang benannte Faktoren, die auf die Belastung und über diese auch auf die Gesundheit wirken könnten, werden nachfolgend kontrolliert. Dazu gehören demografische Variablen wie Alter, Geschlecht und Haushaltsstrukturen ebenso wie soziale Faktoren wie das Verhältnis zur pflegebedürftigen Person, familiale Unterstützungspotenziale, die räumliche Nähe und vorhandene Berufserfahrungen. Auswirkungen auf die Gesundheit können zudem die eigene Motivation, der gegebene Pflegeaufwand und die entstehenden Belastungen haben (Perrig-Chiello 2012). Die Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung sollen die Belastungen und damit auch die gesundheitlichen Auswirkungen auf die pflegenden Angehörigen reduzieren. Neben den Leistungen der Pflegeversicherung gibt es eine Reihe weiterer privater, öffentlicher oder öffentlich zugänglicher Angebote wie Onlinehilfen und selbst finanzierte Betreuung oder Pflege, auf die ebenfalls eingegangen werden soll.

Das Kapitel 3 gliedert sich in Fragestellung und Hypothesen (Kapitel 3.1), eine kurze Beschreibung der Daten und Methoden (Kapitel 3.2), gefolgt von den Ergebnissen (Kapitel 3.3) und einem abschließenden Ausblick (Kapitel 3.4).

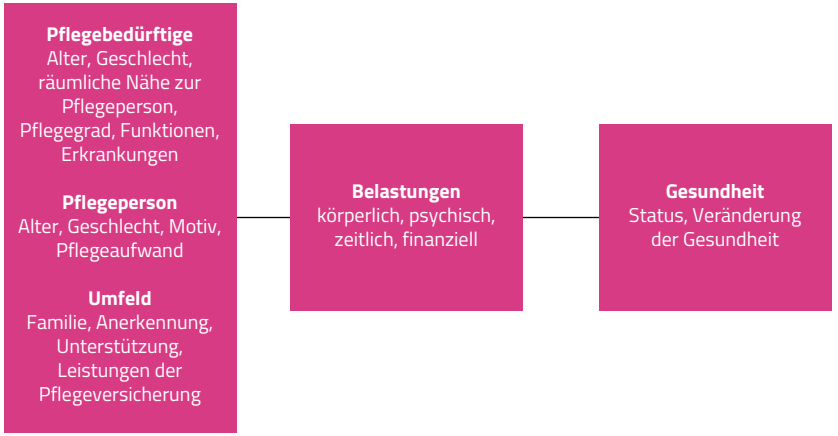
3.1 Fragestellung und Hypothesen

Die meisten Studien, die die Situation der pflegenden Angehörigen beschreiben, berichten über die Versorgungsstrukturen oder die Belastungsstrukturen, weniger über die Gesundheit und dies meist nur grob und im Querschnitt. Dadurch fällt eine Interpretation von Ursache und Wirkung schwer. Der Schwerpunkt dieses Reports beschäftigt sich daher mit den Auswirkungen der Pflege und Betreuung auf die Gesundheit der pflegenden Angehörigen.

Die Hauptfragestellungen zielen einerseits auf die Gesundheit pflegender Angehöriger und andererseits – um Ursache und Wirkung zu erfassen – auf die Veränderung der Gesundheit pflegender Angehöriger durch die Pflege (schematisch in der Abbildung 3.1). Konkret wird den Fragen nachgegangen, welche Erkrankungen bei pflegenden Angehörigen vorliegen, inwieweit sich im zeitlichen Verlauf der Pflege der Gesundheitszustand ändert und ob sich eine andere Entwicklung abzeichnet als bei Personen, die nicht pflegen.

Hypothese 1: Die Übernahme von Pflege beeinflusst den Gesundheitszustand der Pflegeperson im Zeitverlauf, wodurch Pflegende im Vergleich zu Nichtpflegenden einen schlechteren Gesundheitszustand haben.

Abbildung 3.1: Wirkschema von Be- und Entlastung auf die Gesundheit



Quelle: eigene Darstellung
Anmerkung: Zusammenstellung der in der Literatur berichteten Wirkzusammenhänge

Für eine angemessene politische Reaktion ist aber die Erfassung der Bedingungen notwendig, unter welchen die Gesundheit eher erhalten bleibt und unter welchen sie sich verschlechtert. Die wirkenden Faktoren können in der pflegenden Person selbst, in der pflegebedürftigen Person oder im Umfeld von Pflegenden und Pflegebedürftigen liegen. Je nach Ausgangslage können die Effekte unterschiedlich ausgeprägt sein. Das Alter, das Geschlecht und die Motivation des pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeaufwand

sind die Ausgangspunkte der Entwicklung. Diese haben einen direkten Einfluss auf den Gesundheitsverlauf. Aber auch über die empfundene Belastung können Auswirkungen auf die Gesundheit entstehen. Als intervenierende Faktoren auf die Belastung und Gesundheit werden das Umfeld und die Situation des Pflegebedürftigen vermutet. Zu den wesentlichen Merkmalen der pflegebedürftigen Person gehören der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und der Gesundheitszustand. Zu den Umfeldfaktoren gehören die Unterstützung durch die Familie und Pflegeversicherung.

Daraus folgt Hypothese 2: Die Übernahme von Pflege beeinflusst in Abhängigkeit von der Pflegesituation den Gesundheitszustand der Pflegeperson und deren Veränderung im Zeitverlauf.

Parallel zu der Hauptfragestellung hinsichtlich der Effekte auf die Gesundheit werden auch die Effekte auf die empfundenen Belastungen analysiert, die dann weiter auf die Gesundheit wirken können. Es wird nicht nur gefragt, welche Belastungen empfunden werden, sondern auch, welche Angebote genutzt und als entlastend empfunden werden und welche Unterstützungswünsche für die Zukunft bestehen.

3.2 Daten und Methoden

Datengrundlage: BARMER-Daten und BARMER-Versicherten-befragung 2018

Zur Erfassung der konkreten gesundheitlichen Einschränkungen der pflegenden Angehörigen wird für dieses Schwerpunktkapitel auf zwei Datengrundlagen zurückgegriffen: die Routinedaten der BARMER (im Folgenden „BARMER-Daten") und eine eigens für diesen Report durchgeführte Befragung (im Folgenden „BARMER-Versichertenbefragung 2018")[1]. In beiden Fällen werden nicht alle pflegenden Angehörigen repräsentiert, sondern nur die Hauptpflegepersonen, die für die häusliche Versorgung der Pflegekasse gemeldet werden. Die BARMER-Daten haben dabei den Vorteil, dass Diagnosestellungen ohne Recall Bias zur Verfügung stehen. Die BARMER-Versichertenbefragung 2018 hat den Vorteil, dass Haushaltsstruktur, Pflegeaufwand, Motivation und subjektives Belastungsempfinden erfasst sind. Die beiden Datenquellen

1 Die Autoren bedanken sich ganz herzlich für die Unterstützung pflegender Angehöriger bei der Erstellung des Fragebogens. Ein besonderer Dank geht dabei an das Netzwerk „wir pflegen e. V." (www.wir-pflegen.net).

können nicht zusammengeführt werden. Entsprechend dem Hypothesenschema werden die Analysen daher zum Teil auf Grundlage der BARMER-Daten und zum Teil auf Grundlage der BARMER-Versichertenbefragung 2018 durchgeführt. Welche Zusammenhänge im Detail betrachtet werden, zeigt die Tabelle 3.1.

Tabelle 3.1: Hauptanalyseschema

erklärende Variablen	zu erklärende Variablen
Hauptpflegeperson ▪ Alter ▪ Geschlecht ▪ soziale Lage ▪ Belastungen ▪ Ressourcen ▪ Pflegemotivation **pflegebedürftige Person** ▪ Alter ▪ Geschlecht ▪ Gesundheit ▪ Pflegestufe / Pflegegrad ▪ Pflegeaufwand ▪ soziale Lage **genutzte Pflegeleistungen und Unterstützungsangebote** ▪ Kurzzeitpflege ▪ Tagespflege ▪ Nachtpflege ▪ Verhinderungspflege ▪ Pflegeberatung der Pflegekasse ▪ Beratung in Pflegestützpunkten ▪ Beratung durch Pflegedienste	**Belastungen** **Gesundheit der Hauptpflegeperson** **Veränderung der Gesundheit der Hauptpflegeperson** **Bewertung der Angebote** ▪ Kurzzeitpflege ▪ Tagespflege ▪ Nachtpflege ▪ Verhinderungspflege ▪ Beratung der Pflegekasse ▪ Beratung in Pflegestützpunkten ▪ Beratung durch Pflegedienste **Kriterien der Bewertung** ▪ Qualität ▪ Sinnhaftigkeit für die eigene Erholung, Entspannung oder Entlastung ▪ Erreichbarkeit / Angebot ▪ Kosten

Mit den BARMER-Daten werden Hauptpflegepersonen identifiziert und deren gesundheitliche Entwicklung im Vergleich zu nicht pflegenden und nicht pflegebedürftigen Versicherten betrachtet. Eine Erfassung der Versicherten als Hauptpflegeperson mit einer Zuordnung zur jeweiligen pflegebedürftigen Person ist eigens für diese Studie vorgenommen worden. Einzelne erklärende Faktoren lassen sich sowohl in der Hauptpflegeperson als auch in der pflegebedürftigen Person identifizieren: Zur Hauptpflegeperson liegen Alter, Geschlecht und die gesundheitliche Ausgangslage vor und zur pflegebedürftigen Person Alter, Geschlecht, Gesundheit, Pflegestufe oder Pflegegrad

sowie die Informationen zur Nutzung von Unterstützungsleistungen (Leistungen der Pflegeversicherung). In den BARMER-Daten stehen für 179.134 Hauptpflegepersonen, die im Dezember 2017 eine bei der BARMER versicherte Person gepflegt haben, Informationen zur Verfügung.

Anhand der BARMER-Versichertenbefragung 2018 ist es möglich, Bewertungen von möglichen Unterstützungsangeboten durch die Befragten zusammenzufassen. Die subjektive Beurteilung der Gesundheit, der Pflegeaufwand in Zeit und Art, die Pflegebereitschaft, Entspannungsmöglichkeiten, freie Zeit, soziale Unterstützung, in Anspruch genommene Beratung, Bekanntheit von Angeboten, Beurteilung von Angeboten, Zufriedenheit, Haushaltskonstellation, durch Pflege bedingter Erwerbsverlauf und das Einkommen sind nicht in den Routinedaten erfasst. Diese Merkmale wurden in der eigens durchgeführten BARMER-Versichertenbefragung 2018 erhoben und werden separat in ihrer Wirkung analysiert. Die BARMER-Versichertenbefragung hat einen Umfang von 1.862 auswertbaren Fragebögen.

Zur Steigerung der Repräsentativität werden alle Ergebnisse anhand der Verteilung der Pflegebedürftigen oder anhand der Versichertenstruktur auf die Bundesbevölkerung beziehungsweise auf die Zahl der Pflegebedürftigen im Dezember 2017 hochgerechnet. Detaillierte Beschreibungen zu den Daten und Methoden finden sich im Anhang. Im nachfolgenden Kapitel 3.3 werden zunächst die Deskriptionen über die einzelnen Aspekte vorgenommen, um mit multivariaten logistischen Regressionsverfahren die Zusammenhänge zwischen den erklärenden Variablen und den abhängigen Variablen statistisch zu bewerten.

Zum Vergleich der Verteilungen werden in erster Linie die bevölkerungsrepräsentative „TNS Infratest-Studie 2016" zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des BMG (Schneekloth et al. 2017) herangezogen. Die „TNS Infratest-Studie 2016" basiert auf einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung von Pflegebedürftigen in Privathaushalten oder ihren Angehörigen (N = 1.479) und den Auswertungen der BARMER-Daten aus den Jahren 2012 bis 2015. Zum Vergleich von Wirkeffekten auf die Belastungen wird die WIdO-GfK-Studie

2015 (Schwinger, Tsiasioti und Klauber 2016) genutzt. Die WIdO-GfK-Studie 2015 umfasst 1.000 telefonisch befragte Hauptpflegepersonen und ist über eine Quotierung hinsichtlich der Pflegestufen und des Vorliegens einer Demenz repräsentativ (Schwinger, Tsiasioti und Klauber 2016: 191). Andere Studien sind in aller Regel wegen zu geringer Größe oder wegen der Selektion nicht repräsentativ.

3.3 Ergebnisse

Die Gesundheit von pflegenden Angehörigen wird mit verschiedenen Faktoren, die die Pflegesituation betreffen, aber auch mit anderen strukturellen und persönlichen Faktoren in Verbindung gebracht. In diesem Zusammenhang werden in den Kapiteln 3.3.1 und 3.3.2 einige Charakteristika der Pflegebedürftigen und Hauptpflegepersonen beschrieben. Im Kapitel 3.3.3 werden die Beziehungen der beiden zueinander beleuchtet. Im Kapitel 3.3.4 wird ein Blick auf den Pflegeaufwand und im Kapitel 3.3.5 auf die Nutzung und Bewertung von Entlastungsmöglichkeiten geworfen. Das Ausmaß der Belastungen wird im Kapitel 3.3.6 beschrieben und das des Gesundheitszustands und deren Veränderung im Kapitel 3.3.7. Inwieweit ein weiteres Unterstützungspotenzial vorhanden ist, wird mit dem Vergleich der Nutzung von Unterstützungsleistungen bei unterschiedlichem Belastungs- und Gesundheitszustand im Kapitel 3.3.8 ermittelt. In welchem Ausmaß bei den Hauptpflegepersonen auch noch eine zukünftige Pflegebereitschaft besteht und wie sich die Bedarfslagen und Wünsche für die Zukunft aus Sicht der Hauptpflegepersonen darstellen, wird im Kapitel 3.3.9 erörtert.

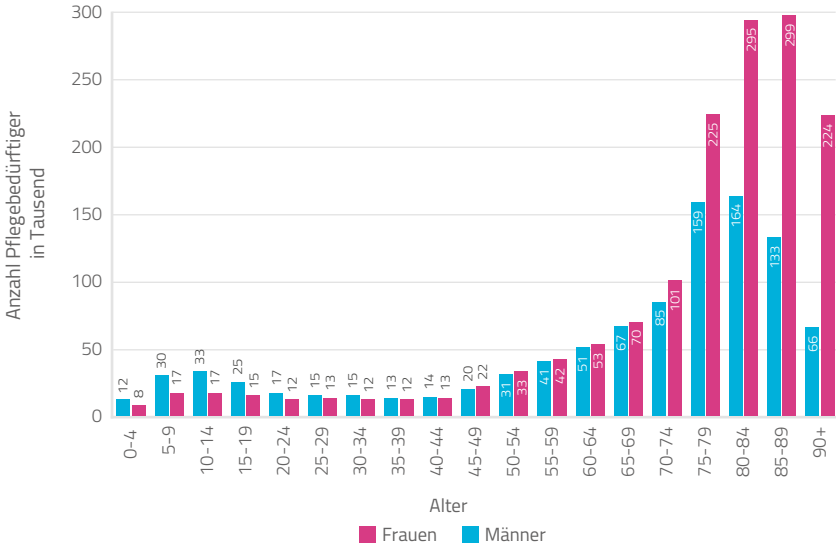
3.3.1 Beschreibung der Pflegebedürftigen

Die Verteilung der Pflegebedürftigen insgesamt nach Pflegestufen oder Pflegegraden und nach Versorgungsarten ist im Kapitel 2.1 schon für das Jahr 2015 beschrieben. Eine Vollerhebung der Pflegebedürftigen, zu denen eine Hauptpflegeperson gemeldet ist, gibt es aber nicht. Aus der Pflegestatistik kann anhand der Summe der Pflegebedürftigen und deren Verteilung über die Leistungsarten lediglich annähernd die Zahl derer geschätzt werden, zu denen es eine Hauptpflegeperson gibt. Kleinere Befragungsstudien sind in aller Regel mit entsprechenden Limitierungen behaftet, die eine Hochrechnung auf die Gesamtbevölkerung erschweren.

Soziodemografische Aspekte der Pflegebedürftigen mit einer Hauptpflegeperson

Anhand der einleitend beschriebenen Projektion der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege im Jahr 2015 auf das Jahr 2017 lässt sich aber eine Zahl von 2,47 Millionen Pflegebedürftigen im Dezember 2017 schätzen, zu denen es eine Hauptpflegeperson gibt. Die meisten der Pflegebedürftigen mit einer Hauptpflegeperson sind – wie insgesamt auch – im höheren Alter. Dabei sind die Pflegebedürftigen im Kindes- und Jugendalter sowie im jungen Erwachsenenalter häufiger männlich als weiblich. Ab einem Alter von etwa 75 Jahren wird der Anteil der Frauen unter den Pflegebedürftigen aufgrund der höheren Lebenserwartung deutlich größer (Abbildung 3.2)

Abbildung 3.2: Pflegebedürftige mit Hauptpflegeperson in häuslicher Pflege im Dezember 2017



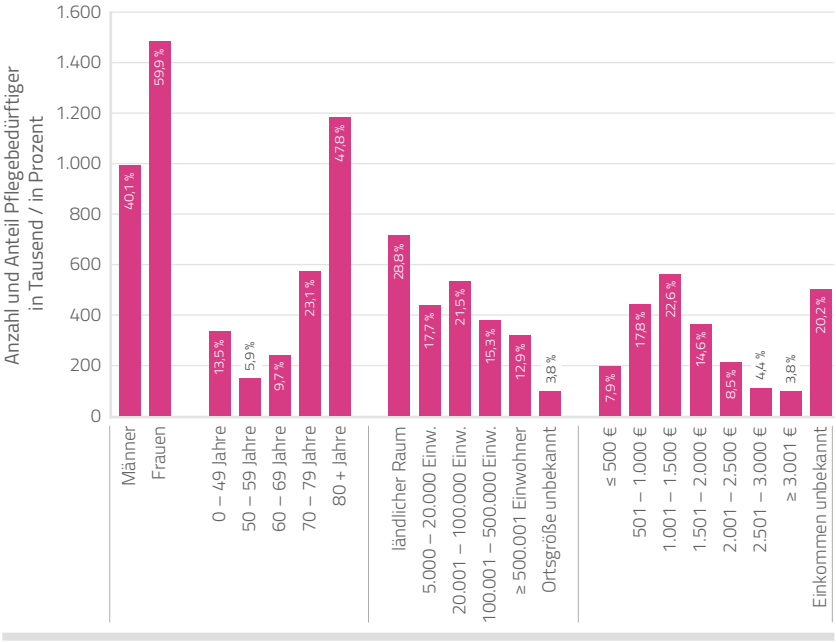
Quelle: Schätzungen auf Basis der Pflegestatistik 2015 (Statistisches Bundesamt 2017a: 9), der im Kapitel 2 geschätzten Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege und des Anteils der Pflegebedürftigen mit Unterstützung von Pflegepersonen (Schneekloth et al. 2017: 53)

Auf diese sich aus der Projektion der Daten aus der Pflegestatistik ergebenden Verteilung für Dezember 2017 sind die Ergebnisse der BARMER-Versichertenbefragung 2018

hochgerechnet. Entsprechend wurden im Dezember 2017 rund 1,48 Millionen Frauen und Mädchen (59,9 Prozent) sowie 0,99 Millionen Männer und Jungen (40,1 Prozent) durch Hauptpflegepersonen versorgt. Insgesamt waren 1,18 Millionen von ihnen 80 Jahre und älter (47,8 Prozent), aber auch 334.000 (13,5 Prozent) jünger als 50 Jahre (Abbildung 3.3).

durch Hauptpflegepersonen versorgte Pflegebedürftige zu 59,9 % weiblich, 47,8 % älter als 80 Jahre

Abbildung 3.3: Pflegebedürftige nach soziodemografischen Merkmalen



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017

Bezüglich der Be- und Entlastungen im ländlichen Raum besteht noch eine Forschungslücke (BMG 2017c: 67). Zum einen sind im ländlichen Raum die Versorgungsstrukturen eher geringer ausgeprägt, und zum anderen geht man davon aus, dass es im ländlichen Raum ein intensiveres Belastungs- und Schuldempfinden gibt (Brijoux und Kricheldorff 2015: 11 f.). Für pflegebedürftige ältere Menschen, deren Hauptpflegepersonen in einem städtischen Umfeld leben und in der Regel einen hohen sozialen Status besitzen, sind das Unterstützungsnetzwerk und die zeitliche Verfügbarkeit der pflegenden Personen meist

gering ausgeprägt (Blinkert und Klie 2008). Für die Übernahme von Pflegetätigkeiten sind die familialen Pflegepotenziale aber mitentscheidend. Seit geraumer Zeit wandern gerade die Menschen im erwerbsfähigen Alter aus den ländlichen Gebieten in die Metropolen ab. Zurück bleibt die ältere Bevölkerung, die dabei einen Zerfall der Infrastruktur erlebt. Schon im Jahr 2001 lebten nur noch knapp 37 Prozent der Bevölkerung in Kleinstädten oder Landgemeinden (BBR 2004: 2). Dieser Anteil sinkt kontinuierlich. Von den Pflegebedürftigen, die aktuell von einer Pflegeperson versorgt werden, leben nach den Ergebnissen der BARMER-Versichertenbefragung 2018 allerdings 46,5 Prozent in Kleinstädten oder ländlichen Regionen – 17,7 Prozent in Kleinstädten mit bis zu 20.000 Einwohnern und 28,8 Prozent in ländlichen Regionen. Vor dem Hintergrund der Landflucht können größere Versorgungsengpässe gerade in diesen Gebieten vermutet werden (Abbildung 3.3).

Nettohaushalts-einkommen unter 1.000 € bei 32 % der Pflegebedürftigen

Bei den Fragen zum Nettohaushaltseinkommen der pflegebedürftigen Person gab es mit 20,2 Prozent einen hohen Anteil fehlender Angaben. Gemessen an den gültigen Angaben finden sich für 32,3 Prozent der Pflegebedürftigen Nettohaushaltseinkommen von unter 1.000 Euro (Abbildung 3.3). Bei einer Armutsschwelle von 942 Euro für einen Singlehaushalt (Bundesregierung 2017: 553; Der Paritätische Gesamtverband 2017: 7) sind somit große Teile der Pflegebedürftigen von Armut erfasst oder bedroht. In der Gesamtbevölkerung leben mit rund 16 Prozent und in der Altenbevölkerung (65 oder älter) mit rund 15 Prozent deutlich weniger unterhalb der Armutsgrenze (Der Paritätische Gesamtverband 2017: 10, 19). Zur Last der Pflegebedürftigkeit gesellt sich also überdurchschnittlich häufig auch das Armutsrisiko.

Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und Einschränkungen

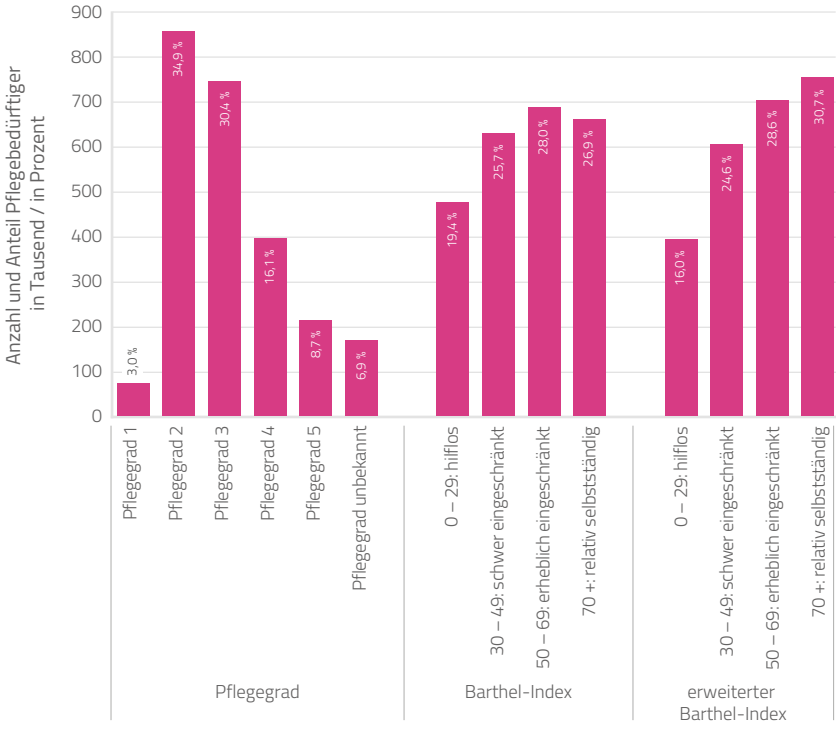
Mittels der Pflegestufen, der Einordnung als Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) und der seit Januar 2017 gültigen Pflegegrade lässt sich der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit ermitteln. In der BARMER-Versichertenbefragung 2018 wurde direkt nach den Pflegegraden gefragt. In den BARMER-Daten sind für das Jahr 2017 in der Regel Pflegegrade angegeben. Pflegestufenangaben aus den Jahren 2017 und 2012 wurden für die vorliegenden Auswertungen hingegen zusammen mit den Eingruppierungen als PEA entsprechend den Überleitungsvorschriften des § 140 SGB XII in Pflegegrade umkodiert.

2,14 Mio. von 2,47 Mio. Pflegebedürftigen vor 5 Jahren noch nicht pflegebedürftig

Nach den Auswertungen der BARMER-Daten haben im Dezember 2017 1,7 Prozent den Pflegegrad 1, 44,7 Prozent den Pflegegrad 2 und 30,9 Prozent den Pflegegrad 3. Von den 2,47 Millionen Pflegebedürftigen im Dezember 2017 waren im Dezember 2012 rund 2,14 Millionen Personen noch nicht pflegebedürftig (Abbildung 3.5). Anhand dieser Ausgangslage lässt sich an späterer Stelle der Effekt der Pflege auf die gesundheitliche Entwicklung darstellen (Kapitel 3.3.7). Fast sieben Prozent der Hauptpflegepersonen aus der BARMER-Versichertenbefragung 2018 hatten keine Angaben zum Pflegegrad der pflegebedürftigen Person gemacht. Für mehr als ein Drittel wurde der Pflegegrad 2 berichtet und für fast ein Drittel der Pflegegrad 3. Rund ein Viertel hat den Pflegegrad 4 oder 5; nur drei Prozent der Pflegebedürftigen haben nach der hochgerechneten BARMER-Versichertenbefragung 2018 den Pflegegrad 1. In der Summe finden sich somit eher leichtere Fälle in der häuslichen Versorgung (Abbildung 3.4).

Viele Studien beziehen sich vornehmlich auf hilfsbedürftige Personen mit Demenz, von denen eine besondere Art der Belastung auf die pflegenden Angehörigen ausgeht. Vor 2017 wurde die Auswirkung von Demenz weniger in der Kategorisierung der Pflegestufen sichtbar als vielmehr in der Einstufung bezüglich der eingeschränkten Alltagskompetenz. In den seit Januar 2017 gültigen Pflegegraden ist die Unterscheidung in kognitive und verrichtungsbezogene Einschränkungen nicht mehr möglich. Inwieweit die Pflegebedürftigkeit eher durch körperliche oder geistige Funktionsstörungen hervorgerufen wird, lässt sich näherungsweise mit der Abfrage des Barthel-Indexes und des erweiterten Barthel-Indexes beschreiben. Der Barthel-Index wurde zur Beurteilung des funktionellen Status von Patienten mit neuromuskulären und muskuloskelettalen Erkrankungen eingeführt und gilt als weltweit verbreitetes Instrument zur Messung der Selbstversorgungsfähigkeit (Lübke 2004: 2). Der erweiterte Barthel-Index fokussiert hingegen auf Dimensionen zur Kognition (KCG o.J.). Beide Skalen sind so konzipiert, dass eine höhere Punktzahl eine bessere Fähigkeit attestiert. Dabei können im Barthel-Index Werte von null bis 100 erreicht werden und im erweiterten Barthel-Index Werte von null bis 90.

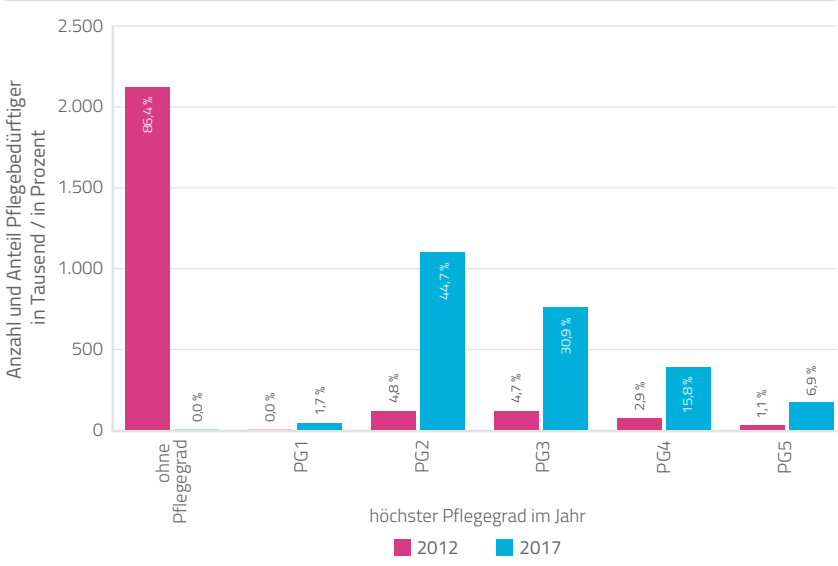
Abbildung 3.4: Pflegebedürftige im Dezember 2017 nach Pflegegrad, Barthel-Index und erweitertem Barthel-Index



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017

Ein größerer Anteil der Pflegebedürftigen hat entsprechend den geringen Pflegegraden im Bereich der funktionalen Fähigkeiten oder im Bereich der kognitiven Fähigkeiten geringere Einschränkungen. So sind im funktionalen Bereich noch 665.000 (26,9 Prozent) Pflegebedürftige und im kognitiven Bereich noch 760.000 (30,7 Prozent) relativ selbstständig. Hilflos sind hingegen 480.000 (19,4 Prozent) beziehungsweise 396.000 (16,0 Prozent) (Abbildung 3.4).

Abbildung 3.5: Pflegebedürftige im Dezember 2017 und dieselbe Population fünf Jahre zuvor nach dem Pflegegrad, BARMER-Daten 2018



Quelle: BARMER-Daten 2012 und 2017, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017

3.3.2 Beschreibung der Hauptpflegeperson

Im Fokus dieses Reports stehen die Hauptpflegepersonen, die für Dezember 2017 auf 2,47 Millionen geschätzt werden. Die Zahl der pflegenden Angehörigen insgesamt wird auf etwa doppelt so viele Personen geschätzt, wie es Pflegebedürftige in häuslicher Pflege gibt (Rothgang et al. 2017: 143).

Demografische Merkmale

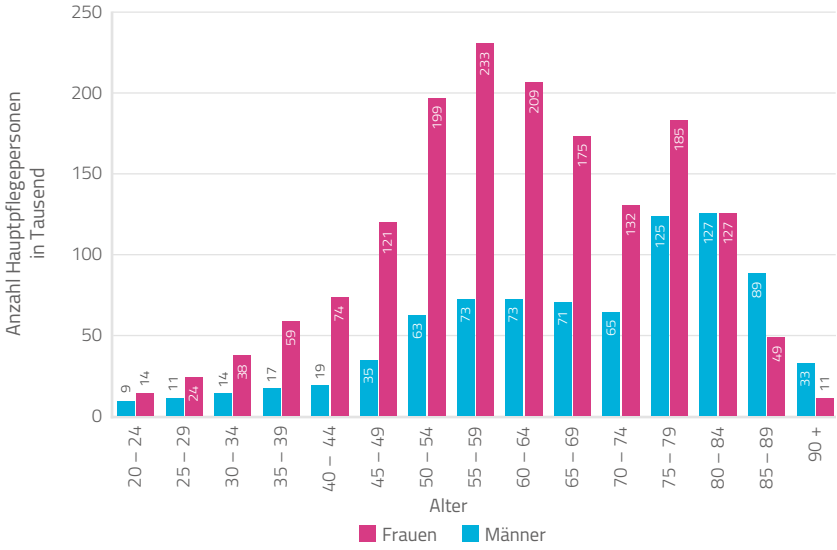
zwei Drittel der Hauptpflegepersonen weiblich

Aktuell sind nach den Auswertungen der BARMER-Daten zwei Drittel, nämlich 1,65 Millionen, der 2,47 Millionen Hauptpflegepersonen weiblich (Abbildung 3.6). Auf Basis der BARMER-Versichertenbefragung 2018 ergibt sich eine Hochrechnung auf 1,72 Millionen Frauen (69,5 Prozent) (Abbildung 3.7). Diese Ergebnisse liegen im Rahmen aktueller Vergleichsstudien (DAK 2015b: 21; Rothgang et al. 2017: 144 f.; Schneekloth et al. 2017: 57; Schwinger, Tsiasioti und Klauber 2016: 192). Der Anteil der weiblichen Pflegepersonen

Zunahme des Anteils männlicher Pflegepersonen

lag vormals mit 80 Prozent auch schon deutlich höher (Schneekloth et al. 2017: 57; Zank und Schacke 2007: 23). Der Anteil der männlichen Pflegepersonen erhöht sich zusehends. Dabei ist allerdings anzumerken, dass der zeitliche Pflegeaufwand der männlichen Pflegepersonen deutlich geringer ausfällt (DAK 2015b: 32; Rothgang et al. 2017: 144 f.).

Abbildung 3.6: Hauptpflegepersonen nach Geschlecht und Alter

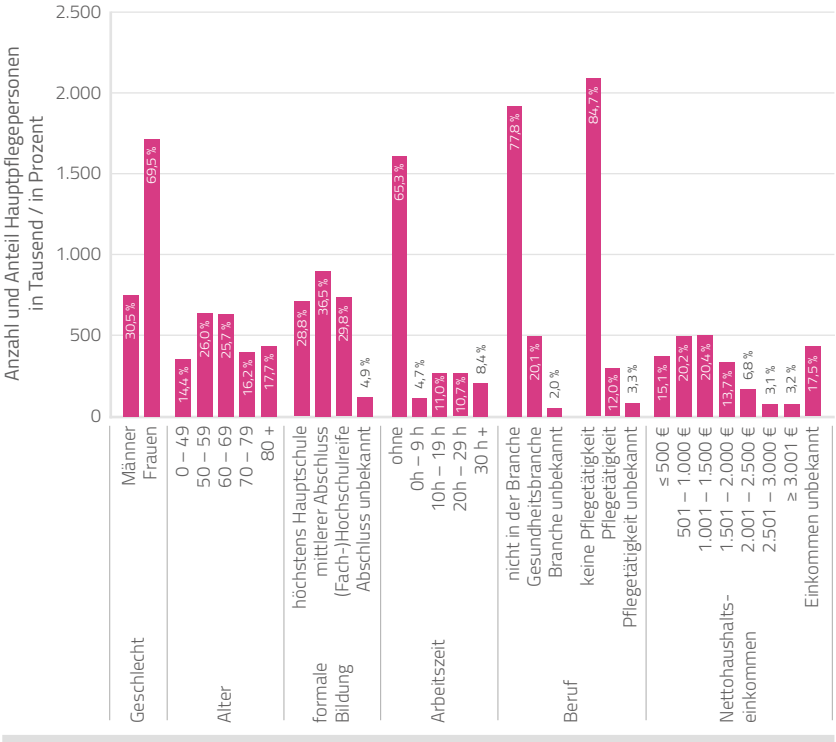


Quelle: BARMER-Daten 2017, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017

Nach den Auswertungen der BARMER-Daten sind 435.000 (17,6 Prozent) Hauptpflegepersonen bis 50 Jahre und 942.000 (38,1 Prozent) über 70 Jahre alt (Abbildung 3.6). Ein Anteil von 14,4 Prozent der Hauptpflegepersonen ergibt sich aus der BARMER-Versichertenbefragung 2018 für die Altersgruppe bis 50 Jahre; im Alter ab 70 Jahren wird mit 33,9 Prozent ebenfalls ein etwas geringerer Anteil berechnet (Abbildung 3.7). Die meisten Hauptpflegepersonen sind im Alter von 50 bis 70 Jahren. Diese Verteilungen entsprechen auch in etwa den Verteilungen aktueller Vergleichsstudien, wobei festgestellt wird, dass ebenso wie es eine demografische Alterung der Gesamtbevölkerung gibt, auch

die Population der pflegenden Angehörigen immer älter wird (Schneekloth et al. 2017: 57). Während im höchsten Alter die Anzahl der pflegenden Männer die der Frauen übersteigt, liegt der Frauenanteil bei den jüngeren Pflegenden jeweils teils deutlich höher (Abbildung 3.6) (vergleiche auch Rothgang et al. 2017: 146).

Abbildung 3.7: Hauptpflegepersonen nach soziodemografischen Merkmalen



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dez. 2017

Erwerbstätigkeit und soziale Lage

Verschiedene Haushaltskonstellationen und der Grad der Erwerbsbeteiligung können einen Einfluss auf die Belastung haben. Dies kann in Form einer Überlastung durch zu viele

Rollen der Fall sein, aber auch als eine Entlastung durch die externe soziale Anerkennung (Chumbler, Pienta und Dwyer 2004: 344; Rubin und White-Means 2009: 260 ff.).

Nur 8 % arbeiten mehr als 30 Stunden und damit überwiegend in Vollzeit.

Entsprechend dem in vielen Fällen höheren Alter der pflegenden Angehörigen ist nach der BARMER-Versichertenbefragung 2018 auch der Anteil der nicht erwerbstätigen Personen unter ihnen sehr hoch. Etwa zwei Drittel der Befragten haben keine Erwerbstätigkeit angegeben. Ein Anteil von 4,7 Prozent arbeitet nur bis zu zehn Stunden, ein Anteil von elf Prozent arbeitet zwischen zehn und 20 Stunden und ein Anteil von 10,7 Prozent zwischen 20 und 30 Stunden. Nur 8,4 Prozent arbeiten mehr als 30 Stunden und damit überwiegend in Vollzeit (Abbildung 3.7). Schneekloth et al. (2017: 60) finden in ihrer Studie etwas höhere Anteile an Vollzeitbeschäftigten. Zudem wird insgesamt eine Steigerung der Erwerbsbeteiligung unter den pflegenden Angehörigen festgestellt (Geyer und Schulz 2014; Schneekloth et al. 2017: 60). Da Pflege und Erwerbstätigkeit jeweils ihre Zeit brauchen, sind Probleme absehbar. Der Konflikt zeigt sich beispielsweise in dem Anteil von gut einem Viertel der Hauptpflegepersonen aus der BARMER-Versichertenbefragung 2018, die wegen der Pflege ihre Arbeitszeit reduziert haben. Geht man nur von denjenigen aus, die zu Beginn der Pflege erwerbstätig waren, dann ist der Anteil entsprechend größer. Nach der TNS Infratest-Studie 2016 (Schneekloth et al. 2017: 60) haben 40 bis 50 Prozent der Pflegepersonen, die bei Aufnahme der Pflege erwerbstätig waren, ihre Arbeitszeit reduziert oder ganz aufgegeben (vergleiche auch DAK 2015b: 35). Geringfügig Beschäftigte leisten letztendlich mehr Pflegestunden als Vollzeiterwerbstätige (Geyer und Schulz 2014: 297).

Gut ein Viertel der Hauptpflegepersonen hat wegen der Pflege die Arbeitszeit reduziert.

Die Bereitschaft, die häusliche Pflege auch ohne professionelle Hilfe zu übernehmen, ist in einem traditionellen Unterschichtmilieu eher gegeben als in einem liberal-bürgerlichen oder konservativ-bürgerlichen Milieu (Blinkert und Klie 2008: 27). Diese Betrachtung betrifft zum einen die Unterscheidung zwischen städtischem und ländlichem Raum und zum anderen auch die Unterscheidung nach dem sozialen Status. Dabei ist die Präferenz weniger moralisch geprägt als vielmehr durch die Opportunitätskosten, die mit der Aufgabe einer Erwerbstätigkeit einhergehen (Blinkert und Klie 2008: 28). Entsprechend stellt sich die finanzielle Situation der Hauptpflegepersonen nach den Ergebnissen der BARMER-Versichertenbefragung 2018 noch schlechter dar als die der pflegebedürftigen Personen.

finanzielle Situation der Hauptpflegepersonen noch brisanter als die der Pflegebedüftigen

Zu den Fragen zum Nettohaushaltseinkommen der Hauptpflegeperson und zum Nettohaushaltseinkommen der pflegebedürftigen Person gab es mit 17,5 und 20,2 Prozent hohe Anteile an fehlenden Angaben (Abbildungen 3.3 und 3.7). Gemessen an den gültigen Angaben finden sich jedoch für 44,2 Prozent der Hauptpflegepersonen und „nur" für 32,3 Prozent der Pflegebedürftigen Haushaltseinkommen von unter 1.000 Euro. Bei einer Armutsschwelle von 942 Euro für einen Singlehaushalt (Bundesregierung 2017: 553; Der Paritätische Gesamtverband 2017: 7) sind somit im Vergleich zu den Pflegebedürftigen noch größere Teile der Pflegenden von Armut erfasst oder bedroht. Nur für 323.000 der 2,47 Millionen Hauptpflegepersonen werden Nettohaushaltseinkommen von über 2.000 Euro angegeben (16,4 Prozent der gültigen Werte). Insgesamt stellt sich die finanzielle Lage der pflegenden Angehörigen damit eher als brisant dar.

Die formalen Schulabschlüsse haben sich über die Generationen in ihrer Bedeutung deutlich gewandelt, sodass ein Vergleich der Abschlüsse älterer und jüngerer Hauptpflegepersonen nicht angemessen erscheint. Für die multivariate Analyse könnten sie aber durch die Kontrolle von Alter und anderen Merkmalen die Effekte entfalten, die man mit einer höheren Bildung assoziieren kann. Insgesamt stellt sich die Bildungsverteilung bei den Hauptpflegepersonen relativ ausgeglichen dar. So haben 29,8 Prozent der pflegenden Angehörigen eine Fachhochschulreife oder eine allgemeine Hochschulreife und mehr als ein Drittel der pflegenden Angehörigen einen Realschulabschluss, einen vergleichbaren Abschluss oder einen Abschluss in der polytechnischen Oberschule (Abbildung 3.7).

Als erleichternd für die Übernahme der Pflege könnte eine eigene Erfahrung in der Gesundheitsbranche oder gar direkt als Pflegekraft vermutet werden. Die Erfahrungen aus dem Beruf oder der Branche können nützlich sein bei der Antragstellung und Nutzung von Unterstützungsleistungen sowie im eigenen Umgang mit den Pflegeanforderungen und der Pflegebelastung. Überproportional viele Hauptpflegepersonen kommen entsprechend auch aus der Branche beziehungsweise waren oder sind als Pflegekräfte tätig. In der Gesundheitsbranche sind oder waren 20 Prozent der Hauptpflegepersonen beschäftigt. Zwölf Prozent sind oder waren als Pflegekraft tätig (Abbildung 3.7).

3.3.3 Bezug der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person

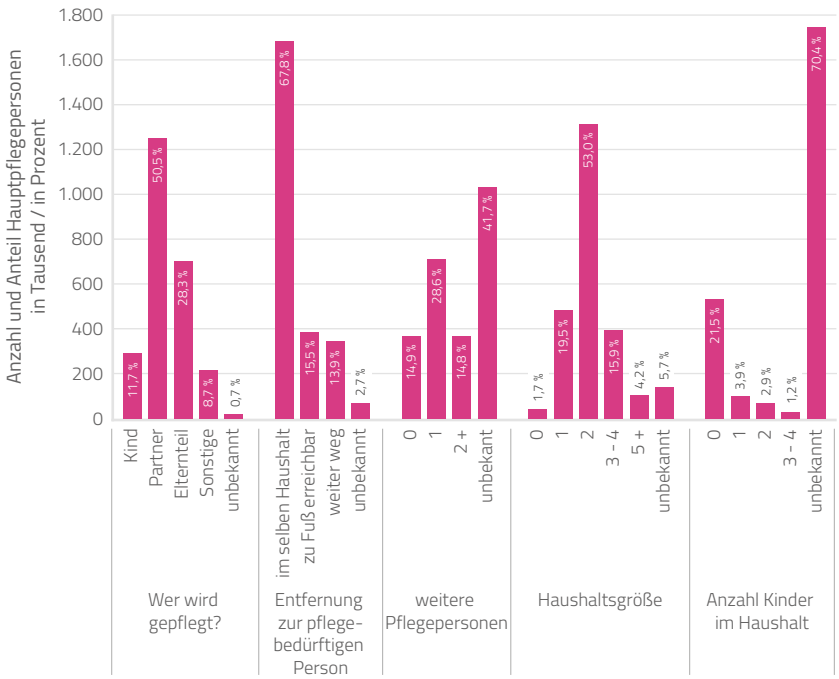
In aller Regel gibt es einen familialen oder partnerschaftlichen Bezug zwischen der pflegebedürftigen Person und der Hauptpflegeperson. In 28,3 Prozent der Fälle pflegen nach der BARMER-Versichertenbefragung 2018 die Kinder ihre Eltern, und in 11,7 Prozent der Fälle pflegen die Eltern ihre Kinder. 8,7 Prozent der Pflegebedürftigen werden durch sonstige Verwandte, Nachbarn oder Bekannte gepflegt. In der Hälfte der Fälle handelt es sich um Pflege in Partnerschaften (Abbildung 3.8). Die Studie von Schneekloth et al. (2017: 56) kommt auf etwas geringere Anteile, in denen die Partner gepflegt werden. Die anderen Anteile liegen entsprechend etwas höher. Deutlich geringere Anteile der Partnerpflege finden sich auch aufgrund der jüngeren Befragtenpopulation in der WIdO-GfK-Studie 2015 (Schwinger, Tsiasioti und Klauber 2016: 192).

zwei Drittel in gemeinsamem Haushalt

Zwei Drittel der Hauptpflegepersonen leben nach der BARMER-Versichertenbefragung 2018 mit der pflegebedürftigen Person gemeinsam in einem Haushalt. Ein Sechstel wohnt im selben Gebäude oder kann den Haushalt der pflegebedürftigen Person fußläufig erreichen. Alle weiteren Hauptpflegepersonen wohnen weiter entfernt und können somit bei akutem Bedarf nicht sofort vor Ort sein (Abbildung 3.8). Mit 61 Prozent findet sich in der TNS Infratest-Studie 2016 ein etwas geringerer Anteil an Haushalten, in denen die Hauptpflegeperson mit der pflegebedürftigen zusammenlebt (Schneekloth et al. 2017: 56). Für die zurückliegenden Jahre wird eine Zunahme von Pflegekonstellationen festgestellt, in denen die Hauptpflegeperson nicht im selben Haushalt lebt wie die pflegebedürftige Person (Schneekloth et al. 2017: 56).

Wichtig für das Belastungsempfinden oder die gesundheitliche Entwicklung kann das Unterstützungspotenzial sein. Ein Indikator dafür ist die Haushaltsgröße bei den Pflegebedürftigen. Weitere Indikatoren sind, ob es insgesamt weitere Helfer gibt und ob solche bei Bedarf einspringen können. Weniger als ein Viertel der Pflegebedürftigen lebt allein. Im Zweipersonenhaushalt leben 53 Prozent und in größeren Haushalten gut ein Fünftel. In acht Prozent der Fälle leben Kinder mit im Haushalt. In der Regel ist im Zweipersonenhaushalt die eine Person die pflegebedürftige Person und die andere die Hauptpflegeperson. 43,4 Prozent der Hauptpflegepersonen aus der BARMER-Versichertenbefragung 2018 geben an, dass mindestens noch eine weitere Person sich regelmäßig mindestens vier Stunden pro Woche an der Pflege beteiligt (Abbildung 3.8).

Abbildung 3.8: Beziehung zur pflegebedürftigen Person und Unterstützungspotenzial

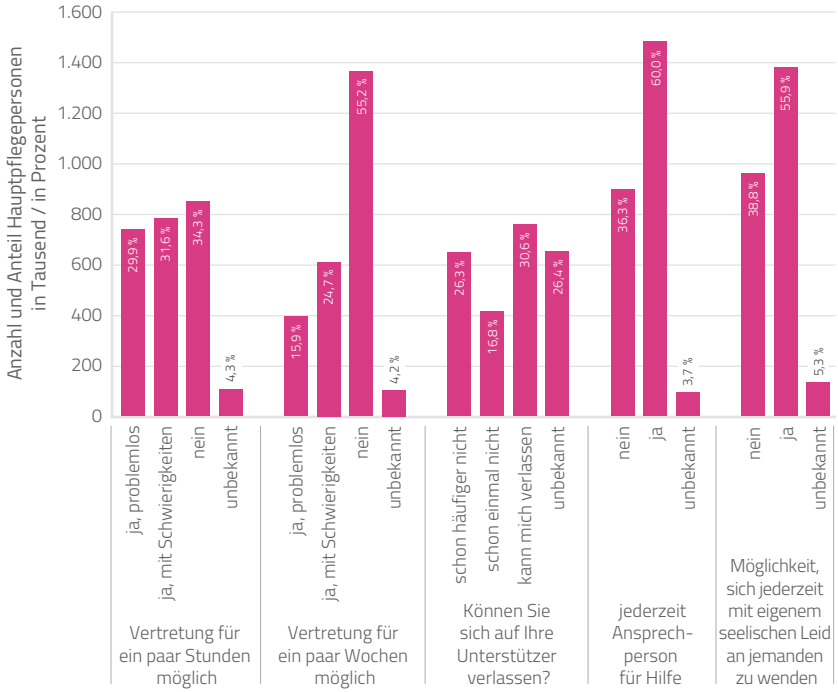


Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017

Je höher die Pflegestufe ist, desto mehr Personen sind an der Pflege beteiligt (Schneekloth et al. 2017: 54). Aus dieser Assoziation lässt sich aber noch nicht auf die Kausalität schließen, die in beide Richtungen denkbar ist:

1. Im individuellen Pflegeverlauf beteiligen sich mit einer Steigerung des Pflegegrades immer mehr Personen an der Pflege, und
2. mit einer höheren Zahl an Pflegenden kann ein Umzug ins Pflegeheim auch bei höherem und steigendem Pflegegrad länger vermieden werden.

Abbildung 3.9: Zugang zum Unterstützungspotenzial



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dez. 2017

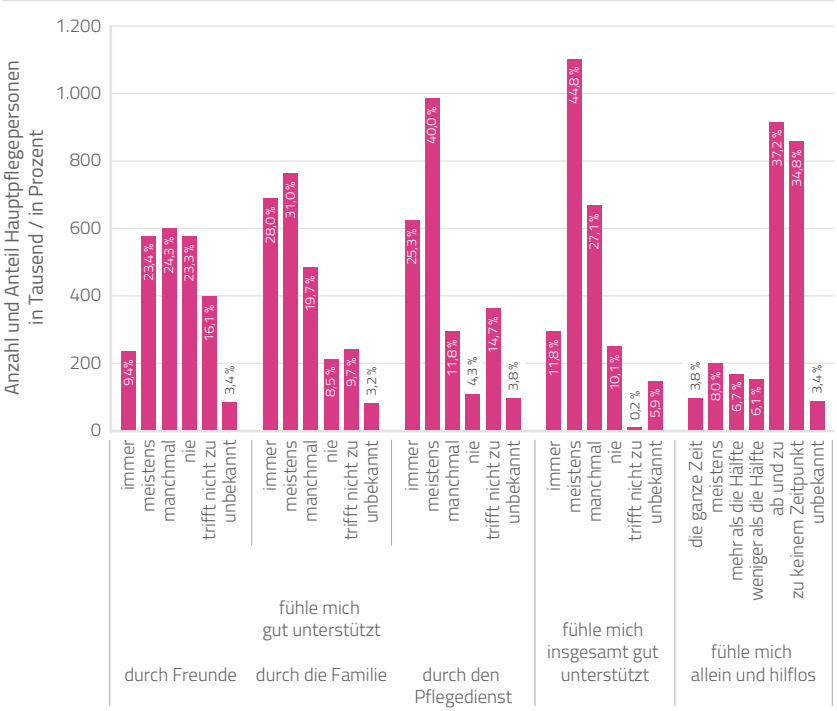
29,9 Prozent der Hauptpflegepersonen aus der BARMER-Versichertenbefragung 2018 geben an, dass sie problemlos für ein paar Stunden eine Vertretung bekommen könnten, wenn sie entsprechend Zeit für sich brauchen. Jeweils ein Drittel hat Schwierigkeiten oder keine Möglichkeit, eine Vertretung zu finden. Sechs von zehn Hauptpflegepersonen haben jemanden, den sie jederzeit ansprechen können, um sich Hilfe zu holen oder um sich mit dem eigenen seelischen Leid an sie zu wenden (Abbildung 3.9).

mehr als die Hälfte ohne Möglichkeit einer langfristigen Vertretung

Kritischer sieht es insgesamt bei einer längerfristigen Vertretung aus. Nur ein Sechstel kann problemlos jemanden finden, der sich eine oder mehrere Wochen um die pflegebedürftige Person kümmert. Ein Viertel schafft dies nur mit Schwierigkeiten, und deutlich mehr als die Hälfte hat gar keine Möglichkeiten, für längere Zeit eine Vertretung zu finden.

Dabei ist es bei einem Viertel der Hauptpflegepersonen schon häufiger und bei einem weiteren Sechstel schon einmal vorgekommen, dass man sich auf seine Unterstützer nicht verlassen konnte (Abbildung 3.9). Schwierigkeiten, Unterstützung zu finden, und Unzuverlässigkeit sind belastende Faktoren.

Abbildung 3.10: Bewertung des Unterstützungspotenzials

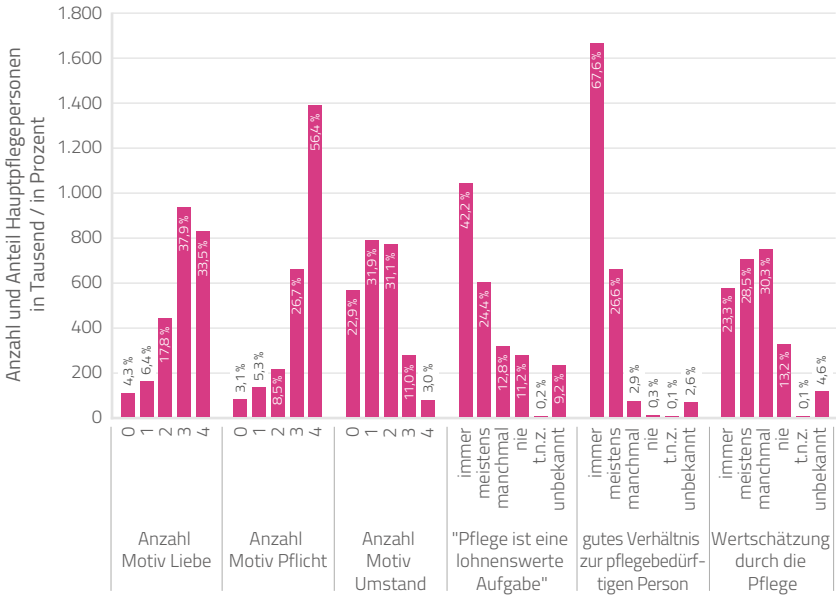


Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dez. 2017

Die Hauptpflegepersonen konnten in der BARMER-Versichertenbefragung 2018 angeben, inwieweit sie sich gut unterstützt fühlen. Ein Drittel der Befragten fühlt sich durch die Freunde immer oder meistens gut unterstützt. Über die Unterstützung der Familie sagen dies sechs von zehn und über die Unterstützung durch den Pflegedienst sogar zwei Drittel. Insgesamt fühlen sich sechs von zehn Hauptpflegepersonen immer oder meistens gut unterstützt. Allerdings gibt es auch einen Anteil von 11,8 Prozent

der Hauptpflegepersonen, die sich meistens oder die ganze Zeit allein gelassen fühlen (Abbildung 3.10). Diese Aussage allein ist schon Ausdruck für das Belastungspotenzial der Übernahme häuslicher Pflege.

Abbildung 3.11: Motivation zur Pflege



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017

56,4 % der Pflegebedürftigen wollen nicht von jemand anderem gepflegt werden.

Verschiedene Motive können zur Übernahme der Pflege führen und unterschiedliche Konsequenzen für das Belastungsempfinden haben (Döhner et al. 2007: 93 f.; Döhner, Kohler und Lüdecke 2007: 11; Schneekloth et al. 2017: 82). In der BARMER-Versichertenbefragung 2018 wurde ebenfalls nach den Motivationsfaktoren gefragt. Die Motive „Liebe", „Pflicht" und „Umstände" sind mit jeweils vier Items erfasst. Das Motiv „Liebe" umfasst dabei „emotionale Bindung", „gutes Gefühl", „etwas zurückgeben" und „religiöse Überzeugung / Wertvorstellung". Das Motiv „Pflicht" ist erfasst über „innere Verpflichtung", „keine Alternative", „moralisch verpflichtet" und „besser als im Heim" und das Motiv „Umstand" durch „Kosten professionelle Pflege", „Wunsch des

Pflegebedürftigen", „in Situation reingerutscht" und „wirtschaftliche Vorteile". Fast durchgängig wurde mindestens ein Item im Bereich „Liebe" und mindestens ein Item im Bereich des Pflichtgefühls genannt. Äußere Umstände sind bei drei Vierteln der Befragten auch Grund für die Übernahme der Pflege. Während beim Motiv „Umstände" aber nur selten mehrere äußere Gründe gleichzeitig auftreten, werden im Bereich „Liebe" und „Pflicht" häufig mindestens drei Aspekte genannt (Abbildung 3.11). Bezogen auf Einzelitems geben 46,6 Prozent der Befragten an, die Kosten für professionelle Pflege (Pflegedienst oder Pflegeeinrichtung) seien zu hoch, und 56,4 Prozent der Befragten geben an, die pflegebedürftige Person möchte nicht von jemand anderem gepflegt werden.

3.3.4 Pflegeaufwand

Der Pflegeaufwand kann nach dem zeitlichen und inhaltlichen Aufwand unterschieden werden. Dabei ist beim zeitlichen Aufwand einerseits danach zu fragen, an wie vielen Tagen und wie lange pro Tag gepflegt wird, und andererseits danach, wie lange in Monaten und Jahren schon gepflegt wird. Beim inhaltlichen Aufwand ist nach den einzelnen Hilfeleistungen zu fragen.

Wie viel Zeit für die Pflege der Angehörigen aufgebracht wird, unterscheidet sich individuell sehr. Zur Pflege eines Angehörigen gehört nicht nur die Grundpflege, sondern auch die Betreuung und oftmals auch die ständige Beaufsichtigung. Je mehr Zeit dafür anfällt, desto weniger Zeit bleibt für die pflegenden Angehörigen, eigene Dinge zu erledigen und sich um sich selbst zu kümmern.

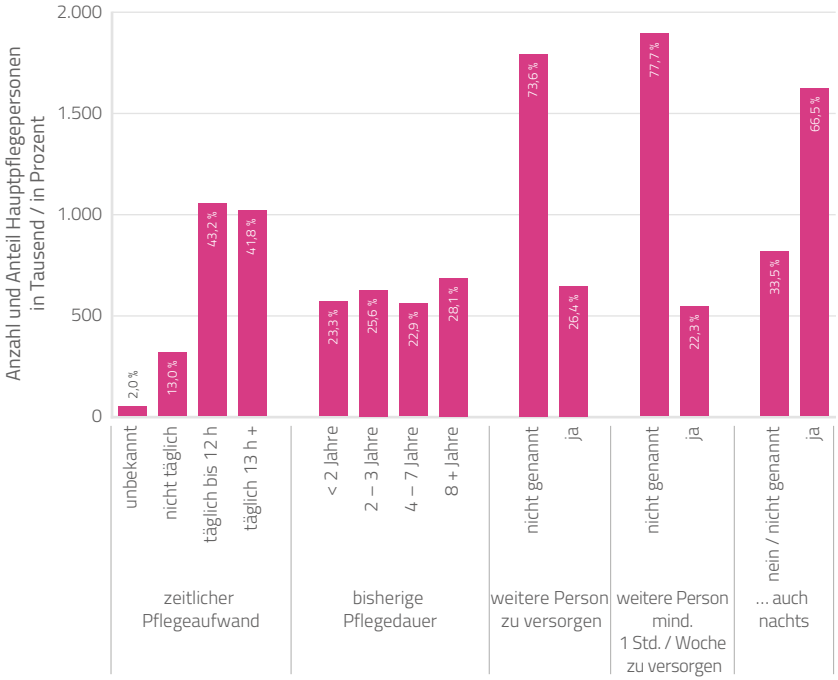
85 % pflegen jeden Tag.

Zur Erfassung des Pflegeaufwands wurde in der BARMER-Versichertenbefragung 2018 nach den regelmäßigen Pflegezeiten und der bisherigen Pflegedauer gefragt. Die meisten pflegenden Angehörigen, nämlich 85,0 Prozent, kümmern sich täglich um die pflegebedürftige Person. Davon kümmert sich die Hälfte mehr als zwölf Stunden und die andere Hälfte weniger als zwölf Stunden (Abbildung 3.12). In der DAK-Studie, in der überwiegend Erwerbstätige befragt sind, wird hingegen ein deutlich geringerer zeitlicher Aufwand festgestellt. Nur 14 Prozent der pflegenden Angehörigen in der Studie pflegen mehr als sechs Stunden am Tag (DAK 2015b: 32). Die Problematik der Verknüpfung von Rund-um-die-Uhr-Pflege und ausgeprägter Erwerbstätigkeit wird hier deutlich. Rund zwei Drittel

der Hauptpflegepersonen müssen sich nach der BARMER-Versichertenbefragung 2018 auch nachts um die Pflegebedürftigen kümmern. Dies entspricht den Ergebnissen von Schneekloth et al. (2017: 40 f.).

Der Anteil der Pflegebedürftigen mit nächtlichem Hilfebedarf ist im Laufe der letzten Jahre zurückgegangen (Schneekloth et al. 2017: 40 f.). Dies hängt vor allem damit zusammen, dass sich die Klientel im Zuge der Leistungsausweitung der Pflegeversicherung verändert hat. Seit einigen Jahren erhöht sich der Zugang von Pflegebedürftigen mit geringerer Pflegestufe beziehungsweise geringerem Pflegegrad, die entsprechend einen geringeren nächtlichen Hilfebedarf haben (siehe Kapitel 2).

Abbildung 3.12: Zeitlicher Pflegeaufwand



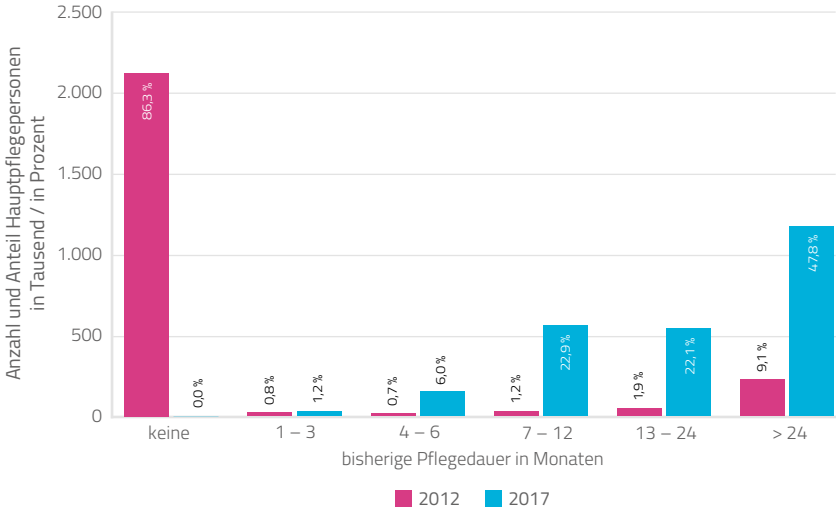
Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017

Wie lange die Pflege schon andauert, kann einen Effekt auf die Belastung und die Gesundheit haben. Dies kann ebenso mit der Übernahme der Pflege und daher mit einer Veränderung der Lebensgewohnheiten zu tun haben wie auch mit den langjährigen Folgen ständiger Belastungen. In der BARMER-Versichertenbefragung 2018 wurde nach der bisherigen Zeit der Pflege gefragt, die mit Monaten und Jahren beantwortet werden konnte. Die Antworten sind im Ergebnis unterteilt in weniger als zwei Jahre, zwei bis unter vier Jahre, vier bis unter acht Jahre und mehr als acht Jahre. Die Anteile der Antworten in diesen Kategorien sind relativ gleichmäßig verteilt. Das bedeutet, dass auch nur knapp ein Viertel der Befragten eine bisherige Pflegedauer von weniger als zwei Jahren angegeben hat (Abbildung 3.12). Auf Basis der BARMER-Daten ergibt sich hingegen ein Anteil von 52,2 Prozent mit einer bisherigen Pflegedauer von weniger als zwei Jahren. Da im Dezember 2012 der größte Teil der Pflegebedürftigen nach den BARMER-Daten noch nicht pflegebedürftig war (86,3 Prozent) (Abbildung 3.13), ist für diese die Gesamtdauer auch kürzer als fünf Jahre. Es muss in den beiden Datenquellen von einem unterschiedlichen Verständnis von der Pflegedauer ausgegangen werden, was aber das Analysepotenzial hinsichtlich der Effekte längerer oder kürzerer Pflege nicht beeinflussen muss.

Nach der BARMER-Versichertenbefragung 2018 sind von 22,3 Prozent der Hauptpflegepersonen zusätzlich die eigenen Kinder oder weitere pflegebedürftige Personen mit einem zeitlichen Aufwand von mindestens einer Stunde zu versorgen (Abbildung 3.12). Dies erhöht den Aufwand und damit gegebenenfalls auch das Belastungsempfinden.

Die Hauptpflegepersonen übernehmen bei der Versorgung verschiedenste Aufgaben, die von sehr intimen Tätigkeiten wie Körperpflege oder Hilfen bei den Ausscheidungen bis zu distanzierteren Tätigkeiten wie die Verwaltung der Finanzen oder finanzieller Unterstützung reichen. Diese Hilfeleistungen sind in unterschiedlichem Umfang nötig, werden in unterschiedlichem Umfang von den Hauptpflegepersonen geleistet, sind unterschiedlich belastend, und daher wird auch in unterschiedlichem Umfang jeweils weitere Hilfe gewünscht.

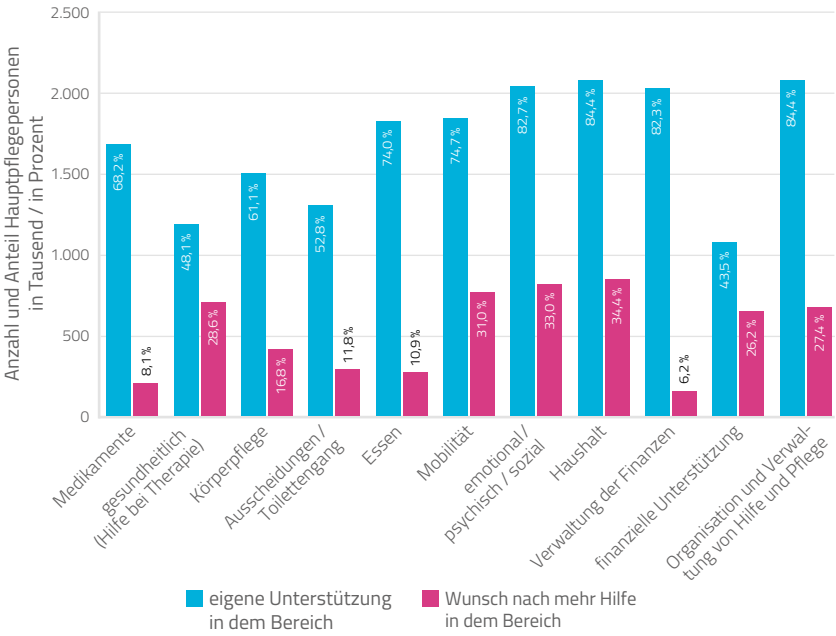
Abbildung 3.13: Hauptpflegepersonen im Dezember 2017 und dieselbe Population fünf Jahre zuvor nach der Dauer der bisherigen Pflege



Quelle: BARMER-Daten 2012 und 2017, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017

In der BARMER-Versichertenbefragung 2018 sind elf unterschiedliche Arten der Hilfeleistungen abgefragt. Zum einen wurde danach gefragt, ob sie diese Aufgaben selbst übernehmen, und zum anderen, ob sie in diesem Bereich mehr Hilfe bräuchten. Aufgaben, die von drei Vierteln und mehr der Befragten übernommen werden, sind Hilfen beim Essen (beispielsweise Zubereitung, Zerkleinern, Anreichen, Sondenernährung), Hilfen bei der Mobilität, emotionale, psychische oder soziale Unterstützung (beispielsweise Gesellschaft leisten, beruhigen, Gefühl von Sicherheit geben), Haushalt, Verwaltung der Finanzen sowie Organisation und Verwaltung von Hilfe und Pflege. Jeweils von mehr als einem Viertel der Befragten wird in den Bereichen der gesundheitlichen Hilfe (beispielsweise Unterstützung bei der medizinischen Behandlung, Rehabilitation, Therapie), Mobilität, emotionale, psychische und soziale Unterstützung, Hausarbeit sowie Organisation und Verwaltung der Hilfe und Pflege eine breitere Unterstützung gewünscht. Nicht zuletzt wird von einem Viertel der Befragten auch der Wunsch nach besserer finanzieller Unterstützung geäußert (Abbildung 3.14).

Abbildung 3.14: Aufgaben der Hauptpflegepersonen und weiterer Hilfebedarf



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017

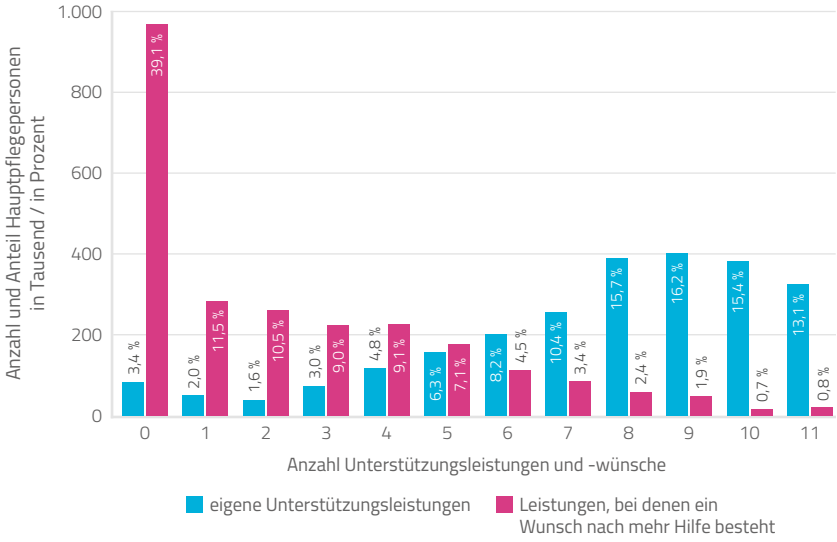
Nicht für alle Pflegebedürftigen ist in allen Bereichen Hilfe notwendig. So variiert die Zahl unterschiedlicher durch die Hauptpflegepersonen übernommener Aufgaben von null bis elf. Von den Hauptpflegepersonen erbringen 13,1 Prozent sämtliche aufgeführten Aufgaben und drei Prozent keine von diesen. Insgesamt 60,5 Prozent der Befragten haben acht oder mehr der Aufgaben übernommen.

13,1 % übernehmen alle Aufgaben.

Insgesamt besteht in 39,1 Prozent der Fälle in keinem Aufgabenbereich ein weiterer externer Hilfebedarf. Zwei von neun Hauptpflegepersonen äußern aber in einem oder zwei Bereichen den Wunsch nach mehr Hilfe. Mehr als jede fünfte Hauptpflegeperson hat sogar in fünf und mehr Bereichen den Wunsch nach mehr Hilfe (Abbildung 3.15). Mit einer höheren Zahl an Aufgaben, für die Hilfe gewünscht wird, ist auch eine höhere Belastung naheliegend.

Sechs von zehn Hauptpflegepersonen wünschen sich in mindestens einem Aufgabenbereich weitere Hilfe.

Abbildung 3.15: Anzahl der Hauptpflegepersonen nach der Zahl der übernommenen Aufgaben und der Zahl der Hilfewünsche

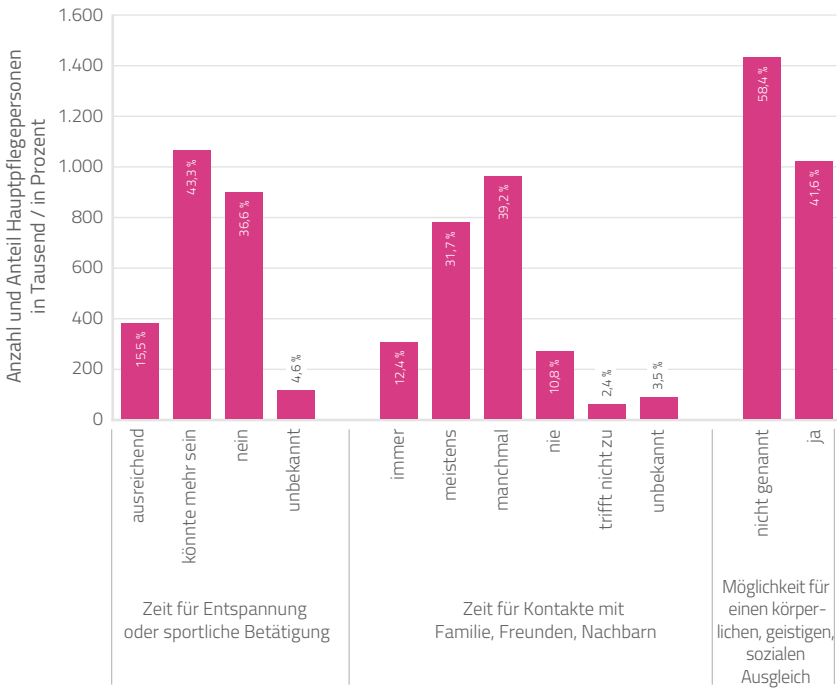


Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017

Mehr als jeder Dritte findet keine Zeit mehr, sich zu entspannen oder einer sportlichen Tätigkeit nachzugehen.

Zeitmangel ist ein häufiges Symptom in der Pflege. In der BARMER-Versichertenbefragung 2018 sollten sich die Hauptpflegepersonen zu den Möglichkeiten äußern, sich von der Pflege zu erholen. Mehr als jeder Dritte der Befragten findet demnach keine Zeit mehr, sich zu entspannen oder einer sportlichen Tätigkeit nachzugehen. Lediglich für jeden Sechsten ist die Zeit dafür ausreichend. Für 44,1 Prozent der Hauptpflegepersonen ist die Zeit für den Kontakt mit Familie, Freunden oder Nachbarn ausreichend. Hingegen haben 10,8 Prozent der Hauptpflegepersonen nie genug Zeit für den Kontakt mit Familie, Freunden und Nachbarn. Immerhin 41,6 Prozent der Befragten haben geäußert, dass sie in den letzten sechs Monaten die Möglichkeit hatten, für einen körperlichen, geistigen und sozialen Ausgleich zur Pflegesituation zu sorgen (Abbildung 3.16). Ein beträchtlicher Teil der Hauptpflegepersonen ist aber in der Summe zeitlich so eingebunden, dass es nicht mehr für Entlastungsmöglichkeiten reicht.

Abbildung 3.16: Anzahl der Hauptpflegepersonen nach gegebenen Entlastungsmöglichkeiten



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017

3.3.5 Unterstützungsangebote: Nutzung und Hinderungsgründe

Vor dem Hintergrund der starken Belastung durch die Pflege und möglicher gesundheitlicher Folgen für die pflegenden Angehörigen ist die Sicherstellung der häuslichen Pflege davon abhängig, dass es gelingt, „gemischte Pflegearrangements herzustellen und trotz der schwierigeren Bedingungen zu einem produktiven Zusammenwirken von professioneller und informeller Hilfe (sei sie familialer, wahlfamilialer, nachbarschaftlicher oder ehrenamtlicher Art) zu gelangen" (SVR-Gesundheit 2009: 628). Mit Beratungsangeboten, Pflegekursen und verschiedenen Unterstützungsangeboten in der Pflege wird versucht, den pflegenden Angehörigen Entlastung zu bringen. Alle diese Angebote werden als hilfreich erkannt, bei pflegenden Angehörigen Belastungen und Depressivität zu lindern,

subjektives Wohlbefinden, Fähigkeiten und Wissen zu steigern sowie Symptome des Pflegebedürftigen und dauerhafte Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung zu verringern (Mantovan et al. 2010; Pinquart und Sörensen 2002). Das BMG und viele andere Ratgeber warnen eindringlich davor, sich selbst als pflegenden Angehörigen zu überfordern, und empfehlen dringend, für ausreichend Entlastung zu sorgen (BMG 2011b: 13 ff.; Kurz et al. 2017: 47 ff.; Westhoff und Westhoff 2012: 120 ff.), wobei auf die besondere Belastung durch demenziell erkrankte Pflegebedürftige hingewiesen wird.

Unterstützungsleistungen zur Verringerung der Angehörigenbelastung und damit auch zur Verringerung der gesundheitlichen Effekte lassen sich in mehrere Kategorien zusammenfassen. Dazu gehören einzeln oder in Kombination

- Pflege- und Betreuungsangebote, welche die pflegenden Angehörigen zeitweise von der Pflege befreien (beispielsweise Tagespflege, ambulante Pflegedienste oder Kurzzeitpflege),
- Beratungsangebote oder auch psychoedukative Interventionen, bei denen die Wissensvermittlung über die Krankheit des Angehörigen und über Unterstützungsmöglichkeiten sowie die Vermittlung von Bewältigungsfähigkeiten im Vordergrund stehen,
- Beistand beispielsweise durch wechselseitige emotionale Unterstützung durch den Austausch mit anderen Menschen in ähnlicher Lage (Selbsthilfegruppen),
- psychotherapeutische Angebote für Pflegende, um neue Wege des Umgangs mit schwierigen Pflegesituationen und eine Veränderung negativer Emotionen zu erlernen (BMG 2017c: 65; Pinquart und Sörensen 2002: 87).

Psychoedukative Interventionen sind im SGB XI in Form von Beratungen und Pflegekursen vorgegeben und können oder müssen von den pflegenden Angehörigen entsprechend in Anspruch genommen werden. Eine intensivere Betreuung wurde aber auch schon in verschiedenen Modellprojekten ausprobiert (Brijoux und Kricheldorff 2015).

Der wechselseitige Austausch ist nicht über die Pflegeversicherung geregelt und ebenso wenig sind es die psychotherapeutischen Angebote. Diese können aber zum Teil selbst organisiert werden oder finden in einigen Modellprojekten statt (Wilz und Soellner 2016).

Pflege- und Betreuungsangebote gehören zu den Hauptleistungen der Pflegeversicherung (Sachleistungen, Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege und vieles mehr). Diese sollen die pflegenden Angehörigen entlasten und auch in Krisen- oder Urlaubszeiten die Pflege sicherstellen. Oftmals wird sich aber auch für eine selbst finanzierte Hilfeleistung entschieden.

Pflege- und Betreuungsangebote

Pflegedienst

Für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung stellt die Pflegeversicherung je nach Pflegegrad zwischen 689 und 1.995 Euro zur Verfügung (Pflegesachleistungen § 36 SGB XI).

Ein Drittel nutzt den Pflegedienst.

Ein Drittel der häuslich gepflegten Pflegebedürftigen nutzte im Dezember 2015 Angebote der ambulanten Pflegedienste (Pflegesachleistungen, Kombinationsleistungen oder Verhinderungspflege durch Pflegedienste) (Statistisches Bundesamt 2017a). Der Anteil der Pflegebedürftigen mit einer Hauptpflegeperson, die im letzten Halbjahr 2017 Sachleistungen in Anspruch genommen haben, liegt nach den Auswertungen der BARMER-Daten bei 27 Prozent (Abbildung 3.17) und damit im vergleichbaren Rahmen.

Die häufigsten Motive für die Nutzung eines Pflegedienstes sind die Verhinderung der Überlastung der Angehörigen, eine angemessene Betreuung, das Fehlen privater Pflegepersonen (Schneekloth et al. 2017: 85) sowie die finanzielle Möglichkeit und eine geringere Pflegebereitschaft (Blinkert und Klie 2008). Der Pflegedienst kommt allerdings in der Regel für weniger als eine Stunde ins Haus der pflegebedürftigen Person (DAK 2015b: 33). Dies ist dann zwar eine Hilfe für in der Regel originär pflegerische Aufgaben, aber eine fortwährende Betreuung und Bereitschaft durch pflegende Angehörige kann damit nicht ersetzt werden.

Auf die Frage, ob sie in den letzten sechs Monaten einen Pflegedienst genutzt haben, antwortete in der BARMER-Versichertenbefragung 2018 fast die Hälfte mit ja. Ein Anteil von 44,5 Prozent hat den Pflegedienst genutzt und war zufrieden, und 3,0 Prozent der

Hauptpflegepersonen waren unzufrieden. Das Angebot als solches ist fast durchgängig bekannt. Etwas weniger als ein Drittel der Hauptpflegepersonen sieht keinen Bedarf, aber für 2,1 Prozent gibt es auch keine erreichbaren Angebote, und für 2,9 Prozent ist das Angebot zu teuer. Organisatorische Probleme und dass es zeitlich nicht passt, werden seltener als Hinderungsgründe genannt (Tabelle 3.2).

Tabelle 3.2: Nutzung und Bewertung von Pflege- und Betreuungsangeboten

	Ja, und ...		Nein, weil ...						
	war zufrieden	war unzufrieden	ist mir unbekannt	kein Bedarf	kein Angebot	geringe Qualität	zu teuer	zu viel Organisation	passt zeitlich nicht
	in Prozent								
Kurzzeitpflege	13,4	3,7	4,6	47,1	6,6	3,7	5,5	5,6	3,8
Tagespflege (teilstationär)	5,3	0,8	5,3	55,4	6,0	1,6	4,1	3,9	3,2
Nachtpflege (teilstationär)	0,8	0,6	7,0	60,8	5,3	0,6	2,8	2,0	1,7
Verhinderungspflege durch einen Pflegedienst	14,0	1,9	7,4	44,8	4,6	1,7	3,8	3,4	2,5
Verhinderungspflege durch andere Personen	22,1	1,2	7,8	38,0	5,5	0,7	1,7	2,2	2,6
ambulanter Pflegedienst	44,5	3,0	2,5	30,7	2,1	2,3	2,9	1,6	1,7
Betreuungsgruppen (niedrigschwellig)	4,5	0,9	16,6	44,1	6,2	0,7	1,3	1,7	1,8
Betreuungs- oder Haushaltshilfe zu Hause (niedrigschwellig)	25,0	2,2	10,0	31,1	8,6	1,6	4,4	2,1	1,0
selbst finanzierte Hilfen im Haushalt	23,7	1,6	4,6	32,6	4,9	1,2	13,9	1,6	0,9
selbst finanzierte professionelle Pflege	4,5	0,8	7,3	46,9	4,1	0,5	14,9	1,6	0,6
betreuter Urlaub für Pflegebedürftige und Angehörige	2,5	0,6	20,2	36,0	10,3	0,5	6,2	2,9	2,5
Sonstiges (eine Nennung)	3,5	0,9							

Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017

Kein Vertrauen in die Qualität der Pflegedienste haben 2,3 Prozent. Dies könnte mit strukturellen Veränderungen zu tun haben, die zuletzt festgestellt wurden. So ist beispielsweise die einrichtungsbezogene Fachkraftquote im Zeitraum von 2010 bis 2016 merklich gesunken. Im Jahr 2010 gaben noch 14 Prozent der ambulanten Pflegedienste eine Fachkraftquote von unter 50 Prozent an; im Jahr 2016 waren es 24 Prozent (Schneekloth et al. 2017: 217). Zudem hat sich das Leistungsportfolio der ambulanten Pflegedienste seit den Anfängen der Pflegeversicherung in einigen Teilen reduziert (Schneekloth et al. 2017: 182).

In der Summe würden nach den Hochrechnungen aus der BARMER-Versichertenbefragung 2018 rund 188.000 (7,6 Prozent) der Hauptpflegepersonen den Pflegedienst nutzen, sind aber durch die Angebotsstruktur und den Aufwand daran gehindert. 73.000 (3,0 Prozent) haben den Pflegedienst genutzt und waren damit unzufrieden.

Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege)

Einen Anspruch auf Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) gibt es, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Eine angemessene Pflege, aber auch das Vermeiden der Überlastung der pflegenden Angehörigen sind auch die Gründe für die Nutzung von teilstationären Leistungen (Schneekloth et al. 2017: 90).

Nach der Pflegestatistik nutzten zum Stichtag im Dezember 2015 rund 78.000 von 2,24 Millionen Pflegebedürftigen im häuslichen Setting teilstationäre Pflege (3,5 Prozent); gerade einmal 44 Personen werden als Nutzer von Nachtpflege ausgewiesen (Statistisches Bundesamt 2017d). Teilstationäre Pflege und Tagespflege könnten aufgrund dieser Zahlen fast synonym verwendet werden.

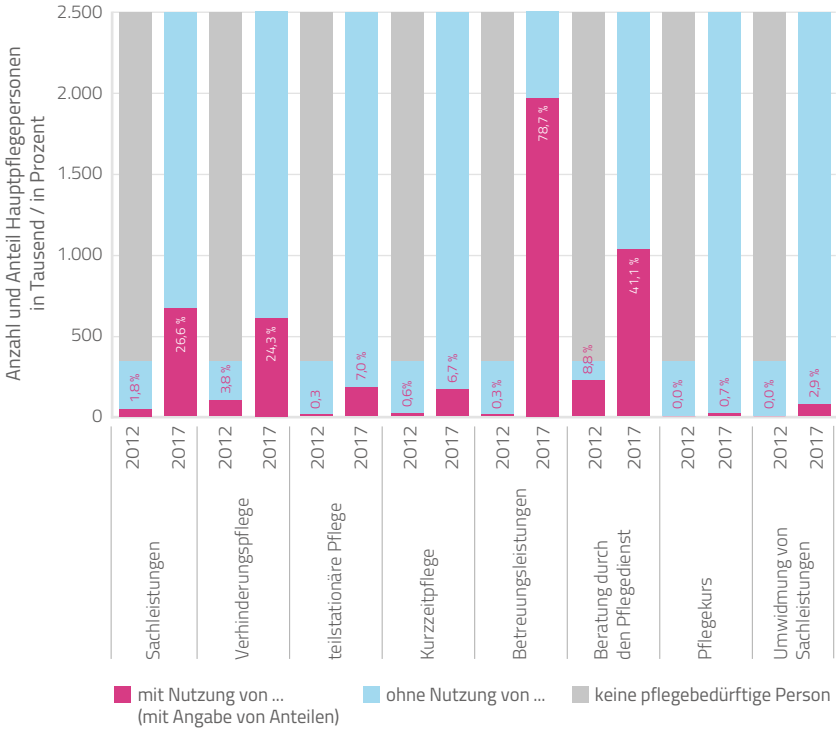
Nachtpflege fast nicht vorhanden

Trotz der laut der Pflegestatistik fast nicht vorkommenden Nachtpflege geben 1,4 Prozent der Hauptpflegepersonen in der BARMER-Versichertenbefragung 2018 an, innerhalb der letzten sechs Monate die Nachtpflege genutzt zu haben. Zufriedenheit und Unzufriedenheit mit der Leistung hält sich dabei fast die Waage. Deutlich mehr, nämlich sechs Prozent, haben die Tagespflege genutzt (Tabelle 3.2). Ein ähnlich hoher Anteil an Nutzern von teilstationärer

Pflege ergibt sich mit sieben Prozent auch nach den Auswertungen der BARMER-Daten (Abbildung 3.17). Keinen Bedarf äußerten 55,4 Prozent. Unzureichende Angebote und der finanzielle und organisatorische Aufwand sind bei der teilstationären Pflege von größerer Bedeutung als bei der Nutzung des Pflegedienstes (Tabelle 3.2).

In der Summe würden nach den Hochrechnungen aus der BARMER-Versichertenbefragung 2018 rund 378.000 (15,3 Prozent) der Hauptpflegepersonen die Tagespflege nutzen, sind aber durch die Angebotsstruktur und den Aufwand daran gehindert. 21.000 (0,8 Prozent) haben die Tagespflege genutzt und waren damit unzufrieden.

Abbildung 3.17: Hauptpflegepersonen im Dezember 2017 und dieselbe Population fünf Jahre zuvor nach Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung



Quelle: BARMER-Daten 2012 und 2017, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017
Anmerkung: Inanspruchnahme der Leistungen jeweils im letzten Halbjahr

Verhinderungspflege

Für Pflegegeldempfänger gibt es einen Anspruch auf Ersatzpflege wegen Urlaubs oder anderer Gründe (Verhinderungspflege § 39 SGB XI). Die Verhinderungspflege kann von Pflegediensten oder anderen Personen übernommen werden. Je nach Verwandtschaftsverhältnis und räumlicher Nähe können unterschiedliche Leistungssummen beansprucht werden.

Wie viele Pflegebedürftige Verhinderungspflege nutzen, ist in der Pflegestatistik nicht ausgewiesen. Über die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung können näherungsweise Schätzungen vorgenommen werden. Im Jahr 2017 lagen die Ausgaben für Verhinderungspflege in der Sozialen Pflegeversicherung bei 1,12 Milliarden Euro im Vergleich zu 4,50 Milliarden Euro für Pflegesachleistungen (BMG 2018a).

Verhinderungspflege von einem Viertel genutzt

Nach der BARMER-Versichertenbefragung 2018 wurde im Laufe der zurückliegenden sechs Monate von 15,9 Prozent der Hauptpflegepersonen Verhinderungspflege durch einen Pflegedienst in Anspruch genommen. Von den Hauptpflegepersonen gaben zudem 23,3 Prozent an, andere Personen hätten die Verhinderungspflege übernommen. Hierbei kann es auch Überlappungen geben. Für einen Beobachtungszeitraum von zwölf Monaten kommt die TNS Infratest-Studie 2016 auf 24 Prozent der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege (Schneekloth et al. 2017: 78), und auf einen ebensolchen Wert kommt die Auswertung der BARMER-Daten für das letzte Halbjahr 2017 (Abbildung 3.17). Die Kosten und der Organisationsaufwand werden bei der Verhinderungspflege durch Pflegedienste mehr gesehen als bei der Verhinderungspflege durch andere Personen. Dass es kein Angebot gibt oder es zeitlich nicht passt, wird aber ebenso häufig oder häufiger genannt (Tabelle 3.2).

In der Summe würden nach den Hochrechnungen aus der BARMER-Versichertenbefragung 2018 rund 316.000 (12,8 Prozent) der Hauptpflegepersonen die Verhinderungspflege durch einen Pflegedienst nutzen, sind aber durch die Angebotsstruktur und den Aufwand daran gehindert. 46.000 (1,9 Prozent) haben die Verhinderungspflege durch einen Pflegedienst genutzt und waren damit unzufrieden.

Kurzzeitpflege

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch die teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 (vormals für alle Pflegebedürftige) Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung (Kurzzeitpflege § 41 SGB XI).

Nach der Pflegestatistik nutzten zum Stichtag im Dezember 2015 rund 25.000 Pflegebedürftige die Kurzzeitpflege (Statistisches Bundesamt 2017d). Das entspricht einem Anteil von 1,1 Prozent aller Pflegebedürftigen im häuslichen Setting. Die Nutzung der Kurzzeitpflege lag nach den Ergebnissen der BARMER-Versichertenbefragung im zurückliegenden halben Jahr bei 17,1 Prozent (Tabelle 3.2). In der TNS Infratest-Studie 2016 liegt der Anteil einer Nutzung innerhalb der letzten zwölf Monate bei zwölf Prozent (Schneekloth et al. 2017: 78) und damit etwas niedriger. Für den Zeitraum von sechs Monaten zeigen sich in den BARMER-Daten entsprechend Anteile von sieben Prozent (Abbildung 3.17).

Unzufrieden mit der Leistung war aber mehr als jeder fünfte Nutzer aus der BARMER-Versichertenbefragung 2018. Entsprechend hoch ist auch der Anteil derer, die aus Qualitätsgründen keine Kurzzeitpflege nutzen (3,7 Prozent). Zudem wird bemängelt, dass es keine Angebote gibt (6,6 Prozent), dass es zu teuer (5,5 Prozent) und mit zu viel Organisation verbunden ist (5,6 Prozent) (Tabelle 3.2).

Fehlende Angebote zeigen sich beispielsweise im konkreten Fall der gleichzeitigen und / oder gemeinsamen Versorgung, wenn die Hauptpflegeperson eine Rehabilitation antreten möchte. Seit dem PNG besteht die gesetzliche Möglichkeit, die pflegebedürftige Person durch die Reha-Klinik mitversorgen zu lassen – beispielsweise durch hausinterne oder externe Kurzzeitpflege (BMG 2017a: 94 f.). Allerdings ermöglicht nur gut die Hälfte der Reha-Kliniken aus einer aktuellen Studie eine Versorgung Pflegebedürftiger (Hertle et al. 2015: 150), und nur rund ein Drittel verfügt über spezifische Angebote für pflegende Angehörige (Hertle et al. 2015: 148).

In der Summe würden nach den Hochrechnungen aus der BARMER-Versichertenbefragung 2018 rund 437.000 (17,7 Prozent) der Hauptpflegepersonen die Kurzzeitpflege nutzen, sind aber durch die Angebotsstruktur und den Aufwand daran gehindert. 91.000 (3,7 Prozent) haben die Kurzzeitpflege genutzt und waren damit unzufrieden.

In 437.000 Fällen verhindern Aufwand oder Angebotsstruktur die Nutzung der Kurzzeitpflege.

Betreuungsgruppe

Betreuungsgruppen werden nach der BARMER-Versichertenbefragung 2018 mit 5,4 Prozent nur selten genutzt und sind auch eher unbekannt (16,6 Prozent). Ein weiterer häufiger Grund für die Nichtinanspruchnahme ist das fehlende Angebot. Finanzielle und organisatorische Gründe werden verhältnismäßig selten genannt (Tabelle 3.2).

Nach den Hochrechnungen aus der BARMER-Versichertenbefragung 2018 würden rund 262.000 (10,6 Prozent) der Hauptpflegepersonen die Betreuungsgruppen nutzen, sind aber durch die Angebotsstruktur und den Aufwand daran gehindert. 22.000 (0,9 Prozent) haben die Betreuungsgruppen genutzt und waren damit unzufrieden.

Betreuungs- oder Haushaltshilfe

Angebote zur Unterstützung im Alltag sollen dazu beitragen, Pflegepersonen zu entlasten, und dadurch einen längeren Verbleib der Pflegebedürftigen in ihrer häuslichen Umgebung ermöglichen (§ 45a Absatz 1 SGB XI). Dazu wird ein Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI) bereitgestellt (vormals „zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen").

27,2 Prozent der Hauptpflegepersonen aus der BARMER-Versichertenbefragung 2018 haben Betreuungs- und Haushaltshilfen genutzt (Tabelle 3.2). Schneekloth et al. (2017: 78) beobachten für einen Zeitraum von zwölf Monaten eine Quote von 20 Prozent der Pflegebedürftigen in Privathaushalten, die im Jahr 2016 zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen der Pflegeversicherung nutzten. Der Entlastungsbetrag (vormals Betreuungs- und Entlastungsleistungen) der Pflegeversicherung kann verschiedenartig eingesetzt werden. Wenn Betreuungs- und Entlastungsleistungen genutzt wurden, dann zumeist für niedrigschwellige Betreuung (42 Prozent), für den Einsatz von ambulanten Diensten (32 Prozent) oder für Kurzzeitpflege (15 Prozent) (Schneekloth et al. 2017: 98). Die Preise niedrigschwelliger Betreuungsangebote sind womöglich einer

Ein Viertel nutzt niedrigschwellige Betreuungs- und Haushaltshilfen.

der ausschlaggebenden Faktoren für die Inanspruchnahme der Angebote. Auch mit einer Kostenerstattung von monatlich bis zu 104 Euro oder 208 Euro (ab dem 01. Januar 2017 einheitlich bis zu 125 Euro) lassen sich bei Stundenpreisen von etwa 25 Euro nicht viele Betreuungsstunden oder andere Angebote einkaufen (Besselmann et al. 2017: 108). Nach der Umstellung auf den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI zeigen sich in den BARMER-Daten hingegen Nutzungsquoten von sogar 78,7 Prozent.

Die Nutzer der Betreuungs- und Haushaltshilfen sind überwiegend zufrieden mit der Leistung. 8,6 Prozent der Hauptpflegepersonen sehen kein Angebot in ihrer Nähe und für 4,4 Prozent ist das Angebot zu teuer. 10,0 Prozent der Befragten ist das Angebot unbekannt (Tabelle 3.2). In der TNS Infratest-Studie 2016 ist sogar einem Viertel der Befragten diese Leistung unbekannt gewesen (Schneekloth et al. 2017: 95).

Nach den Hochrechnungen aus der BARMER-Versichertenbefragung 2018 würden rund 379.000 (15,3 Prozent) der Hauptpflegepersonen die niedrigschwelligen Betreuungs- und Haushaltshilfen nutzen, sind aber durch die Angebotsstruktur und den Aufwand daran gehindert. 54.000 (2,2 Prozent) haben die niedrigschwelligen Betreuungs- und Haushaltshilfen genutzt und waren damit unzufrieden.

Selbst finanzierte Hilfen und selbst finanzierte professionelle Pflege

Häufig entsprechen die Angebote, die auch von der Pflegeversicherung mitfinanziert werden, nicht den eigenen Ansprüchen oder entsprechende Leistungsanbieter sind zeitlich, finanziell oder organisatorisch nicht erreichbar. In diesen Fällen werden oftmals zum Beispiel ausländische Hilfskräfte oder Pflegekräfte angestellt oder Verträge mit entsprechenden Agenturen geschlossen. Ausländische Hilfskräfte können ganz legal mit einem Arbeitsvertrag beschäftigt werden und für die pflegenden Angehörigen eine deutliche Entlastung sein (von der Malsburg und Isfort 2014). Die Schätzungen der insgesamt beschäftigten ausländischen Haushaltshilfen reichen von 100.000 bis 600.000 Kräften (Isfort und von der Malsburg 2017: 81). Ausländische Pflegekräfte kommen für gut die Hälfte der in der DAK-Studie Befragten in Betracht. Allerdings ist die Einstellung einer privaten Pflegekraft oder Haushaltshilfe auch eine finanzielle Frage, da die Pflegekasse diese Leistungen nicht über Pflegesachleistungen vergütet. Das Pflegegeld kann

dafür aufgewendet werden, es deckt jedoch nicht die entstehenden Kosten. Je nach Organisation der Beschäftigung einer Haushalts- und Betreuungskraft und Schwere der Versorgungsbedarfe werden für die Dienstleistung in den meisten Fällen etwa 1.200 bis zu 2.500 Euro pro Monat aufgewendet (Isfort und von der Malsburg 2017: 91).

Neben dem Zusammenleben mit Hilfs- und Pflegekräften gibt es aber noch weitere Möglichkeiten, sich Hilfs- und Pflegedienste einzukaufen. Ein Viertel der Befragten der BARMER-Versichertenbefragung 2018 hat selbst finanzierte Hilfen im Haushalt, und 5,3 Prozent haben selbst finanzierte Pflege in Anspruch genommen (Tabelle 3.2). Dies entspricht in der Summe den Ergebnissen der TNS Infratest-Studie 2016 (Schneekloth et al. 2017: 158). Dabei sind die eingekauften Leistungen laut der TNS Infratest-Studie 2016 breit gefächert. In zwei Dritteln der Fälle wurden Leistungen in der Haushaltsführung finanziert, in 40 Prozent der Fälle wurden Leistungen zur Grundpflege eingekauft. Aber auch Betreuung (36 Prozent), Unterstützung im Alltag (34 Prozent), Essen auf Rädern (18 Prozent) oder Hilfen bei Behördengängen und beim Transport wurden in Anspruch genommen (Schneekloth et al. 2017: 158). Als häufigster Grund, die Hilfen und Pflege nicht selbst zu finanzieren, wird der Kostenaspekt genannt (Tabelle 3.2).

Nach den Hochrechnungen aus der BARMER-Versichertenbefragung 2018 würden rund 490.000 (19,8 Prozent) der Hauptpflegepersonen Haushaltshilfen und rund 488.000 (19,7 Prozent) der Hauptpflegepersonen Pflegekräfte selbst finanzieren, sind aber durch die Angebotsstruktur und den Aufwand daran gehindert. 41.000 (1,6 Prozent) Hauptpflegepersonen haben Haushaltshilfen und 20.000 (0,8 Prozent) selbst finanzierte Pflegekräfte angestellt – beide Gruppen waren damit unzufrieden.

Betreuter Urlaub für Pflegebedürftige und Angehörige

Die Leistungen für Verhinderungspflege können auch von pflegenden Angehörigen zusammen mit pflegebedürftigen Angehörigen für einen gemeinsamen „betreuten Urlaub" genutzt werden (BMG 2016: 121 f.). Eine Urlaubsliste mit Urlaubsreisen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen wird beispielsweise von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft bereitgestellt (DAIzG 2018). Diese Möglichkeit ist aber einem großen Teil (20,2 Prozent) der Hauptpflegepersonen unbekannt (Tabelle 3.2); 36,0 Prozent sehen

keinen Bedarf, und 10,3 Prozent finden kein Angebot. Für 6,2 Prozent ist es außerdem zu teuer, 2,9 Prozent haben Probleme mit der Organisation, und bei 2,5 Prozent passt es zeitlich nicht. So haben letztlich nur 3,1 Prozent diese Möglichkeit genutzt, wovon ein Sechstel mit der Leistung anschließend unzufrieden war (Tabelle 3.2).

In der Summe würden nach den Hochrechnungen aus der BARMER-Versichertenbefragung 2018 rund 483.000 (19,6 Prozent) Hauptpflegepersonen gern einen betreuten Urlaub antreten, sind aber durch die Angebotsstruktur und den Aufwand daran gehindert. 16.000 (0,6 Prozent) haben bislang negative Erfahrungen damit gemacht.

Zwischenfazit zu den Pflege- und Betreuungsleistungen

Je höher das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit ist, desto größer ist auch die Notwendigkeit der Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Entsprechend werden mit einem höheren Grad der Pflegebedürftigkeit häufiger entsprechende Angebote genutzt (Statistisches Bundesamt 2017d). Wenn die Angebote genutzt werden, dann sind die Nutzer überwiegend auch damit zufrieden (Tabelle 3.2) (siehe auch Schneekloth et al. 2017: 122).

Vielfach werden die Leistungen aber auch nicht genutzt, obwohl es gegebenenfalls hilfreich wäre. Die vormaligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen, jetzt Entlastungsbetrag, beispielsweise werden oft nicht genutzt, weil die pflegebedürftige Person nicht von Fremden betreut werden will (Schneekloth et al. 2017: 99) oder weil die Leistung unbekannt ist (siehe oben). Dies kann dann möglicherweise als „kein Bedarf" in Befragungsergebnissen erscheinen.

Eine gute Pflege ist davon abhängig, inwieweit sowohl die formelle Pflege als auch die informelle Pflege auf die Bedürfnisse der Pflegenden und Pflegebedürftigen reagieren kann. Eine entlastende Wirkung durch formelle Pflege kann für pflegende Angehörige nur entstehen, wenn es ein ausreichendes Vertrauen in die Versorgungsqualität gibt und der finanzielle und organisatorische Aufwand aus Sicht der Pflegenden angemessen beziehungsweise überschaubar ist. Insgesamt scheint das Unterstützungspotenzial für pflegende Angehörige noch nicht ausgereizt. Dies zeigt sich in der Summe der negativen

Bewertungen bei der Nutzung der Angebote und der Verhinderung der Nutzung durch den erhöhten Aufwand sowie die gegebene oder nicht gegebene Angebotsstruktur.

Die Nutzungsquote, die durch die Befragung ermittelt wird, stellt sich häufig größer dar als die Nutzungsquote, die durch die Pflegestatistik oder Routinedaten ermittelt wird. Dieses Phänomen wird auch in der WIdO-GfK-Studie 2015 beobachtet (Schwinger, Tsiasioti und Klauber 2016: 200). Hier muss von einem unterschiedlichen Verständnis der Leistungsarten durch die Befragten ausgegangen werden. Vielfach werden auch Leistungen, die nicht durch die Pflegeversicherung abgedeckt sind, gemeint sein, wenn eine Nutzung angegeben wurde. Dies bedeutet für die Interpretation der Ergebnisse insgesamt, dass das durch die Pflegeversicherung gegebene weitere Unterstützungspotenzial noch größer ausfällt, als hier durch die Befragungsergebnisse ermittelt wird.

Beratungsangebote

Mit den Pflegekassen, den ambulanten Pflegediensten und den Pflegestützpunkten gibt es verschiedene offizielle Ansprechpartner, deren Auftrag unter anderem die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ist (BMG 2017a: 110, 121 ff.; 2016: 110 ff.). Die Pflegeberater der Pflegekassen oder der neutralen Beratungsstellen sollen sich der Sorgen und Fragen der Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen annehmen, den individuellen Hilfebedarf ermitteln, umfassend über das vorhandene Leistungsangebot beraten und in der jeweiligen Pflegesituation begleiten. Falls erforderlich und auf Wunsch sollen sie auch einen individuellen Versorgungsplan mit den für die pflegebedürftige Person erforderlichen Hilfen erstellen. Lassen sich pflegende Angehörige beraten, müssen die Pflegeberater auch über Angebote und Leistungen der Pflegeversicherung informieren, die diese entlasten und unterstützen (BMG 2017a: 122). Eine verpflichtende Beratung erfolgt für Pflegegeldempfänger in regelmäßigen Abständen jedes Viertel- oder Halbjahr entweder durch Pflegedienste, durch Berater der Pflegekassen, der kommunalen Gebietskörperschaften oder neutraler Beratungsstellen (BMG 2017a: 124 f.).

Die genannten Anlaufstellen werden sehr häufig von den Hauptpflegepersonen genutzt, um sich über Fragen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit zu informieren. Nach der BARMER-Versichertenbefragung 2018 wird am häufigsten die Beratung durch die

45 % Beratung durch die Pflegekasse, 61 % Beratung durch den Pflegedienst

Pflegekasse (45,4 Prozent) und ambulante Pflegedienste (60,9 Prozent) genutzt. Nach den Auswertungen der BARMER-Daten nutzten 41,1 Prozent der Hauptpflegepersonen innerhalb des letzten Halbjahres die Beratung durch den Pflegedienst (Abbildung 3.17). Jeder Vierte holt sich nützliche Informationen aus dem Internet, und jeder Fünfte lässt sich in einem Pflegestützpunkt beraten (Tabelle 3.3). Zu ähnlichen Quoten bei den Beratungen durch Pflegestützpunkte und Pflegedienste kommen auch Schneekloth et al. (2017: 144). Als hauptsächliche Institution für die Beratung wird dort aber die Pflegekasse gesehen.

Von den meisten Teilnehmern einer Beratung wird diese als hilfreich beurteilt; nur jeder Achte beurteilt die erhaltenen Informationen als eher nicht oder gar nicht hilfreich (Schneekloth et al. 2017: 146). Eine deutliche Verbesserung der Pflegesituation durch die Beratung nehmen 28 Prozent der Teilnehmer wahr, während ein Drittel eine dadurch verursachte Verbesserung eher nicht oder gar nicht verspürt (Schneekloth et al. 2017: 150). Als entscheidend für eine gute Beratung werden sowohl die Fachkompetenz als auch das Einfühlungsvermögen der Beratenden bewertet (Englert und Büscher 2017). In der Summe fühlt sich rund ein Drittel der Pflegebedürftigen in Privathaushalten eher schlecht oder sehr schlecht über die Leistungen der Pflegeversicherung informiert (Schneekloth et al. 2017: 144). So ist auch ein großer Teil der Befragten der BARMER-Versichertenbefragung 2018 nicht mit den Beratungen zufrieden (Tabelle 3.3). Beratungs- und Informationsangebote jenseits von Pflegekasse und Pflegedienst sind häufiger unbekannt.

Nach den Hochrechnungen aus der BARMER-Versichertenbefragung 2018 würden rund 285.000 (11,5 Prozent) der Hauptpflegepersonen die Beratungen durch die Pflegekasse, rund 212.000 (8,6 Prozent) die Beratungen durch die Pflegedienste und rund 248.000 (10,0 Prozent) die Beratungen durch einen Pflegestützpunkt nutzen, wenn die Angebotsstruktur oder der Aufwand sie daran nicht hindern würde. Mit den bisherigen Beratungen durch die Pflegekasse unzufrieden waren 198.000 (8,0 Prozent), 135.000 (6,1 Prozent) wurden vom Pflegedienst beraten und waren damit unzufrieden, und 70.000 (2,8 Prozent) ließen sich in Pflegestützpunkten beraten und waren damit unzufrieden.

Pflegekurse

Von den Pflegekassen werden kostenlose Pflegekurse angeboten, in denen pflegende Angehörige lernen können, Bewegungsabläufe bei der Pflege so auszuführen, dass die körperliche Belastung möglichst gering bleibt (BMG 2016: 115). Gelehrt werden soll aber auch, welche unterstützenden Angebote es gibt und wie sie genutzt werden können. Pflegepersonen haben die Möglichkeit, entweder in einer Gruppenschulung oder individuell zu Hause praktische Fähigkeiten zu erwerben (Schneekloth et al. 2017: 64).

Vielfach ist aber nicht bekannt, dass es diese kostenlosen Kurse gibt: 20,6 Prozent kennen diese Angebote nicht (Tabelle 3.3). Noch geringer ist die Inanspruchnahme: Nur 0,7 (Abbildung 3.17) bis 2,5 Prozent (Tabelle 3.3) der Hauptpflegepersonen haben in den letzten sechs Monaten an einem Pflegekurs teilgenommen, obwohl für 84 Prozent der pflegenden Angehörigen diese Kurse die Pflege erleichtert haben (Schneekloth et al. 2017: 64).

Der fehlende Bekanntheitsgrad und der fehlende Zugang (keine Angebote) sind neben der Aussage, dass es keinen Bedarf gibt, die wesentlichen Hinderungsgründe der Inanspruchnahme der Pflegekurse und Schulungen. Speziell bei den Pflegekursen werden aber auch organisatorische Hinderungsgründe und die Schwierigkeit der zeitlichen Vereinbarkeit deutlich. Wenig genutzt und bei Nutzung auch seltener positiv bewertet werden Pflegeseminare, die über mehrere Tage stattfinden und zum Ziel haben, dass sich die Pflegenden nicht selbst überfordern (Tabelle 3.3).

Obwohl ehrenamtliche Hilfen eine deutliche Entlastung für pflegende Angehörige sein können, werden sie auch nach solchen Schulungen nicht wesentlich mehr genutzt als vorher. Einen deutlich steigernden Effekt hat es, wenn die pflegenden Angehörigen zusammen mit ehrenamtlichen Helfern geschult werden. Durch ein positiveres Vertrauensverhältnis steigt auch die Inanspruchnahme (Grande et al. 2015: 44 f.).

Nach den Hochrechnungen aus der BARMER-Versichertenbefragung 2018 würden rund 430.000 (17,4 Prozent) der Hauptpflegepersonen gern einen Pflegekurs besuchen, sind aber durch die Angebotsstruktur und den Aufwand daran gehindert. 10.000 (0,4 Prozent) haben bislang negative Erfahrungen damit gemacht. Rund 311.000 (12,6 Prozent) der

Hauptpflegepersonen würden sich gern zu Hause schulen lassen, ihnen fehlen aber die passenden Angebote oder der Aufwand ist zu hoch. 8.000 (0,3 Prozent) haben bislang negative Erfahrungen damit gemacht.

Tabelle 3.3: Nutzung und Bewertung von Beratungs- und Begleitungsangeboten

	Ja, und …		Nein, weil …						
	war zufrieden	war unzufrieden	ist mir unbekannt	kein Bedarf	kein Angebot	geringe Qualität	zu teuer	zu viel Organisation	passt zeitlich nicht
	in Prozent								
Beratung durch die Pflegekasse	37,4	8,0	9,8	19,0	7,9	1,8	0,5	1,7	1,3
Beratung durch einen Pflegedienst	54,8	6,1	4,8	14,9	5,5	2,0	0,4	1,0	1,0
Beratung durch den Pflegestützpunkt	17,5	2,8	20,0	29,2	7,6	0,9	0,1	0,9	1,2
informative Seiten im Internet	20,6	3,8	18,5	26,6	0,0	0,0	3,6	2,1	0,3
psychologische Online-Beratung (beispielsweise www.pflegen-und-leben.de)	1,1	0,9	33,9	36,9	0,0	0,0	3,9	0,4	0,1
Pflegekurs für pflegende Angehörige in einer Gruppe	2,1	0,4	20,6	41,2	7,4	0,1	0,9	5,6	5,1
individuelle Pflegeschulung / Beratung zu Hause	4,3	0,3	22,8	40,9	7,7	0,4	0,4	1,8	2,8
Seminare wie „Mach mal Pause“ oder „Ich pflege – auch mich“	0,5	0,2	35,9	31,4	8,0	0,2	0,0	1,1	7,0
Selbsthilfegruppe	2,7	0,5	21,1	40,7	7,4	0,2	0,0	1,6	8,2
Sonstiges (eine Nennung)	2,6	0,6							

Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dez. 2017

Weiterer Beistand und Pflegebegleitung

Während die Mehrzahl der Interventionen auf die Wissensvermittlung und die Verbesserung der Problemlösungsfähigkeiten zielen, wird der emotionalen Unterstützung wenig Aufmerksamkeit geschenkt (Kurz und Wilz 2011). Programme zur emotionalen

Unterstützung der pflegenden Angehörigen sind oftmals nur Modellprojekte und damit auch in ihrer Reichweite eingeschränkt. Im Rahmen dieser Modellprojekte sollen pflegenden Angehörigen die Erkrankung des Patienten verständlich gemacht werden und lähmende Gedanken durch alternative, potenziell stressmindernde Gedanken ersetzt werden. Sie sollten auf Veränderungen, Verlust und Trauer vorbereitet sein. Sie sollten auch lernen, Selbstfürsorge zu betreiben und Probleme gezielt anzugehen (BMG 2011a: 34). Dabei können spezielle Schulungs-, Beratungs- und Begleitungsangebote insgesamt zu signifikanten Verbesserungen depressiver Symptome, des Belastungserlebens und der Familienatmosphäre sowie einer gesteigerten gesundheitsbezogenen Lebensqualität führen (BMG 2017c: 66).

Die Auswirkungen der Modellprojekte werden von den Initiatoren überwiegend positiv beschrieben (Kurz und Wilz 2011), weil oftmals Belastungen reduziert werden und die Lebensqualität gesteigert wird (Brijoux und Kricheldorff 2015: 33 ff.; Engel 2015: 40 ff.; Gertz und Berwig 2015: 20).

Seelischer Beistand wird von den pflegenden Angehörigen in den meisten Fällen in der Partnerschaft oder in der Familie gesucht. Auch Freunde, Bekannte oder professionelle Pflegekräfte geben häufig Zuspruch. Eher selten werden Selbsthilfegruppen (3,2 Prozent) oder psychologische Onlineberatungen (2,0 Prozent) genutzt (siehe auch DAK 2015b: 36; Schneekloth et al. 2017: 155). Auch die Modellprojekte sind klein und werden entsprechend selten genutzt (Tabelle 3.3).

Gesamtbewertung der Unterstützungsleistungen

positive Bewertung teilweise unter 80 Prozent

Verhinderungspflege durch andere Personen, Betreuungs- und Haushaltshilfen – gleich, ob niedrigschwellig oder selbst finanziert – sowie die individuelle Pflegeschulung und die Beratung durch die Pflegedienste sind bei Nutzung zu über 90 Prozent positiv bewertet worden. Weniger als 80 Prozent positive Bewertungen erfuhren die psychologische Onlineberatung, die Nachtpflege, Pflegeseminare, Kurzzeitpflege und betreuter Urlaub für Pflegebedürftige und Angehörige. Hier zeigt sich die Notwendigkeit, im Detail nachzujustieren, um dem Ziel der Entlastung gerecht zu werden. Die Qualität sollte sichergestellt werden, und der Bekanntheitsgrad der Leistungsangebote sollte gesteigert

werden. Obwohl die Pflegekasse und auch das BMG mit zahlreichen Broschüren und Onlineportalen über die Möglichkeiten der Versorgung informieren, gibt es noch einen großen Teil der pflegenden Angehörigen, bei denen die Informationen nicht ankommen.

3.3.6 Belastungen

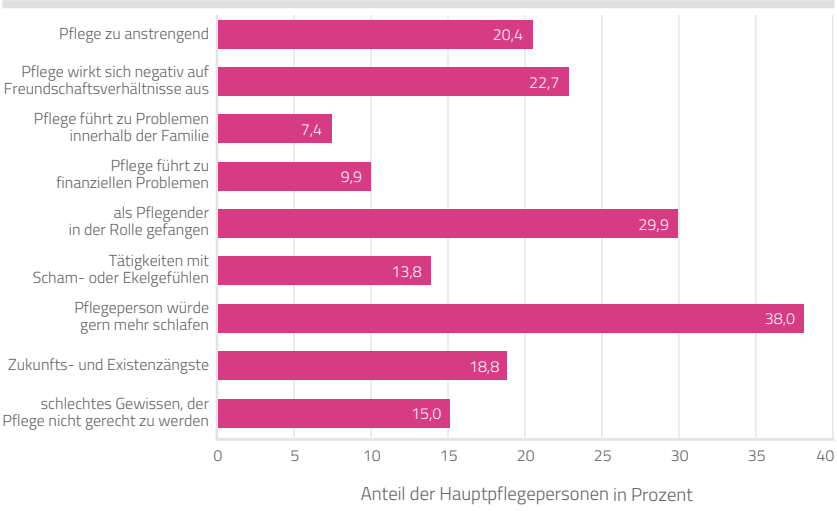
Zu den Belastungen durch die Pflege gehören sowohl körperliche als auch psychische Belastungen. Zu den körperlich belastenden Faktoren gehören unter anderem das Heben, Drehen, Lagern, Stützen und Tragen (DAK 2015b: 26). Weitaus häufiger wird aber die psychische Belastung in den Belastungsstudien zur Pflege in den Vordergrund gerückt. Pflegende Angehörige sind oft müde und überlastet, fühlen sich allein gelassen und unverstanden, müssen mit Trauer, Leid und Zukunftssorgen umgehen, sind hilf- und machtlos und erfahren ihr Leben als fremdbestimmt (Brügger, Jaquier und Sottas 2016). Zu den psychisch belastenden Faktoren in der Pflege zählen das Überschreiten von Schamgrenzen beispielsweise beim Toilettengang oder Waschen (DAK 2015b: 38). Kognitive Einbußen der Pflegebedürftigen und ein damit verbundener Beziehungsverlust („... erkennt mich nicht mehr") werden als besonders belastend erlebt (DAK 2015b: 25; Zank und Schacke 2007: 35 f.). Von den pflegenden Angehörigen werden Wertschätzung und Dankbarkeit bei Intensivierung der Demenz immer mehr vermisst (DAK 2015b: 39).

87,5 % kommen gut zurecht; die Belastung ist dennoch hoch.

Zur Erfassung der Belastungen sind in der BARMER-Versichertenbefragung 2018 eine Reihe entsprechender Items abgefragt worden. Von den Hauptpflegepersonen kommen 87,5 Prozent nach eigenen Angaben meistens oder immer gut mit der Pflege zurecht. In der Summe sind die Pflegenden mit ihrer Pflegeleistung zufrieden, aber trotzdem gibt es eine Reihe von Belastungsfaktoren, die davon teilweise auch unabhängig sind. Von den Befragten haben 15,0 Prozent meistens oder die ganze Zeit ein schlechtes Gewissen, der Pflege nicht gerecht zu werden. Jeder Fünfte (20,4 Prozent) empfindet die Pflege regelmäßig (immer oder meistens) als zu anstrengend. Regelmäßige negative Auswirkungen auf das Verhältnis zu Freunden berichten 22,7 Prozent der Befragten. Probleme mit der Familie treten regelmäßig bei 7,4 Prozent der Befragten auf. Finanzielle Probleme entstehen regelmäßig bei 9,9 Prozent der Hauptpflegepersonen. Fast jeder Dritte (29,9 Prozent) fühlt sich in der Rolle des Pflegenden gefangen, und 13,8 Prozent übernehmen bei der Pflege regelmäßig Dinge, bei denen sie Scham oder Ekel empfingen. Ein

Großteil der Pflegenden würde gern mehr schlafen (38,0 Prozent), und fast jeder Fünfte (18,8 Prozent) von ihnen hat regelmäßig Zukunfts- und Existenzängste (Abbildung 3.18).

Abbildung 3.18: Anteile der Hauptpflegepersonen mit häufigen Belastungen durch die Pflege



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dez. 2017
Anmerkung: Anteile mit den Antworten „meistens" oder „immer" beziehungsweise „mehr als die Hälfte", „meistens" oder „die ganze Zeit"

Bei 23,1 Prozent der Hauptpflegepersonen zeigt sich nur eine dieser Belastungsarten häufig. Mehrere Belastungsarten treten bei 43,6 Prozent auf. Ein Drittel der Befragten empfindet keine der abgefragten Belastungsarten regelmäßig. In der DAK-Studie (DAK 2015b: 35) und der TNS Infratest-Studie 2016 (Schneekloth et al. 2017: 63) finden sich ebenfalls Anteile von über 50 Prozent bis zu drei Vierteln mit hohen Belastungen. Diese Anteilswerte können variieren je nachdem in welcher Situation sich die Pflegeperson befindet, wie es um die pflegebedürftige Person bestellt ist, wie sich das Umfeld darstellt, welcher Pflegeaufwand zu bewältigen ist und welche Unterstützungsleistungen genutzt werden. Im Durchschnitt werden von den Hauptpflegepersonen 1,76 der genannten Belastungsarten häufig wahrgenommen (BARMER-Versichertenbefragung 2018).

Tabelle 3.4: Multivariate Analysen des Zusammenhangs mit Belastungen – Odds-Ratios der logistischen Regressionen

	M01	M02	M03	M04	M05	M06	M07	M08	M09
Hauptpflegeperson weiblich (ref. männlich)			1,36	0,63	1,37	0,81	1,26		1,25
Hauptpflegeperson Alter ÷ 10				0,71		0,81			
Pflegebedürftiger Alter ÷ 10					1,13				
Barthel-Index ÷ 10	0,89	0,96		0,94					
erweiterter Barthel-Index ÷ 10	0,85	0,86	0,90		0,85	0,91	0,93	0,93	0,95
> 500.000 Einwohner (ref. ländlich)					0,66				
100.000 – 500.000 Einwohner (ref. ländlich)		0,67						0,60	0,67
20.000 – 100.000 Einwohner (ref. ländlich)									
5.000 – 20.000 Einwohner (ref. ländlich)									
Pflegebedürftiger ist das Kind (ref. Partner)				0,52					
Pflegebedürftiger ist ein Elternteil (ref. Partner)			2,15	0,50					1,44
sonstiger Pflegebedürftiger (ref. Partner)			1,54	0,36				0,63	
Motiv Liebe*	0,79	0,87			0,75				
Motiv Pflicht*	1,14	1,15	1,16		1,23		1,16		
Motiv Umstand*	1,13			1,29		1,13		1,19	
alleingelassen und hilflos (ref. seltener)	2,10	2,26	1,86	1,75	2,69	1,30	1,73	4,11	4,67
Ansprechpartner für Sorgen vorhanden (ref. nein)		0,64	0,79				0,74	0,70	0,67
keine Zeit für Entspannung (ref. Zeit vorhanden)	1,80	1,73		1,34	1,65		1,80		
keine tägliche Pflege (ref. tägliche Pflege)					0,66				1,42
Pflegedauer in Jahren								1,07	
Anzahl Aufgaben**									0,96
Anzahl Unterstützungsbedarf**	1,14	1,12	1,15	1,15	1,22	1,09	1,14	1,14	1,22
Kurzzeitpflege, genutzt positiv (ref. kein Bedarf / unbekannt)		0,92			0,83				0,89
Kurzzeitpflege, genutzt negativ (ref. kein Bedarf / unbekannt)									
Kurzzeitpflege, Hinderungsgründe (ref. kein Bedarf/unbekannt)				1,78	1,47			1,48	1,43
Pflegedienst, genutzt positiv (ref. kein Bedarf / unbekannt)				0,66	1,44			0,91	

	M01	M02	M03	M04	M05	M06	M07	M08	M09
Pflegedienst, genutzt negativ (ref. kein Bedarf / unbekannt)									
Pflegedienst, Hinderungsgründe (ref. kein Bedarf / unbekannt)				1,67	0,79				0,75

Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017; **Modell M01**: Pflege zu anstrengend, **Modell M02**: negativ auf Freundschaft, **Modell M03**: Probleme in der Familie, **Modell M04**: finanzielle Probleme, **Modell M05**: in der Rolle gefangen, **Modell M06**: Ekel und Scham, **Modell M07**: gern mehr schlafen, **Modell M08**: Zukunftsängste, **Modell M09**: schlechtes Gewissen
Anmerkung: Alle Variablen sind in allen Modellen berücksichtigt, es sind nur die signifikanten Werte dargestellt mit $p < 0,05$.
* kodiert mit Werten von 0 bis 4; ** von 0 bis 11

Erklärungsmodelle der Belastungen

In den bisher vorliegenden Studien werden in der Regel die Zusammenhänge bivariat aufgezeigt. Beispielsweise werden die Belastungen einzeln nach demografischen Merkmalen dargestellt (DAK 2015a, 2015b; Schneekloth et al. 2017). Analytische Auswertungen hinsichtlich der Belastungen von pflegenden Angehörigen finden sich hingegen bei Schwinger, Tsiasioti und Klauber (2016). In der WIdO-GfK-Studie sind die Befragten zwar etwas jünger (Schwinger, Tsiasioti und Klauber 2016: 192), für den Vergleich der Zusammenhänge muss dies aber nicht ausschlaggebend sein. Um zu analysieren, ob Belastungen beispielsweise durch die Pflegedauer oder durch die zugrunde liegende Erkrankung der pflegebedürftigen Person begründet sind, ist eine gemeinsame Betrachtung der Faktoren notwendig.

Entsprechend dem einleitend beschriebenen Analyseschema werden daher die verschiedenen untersuchten Belastungsarten in multivariaten logistischen Regressionen danach analysiert, welche Faktoren einen entscheidenden Effekt auf eine höhere Belastung haben. In den Analysemodellen (Tabelle 3.4) werden die Odds-Ratios für die Wahrscheinlichkeit der Belastungen angezeigt. Ein Wert unter 1 bedeutet ein geringeres Chancenverhältnis, und ein Wert von über 1 zeigt eine höhere Wahrscheinlichkeit der Belastung an. Alle genannten erklärenden Variablen sind in allen Modellen integriert; der Übersichtlichkeit halber sind nur die statistisch signifikanten Werte ausgewiesen.

Entsprechend dem Analyseschema wird nach den Faktoren unterschieden, die in der Hauptpflegeperson, in der pflegebedürftigen Person, in der Beziehung der beiden

zueinander und in den Umständen liegen. Die Motive, der Pflegeaufwand, die privaten Unterstützungspotenziale und die Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung sind dazugehörige Erklärungsfaktoren.

Die Hauptpflegeperson

Belastungsempfinden relativ unabhängig von Alter und Geschlecht der pflegenden Person, wenn die Umstände kontrolliert sind.

Bezüglich der demografischen Merkmale der Hauptpflegepersonen wurden Alter und Geschlecht untersucht. Für Frauen zeigen sich unabhängig von den weiteren kontrollierten Variablen in den Bereichen finanzieller Belastung und der Belastungen durch Ekel und Scham geringere Risiken. Höher belastet zeigen sich Frauen bezüglich der Probleme mit der Familie, mit dem Schlafmangel und damit, in der Rolle gefangen zu sein. Mit steigendem Alter finden sich geringere Belastungen im Bereich der finanziellen Sorgen und des Umgangs mit schambehafteten Tätigkeiten (Tabelle 3.4).

Alter und Geschlecht wirken auch nach vorliegenden Studien in unterschiedlicher Weise auf das Belastungsempfinden (Kurz und Wilz 2011; TK 2016: 15). Frauen leiden demnach mehr als Männer an persönlichen Einschränkungen und fehlender sozialer Anerkennung der Pflege- und Betreuungstätigkeiten. Männer erhalten für die Unterstützungsleistungen wesentlich mehr Anerkennung (Zank und Schacke 2007: 38). In der WIdO-GfK-Studie 2015 werden keine Effekte des Alters der Hauptpflegeperson auf das Belastungsempfinden gefunden (Schwinger, Tsiasioti und Klauber 2016: 197).

Formaler Bildungsabschluss, Haushaltseinkommen und eine Erwerbstätigkeit im Pflegebereich haben für die Pflegepersonen bezüglich der Anzahl der wahrgenommenen Belastungsarten in bivariaten Betrachtungen keine signifikanten Auswirkungen. Diese Merkmale sind auch in den einzelnen Modellen zur Belastung ohne Effekt geblieben und deshalb hier nicht mehr berücksichtigt (BARMER-Versichertenbefragung 2018).

Die pflegebedürftige Person

Größere Fähigkeiten der Pflegebedürftigen führen zu weniger Belastungen für die Hauptpflegeperson.

Der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit hat auf die meisten Belastungsfaktoren eine Auswirkung. Erfasst ist der Schweregrad in der Analyse durch den Barthel-Index (funktionale Fähigkeit) und den erweiterten Barthel-Index (kognitive Fähigkeit), um auf die körperlichen und psychischen Belastungen zu zielen. Diese Unterscheidung ist

mit der Verwendung des Pflegegrades nicht gegeben. Mit einem höheren Indexwert (Barthel und erweiterter Barthel) wird eine bessere Fähigkeit der Pflegebedürftigen abgebildet. Ein Odds-Ratio von unter 1 zeigt damit an, dass mit besseren Fähigkeiten eine geringere Wahrscheinlichkeit einer Belastung verbunden ist. Im Ergebnis sind alle untersuchten Belastungsarten entweder durch die körperlichen, kognitiven oder durch beide Einschränkungen der pflegebedürftigen Person beeinflusst. Die Tatsache, dass die Pflege als zu anstrengend empfunden wird, sie sich negativ auf die Beziehung zu Freunden und Bekannten auswirkt und auch finanzielle Probleme verursacht, ist sehr von der verbliebenen körperlichen Fähigkeit der pflegebedürftigen Person abhängig. Fast alle Belastungsarten, mit Ausnahme der finanziellen Probleme, werden insbesondere durch die kognitiven Einschränkungen der pflegebedürftigen Person beeinflusst. Somit erscheinen sowohl die körperlichen als auch die geistigen Einschränkungen der Pflegebedürftigen als Ursachen von höheren Belastungen für die Pflegepersonen (Tabelle 3.4).

Bisherige Studien zeigen ebenfalls mit einem höheren Grad der Pflegebedürftigkeit eine höhere Belastung. Je ausgeprägter die Pflegebedürftigkeit ist, desto mehr fühlen sich die pflegenden Angehörigen physisch überfordert (DAK 2015b: 34), desto höher ist der Anteil, der die Pflege nur noch mit Schwierigkeiten bewältigen kann (Schneekloth et al. 2017: 63) und desto höher ist die subjektiv festgestellte Belastung (Schwinger, Tsiasioti und Klauber 2016: 197).

Weitere Effekte können aber auch in den soziodemografischen Merkmalen der pflegebedürftigen Person liegen. Anhand der BARMER-Versichertenbefragung 2018 zeigen sich folgende Zusammenhänge: Je älter die pflegebedürftige Person ist, desto eher fühlt sich die Hauptpflegeperson in der Pflege gefangen (Tabelle 3.4). In Großstädten sind die empfundenen Belastungen häufig geringer. Dies zeigt sich bei den Auswirkungen auf die Beziehung zu Freunden, beim Gefühl, in der Rolle gefangen zu sein, bei den Zukunftsängsten und beim schlechten Gewissen, der Pflege nicht gerecht zu werden (Tabelle 3.4). Die Haushaltsgröße und das Haushaltseinkommen der pflegebedürftigen Person haben nur geringe Effekte und sind deshalb nicht in die Modelle integriert.

Bezug zur pflegebedürftigen Person und private Unterstützung

Wer wen pflegt, ist wenig bedeutend für die Belastung.

In der BARMER-Versichertenbefragung 2018 wird in Teilen eine erhöhte, aber in Teilen auch eine geringere Belastung bei der Pflege der Eltern deutlich. So zeigen sich durch die Pflege der Eltern mehr Probleme mit der Familie, aber weniger finanzielle Probleme im Vergleich zur häufigsten Art der Pflege, der Partnerpflege. Die Pflege der Eltern verursacht zudem häufiger ein schlechtes Gewissen, der Pflege nicht gerecht zu werden. Sonstige Hauptpflegepersonen – also nicht Kinder, Partner oder Eltern – haben tendenziell geringere Belastungen mit Ausnahme der Probleme in der eigenen Familie (Tabelle 3.4). Der Effekt davon, wer wen pflegt, auf die Belastung ist in der Summe uneinheitlich und selten statistisch signifikant. Entsprechend zeigen sich auch in anderen Studien unterschiedliche Resultate bezüglich der Wirkung der Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen. Auf der einen Seite wird bei Ehepartnern die stärkste Belastung bei der Pflege und Betreuung demenziell Erkrankter festgestellt (Zank und Schacke 2007: 40) und auf der anderen Seite wird ein höheres Stresspotenzial bei der Pflege der Eltern im Vergleich zur Pflege des Partners oder der Kinder erkannt (DAK 2015b: 29). In der Summe ist die Frage, wer wen pflegt, weniger bedeutend für die Belastungen.

Motivation und Unterstützung

Allein gelassen zu sein und Hilflosigkeit sind Hauptfaktoren für die Belastung.

In der BARMER-Versichertenbefragung 2018 wird deutlich, dass weniger die Zahl der Menschen im Umfeld von Bedeutung ist, sondern mehr die Unterstützungsbereitschaft und Zuverlässigkeit: Die Anzahl der weiteren pflegenden Angehörigen hat fast keinen Einfluss auf die empfundenen Belastungen. Fühlen sich die Pflegepersonen die ganze Zeit oder meistens allein gelassen, dann zeigen sich in bivariaten Betrachtungen fast durchgängig (97 Prozent und 86 Prozent) mehrere Belastungsarten. Fühlen sie sich zu keinem Zeitpunkt allein gelassen, sind es nur 18 Prozent. Dies spiegelt sich auch in den Regressionsmodellen wider (Tabelle 3.4). Über alle Belastungsarten hinweg zeigt sich ein erhöhtes Risiko, wenn sich die Hauptpflegeperson allein gelassen und hilflos fühlt. Mit dem gleichzeitigen Zerfall der Freundschaftsbeziehungen, den Zukunftsängsten, dem schlechten Gewissen, dem Gefangensein in der Rolle und den finanziellen Problemen entsteht ein Teufelskreis.

Einiges hängt auch von der eigenen Motivation ab. Wenn aufgrund von Pflichtgefühl oder aus den Umständen heraus die Pflege übernommen wurde, erhöhen sich die Belastungen. Ist die Pflege mehr aus dem Motiv „Liebe" übernommen worden, findet sich ein geringeres Risiko, die Pflege als zu anstrengend zu empfinden, Einflüsse auf Freundschaften zu verspüren oder sich in der Rolle gefangen zu fühlen. Pflege wird demnach eher als etwas Selbstverständliches erlebt.

Übernahme aus Pflichtgefühl steigert die Belastungswahrscheinlichkeit.

Wichtig ist, dass sich die pflegenden Angehörigen auch Zeit für sich nehmen. Ansonsten kann das auf Dauer zu erhöhten Belastungen führen. Kann keine Zeit für Entspannung oder Sport gefunden werden, zeigen sich in fünf der neun untersuchten Belastungsarten deutliche negative Effekte. Positiv wirkt hingegen, wenn jemand da ist, mit dem über die Sorgen gesprochen werden kann (Tabelle 3.4).

Demenzielle Erkrankungen der Pflegebedürftigen und konflikthafte Beziehungen bereits vor der Pflegeübernahme, eine Pflegeübernahme aus Verpflichtung oder aus finanziellen Gründen und die Isolation des Pflegenden sind derartige Belastungsfaktoren, dass sie Risikofaktoren für Gewalt gegen die pflegebedürftige Person darstellen (Eggert, Schnapp und Sulmann 2018; Görgen et al. 2012: 28; Schacke 2018: 39). Diese Situation führt wiederum zu erhöhten psychischen Belastungen bei den Pflegenden. Das Belastungserleben pflegender Angehöriger hängt dann von den Bewältigungsstrategien und von den zur Verfügung stehenden Ressourcen ab. Eine zentrale Rolle spielt dabei die informelle Unterstützung aus dem sozialen Umfeld (Brügger, Jaquier und Sottas 2016).

Pflegeaufwand

Anzahl der Aufgaben unbedeutend, Hilfebedarf entscheidend

Diejenigen, die sich nicht täglich um die Pflege kümmern müssen – die also einen gewissen Abstand haben –, fühlen sich unter sonst gleichen Bedingungen weniger in der Rolle gefangen. Andererseits ist bei ihnen aber die Sorge größer, der Pflege nicht gerecht zu werden. Die Anzahl der schon mit Pflege verbrachten Jahre hat insoweit einen Effekt, dass mit der Pflegedauer tendenziell die Zukunftsängste steigen (Tabelle 3.4). Insgesamt zeigt sich somit vom Pflegeaufwand als solchem nur ein geringer Effekt auf die empfundenen Belastungen. Vielmehr sind diese dadurch determiniert, wie sehr die Pflegepersonen den Anforderungen gewachsen sind und ob sie in ausreichendem Maße

Unterstützung erhalten. Dies zeigt sich auch bei der Frage nach der Anzahl der Aufgaben, die bei der Pflege übernommen werden. Es ist fast gar kein Effekt sichtbar. Einzig das schlechte Gewissen sinkt mit der Zahl der übernommenen Aufgaben. Hierin kann mit einer steigenden Aufopferungsbereitschaft eine geringere Wahrscheinlichkeit für ein schlechtes Gewissen erkannt werden. Belastungssteigernd ist es hingegen in allen Belastungsarten, wenn ein zusätzlicher Unterstützungsbedarf gesehen wird (Tabelle 3.4: alle Odds-Ratios sind größer als 1).

Unterstützungsangebote

Mit den angebotenen Unterstützungsleistungen verhält es sich in Teilen ähnlich wie mit der Unterstützung im privaten Bereich. Wenn sie gut sind und man sich darauf verlassen kann, dann können sie hilfreich sein. Wenn man sie nutzt und damit aus welchen Gründen auch immer unzufrieden ist, fühlen sich die Betroffenen dadurch nicht entlastet.

Fehlender Zugang zu Unterstützungsangeboten kann belastend sein.

Diejenigen, die die Leistungen genutzt haben und damit zufrieden waren, haben teilweise ein signifikant geringeres Belastungsempfinden als diejenigen, die die Leistungen nicht in Anspruch genommen haben und auch keinen Bedarf hatten. Dies zeigt sich beispielsweise bei der Kurzzeitpflege hinsichtlich des schlechten Gewissens und bei der Nutzung und positiven Bewertung des Pflegedienstes hinsichtlich der finanziellen Probleme und der Zukunftsängste. Belastender ist es, wenn man einen Bedarf an Kurzzeitpflege hat, diesen aber nicht erfüllen kann (Tabelle 3.4). Hingegen ist es weniger belastend hinsichtlich des Gefangenseins in der Rolle und des schlechten Gewissens, wenn der Bedarf eines Pflegedienstes gesehen wird, dieser aber aus Gründen, die außerhalb liegen, nicht erfüllt werden kann (Tabelle 3.4).

Allein die Nutzung der Unterstützungsangebote hat auch in der WIdO-GfK-Studie 2015 kaum Effekte. Von sechs untersuchten Leistungen sind vier im Effekt nicht signifikant, und die Betreuung (belastungsmindernd) und Kurzzeitpflege (belastend) wirken in unterschiedliche Richtungen (Schwinger, Tsiasioti und Klauber 2016: 197).

Hier könnte in der Summe die Interpretation gewagt werden, dass die Unterstützungsleistungen helfen können, aber nur, wenn sie zufriedenstellend sind und der Zugang

dazu gegeben ist. Ansonsten sind sie eher belastend, da mit der Organisation der Unterstützungsleistungen auch ein zusätzlicher Aufwand verbunden ist.

3.3.7 Gesundheit / Veränderung der Gesundheit

Wie einleitend im Kapitel 3 schon beschrieben, sind die Befunde bezüglich der Erkrankungen von pflegenden Angehörigen in der Regel sehr allgemein gefasst und im Querschnitt (DAK 2015b). Detailliertere Betrachtungen und umfassendere Verlaufsdarstellungen werden in der Regel nicht durchgeführt oder wie beispielsweise in der LEANDER-Studie mit einer überschaubaren Fallzahl (N = 888 Befragte in der ersten Befragung, N = 226 in der fünften Befragung 36 Monate später) (Zank und Schacke 2007: 21). Psychische Erkrankungen und depressive Episoden sowie körperliche Beschwerden im Allgemeinen sind häufig genannt. In diesem Kapitel soll nun die Gesundheit der pflegenden Angehörigen detaillierter beleuchtet werden. Dabei werden speziellere Krankheitsbilder untersucht, die sich in vorab durchgeführten Experteninterviews als mögliche Folgen von Pflege herausstellen können. Dazu gehören Magen-, Darm- und Verdauungsprobleme, Schlafstörungen, Belastungsstörungen, Rücken- und Gelenkerkrankungen sowie Gelenkschmerzen und Schmerzen im Allgemeinen.

Die Erfassung der Häufigkeit von Erkrankungen der pflegenden Angehörigen verglichen mit einer Kontrollgruppe kann Aussagen über das Kranksein (Prävalenz) von pflegenden Angehörigen ermöglichen. Analytische Aussagen darüber, ob Pflege auch krank macht, sind damit noch nicht möglich. Dafür bedarf es Aussagen oder Messmethoden, die Ursache und Wirkungen zeitlich ordnen können. In einer Befragung können dies die Fragen zur Wirkung von Umständen sein und in der Auswertung von Routinedaten die zeitliche Abfolge von Erkrankungshäufigkeiten. Damit kann das Krankwerden (Inzidenz) ermittelt und diskutiert werden.

Mittels der BARMER-Daten werden die Gesundheitszustände von Hauptpflegepersonen im Dezember 2017 und Dezember 2012 beschrieben. Damit lässt sich einerseits das Kranksein im Jahr 2017 analysieren und für die im Jahr 2012 nicht erkrankten Personen das Krankwerden im Jahr 2017.

Zur Beschreibung des Gesundheitszustands werden die durch niedergelassene Ärzte und im Krankenhaus innerhalb eines Jahres dokumentierten Diagnosen verwendet. In einem Vergleich mit einer nach Alter und Geschlecht strukturgleichen Versichertenpopulation, die nicht selbst pflegebedürftig ist, werden das Kranksein und das Krankwerden beschrieben. Die Strukturgleichheit wird mit Gewichtungsfaktoren nach Alter und Geschlecht auf die Verteilung der Hauptpflegepersonen erreicht. Analysiert werden die Effekte der Attribute der pflegenden Person ebenso wie die Effekte der Attribute der zu pflegenden Person.

Ergänzend erfolgte auf Grundlage der BARMER-Versichertenbefragung 2018 eine subjektive Beurteilung des Gesundheitszustands, die sich nicht an ICD-Kodierungen orientiert. Eine Auswirkung der Pflege auf allgemeine Gesundheitszustände ist dabei retrospektiv abgefragt. Mit der BARMER-Versichertenbefragung 2018 lassen sich die Effekte unterschiedlicher Umstände bei der Pflege beantworten, die in den Routinedaten nicht erhoben sind.

Krankheitsindikatoren

Die Erkrankungen, die auf Grundlage der BARMER-Daten hier berücksichtigt werden, sind:

ICD	Benennung
F	Psychische und Verhaltensstörungen
F43	Belastungsstörungen
F32, F33, F34.1	Depressionen
F51	Schlafstörungen
K	Krankheiten des Verdauungssystems
M	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
M40-M54	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
M00-M25	Arthropathien (Gelenkerkrankungen)
M25.5	Gelenkschmerz
F45.4, F62.80, G54.6, M25.5, M54, M75.8, M79.6, R52	Schmerzen allgemein

Diese Erkrankungen sind als solche erfasst, wenn die Diagnosestellung mindestens einmal im jeweiligen Jahr erfolgte.

Schlechtere Gesundheitszustände beziehungsweise negative Veränderungen sind mit der BARMER-Versichertenbefragung 2018 mit folgenden Fragen und Antworten erfasst:

Frage	Antworten
Unterlassen Sie einen Arztbesuch, weil Sie keine Zeit dafür finden?	immer, meistens
Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand allgemein einschätzen?	weniger gut, schlecht
Beeinträchtigt die Pflege Ihr seelisches Wohlbefinden?	immer, meistens
Bemerken Sie an sich pflegebedingte Ausfallerscheinungen?	immer, meistens
In den letzten zwei Wochen hatte ich Schlafstörungen.	die ganze Zeit, meistens, mehr als die Hälfte der Zeit
In den letzten zwei Wochen hatte ich Magen-, Darm-, Verdauungsprobleme.	die ganze Zeit, meistens, mehr als die Hälfte der Zeit
Beeinträchtigt die Pflege Ihre körperliche Gesundheit?	immer, meistens
In den letzten zwei Wochen hatte ich Rückenbeschwerden.	die ganze Zeit, meistens, mehr als die Hälfte der Zeit
In den letzten zwei Wochen hatte ich Gelenkschmerzen.	die ganze Zeit, meistens, mehr als die Hälfte der Zeit
Wie würden Sie Ihre Lebensqualität in den letzten zwei Wochen beurteilen?	schlecht, sehr schlecht
Wie veränderte sich Ihre Lebensqualität in den letzten zwölf Monaten?	verschlechterte sich deutlich, verschlechterte sich etwas
Wie hoch schätzen Sie den Einfluss der Pflege darauf ein?	eher hoch, sehr hoch

Mit den Antworten auf fünf weitere Fragen konnte der WHO-5-Wohlbefindens-Index gebildet werden. Damit lässt sich das psychische Wohlbefinden erfassen (Kemper, Brähler und Zenger 2014: 344 ff.). Bei einem Wertebereich von null bis 25 wird mit einem Wert von unter 13 ein geringes beziehungsweise schlechtes Wohlbefinden angezeigt, und solch ein Wert gilt auch als Indikation zur spezifischen Diagnostik einer schweren Depression (Kemper, Brähler und Zenger 2014: 344). Ein Wert von unter 13 korreliert hochgradig mit einer vorliegenden Depression (Topp et al. 2015: 172).

Häufigkeiten der Erkrankungen

Die Diagnosehauptgruppen „Psychische und Verhaltensstörungen", „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes" sowie „Krankheiten des Verdauungssystems" umschreiben zunächst sehr grob das Krankheitsbild. Die weiteren Diagnosedefinitionen sind bis auf „Schmerzen" spezielle Teilgruppen dieser Diagnosehauptgruppen.

49 % der Pflegenden mit psychischen Leiden; 43 % in der Vergleichsgruppe

Anstieg der Erkrankungshäufigkeit psychischer Leiden bei 9,1 Prozentpunkten; 5,7 Prozentpunkte in der Vergleichsgruppe

Nach den Auswertungen der BARMER-Daten sind 48,7 Prozent der Hauptpflegepersonen im Dezember des Jahres 2017 von psychischen Leiden betroffen. Fünf Jahre zuvor waren nur 39,6 Prozent derselben Population betroffen. Eine nach Alter und Geschlecht strukturgleiche Vergleichspopulation von nicht pflegebedürftigen und nicht pflegenden Versicherten war im Dezember 2017 zu 42,5 Prozent und fünf Jahre zuvor zu 36,7 Prozent betroffen (Abbildung 3.19). Somit zeigt sich nicht nur ein im Jahr 2017 schlechterer Gesundheitszustand bei den Hauptpflegepersonen, sondern auch eine ausgeprägtere Verschlechterung der Gesundheit im Zeitverlauf. Denn während der Anstieg in der Vergleichsgruppe nur 5,7 Prozentpunkte beträgt, liegt dieser bei den Hauptpflegepersonen bei 9,1 Prozentpunkten. Die Hauptpflegepersonen sind also nicht nur kränker, sie sind auch kränker geworden. Mit dem höheren Anstieg der Erkrankungsrate kann daher einem Argument der Selbstselektion entgegengetreten werden.

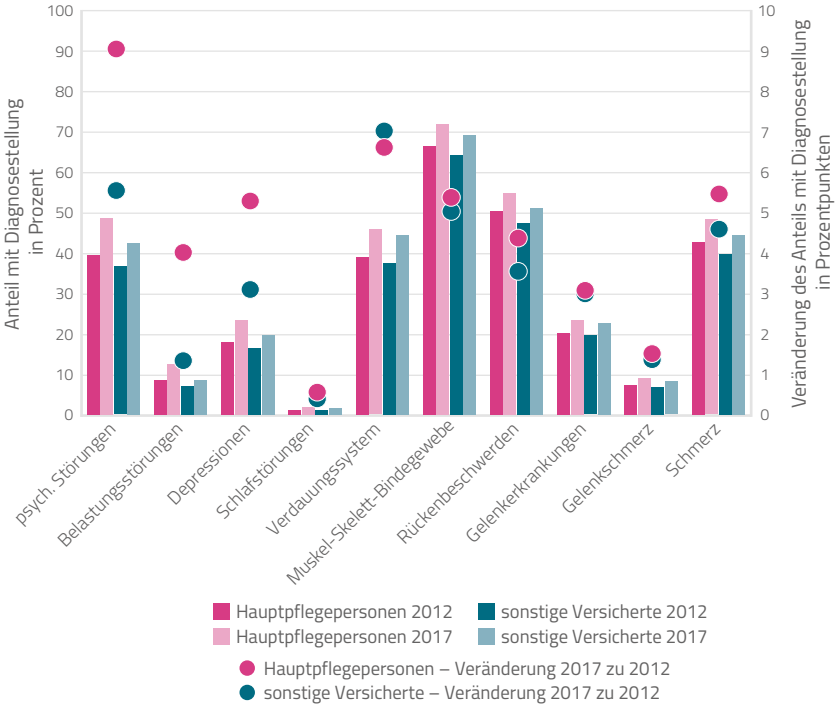
Verdauungsstörungen treten bei pflegenden Angehörigen zwar auch häufiger auf als in der Vergleichsgruppe, die Unterschiede sind allerdings deutlich geringer als bei den psychischen Leiden. So haben 45,9 Prozent der Hauptpflegepersonen und 44,6 Prozent der Vergleichsgruppe Erkrankungen des Verdauungssystems. Die Steigerung im Vergleich zu fünf Jahren zuvor liegt in beiden Gruppen um sieben Prozentpunkte. Ein deutlicher Unterschied ist daher bei diesem Erkrankungsbild nicht zu erkennen (Abbildung 3.19).

Muskel- und Skeletterkrankungen werden insgesamt häufiger diagnostiziert. Sowohl bei den Hauptpflegepersonen als auch in der Vergleichsgruppe lassen sich Zunahmen der Diagnosehäufigkeiten zwischen den Jahren 2012 und 2017 feststellen. Für die Hauptpflegepersonen steigen sie von 66,8 Prozent auf 72,1 Prozent und für die Vergleichsgruppe von 64,4 Prozent auf 69,4 Prozent. Der Anstieg gemessen in Prozentpunkten ist dabei fast gleich. Hier kann also das Argument einer Selbstselektion nicht entkräftet werden. Der höhere Basiswert kann ein Indiz dafür sein, dass Personen mit einer eingeschränkteren Gesundheit eher die Pflege übernehmen als Gesunde.

Eine Differenzierung der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems zeigt im Bereich der Rückenbeschwerden für Hauptpflegepersonen etwas größere Anstiege der Erkrankungshäufigkeit (+ 4,3 Prozent zu + 3,7 Prozent) im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Insgesamt sind 54,9 Prozent der Hauptpflegepersonen und 51,3 Prozent in der Vergleichsgruppe mit Rückenerkrankungen belastet (Abbildung 3.19).

Abbildung 3.19: Häufigkeit ausgewählter Diagnosestellungen und deren Veränderung zwischen 2012 und 2017 für Hauptpflegepersonen und sonstige Versicherte



Quelle: BARMER-Daten 2012 und 2017, Hochrechnung der Hauptpflegepersonen auf Dezember 2017, Gewichtung der Vergleichsgruppe auf die Alters- und Geschlechterverteilung der Hauptpflegepersonen, Tabelle 3.5 zur Abbildung

Die Häufigkeit von Gelenkerkrankungen und Gelenkschmerzen unterscheidet sich nicht so sehr zwischen Hauptpflegepersonen und sonstigen Versicherten (Abbildung 3.19). Etwas größer erscheinen die Unterschiede im Niveau und in der Veränderung im Bereich der Schmerzen insgesamt. So stieg der Anteil bei den Hauptpflegepersonen mit entsprechenden Diagnosen von 42,9 Prozent um 5,5 Prozentpunkte auf 48,4 Prozent und in der Vergleichsgruppe von 39,9 Prozent um 4,7 Prozentpunkte auf 44,6 Prozent.

Tabelle 3.5: Häufigkeit ausgewählter Diagnosestellungen und deren Veränderung zwischen 2012 und 2017 für Hauptpflegepersonen und sonstige Versicherte

	Hauptpflegepersonen			sonstige Versicherte			Differenz Hauptpflegeperson zu sonstigen Versicherten	
	2012	2017	Veränderung	2012	2017	Veränderung	Häufigkeit 2017	Veränderung
	in Prozent		%-Pkte.	in Prozent		%-Pkte.	%-Pkte.	
psychische Störungen	39,6	48,7	9,1	36,7	42,5	5,7	6,2	3,4
Belastungsstörungen	8,5	12,5	4,1	7,1	8,5	1,4	4,0	2,7
Depressionen	18,1	23,4	5,4	16,5	19,7	3,2	3,7	2,2
Schlafstörungen	1,2	1,8	0,6	1,1	1,5	0,4	0,3	0,2
Verdauung	39,2	45,9	6,7	37,6	44,6	7,0	1,3	-0,3
Muskel-Skelett-Bindegewebe	66,8	72,1	5,3	64,4	69,4	5,0	2,7	0,3
Rückenbeschwerden	50,6	54,9	4,3	47,6	51,3	3,7	3,7	0,7
Gelenkerkrankungen	20,3	23,5	3,2	19,6	22,7	3,1	0,8	0,1
Gelenkschmerz	7,3	9,0	1,7	6,7	8,2	1,5	0,8	0,2
Schmerz	42,9	48,4	5,5	39,9	44,6	4,7	3,8	0,7

Quelle: BARMER-Daten, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017;
Daten zu Abbildung 3.19

Mit den Ergebnissen der BARMER-Versichertenbefragung 2018 lässt sich die Wirkung der Pflege auf den Gesundheitszustand nur durch retrospektive Fragen beurteilen. Zudem wurden aber auch Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand gestellt.

erhöhtes Depressionsrisiko bei Hauptpflegepersonen

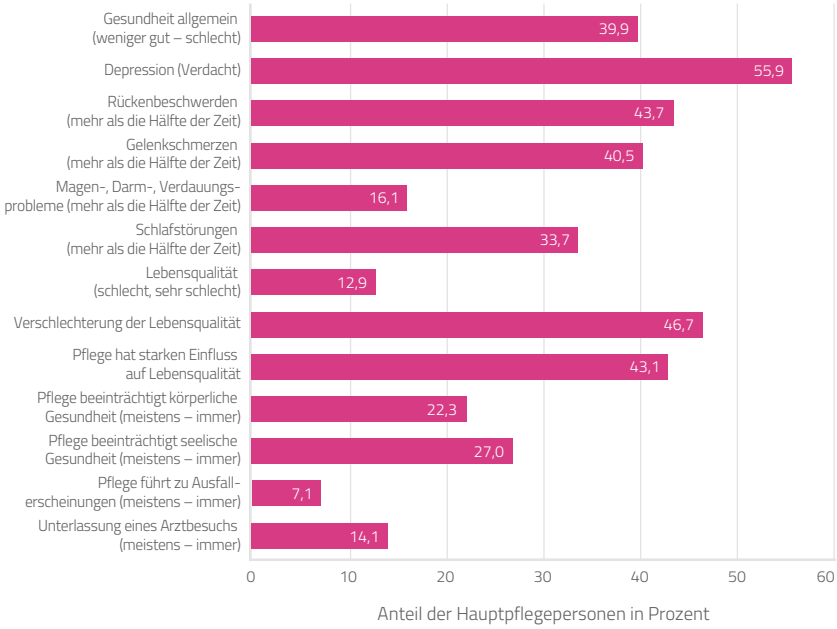
Die eigene Gesundheit im Allgemeinen schätzen nur 60,1 Prozent der Hauptpflegepersonen als gut bis ausgezeichnet ein. Von 39,9 Prozent wird die Gesundheit als weniger gut oder sogar als schlecht bewertet. In der BARMER-Versichertenbefragung 2018 geben 27,0 Prozent der Hauptpflegepersonen an, die Pflege würde meistens oder immer die seelische Gesundheit beeinträchtigen. Der Durchschnittswert des WHO-5-Wohlbefindens-Index in der BARMER-Versichertenbefragung 2018 liegt bei 11,6. Insgesamt haben 55,9 Prozent der Befragten einen Wert von unter 13, der als Depressionsverdacht zu deuten ist (Abbildung 3.20). Im Vergleich dazu findet sich in einer dänischen

Bevölkerungsstudie unter der Normalbevölkerung ein durchschnittlicher Wert des WHO-5-Wohlbefindens-Index von 18,8. Personen mit einer schweren Depression haben einen Wert von 9,4 (WHO Regional Office for Europe 1998: 11). In Deutschland wurde für die Altersgruppe 60 bis 64 Jahre ein Durchschnittswert von 17,1 und für die Altersgruppe ab 80 Jahren ein Durchschnittswert von 15,2 ermittelt (Gunzelmann et al. 2006: 13). Im Vergleich zu diesen Werten finden sich in der BARMER-Versichertenbefragung 2018 also deutlich geringere Werte, die ebenso wie die Auswertungen der BARMER-Daten für ein erhöhtes Depressionsrisiko unter den Hauptpflegepersonen sprechen.

Auch wenn die Auswertung der Routinedaten den Zusammenhang zwischen Pflege und körperlicher Gesundheit nicht so stark erscheinen lassen, geben 22,3 Prozent der Befragten in der BARMER-Versichertenbefragung 2018 an, die Pflege würde die körperliche Gesundheit meistens oder immer beeinträchtigen. Von den Befragten berichten 43,7 Prozent von Rückenbeschwerden, 40,5 Prozent von Gelenkschmerzen, 16,1 Prozent von Magen-, Darm- oder Verdauungsproblemen sowie 33,7 Prozent von Schlafstörungen (jeweils mehr als die Hälfte der Zeit). Diese Anteile unterscheiden sich teilweise erheblich von den Anteilen mit einer entsprechenden Diagnosestellung innerhalb des Jahres (Tabelle 3.5 und Abbildung 3.19). Dies liegt zum einen an dem unterschiedlichen zeitlichen Bezug (zwei Wochen gegenüber einem Jahr) und der unterschiedlichen Wahrscheinlichkeit, wegen der Beschwerden einen Arzt aufzusuchen. Schlafstörungen und Gelenkschmerzen werden häufiger empfunden, als dazu eine Diagnosestellung vorliegt.

Insgesamt wird die Lebensqualität von 12,9 Prozent der Hauptpflegepersonen als schlecht bis sehr schlecht bewertet. Fast die Hälfte der Befragten (46,7 Prozent) hat im Laufe der letzten zwölf Monate eine Verschlechterung der Lebensqualität erfahren. Die Pflege habe einen eher hohen oder sogar sehr hohen Effekt auf die Lebensqualität, geben 43,1 Prozent der Befragten an. Von 7,1 Prozent der Befragten werden sogar pflegebedingte Ausfallerscheinungen wie Aggressionen, Depression, Rückenbeschwerden, Gliederschmerzen, Schlafstörungen, Müdigkeit oder Einsamkeit explizit genannt. Einen Arztbesuch unterlassen 14,1 Prozent meistens oder immer, weil sie keine Zeit dafür finden (Abbildung 3.20).

Abbildung 3.20: Gesundheitszustand der Hauptpflegepersonen und weitere Gesundheitsindikatoren



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017

Erklärungsmodelle der Gesundheit und ihrer Veränderung

Ebenso wie für die Erklärung der Belastungen werden nachfolgend für die Erklärung der Gesundheitszustände und deren Veränderung multivariate Analysemodelle eingesetzt. Hiermit soll der Frage nachgegangen werden, welche Belastungsarten die entscheidenden Faktoren für eine mögliche Verschlechterung der Gesundheit sind und welche Merkmale der Pflegeperson oder der pflegebedürftigen Person zudem entscheidend sein können. Weitere untersuchte Faktoren sind wiederum die Beziehung der beiden zueinander, die Motive, der Pflegeaufwand, die privaten Unterstützungspotenziale und Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung.

Zur Modellierung werden logistische Regressionen verwendet, mit denen die Chancenverhältnisse bestimmt und deren statistische Signifikanz ausgewiesen werden können. Ermittelt werden auf Grundlage der BARMER-Daten in den Modellen in Tabelle 3.6 und Tabelle 3.7 zunächst die Erkrankungswahrscheinlichkeiten der Hauptpflegepersonen im Vergleich zu nicht pflegenden und nicht pflegebedürftigen Versicherten unter Kontrolle von Alter und Geschlecht. Dabei finden sich in Tabelle 3.6 die Ergebnisse zur Prävalenz und in Tabelle 3.7 zur Inzidenz aller zehn in Abbildung 3.19 untersuchten Diagnosestellungen. In weiteren Modellen in Tabelle 3.8 und Tabelle 3.9 werden die Hauptpflegepersonen dann für sich betrachtet und dabei die Effekte der Pflegeumstände erfasst. Tabelle 3.10 und Tabelle 3.11 geben die Ergebnisse aus der BARMER-Versichertenbefragung 2018 wieder. Untersucht werden alle abgefragten Gesundheitsindikatoren. Mitberücksichtigt werden dabei die zuvor erfassten Belastungsarten.

Die Hauptfrage: Macht Pflege krank?

Hauptpflegepersonen sind kränker und werden kränker als die Vergleichsgruppe.

Mit den BARMER-Daten ist ein direkter Vergleich mit sonstigen nicht pflegenden und nicht pflegebedürftigen Versicherten vorgenommen worden, und die Ergebnisse sind eindeutig: Bei allen zehn untersuchten Krankheitsbildern zeigt sich eine höhere Wahrscheinlichkeit für Hauptpflegepersonen krank zu sein (Tabelle 3.6: Prävalenz) und auch eine höhere Wahrscheinlichkeit krank zu werden (Tabelle 3.7: Inzidenz). Dieser Effekt ist unabhängig von Alter und Geschlecht. In den multivariaten logistischen Regressionsmodellen sind Alter und Geschlecht kontrolliert und zugleich die Verteilung der Vergleichsgruppe nach Alter und Geschlecht auf die Hauptpflegepersonen standardisiert. Eine Verzerrung durch eine selektive Auswahl ist damit sehr unwahrscheinlich.

Der größte Effekt der Pflege darauf, erkrankt zu sein, findet sich bei den Belastungsstörungen. Bei diesen Störungen wird ein mehr als 50 Prozent größeres Chancenverhältnis unter Kontrolle von Alter und Geschlecht ermittelt. Weitere große Effekte sind insgesamt im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen (alle F-Diagnosen), aber auch speziell bei den Schlafstörungen und Depressionen zu sehen. Im Bereich der muskuloskelettalen Erkrankungen (M-Diagnosen) sind insbesondere die Effekte auf die Rückenbeschwerden von erhöhter Bedeutung. Die Pflege erklärt bei allen ausgewählten Erkrankungen zumindest einen kleinen Teil der Prävalenz (Tabelle 3.6).

Tabelle 3.6: Prävalenz im Jahr 2017 – Hauptpflegepersonen mit Vergleichsgruppe (Odds-Ratios der logistischen Regressionen)

	M01	M02	M03	M04	M05	M06	M07	M08	M09	M10
Hauptpflegeperson	1,33	1,57	1,31	1,23	1,11	1,24	1,23	1,10	1,15	1,23
Frau	1,44	1,99	1,96	1,84	0,98	1,49	1,41	1,57	1,37	1,45
Alter, Referenz: Alter 50 < 60										
20 < 40	0,66	0,84	0,54	0,45	0,53	0,40	0,45	0,46	0,51	0,52
40 < 50	0,83	0,95	0,79	0,67	0,70	0,69	0,75	0,68	0,75	0,79
60 < 70	1,00	0,73	1,02	0,93	1,46	1,30	1,19	1,13	1,01	1,08
70 < 80	0,93	0,49	0,87	1,01	2,05	1,90	1,51	1,30	1,05	1,29
80 +	0,94	0,43	0,89	1,08	2,22	2,31	1,65	1,21	1,03	1,37

Quelle: BARMER-Daten 2017 gewichtet; **Modell M01**: Psychische Störungen insgesamt (ICD F), **Modell M02**: Belastungsstörungen (ICD F43), **Modell M03**: Depressionen (ICD F32, F33, F34.1), **Modell M04**: Schlafstörungen (ICD F51), **Modell M05**: Krankheiten des Verdauungssystems (ICD K), **Modell M06**: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD M), **Modell M07**: Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (ICD M40-M54), **Modell M08**: Arthropathien (Gelenkerkrankungen) (ICD M00-M25), **Modell M09**: Gelenkschmerz (ICD M25.5), **Modell M10**: Schmerzen allgemein (ICD F45.4, F62.80, G54.6, M25.5, M54, M75.8, M79.6, R52)
Anmerkung: Alle Variablen sind in allen Modellen berücksichtigt, es sind nur die signifikanten Werte dargestellt mit $p < 0,05$

Tabelle 3.7: Inzidenz im Jahr 2017 – Hauptpflegepersonen mit Vergleichsgruppe (Odds-Ratios der logistischen Regressionen)

	M01	M02	M03	M04	M05	M06	M07	M08	M09	M10
Hauptpflegeperson	1,35	1,61	1,38	1,22	1,06	1,17	1,19	1,09	1,14	1,19
Frau	1,28	1,91	1,69	1,80	0,97	1,22	1,30	1,46	1,34	1,32
Alter, Referenz: Alter 50 < 60										
20 < 40	0,89	0,94	0,75	0,51	0,72	0,65	0,69	0,52	0,55	0,70
40 < 50	0,94	0,98	0,89	0,70	0,80	0,87	0,92	0,74	0,77	0,91
60 < 70	0,85	0,68	0,81	0,80	1,19	0,97	0,97	1,00	0,94	0,95
70 < 80	0,84	0,49	0,74	0,82	1,36	1,08	1,07	1,08	0,97	1,08
80 +	0,91	0,44	0,80	0,86	1,30	1,12	1,07	0,95	0,94	1,12

Quelle: BARMER-Daten 2017 gewichtet; **Modell M01**: Psychische Störungen insgesamt (ICD F), **Modell M02**: Belastungsstörungen (ICD F43), **Modell M03**: Depressionen (ICD F32, F33, F34.1), **Modell M04**: Schlafstörungen (ICD F51), **Modell M05**: Krankheiten des Verdauungssystems (ICD K), **Modell M06**: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD M), **Modell M07**: Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (ICD M40-M54), **Modell M08**: Arthropathien (Gelenkerkrankungen) (ICD M00-M25), **Modell M09**: Gelenkschmerz (ICD M25.5), **Modell M10**: Schmerzen allgemein (ICD F45.4, F62.80, G54.6, M25.5, M54, M75.8, M79.6, R52)
Anmerkung: Alle Variablen sind in allen Modellen berücksichtigt, es sind nur die signifikanten Werte dargestellt mit $p < 0,05$.

Inwieweit es einen Effekt der Pflege auf die Inzidenz gibt, wird mit einem Vergleich der Jahre 2012 und 2017 ermittelt. Für diejenigen, die im Jahr 2012 keine entsprechende Diagnose hatten, wird die Wahrscheinlichkeit berechnet, im Jahr 2017 eine Diagnose zu

bekommen. In vergleichbarer Weise wie beim Modell der Prävalenz zeigt sich in diesem Modell der Effekt der Pflege auf das Krankwerden. Bei muskuloskelettalen Erkrankungen und Verdauungsstörungen zeigen sich etwas geringere Effekte als im Prävalenzmodell; in beiden Fällen bleibt aber ein signifikanter Effekt bestehen. Bei der Entstehung von Belastungsstörungen und von Depressionen zeigt sich der Effekt durch die Pflege noch mehr als im Prävalenzmodell (Tabelle 3.7).

Die weitere differenzierte Betrachtung auf Grundlage der BARMER-Daten, inwieweit einzelne Aspekte bei der Pflege auf die Prävalenz und Inzidenz wirken, wird ohne die Vergleichsgruppe vorgenommen, da die Alters- und Geschlechtereffekte in der Pflege anders wirken können als in der Gesamtpopulation (Tabelle 3.8 und 3.9). Zudem wird dazu auch auf die BARMER-Befragung 2018 zurückgegriffen, die zusätzliche Aspekte beleuchten kann. Die Auswirkungen der Pflege sind darin mit den Fragen zur Wirkung auf die körperliche Gesundheit, das seelische Wohlbefinden und die Veränderung der Lebensqualität sowie mit der Frage nach der Bedeutung der Pflege für die Veränderung der Lebensqualität untersucht worden. Zudem lassen sich anhand der Befragung die Auswirkungen unterschiedlicher Bedingungen der Pflege auf die Gesundheit feststellen.

Merkmale der Hauptpflegepersonen

Ebenso wie die Belastungen treten gesundheitliche Beeinträchtigungen in den einzelnen Subpopulationen der Hauptpflegepersonen unterschiedlich häufig auf. Das Auftreten eines schlechteren Gesundheitszustands im höheren Alter ist ein üblicher Befund für die gesamte Bevölkerung. Entsprechend finden sich in den Modellen in der Regel mit steigendem Alter sowohl höhere Prävalenzen (Tabelle 3.10, Tabelle 3.11, Tabelle 3.8) als auch höhere Inzidenzen (Tabelle 3.9). Nicht linear abhängig sind in der Regel zumeist die psychischen Leiden. Hier lassen sich insbesondere in der Altersgruppe der 50- bis 60-Jährigen höhere Wahrscheinlichkeiten feststellen (Tabelle 3.8 und 3.9). Dies ist das Alter kurz vor dem Renteneintritt, in dem der Konflikt zwischen Arbeit und Pflege am stärksten wirken kann. Nach Eintritt ins Rentenalter fällt der Belastungsfaktor der Arbeit weg, was sich positiv auf den psychischen Gesundheitszustand auswirkt. Weibliche Pflegepersonen sind unter Kontrolle der weiteren Merkmale häufiger betroffen als männliche Pflegepersonen.

Tabelle 3.8: Prävalenz im Jahr 2017 – Hauptpflegepersonen ohne Vergleichsgruppe (Odds-Ratios der logistischen Regressionen)

	M01	M02	M03	M04	M05	M06	M07	M08	M09	M10
Frau		1,87	1,80	1,68		1,60		1,55	1,39	1,50
Alter, Referenz: Alter 50 < 60										
20 < 40	0,73	0,89	0,60	0,53		0,42	0,48	0,51	0,62	0,58
40 < 50	0,89	1,02	0,85	0,76	0,76	0,73	0,78	0,72	0,85	0,85
60 < 70	1,01		1,02	0,91	1,40	1,29	1,15	1,08	0,99	1,07
70 < 80		0,67			2,04	2,05	1,55	1,22		1,39
80 +		0,64	0,98		2,41	2,75	1,84	1,18	1,11	1,57
Alter der pflegebedürftigen Person, Referenz: 80 +										
0 < 40	1,50	1,71		1,20	1,02	1,14	1,15	0,89	0,97	1,15
40 < 70	1,49	1,49	1,43			1,26	1,26	1,09		1,28
70 < 80	1,18	1,20	1,19	1,12	1,07	1,10	1,08	1,01	1,05	1,08
Pflegegrad der pflegebedürftigen Person, Referenz: PG 2										
PG 1	0,95	0,86	0,90		1,00	0,92	0,98			1,02
PG 3		1,15								
PG 4		1,27			0,89	0,88	0,89	0,89		0,91
PG 5		1,25	0,96		0,83	0,82	0,86	0,85	0,85	0,85
Erkrankungen der pflegebedürftigen Person, Referenz: Diagnose liegt nicht vor										
Demenz		1,27			1,08	1,04	1,02	1,04	1,05	1,02
geistige Behinderung	0,91	0,83	0,90	1,04	1,07	1,00		1,21		
Ernährungsstörung	1,12	1,20	1,10		1,08			1,03	1,05	
Multiple Sklerose	0,86	0,90	0,89		0,95	1,02	1,00		1,01	0,94
Harninkontinenz	1,09		1,07	1,10						
bisherige Pflegedauer in Monaten, Referenz: 24 Monate und mehr										
1 – 3	0,93		0,92		0,87	0,96	0,90	0,97		0,88
4 – 6		1,23			0,97					0,90
7 – 12	0,95	1,14	0,91			0,95	0,97	0,92	0,91	0,94
13 – 24	0,96	1,12	0,94			0,96		0,95	0,94	0,94

Quelle: BARMER-Daten 2017 gewichtet; **Modell M01**: Psychische Störungen insgesamt (ICD F), **Modell M02**: Belastungsstörungen (ICD F43), **Modell M03**: Depressionen (ICD F32, F33, F34.1), **Modell M04**: Schlafstörungen (ICD F51), **Modell M05**: Krankheiten des Verdauungssystems (ICD K), **Modell M06**: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD M), **Modell M07**: Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (ICD M40-M54), **Modell M08**: Arthropathien (Gelenkerkrankungen) (ICD M00-M25), **Modell M09**: Gelenkschmerz (ICD M25.5), **Modell M10**: Schmerzen allgemein (ICD F45.4, F62.80, G54.6, M25.5, M54, M75.8, M79.6, R52)
Anmerkung: Alle Variablen sind in allen Modellen berücksichtigt, es sind nur die signifikanten Werte dargestellt mit $p < 0,05$.

Tabelle 3.9: Inzidenz im Jahr 2017 – Hauptpflegepersonen ohne Vergleichsgruppe (Odds-Ratios der logistischen Regressionen)

	M01	M02	M03	M04	M05	M06	M07	M08	M09	M10
Frau	1,38	1,83	1,60	1,63	0,99	1,34	1,41	1,45	1,36	1,41
Alter, Referenz: Alter 50 < 60										
20 < 40	1,00	1,00	0,85	0,62		0,72	0,77	0,55	0,68	0,78
40 < 50			0,96	0,81	0,85	0,93	0,92	0,76	0,89	0,92
60 < 70				0,81	1,17	1,06	0,98	0,96	0,95	0,97
70 < 80	1,04	0,72	0,89	0,95	1,37					
80 +		0,68	1,09		1,42	1,40	1,22			1,36
Alter der pflegebedürftigen Person, Referenz: 80 +										
0 < 40	1,66	1,77	1,55		1,05	1,19	1,16			1,19
40 < 70	1,53	1,51	1,43			1,17	1,17			1,21
70 < 80	1,18	1,18	1,21	1,06	1,06	1,07	1,04	1,01	1,05	1,06
Pflegegrad der pflegebedürftigen Person, Referenz: PG 2										
PG 1	1,00	0,96	0,96		0,88	0,92				1,00
PG 3										
PG 4	1,07	1,35	1,14		0,93					
PG 5	1,07	1,26	1,07	0,98	0,83		0,91	0,87	0,86	0,92
Erkrankungen der pflegebedürftigen Person, Referenz: Diagnose liegt nicht vor										
Demenz		1,28			1,08	1,03	1,02	1,02	1,05	1,03
geistige Behinderung	0,83	0,76	0,82	1,05	1,05					
Ernährungsstörung	1,14	1,24	1,10					1,03		
Multiple Sklerose	0,82	0,82	0,88		0,99					0,97
Harninkontinenz	1,08	1,03		1,09						
bisherige Pflegedauer in Monaten, Referenz: 24 Monate und mehr										
1 – 3	1,03		1,06			1,00	0,91	0,92		1,00
4 – 6		1,34								
7 – 12		1,22	0,95					0,92	0,91	
13 – 24		1,17	0,97					0,96	0,97	0,96

Quelle: BARMER-Daten 2017 gewichtet; **Modell M01**: Psychische Störungen insgesamt (ICD F), **Modell M02**: Belastungsstörungen (ICD F43), **Modell M03**: Depressionen (ICD F32, F33, F34.1), **Modell M04**: Schlafstörungen (ICD F51), **Modell M05**: Krankheiten des Verdauungssystems (ICD K), **Modell M06**: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD M), **Modell M07**: Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (ICD M40-M54), **Modell M08**: Arthropathien (Gelenkerkrankungen) (ICD M00-M25), **Modell M09**: Gelenkschmerz (ICD M25.5), **Modell M10**: Schmerzen allgemein (ICD F45.4, F62.80, G54.6, M25.5, M54, M75.8, M79.6, R52)
Anmerkung: Alle Variablen sind in allen Modellen berücksichtigt, es sind nur die signifikanten Werte dargestellt mit $p < 0,05$.

Die pflegebedürftigen Personen

Nach den Auswertungen der BARMER-Daten sind die Pflegenden einem höheren gesundheitlichen Risiko ausgesetzt, wenn die pflegebedürftige Person jünger ist. Im Vergleich zu den Pflegebedürftigen im Alter von 80 Jahren und mehr sind fast alle Chancenverhältnisse größer als 1, was ein höheres Risiko ausdrückt. Bei jüngeren Pflegebedürftigen gibt es ebenso eine höhere Prävalenz (Tabelle 3.8) wie auch eine höhere Inzidenz (Tabelle 3.9).

Ein höherer Schweregrad führt vorrangig zu mehr psychischen Leiden.

Mit Pflegegrad 2 sind die höchsten Risiken von körperlichen Erkrankungen verbunden (Tabelle 3.8 und 3.9). Für alle höheren Pflegegrade sind geringere Risiken zu finden. Dieser Zusammenhang verkehrt sich aber insbesondere hinsichtlich der Belastungsstörungen. In der Summe lässt sich formulieren: Mit einem höheren Pflegegrad sinkt die Wahrscheinlichkeit körperlicher Erkrankungen bei den Hauptpflegepersonen, aber es steigt die Wahrscheinlichkeit psychischer Leiden.

Als häufig mit der Pflegebedürftigkeit in Zusammenhang gebrachte Erkrankungen wurden die Demenz, geistige Behinderung, Ernährungsstörung, Multiple Sklerose sowie Harninkontinenz als Belastungs- und Erklärungsfaktoren untersucht. Insbesondere die Demenz der Pflegebedürftigen steigert die Belastungsstörungen der Pflegenden. Die Wirkungen auf körperliche Beschwerden sind hingegen eher gering oder nicht vorhanden. Ernährungsstörungen und Harninkontinenz wirken relativ gleichmäßig auf das gesamte Krankheitsspektrum. Besonders häufig sind bei Ernährungsstörungen der Pflegebedürftigen allerdings die Belastungsstörungen der Pflegenden. Im Vergleich zu Pflegebedürftigen mit anderen Erkrankungen verursachen Pflegebedürftige mit Multipler Sklerose bei den Pflegenden weniger psychische Leiden (Tabelle 3.8 und 3.9). Es macht also in der Summe einen Unterschied für die Gesundheit der pflegenden Angehörigen, mit welchen Einschränkungen der Pflegebedürftigen sie umgehen müssen.

Die Umstände, in denen die pflegebedürftige Person versorgt werden muss, sind von Fall zu Fall verschieden. Die einen empfinden die gleiche Situation als belastend und die anderen kommen damit zurecht. Dennoch können bei beiden anschließend gesundheitliche Veränderungen auftreten. Inwieweit die Merkmale der Pflegebedürftigen noch direkt wirken

oder indirekt über die Belastungen vermittelt sind, zeigen die Auswertungen der BARMER-Versichertenbefragung 2018. Bei gleichzeitiger Kontrolle der Belastungsarten zeigen sich im Vergleich zu den Auswertungen der BARMER-Daten deutlich geringere Effekte.

Unter Kontrolle der Belastungsfaktoren haben die Attribute der pflegebedürftigen Person in den Regressionsmodellen der BARMER-Versichertenbefragung 2018 vielfach keinen statistisch signifikanten Effekt auf die Gesundheit der Hauptpflegeperson. Der Effekt auf die Gesundheit ist somit über die Belastungen vermittelt. Dies gilt für das Alter ebenso wie für das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit (hier gemessen als Barthel-Index und erweiterter Barthel-Index) (Tabelle 3.10 und 3.11). Bei keinem Aspekt gibt es einen Effekt durch das Alter der pflegebedürftigen Person, und der Effekt durch das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit stellt sich unter Kontrolle der Belastungsarten geringer dar. Mit geringeren Einschränkungen der Pflegebedürftigen, insbesondere der kognitiven Fähigkeiten, ist auch ein geringerer Effekt auf eine Gesundheitsgefährdung verbunden (Tabelle 3.10 und 3.11).

Die Unterscheidung nach Stadt und Land zeigt nur wenige Effekte, die uneinheitlich sind. Weitere Merkmale wie beispielsweise die Haushaltsgröße, die auch abgefragt wurden, sind nicht in die Modelle integriert worden, da sie keine signifikanten Unterschiede zeigten.

Bezug zur pflegebedürftigen Person und Unterstützung

Unter Kontrolle der weiteren Merkmale spielt es für die Gesundheitsindikatoren keine Rolle, ob Pflegeperson und pflegebedürftige Person im selben Haushalt leben, ob eine weitere Person gepflegt wird, wie groß der Haushalt ist oder ob noch Kinder im Haushalt leben. Ein signifikanter Unterschied bezüglich des allgemeinen Gesundheitszustands findet sich auch nicht bei der Unterscheidung, ob Eltern, Partner oder die eigenen Kinder gepflegt werden. Im Detail auffällig ist aber, dass sonstige Pflegende eine geringere seelische oder körperliche Beeinträchtigung empfinden und ihre Lebenssituation auch weniger durch die Pflege beeinflusst sehen (Tabelle 3.10 und 3.11). Hier könnte die Distanz eine gewisse Rolle spielen.

Tabelle 3.10: Zusammenhang mit gesundheitlichen Einschränkungen (I) – Odds-Ratios der logistischen Regressionen

	M01	M02	M03	M04	M05	M06	M07
Hauptpflegeperson weiblich (ref. männlich)	1,65	1,42	1,67	1,77	1,72	1,80	
Hauptpflegeperson Alter ÷10		1,41			1,32		
Pflegebedürftiger Alter ÷10							
Barthel-Index ÷10				1,06	0,94		
erweiterter Barthel-Index ÷10	0,95			0,90	0,94		
> 500.000 Einwohner (ref. ländlich)							
100.000 – 500.000 Einwohner (ref. ländlich)			0,65				
20.000 – 100.000 Einwohner (ref. ländlich)							1,23
5.000 – 20.000 Einwohner (ref. ländlich)							
Pflegebedürftiger ist das Kind (ref. Partner)							
Pflegebedürftiger ist ein Elternteil (ref. Partner)							
sonstiger Pflegebedürftiger (ref. Partner)				0,66			
Motiv Liebe*					0,90		1,20
Motiv Pflicht*							0,89
Motiv Umstand*							
allein gelassen und hilflos (ref. seltener)		1,97	2,94	2,51		2,70	1,94
Ansprechpartner für Sorgen vorhanden (ref. nein)		0,70	0,57		0,74	0,82	
keine Zeit für Entspannung (ref. Zeit vorhanden)	2,16	1,24			0,78		0,76
keine tägliche Pflege (ref. tägliche Pflege)		0,64	0,53				
Pflegedauer in Jahren							
Anzahl der Aufgaben**			0,91		0,95		
Anzahl Unterstützungsbedarf**	1,05		1,06	1,06	1,07		1,05
Kurzzeitpflege, genutzt positiv (ref. kein Bedarf / unbekannt)							
Kurzzeitpflege, genutzt negativ (ref. kein Bedarf / unbekannt)			0,55				
Kurzzeitpflege, Hinderungsgründe (ref. kein Bedarf / unbekannt)			1,23				
Pflegedienst, genutzt positiv (ref. kein Bedarf / unbekannt)							
Pflegedienst, genutzt negativ (ref. kein Bedarf / unbekannt)						0,49	0,48
Pflegedienst, Hinderungsgründe (ref. kein Bedarf / unbekannt)							
Pflege zu anstrengend (ref. seltener)	0,72	1,49		2,29	1,35		
negativ auf Freundschaft (ref. seltener)	1,41	1,36		1,40	1,54		

	M01	M02	M03	M04	M05	M06	M07
Probleme in der Familie (ref. seltener)	1,74			1,76			1,60
finanzielle Probleme (ref. seltener)		1,46				1,38	
in der Rolle gefangen (ref. seltener)		1,28	1,67	2,93	1,85		
Ekel und Scham (ref. seltener)				1,40	1,98		
gern mehr schlafen (ref. seltener)	2,19	1,42	1,59	1,28	1,53	2,70	1,46
Zukunftsängste (ref. seltener)	1,62	1,78	2,34	2,08	1,37		
schlechtes Gewissen (ref. seltener)	1,38	1,58	2,06	1,43	1,51	1,57	1,87
Arztbesuch unterlassen (ref. seltener)				1,40	1,63		

Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017; **Modell M01**: Arztbesuch unterlassen, **Modell M02**: schlechter allgemeiner Gesundheitszustand, **Modell M03**: Depressionsverdacht, **Modell M04**: Beeinträchtigung seelischen Wohlbefindens, **Modell M05**: Ausfallerscheinungen, **Modell M06**: Schlafstörungen, **Modell M07**: Magen-, Darm-, Verdauungsprobleme
Anmerkung: Alle Variablen sind in allen Modellen berücksichtigt (Ausnahme: Arztbesuch unterlassen in Modell M01), es sind nur die signifikanten Werte dargestellt mit $p < 0,05$.
* kodiert mit Werten von 0 bis 4; ** von 0 bis 11

Das Motiv, warum die Pflege übernommen wurde, hat schon einen deutlichen Effekt auf das Belastungsempfinden gezeigt (Tabelle 3.4 im Kapitel 3.3.6). Auch unter Kontrolle der Belastungsarten finden sich aber weiterhin einige Effekte der Motivation auf das Krankheitsgeschehen. Genauso wie die Motive „Pflicht" und „Umstand" mit erhöhten Belastungen verbunden sind, zeigt sich bei dem Motiv „Pflicht" eine vergleichsweise schlechte Lebensqualität, die sich in der letzten Zeit auch verschlechtert hat. Bei dem Motiv „Umstand" zeigen sich mehr körperliche Beeinträchtigungen und die Beurteilung, dass die Pflege Schuld an der Veränderung der Lebensqualität ist (Tabelle 3.10 und 3.11).

Wichtig für den allgemeinen Gesundheitszustand ist, ob es Unterstützung gibt.

Wichtig für den allgemeinen Gesundheitszustand ist, ob es Unterstützung gibt. Wer sich die ganze Zeit alleingelassen fühlt, keinen Ansprechpartner für seine Sorgen hat oder keine Zeit zur Entspannung findet, hat ein erhöhtes Krankheits- und Erkrankungsrisiko. Insbesondere sich allein gelassen zu fühlen und nicht zu wissen, woher man Hilfe bekommt, macht krank (Tabelle 3.4 im Kapitel 3.3.6). Die Pflegenden, die sich häufig allein gelassen und hilflos fühlen, haben schon deutlich höhere Belastungen (Tabelle 3.10 und 3.11). Zu diesen Effekten der hier kontrollierten Belastungen fügt sich zusätzlich der hier ermittelte Effekt, der nicht über die kontrollierten Belastungen, sondern auf andere Weise direkt auf die Gesundheit wirkt.

Tabelle 3.11: Zusammenhang mit gesundheitlichen Einschränkungen (II) – Odds-Ratios der logistischen Regressionen

	M08	M09	M10	M11	M12	M13
Hauptpflegeperson weiblich (ref. männlich)	2,63	1,44	1,61	1,27		1,24
Hauptpflegeperson Alter ÷10	1,29		1,19	1,20	1,34	
Pflegebedürftiger Alter ÷10						
Barthel-Index ÷10	0,91					0,91
erweiterter Barthel-Index ÷10	0,90			0,94		
> 500.000 Einwohner (ref. ländlich)		0,76				
100.000 – 500.000 Einwohner (ref. ländlich)						
20.000 – 100.000 Einwohner (ref. ländlich)						
5.000 – 20.000 Einwohner (ref. ländlich)						0,86
Pflegebedürftiger ist das Kind (ref. Partner)					0,55	
Pflegebedürftiger ist ein Elternteil (ref. Partner)						
sonstiger Pflegebedürftiger (ref. Partner)	0,56					0,67
Motiv Liebe*		1,12				
Motiv Pflicht*				1,13	1,16	1,11
Motiv Umstand*	1,12					1,12
allein gelassen und hilflos (ref. seltener)	1,48	1,71	1,82	3,19	1,94	1,42
Ansprechpartner für Sorgen vorhanden (ref. nein)				0,63		
keine Zeit für Entspannung (ref. Zeit vorhanden)		1,25		1,26		
keine tägliche Pflege (ref. tägliche Pflege)				0,48	0,64	
Pflegedauer in Jahren					0,87	
Anzahl der Aufgaben**				0,96		
Anzahl Unterstützungsbedarf**				1,08	1,09	
Kurzzeitpflege, genutzt positiv (ref. kein Bedarf / unbekannt)				0,95		
Kurzzeitpflege, genutzt negativ (ref. kein Bedarf / unbekannt)					0,63	
Kurzzeitpflege, Hinderungsgründe (ref. kein Bedarf / unbekannt)					1,16	
Pflegedienst, genutzt positiv (ref. kein Bedarf / unbekannt)						
Pflegedienst, genutzt negativ (ref. kein Bedarf / unbekannt)						2,28
Pflegedienst, Hinderungsgründe (ref. kein Bedarf / unbekannt)						0,81
Pflege zu anstrengend (ref. seltener)	2,59				1,66	1,69
negativ auf Freundschaft (ref. seltener)	2,31			1,96	1,29	1,72
Probleme in der Familie (ref. seltener)	2,68					
finanzielle Probleme (ref. seltener)	1,46	1,49				
in der Rolle gefangen (ref. seltener)	1,68			1,73	1,44	1,83

	M08	M09	M10	M11	M12	M13
Ekel und Scham (ref. seltener)						
gern mehr schlafen (ref. seltener)	1,98	1,58	1,44	1,74	1,37	
Zukunftsängste (ref. seltener)			1,35	1,54		
schlechtes Gewissen (ref. seltener)			1,42	1,75	1,60	1,59
Arztbesuch unterlassen (ref. seltener)					1,41	1,40

Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017; **Modell M08**: körperliche Beeinträchtigung, **Modell M09**: Rückenbeschwerden, **Modell M10**: Gelenkschmerzen, **Modell M11**: schlechte Lebensqualität, **Modell M12**: Verschlechterung der Lebensqualität, **Modell M13**: Ursache der Veränderung liegt in der Pflege
Anmerkung: Alle Variablen sind in allen Modellen berücksichtigt, es sind nur die signifikanten Werte dargestellt mit $p < 0,05$.
* kodiert mit Werten von 0 bis 4; ** von 0 bis 11

Pflegeaufwand

Der Pflegeaufwand wurde anhand der BARMER-Versichertenbefragung 2018 über die bisherige Pflegedauer, den täglichen zeitlichen und inhaltlichen Aufwand gemessen. Mit den BARMER-Daten ist nur die bisherige Pflegedauer erfasst.

Die Auswertungen der BARMER-Daten zeigen für die meisten Erkrankungen ein größeres Erkrankungsrisiko bei schon länger andauernder Pflege. Einzig die Belastungsstörungen nehmen mit der Dauer der Pflege ab. Pflege bedeutet also zunächst bei der Übernahme Stress. Im Verlauf der Zeit kann es durch die Erfahrung zur Reduktion der Belastungsstörungen kommen. Ansonsten korreliert eine längere Pflegedauer mit häufigeren Erkrankungen (Tabelle 3.8 und 3.9). Allerdings hat eine längere Pflegedauer in den Auswertungen der BARMER-Versichertenbefragung 2018 kaum Einfluss auf die Gesundheitsindikatoren. Mit einer längeren Pflegedauer nehmen subjektive Empfindungen einer Verschlechterung der Lebensqualität ab (Tabelle 3.11). Dies entspricht dem Rückgang der Belastungsstörungen mit der Pflegedauer.

Eine bessere Gesundheit haben diejenigen, die nicht täglich pflegen müssen. Dies zeigt sich in den Antworten zum allgemeinen Gesundheitszustand, zum WHO-5-Wohlbefindens-Index (Tabelle 3.10), bei der Beurteilung der Lebensqualität und bei deren Veränderung (Tabelle 3.11). Die Anzahl der übernommenen Aufgaben hat unter Kontrolle der Belastungsarten sogar eine gesunderhaltende Funktion. Mit jeder Aufgabe, bei der noch weitere Hilfe gebraucht wird, steigt allerdings das Gesundheitsrisiko (Tabelle 3.10 und 3.11).

Unterstützungsangebote

Die Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung sollen die Pflegenden entlasten und damit letztlich auch zu einer gesunden Pflege beitragen. Beispielhaft sind in den Modellen mit den Daten der BARMER-Versichertenbefragung 2018 die Unterstützungsleistungen „Kurzzeitpflege" und „Pflegedienst" in ihrem Effekt auf die Gesundheitsindikatoren überprüft worden. Zu bedenken ist hierbei, dass Ursache und Wirkung in dem Modell nicht voneinander unterschieden werden können. Es kann nicht festgestellt werden, ob Kranke mehr Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen oder ob mit der Unterstützungsleistung die Gesundheit erhalten bleibt. Letztlich bleibt die Interpretationsschwierigkeit bedeutungslos, da es in den Modellen kaum Effekte gibt. Unterschieden wurden die Hauptpflegepersonen danach, ob sie die Leistungen genutzt haben oder nicht. Die Nutzer der Angebote wurden darüber hinaus danach differenziert, ob sie mit der Leistung zufrieden waren. Diejenigen, die die Leistung nicht genutzt haben, wurden zusätzlich danach unterteilt, ob sie einerseits keinen Bedarf hatten, ihnen die Leistung unbekannt ist (Referenzkategorie) oder ob sie andererseits die Leistung gern in Anspruch nehmen wollten, aber aus verschiedenen Gründen nicht konnten. Durchgängige Effekte sind nicht zu verzeichnen. Als größter Effekt zeigt sich bei Unzufriedenheit mit dem Pflegedienst eine starke Wirkung der Pflege auf die Lebensqualität (Tabelle 3.11). Eine Unzufriedenheit mit der Leistung und auch der eingeschränkte Zugang wirken in vielen Bereichen belastungssteigernd (Kapitel 3.3.6). Unter Kontrolle der Belastungsvariablen haben die Unzufriedenheit und der eingeschränkte Zugang in einzelnen Modellen sogar einen positiven Effekt auf die Gesundheitsindikatoren. Ein negativer Effekt der eingeschränkten Nutzungsmöglichkeiten auf die Gesundheit zeigt sich somit eher indirekt über die Belastungen.

Belastungen

Die Pflege wird zum Teil als belastend erlebt (Kapitel 3.3.6). Zu hohe Belastungen können Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Über alle untersuchten Belastungsindikatoren zeigt sich durch fast alle Gesundheitsindikatoren ein stabiler Zusammenhang von hoher Belastung mit schlechtem Gesundheitszustand. Der Zusammenhang zwischen Belastungen und den Gesundheitsindikatoren zeigt sich vielfach in einem doppelt so hohen Chancenverhältnis. Dies zeigt sich sehr deutlich hinsichtlich der Beeinträchtigung des seelischen Wohlbefindens, aber auch hinsichtlich der körperlichen Beschwerden.

Ausfallerscheinungen stehen auch mit fast allen Belastungsarten in Zusammenhang. Fünf der neun Belastungsarten führen häufig zu unterlassenen Arztbesuchen. Einzig wenn die Pflege zu anstrengend erscheint, kommt es seltener zu unterlassenen Arztbesuchen (Tabelle 3.10 und 3.11).

Das Unterlassen der Arztbesuche hat aber Konsequenzen. Diejenigen, die häufiger einen Arztbesuch unterlassen, klagen stärker über Beeinträchtigungen des seelischen Wohlbefindens und über Ausfallerscheinungen. Sie nehmen eine Verschlechterung ihrer Lebensqualität deutlich stärker wahr und sehen in der Pflege die Hauptschuld dafür (Tabelle 3.10 und 3.11).

Fazit zu den Effekten auf die Gesundheit

Frauen sind von gesundheitlichen Einschränkungen durch die Pflege mehr betroffen. Mit dem Alter erhöhen sich vornehmlich die körperlichen Beschwerden. Psychische Leiden sind im mittleren Alter von größerer Bedeutung. Insbesondere kognitive Einschränkungen der pflegebedürftigen Person wirken auf psychische Leiden der Pflegenden. Mit der Dauer der Pflege kann der anfängliche Stress (Belastungsstörungen) überwunden werden, es steigert sich dann aber die Wahrscheinlichkeit anderer Erkrankungen und Beschwerden. Die Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung zeigen uneinheitliche Wirkungen auf die Gesundheitsindikatoren. Ausschlaggebend für den Gesundheitszustand sind die Belastungen, die fast durchweg negativ auf die Gesundheitsindikatoren wirken. Ganz besonders betroffen sind diejenigen, die sich allein gelassen und hilflos fühlen.

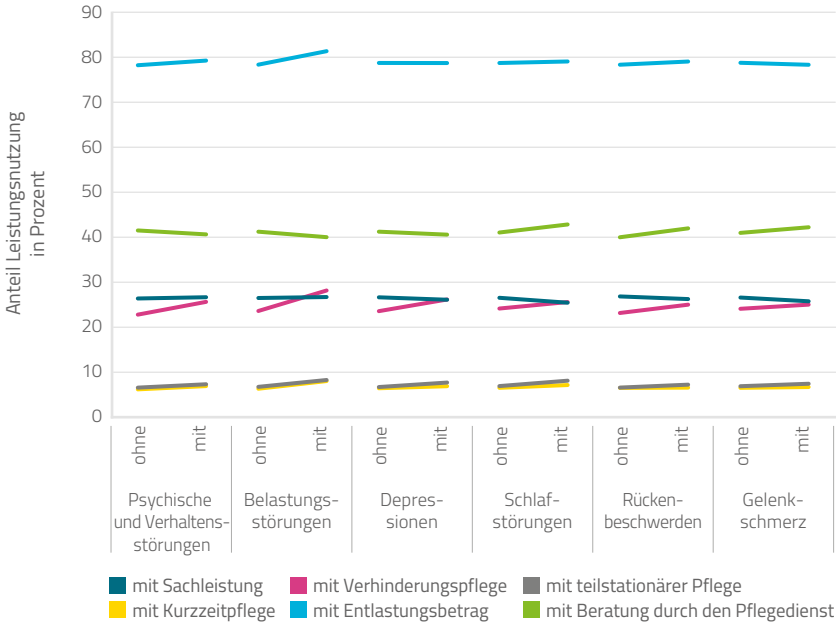
3.3.8 Nutzung von Unterstützungsangeboten in Abhängigkeit von Belastung und Gesundheit

Zur Entlastung und Gesunderhaltung der Pflegenden werden von der Pflegeversicherung Unterstützungsleistungen angeboten. Die Analysemodelle der Belastungen haben gezeigt, dass weniger die Nutzung von Bedeutung ist als die Zufriedenheit und der Zugang. In welchem Umfang für die hoch belasteten und kränkeren Pflegenden noch ein Unterstützungspotenzial gegeben ist, kann näherungsweise durch den bisherigen Versorgungsgrad ermittelt werden. Wenn diese Menschen die Leistungen noch nicht in Anspruch nehmen, könnte es noch Potenzial geben, mit diesen Leistungen unterstützend

zu wirken. In diesem Zusammenhang sind aber nicht nur der Nutzungsgrad, sondern auch die Zufriedenheit bei der Nutzung und die Zugangsbarrieren von Bedeutung.

Kränkere Hauptpflegepersonen nehmen in der Regel etwas häufiger die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch. Anhand einer Auswahl von sechs Erkrankungen stellt die Abbildung 3.21 die Leistungsinanspruchnahmen im letzten Halbjahr des Jahres 2017 dar. Kränkere nutzen insbesondere die Verhinderungspflege, die teilstationäre Pflege und die Kurzzeitpflege häufiger. Ursache und Wirkung sind aus der Korrelation nicht ablesbar. Es ist aber davon auszugehen, dass bei erhöhter Belastung und schlechterem Gesundheitszustand eher die Unterstützungsleistungen gewählt werden, als dass durch die Nutzung der Leistungen die Pflegenden erkranken.

Abbildung 3.21: Nutzung von Leistungen der Pflegeversicherung in Abhängigkeit von Diagnosestellungen



Quelle: BARMER-Daten 2017, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017

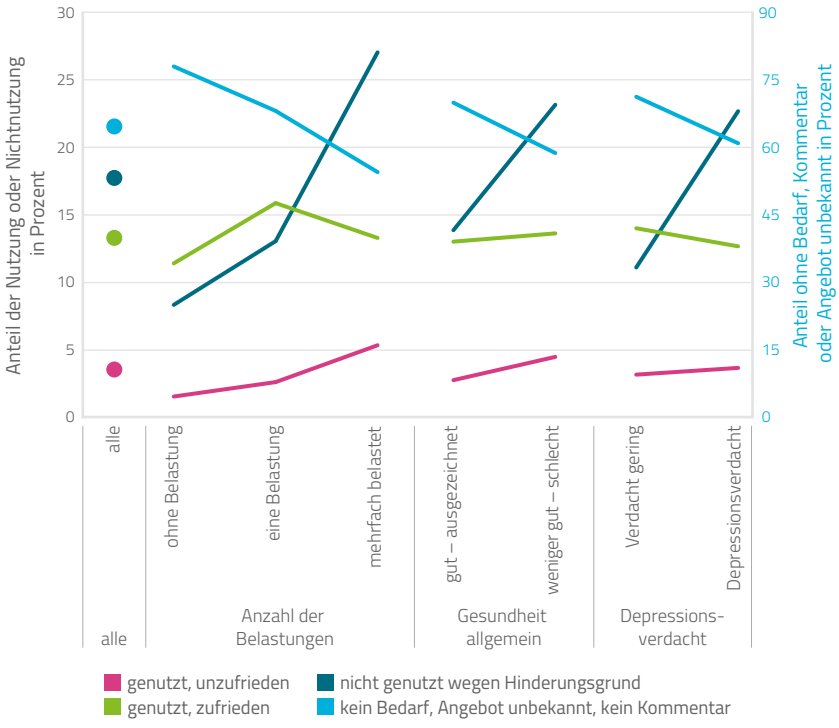
Bei den Beratungsleistungen wird insbesondere im Zusammenhang mit psychischen Störungen eine umgekehrte Korrelation sichtbar. Dies kann ein Effekt der zeitlichen Zuordnung sein, denn die Beratungen und Kurse finden in der Regel bei der Übernahme der Pflegetätigkeit statt. Wenn mit dem Pflegeverlauf die Gesundheit der pflegenden Angehörigen nachlässt, werden die Kurse und Beratungen seltener in Anspruch genommen. Sachleistungen werden hingegen insbesondere im Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden weniger in Anspruch genommen.

Auch wenn im Zusammenhang mit einzelnen Erkrankungen die Leistungen vermehrt in Anspruch genommen werden, verbleibt noch ein großer Anteil der Pflegenden, die innerhalb der jeweils abgefragten sechs Monate die Leistungen nicht genutzt haben. Der Anteil der Nutzer der Kurzzeitpflege liegt ebenso unter zehn Prozent wie der Anteil der Nutzer teilstationärer Pflege.

Die Effekte der Bewertung der Leistungen bei ihrer Nutzung und den Effekt der Hinderungsgründe bei der Nichtnutzung zeigen die Abbildungen 3.22 und 3.23. Die Abbildung 3.22 zeigt dabei die Anteile der Nutzung und Bewertung der Kurzzeitpflege. Alle weiteren Leistungen sind anschließend in kleinerem Format in der Abbildung 3.23 dargestellt. Auf die Kurzzeitpflege wird in der Beschreibung im Detail eingegangen, während die anderen Leistungen in der schematischen Abbildung die Zusammenhänge erkennen lassen.

Differenziert werden die Hauptpflegepersonen nach der Zahl der Belastungsarten, nach der Einschätzung ihres allgemeinen Gesundheitszustands und nach dem über den WHO-5-Wohlbefindens-Index festgestellten Depressionsverdacht. Es zeigt sich, dass sich die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege mit einer positiven Bewertung kaum zwischen den einzelnen Gruppen unterscheidet (Abbildung 3.22). So nutzten von denjenigen mit einem guten bis ausgezeichneten Gesundheitszustand 13,2 Prozent im letzten halben Jahr die Kurzzeitpflege und waren damit zufrieden. Von denjenigen mit weniger guter oder schlechter Gesundheit nutzten 13,8 Prozent die Kurzzeitpflege und waren damit zufrieden. Einen Zusammenhang von Belastung oder Gesundheit auf der einen Seite und positiv bewerteter Inanspruchnahme lässt sich somit nicht feststellen.

Abbildung 3.22: Nutzung von Kurzzeitpflege und Bewertung in Abhängigkeit vom Belastungs- und Gesundheitszustand



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017

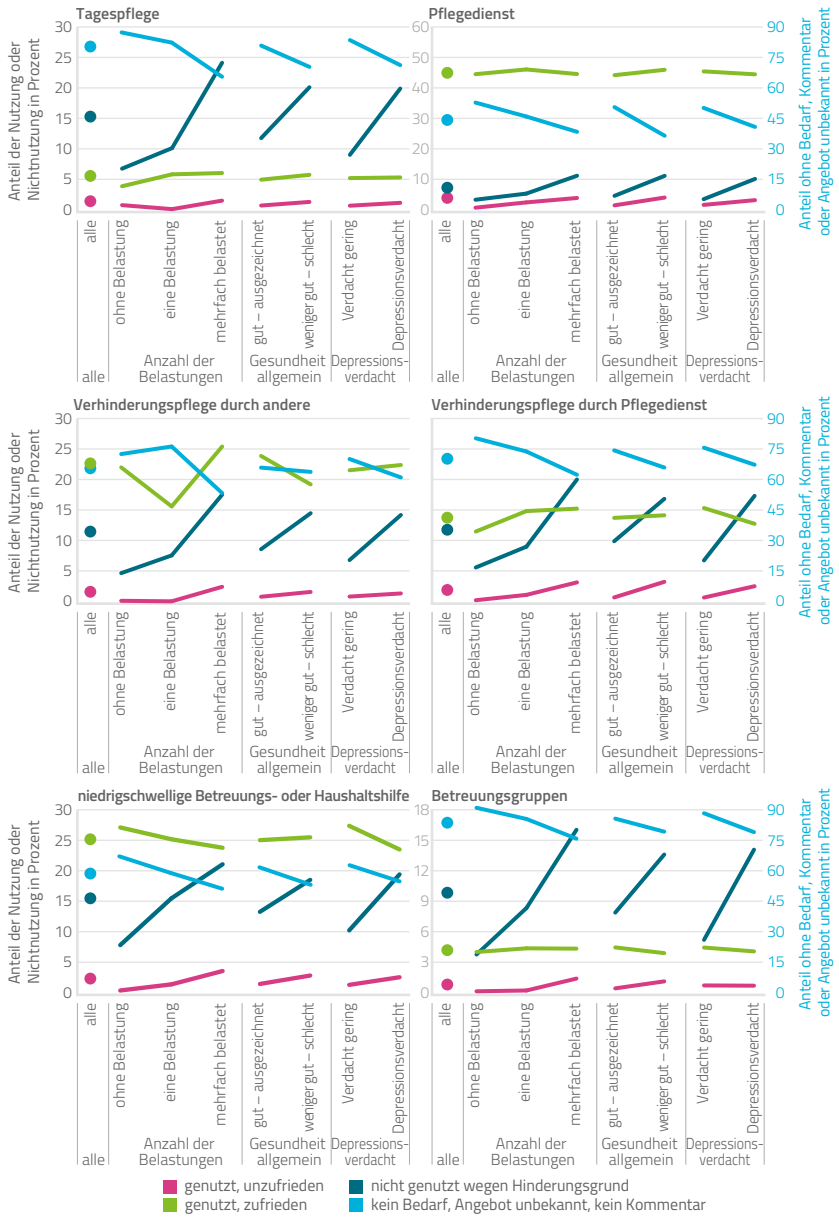
Mit einer höheren Belastung und mit einem schlechteren Gesundheitszustand steigt aber der Anteil der Nutzer der Kurzzeitpflege mit nachfolgend schlechter Bewertung (3,0 Prozent bei guter Gesundheit zu 4,7 Prozent bei schlechter Gesundheit). Bei denjenigen, die die Kurzzeitpflege nicht nutzen, gibt es zwei Trends festzustellen: Zum einen sinkt mit der Belastung und mit einem schlechteren Gesundheitszustand der Anteil derer, die keinen Bedarf an der Kurzzeitpflege haben oder diese nicht kennen. Bei guter Gesundheit sehen 69,8 Prozent keinen Bedarf, kennen die Leistung nicht oder haben

überhaupt keinen Kommentar dazu gegeben. Bei schlechter Gesundheit liegt der Anteil nur bei 58,3 Prozent. Mit den Belastungen und dem schlechten Gesundheitszustand steigt aber der Anteil derer, die die Kurzzeitpflege gern nutzen würden, das aber aus verschiedenen Hinderungsgründen nicht können. Von den Gesünderen würden 14,0 Prozent und von den weniger Gesunden 23,2 Prozent gern die Kurzzeitpflege nutzen, werden aber aus verschiedenen Gründen daran gehindert. Zu diesen Hinderungsgründen zählen ein fehlendes Angebot, eine geringe Qualität, zu hohe Kosten, zu viel Organisation und die Schwierigkeit der zeitlichen Vereinbarung.

In der Abbildung 3.23 sind diese Zusammenhänge für verschiedene weitere Leistungen dargestellt. Hierbei handelt es sich um Tagespflege, Pflegedienst, Verhinderungspflege durch andere Personen, Verhinderungspflege durch den Pflegedienst, niedrigschwellige Betreuungs- und Haushaltshilfen, Betreuungsgruppen, Beratung durch die Pflegekasse, Beratung durch den Pflegedienst, informative Internetseiten, psychologische Onlineberatung, Pflegekurse in der Gruppe und Pflegeschulung oder Beratung zu Hause.

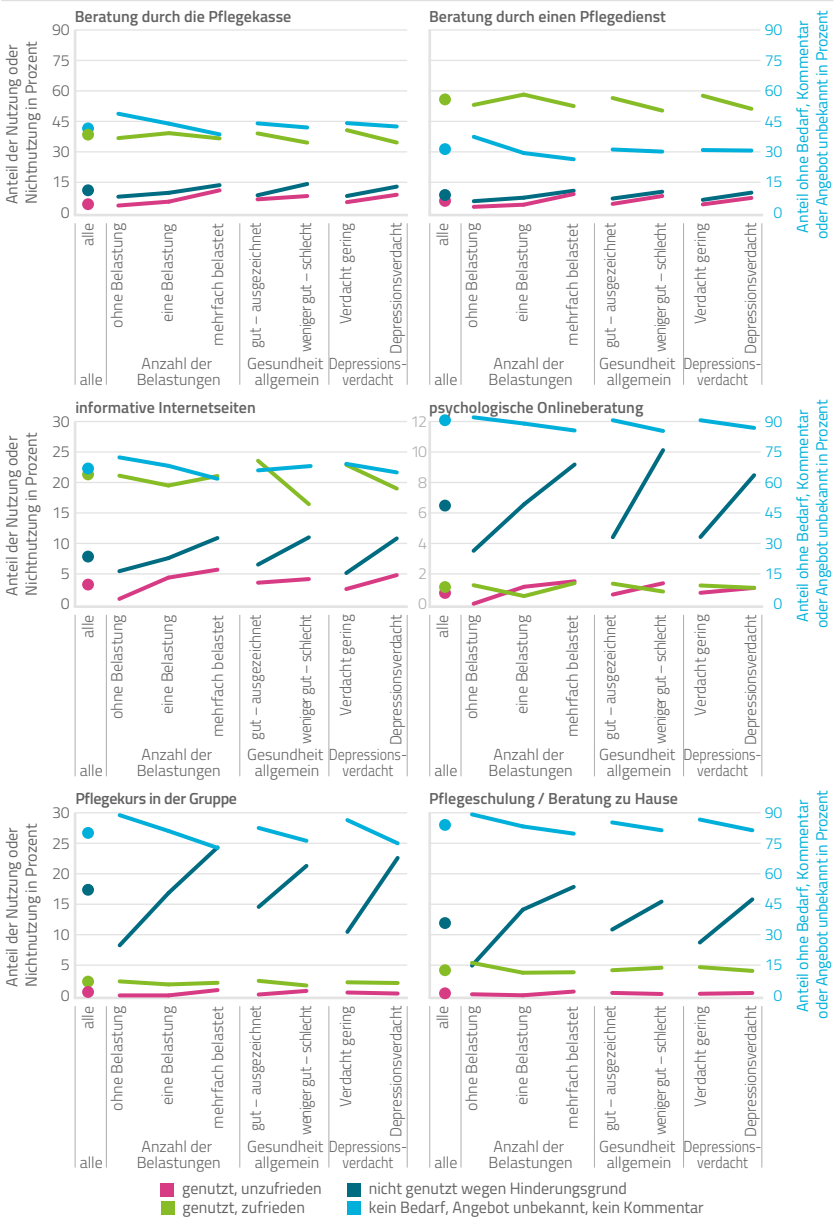
Ohne einzelne Ergebnisse herauszuheben wird deutlich, dass sich über die Gesamtheit der Leistungen ein ähnliches Bild zeigt wie bei der Nutzung der Kurzzeitpflege. Die Nutzung mit positiver Bewertung ist relativ gleich verteilt. Keinen Bedarf zu haben oder die Leistungen nicht zu kennen, wird mit höherer Belastung und schlechterem Gesundheitszustand unwahrscheinlicher. Das heißt, die Notwendigkeit und die Bereitschaft, sich zu informieren, steigen auch mit der Belastung und der Verschlechterung der Gesundheit. Allerdings wird über die Gesamtheit der Leistungsangebote deutlich, dass die höher belasteten und kränkeren Pflegenden eher unzufrieden mit der Leistung sind und häufiger die Leistungen nicht nutzen können, weil verschiedene Hinderungsgründe im Weg stehen. Aus Sicht der Pflegenden fehlt es demnach vielfach an Angeboten, an der Passung in das eigene Pflegearrangement, an der Finanzierbarkeit und Qualität der Angebote.

Abbildung 3.23: Weitere Leistungen: Nutzung, Bewertung und Nichtnutzungsgründe in Abhängigkeit vom Belastungs- und Gesundheitszustand



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dez. 2017

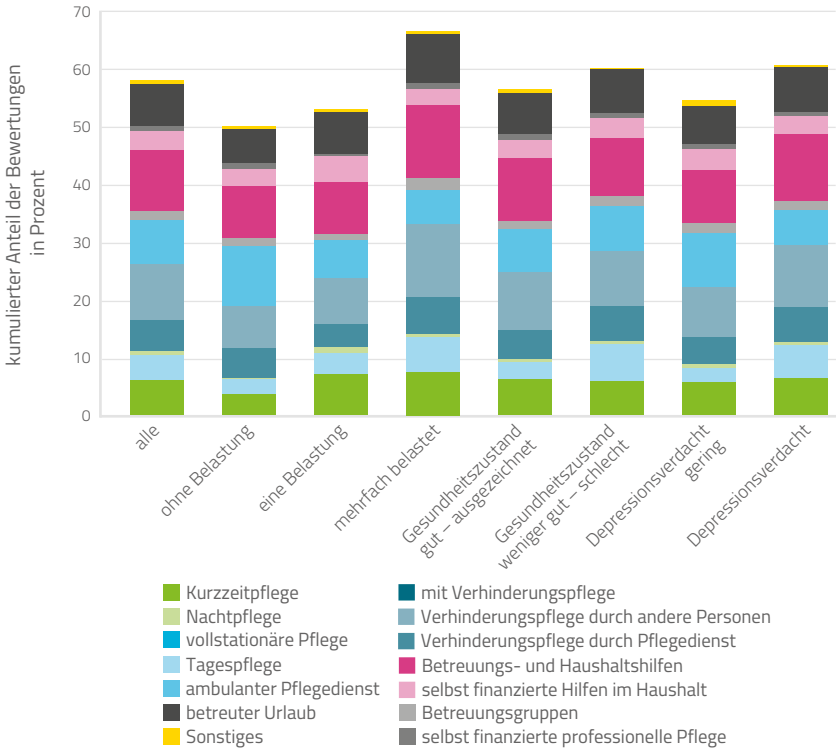
Abbildung 3.23: Weitere Leistungen: Nutzung, Bewertung und Nichtnutzungsgründe (Fortsetzung)



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dez. 2017

Da die Zusammenhänge von Nutzung, Bewertung und Zugang mit den Belastungen und damit indirekt mit dem Gesundheitszustand über alle Leistungsangebote sichtbar werden, ist die Frage zu stellen, welche der Angebote für die Pflegenden die hilfreichsten sind. In der BARMER-Versichertenbefragung 2018 wurde bezüglich der Pflege- und Betreuungsleistungen danach gefragt. Für 6,1 Prozent der Befragten wirkt die Kurzzeitpflege am meisten entlastend. Am hilfreichsten werden aber die Betreuungs- und Haushaltshilfen (10,7 Prozent), die Verhinderungspflege durch andere Personen (9,9 Prozent), der Pflegedienst (7,6 Prozent) und ein betreuter Urlaub (7,4 Prozent) angesehen (Abbildung 3.24). Es dominiert somit mehr die niedrigschwellige und familiale Hilfe (Betreuungsleistungen und Verhinderungspflege durch andere) und die Chance, zeitweise abschalten zu können (Kurzzeitpflege und betreuter Urlaub), bei den hilfreichen Leistungen.

Abbildung 3.24: Bewertung, welche Unterstützungsleistung am meisten hilft



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dez. 2017

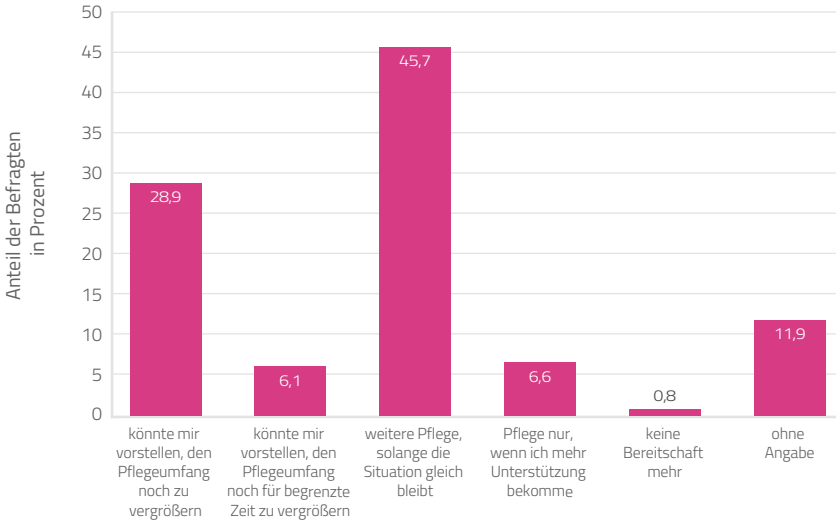
Die Befragten mit höheren Belastungen und schlechterem Gesundheitszustand äußerten sich häufiger, welche Leistungen am hilfreichsten wären. Dabei zeigen sich unterschiedliche Proportionen zu denen mit geringeren Belastungen und einem besseren Gesundheitszustand. Mit geringerer Belastung und geringem Depressionsverdacht erscheint der Pflegedienst hilfreicher. Bei hoher Belastung und Depressionsverdacht werden die Verhinderungspflege durch andere Personen und niedrigschwellige Betreuungs- und Haushaltshilfen wichtig (Abbildung 3.24).

Bei hoher Belastung und Depressionsverdacht werden Verhinderungspflege durch andere Personen und niedrigschwellige Betreuungs- und Haushaltshilfen wichtig.

3.3.9 Weitere Pflegebereitschaft und Zukunftsperspektiven

Pflegende Angehörige sollen sich nicht über ihre Grenzen hinaus belasten, sondern rechtzeitig an sich denken und Unterstützung annehmen (BMG 2011b: 13 ff.). Wie im Kapitel 3.3.8 gezeigt, kommen bei den Pflegenden die Leistungen aus unterschiedlichen Gründen nicht an. Für viele Pflegende ist schon zu Beginn der Pflege eine belastende Motivationslage festzustellen (Kapitel 3.3.3). Die Bereitschaft zur weiteren Pflege kann sich aufgrund zu großer Belastungen und wegen gesundheitlicher Einschränkungen im Verlauf der Pflege deutlich verringern. So äußern 0,8 Prozent der Befragten in der BARMER-Versichertenbefragung 2018, dass sie die Pflege nicht mehr fortsetzen möchten, und weitere 6,6 Prozent, dass sie dies nur mit zusätzlicher Hilfe tun würden (Abbildung 3.25). Hochgerechnet auf die Hauptpflegepersonen im Dezember 2017 ergibt sich damit eine Gesamtzahl von 185.000 Hauptpflegepersonen, die kurz davorstehen, die Pflege einzustellen. Dabei stellt sich die zukünftige Pflegebereitschaft in der BARMER-Versichertenbefragung 2018 sogar noch etwas positiver dar als in der EUROFAMCARE-Studie (Döhner, Kohler und Lüdecke 2007: 12) und in der TNS Infratest-Studie 2016 (Schneekloth et al. 2017). Darin ist ein Teil (3 Prozent) der Hauptpflegepersonen der Meinung, die Pflege sei eigentlich gar nicht mehr zu bewältigen, und weitere 17 Prozent geben an, sie sei nur noch mit Schwierigkeiten zu bewältigen (Schneekloth et al. 2017: 63).

Abbildung 3.25: Ausmaß der zukünftigen Pflegebereitschaft



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017

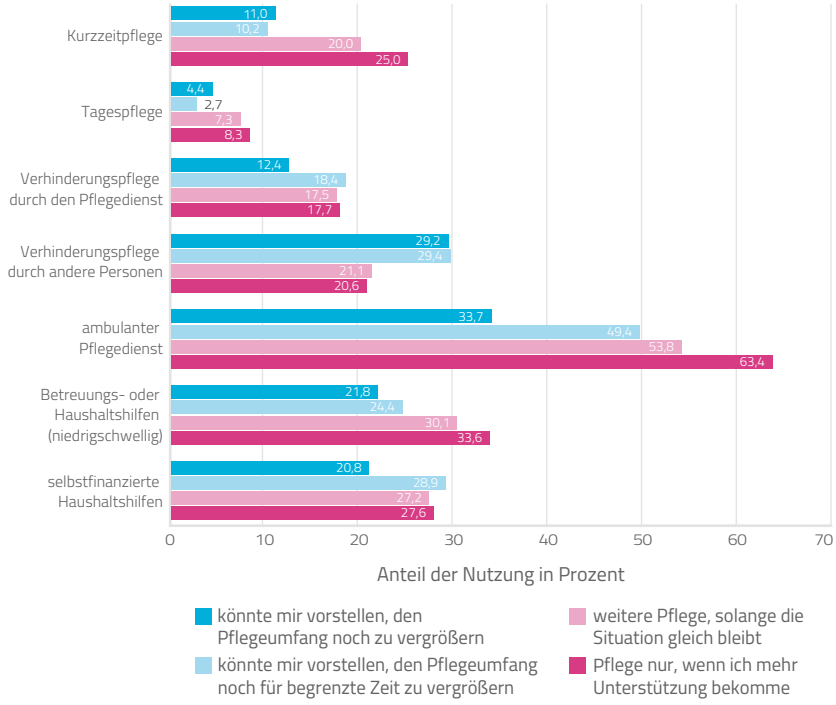
In einem multivariaten logistischen Regressionsmodell wurden zur Ursachenbeschreibung die Effekte auf eine geringere weitere Pflegebereitschaft beleuchtet (hier nicht dargestellt, aber bei den Autoren erhältlich). Integriert in das Modell wurden sämtliche erklärende Merkmale der Analysen der Belastungsarten und der Gesundheitsindikatoren. Zusätzlich sind in das Modell noch die Belastungs- und Gesundheitsindikatoren eingeflossen.

Sämtliche demografischen Merkmale der Pflegenden und Pflegebedürftigen haben unter Kontrolle der Belastungen und Gesundheitsindikatoren keinen Effekt auf eine geringe zukünftige Pflegebereitschaft. Auch der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit, die Beziehung zueinander und das Ausgangsmotiv der Pflege haben keinen Effekt in dem Modell. Es sind vielmehr die Sorgen, die sich – auch vermittelt über die vorgenannten Merkmale – als erklärende Faktoren zeigen. Wenn der Pflegedienst gewünscht wird, aber nicht genutzt werden kann, wenn die Hauptpflegeperson in der Rolle als Pflegender gefangen ist, wenn es Probleme in der Familie gibt und wenn die Lebensqualität sich gerade verschlechtert hat, dann ist die weitere Pflegebereitschaft besonders gering. Bei

ungenügendem Schlaf, einem schlechten Gewissen, der Pflege nicht gerecht zu werden, mit einer gewissen Distanz (keine tägliche Pflege) und der Möglichkeit zur Reflexion (Ansprechpartner für Sorgen) ist die weitere Pflegebereitschaft ebenfalls geringer.

Mit diesem Analysemodell zeigt sich mit der Wirkung der nicht nutzbaren Pflegedienste ein von der Pflegeversicherung und den Leistungsanbietern heraus beeinflussbarer Effekt. An dieser Stelle kann noch einmal die Frage gestellt werden, ob die Entlastungsmöglichkeiten genutzt wurden oder ob sie bei den Pflegenden nicht angekommen sind. In den Abbildungen 3.26 und 3.27 werden daher die Inanspruchnahmen möglicher Unterstützungs- und Beratungsleistungen nach der weiteren Pflegebereitschaft unterschieden.

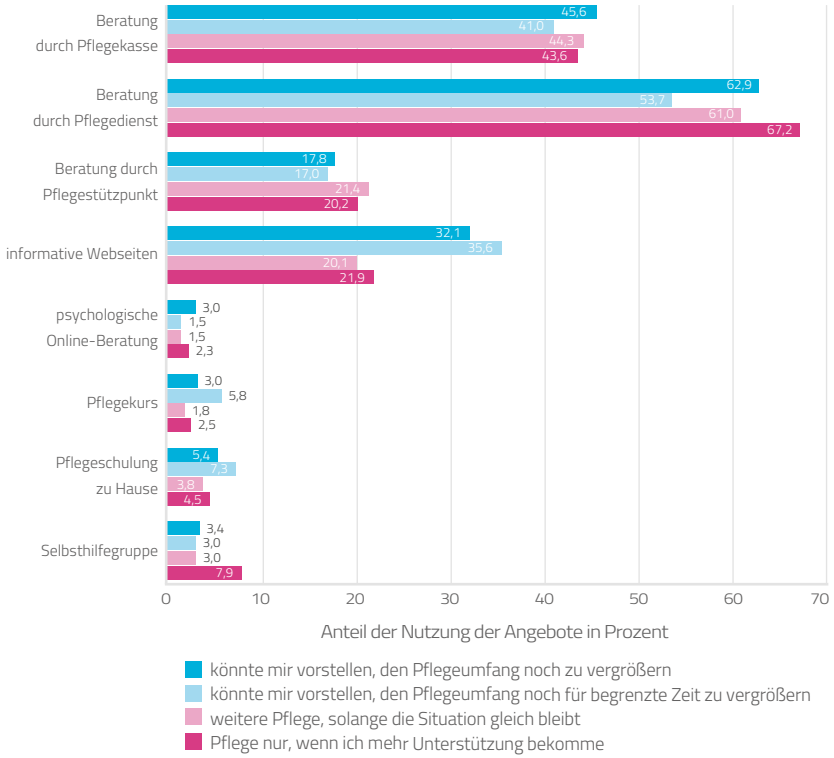
Abbildung 3.26: Inanspruchnahmen von Pflege- und Betreuungsleistungen in Abhängigkeit von der weiteren Pflegebereitschaft



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017

Die Hauptpflegepersonen, die nur noch mit zusätzlicher Unterstützung weiterpflegen wollen, nutzen schon fast doppelt so häufig den Pflegedienst wie die, die das Ausmaß der Pflege noch vergrößern könnten (63,4 Prozent zu 33,7 Prozent). Auch Betreuungs- und Haushaltshilfen (33,6 Prozent zu 21,8 Prozent), die Kurzzeitpflege (20,6 Prozent zu 11,0 Prozent) und die Tagespflege (8,3 Prozent zu 4,4 Prozent) werden häufiger genutzt. Die Verhinderungspflege durch den Pflegedienst ist zwar häufiger, dafür ist aber die Verhinderungspflege durch andere Personen seltener (Abbildung 3.26).

Abbildung 3.27: Inanspruchnahmen von Beratungsleistungen in Abhängigkeit von der weiteren Pflegebereitschaft



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017

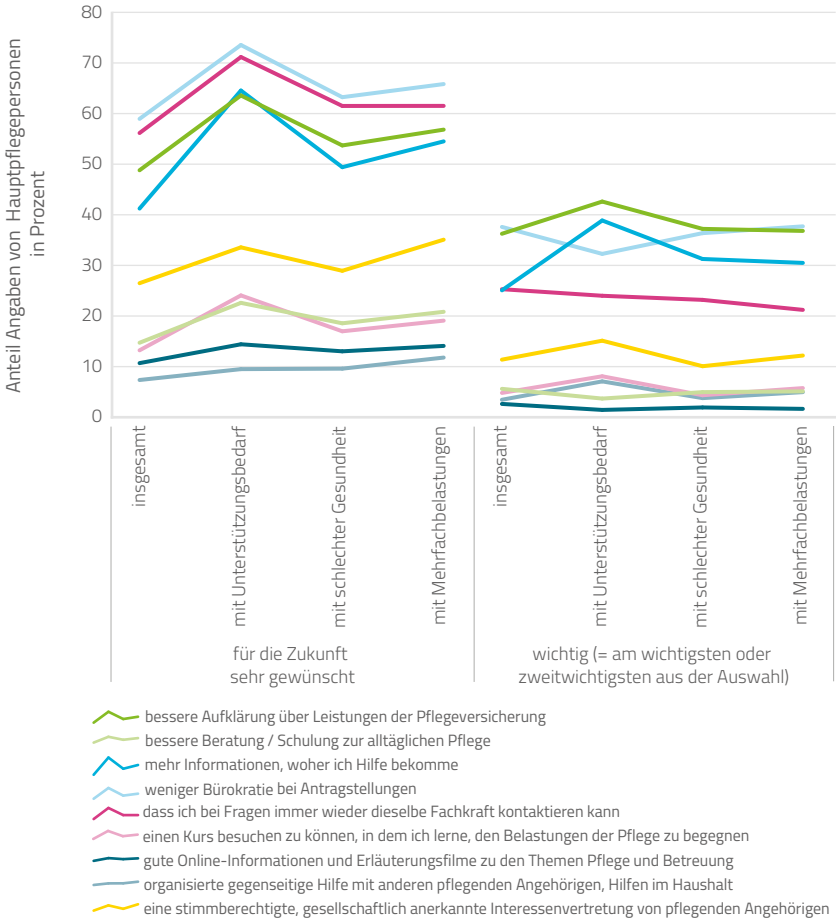
Die Pflegeschulung zu Hause, Pflegekurse und die Nutzung von informativen Webseiten sind seltener, was mit der Dauer der bisherigen Pflege zusammenhängen kann. Hingegen nutzen diejenigen Befragten, die eine Pflegetätigkeit nur noch dann fortführen wollen, wenn sie mehr Unterstützung erhalten, Selbsthilfegruppen mehr als doppelt so häufig wie die Vergleichsgruppen (Abbildung 3.27).

Der Pflegedienst ist bei den Pflegenden mit geringerer weiterer Pflegebereitschaft schon zu zwei Dritteln beteiligt. Dennoch sind insgesamt noch rechnerisch Potenziale vorhanden, den Pflegenden zu helfen. Die Beratungs- und Schulungsangebote finden häufig nur zur Übernahme der Pflege statt und werden anschließend nicht mehr so eindringlich direkt beworben und genutzt.

Um konkretere Antworten zu finden, wo aus Sicht der Pflegenden die größten Lücken in der Unterstützung gesehen werden, wurde nach den Anregungen und Wünschen für die Zukunft gefragt. Die Antworten darauf werden in der Abbildung 3.28 präsentiert. Dabei wird insbesondere auf drei spezielle Subgruppen eingegangen. Hierbei handelt es sich erstens um diejenigen, die bei der Nennung der einzelnen übernommenen Aufgaben weiteren Unterstützungsbedarf angegeben haben, zweitens um diejenigen mit einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand und drittens um diejenigen, die mehreren Belastungsarten ausgesetzt sind.

In der Hauptsache werden sich weniger Bürokratie bei der Antragstellung (59,0 Prozent), bei Fragen immer dieselbe Fachkraft kontaktieren zu können (56,2 Prozent), bessere Aufklärung über die Leistungen der Pflegeversicherung (48,8 Prozent) und mehr Informationen darüber, woher man Hilfe bekommen kann (41,3 Prozent), gewünscht. Bei der Frage danach, welche von diesen Aspekten am wichtigsten sind, wurden vorrangig die Verringerung der Bürokratie (37,7 Prozent) und bessere Aufklärung über die Leistungen der Pflegeversicherung genannt (36,3 Prozent). Bessere Beratungen und Schulungen zur alltäglichen Pflege, Kurse in denen man lernen kann, wie man den Belastungen der Pflege begegnen kann, gute Online-Informationen oder organisierte gegenseitige Hilfen mit anderen Pflegenden werden seltener „sehr" gewünscht und noch seltener als die wichtigsten Maßnahmen für die Zukunft angesehen (Abbildung 3.28).

Abbildung 3.28: Anregungen und Wünsche der Befragten für die Zukunft nach Belastung, Gesundheit und Unterstützungsbedarf



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2018, Hochrechnung auf Pflegebedürftige Bund Dezember 2017

Diejenigen mit der schlechteren Gesundheit oder mehreren Belastungsarten unterscheiden sich in der Rangfolge und Häufigkeit der geäußerten Wünsche kaum vom Durchschnitt. Mehr Wünsche werden allerdings von denen geäußert, die auch schon bei den Fragen zu den einzelnen Verrichtungen mehr Hilfebedarf geäußert haben. Für

diesen Personenkreis ist es dann auch wichtiger zu erfahren, woher man Hilfe bekommt (38,9 Prozent). Vielfach sind, wie im Kapitel 3.3.5 festgestellt, Unterstützungsleistungen nicht bekannt oder nicht verfügbar.

3.4 Ausblick

Die Pflegeversicherung bietet ein breites Spektrum an Beratungs- und Unterstützungsleistungen an. Das BMG und die Pflegekassen werden nicht müde, diese auch zu bewerben. Dennoch gibt es eine große Zahl Pflegender, die über Leistungen nicht informiert sind und nicht wissen, woher sie Unterstützung bekommen können, aber Wünsche nach den Unterstützungsleistungen äußern. Vielfach sind pflegende Angehörige überfordert. Sie fühlen sich häufig allein gelassen und hilflos, haben Zukunftsängste und verlieren die Motivation und Kraft, die Pflege weiter zu leisten. In der Regel wird die Pflege aus Überzeugung übernommen. In vielen Bereichen brauchen sie dann die Unterstützung von der Pflegeversicherung und bekommen sie auch. Bei vielen kommt die Hilfe aber nicht an. Ein erhöhter Bedarf zeichnet sich bei denjenigen ab, die sich allein gelassen fühlen, die uninformiert über Leistungsangebote sind oder keinen Zugang dazu finden. Die Aufgabe und Schwierigkeit werden es sein, diese Menschen anzusprechen und ihnen bedarfsgerecht zu helfen.

Von den pflegenden Angehörigen werden die angebotenen Unterstützungsleistungen schon häufiger genutzt, wenn sie höher belastet sind und der Gesundheitszustand schlechter ist. Dennoch zeichnet sich auch für sie noch ein Unterstützungspotenzial ab. Pflegende Angehörige wünschen sich mehr Informationen darüber, welche Leistungsansprüche es gibt und insbesondere woher sie Hilfe bekommen. Die Information allein, dass man einen Anspruch auf bestimmte Leistungen hat, scheint nicht ausreichend.

Deutlich wird aber auch aus der BARMER-Versichertenbefragung 2018, dass es nicht immer nur die Pflegeleistungen der Pflegeversicherung sein müssen, die als entlastend empfunden werden. Vielfach wird auch die Hilfe im normalen Alltag als entlastend angesehen. So hat die Betreuungs- oder Haushaltshilfe zu Hause die höchste Bewertung bei der Frage bekommen, welche Unterstützungsleistungen am meisten helfen (könnten). Aber auch eine Entlastung bei der Organisation des normalen Pflegealltags ist ein häufiger

Wunsch. Weniger Bürokratie bei der Antragstellung und weniger organisatorischer Aufwand auf dem Weg zur Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung sind in den Augen der pflegenden Angehörigen wünschenswert. Dies zeigt sich in dem Anteil der Nichtnutzer von Unterstützungsleistungen, die den organisatorischen Aufwand als Hinderungsgrund angegeben haben, und in dem Anteil der Befragten, die sich explizit weniger Bürokratie für die Zukunft gewünscht haben.

Als Lösungsvorschläge für die ambulante Pflege und Betreuung sind häufiger neue Wohnkonzepte vorgeschlagen worden (Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. o.J.; Schulz-Nieswandt et al. 2012; SONG 2009; Stiftung trias). Diese führen aber dazu, dass bisheriger Wohnraum verlassen werden muss. Als weitere Lösungen werden daher auch quartiersnahe Unterstützungen pflegender Angehöriger diskutiert (Zegelin, Segmüller und Bohnet-Joschko 2017). So können kommunal auch Infrastrukturen geschaffen werden, die es Pflegenden und ihren pflegebedürftigen Angehörigen erleichtern, das Haus zu verlassen (Barrierefreiheit, Sitzgelegenheiten, WCs). Hol- und Bringdienste sind auch als entlastende Maßnahmen anzusehen (Zegelin, Segmüller und Bohnet-Joschko 2017: 75). Ebenso wäre eine kürzere Wartezeit bei Ärzten eine Maßnahme, die das häufige Unterlassen von Arztbesuchen vermindern und so gegebenenfalls den Gesundheitszustand der pflegenden Angehörigen positiv beeinflussen könnte.

In bisherigen Studien wurde insgesamt ein Rückgang der Anteile mit mehreren pflegenden Angehörigen festgestellt und ebenso ein Rückgang der Anteile, in denen die pflegende mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt lebt (Schmidt und Schneekloth 2011; Schneekloth et al. 2017). Dies muss nicht Ausdruck eines vielerorts benannten Rückgangs der Pflegebereitschaft und des Pflegepotenzials sein (Rothgang, Müller und Unger 2012), denn im Verlauf der letzten Jahre hat sich auch die Struktur der Pflegebedürftigen von schwerer Pflegebedürftigen zu leichter Pflegebedürftigen geändert (Rothgang et al. 2017: 118). Ein rückläufiger Anteil der Pflegenden und Änderungen in der Beziehungsstruktur sind zum Teil auch diesen Veränderungen geschuldet. Den Aufgaben und Belastungen durch die Pflege wird mit der Pflegeversicherung begegnet. Wie die Analysen zeigen, gehen viele Pflegende aber bis an ihre Belastungsgrenzen oder darüber hinaus und finden

nicht die richtigen Unterstützungsangebote. Seit Beginn der Pflegeversicherung war und ist es Aufgabe der Pflegeversicherung und der Politik, Ideen zur Hilfestellung zu entwickeln.

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD zur 19. Legislaturperiode sind auch Ziele hinsichtlich der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und der Einflussnahme auf den Pflegemarkt formuliert worden (CDU, CSU und SPD 2018: 95 ff.). Eine Verbesserung der Bezahlung in der Pflege sowie eine Ausbildungs- und Weiterbildungsoffensive sollen ebenso die Pflege stärken wie eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Angebote in der Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie in der Tages- und Nachtpflege. Ohne dass damit direkt finanzielle Mittel in Richtung der Pflegebedürftigen oder der pflegenden Angehörigen fließen, soll damit eine Unterstützung der pflegenden Angehörigen bewirkt werden.

Zur Erarbeitung konkreter Maßnahmen werden in der Konzertierten Aktion Pflege fünf Arbeitsgruppen eingesetzt, und zwar in den Bereichen „Ausbildung und Qualifizierung", „Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung", „Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung", „Pflegekräfte aus dem Ausland" und „Entlohnungsbedingungen in der Pflege" (BMG 2018b).

Kapitel I

Anhang

I Anhang

Amtliche und halbamtliche Daten zur Pflegebedürftigkeit

Pflegestatistik

Die Pflegestatistik nach § 109 SGB XI beruht auf zwei Erhebungen der Statistischen Ämter der Länder und des Bundes: eine bei den Leistungsanbietern (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) über erbrachte Leistungen und die personelle Ausstattung der Einrichtungen sowie einer Erhebung bei den Kostenträgern (den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen) über die Leistungsgewährung und Leistungsempfänger. Die Pflegestatistik dient vor allem dazu, die Situation in den Pflegeheimen und ambulanten Diensten zu beschreiben (Statistisches Bundesamt 2017a). Die Pflegestatistik stellt seit 1999 Informationen zur Verfügung und wird alle zwei Jahre erstellt. Die Pflegestatistik berichtet vollständig über die Leistungserbringer, die Versicherten der SPV und PPV, schließt seit dem Jahr 2013 auch Personen mit der Pflegestufe 0 ein und berücksichtigt außerdem noch Personen in stationärer Pflege, bei denen die Pflegestufe noch nicht festgestellt wurde. Es fehlen allerdings Informationen über die Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.

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

Die Berechnung der Vollzeitäquivalente ist wie folgt durchgeführt: In Vollzeit Tätige sind mit dem Faktor 1 gewichtet. Beschäftigte mit einer Regelarbeitszeit über 50 Prozent sind mit dem Faktor 0,75 gewichtet; Beschäftigte in Teilzeit mit 50 Prozent und weniger der Regelarbeitszeit, die aber nicht geringfügig beschäftigt sind, sind mit dem Faktor 0,5 und alle anderen mit 0,25 gewichtet.

Daten der Sozialen Pflegeversicherung (SPV)

Bei den Daten der SPV stehen vor allem Fragen der Ausgabenentwicklung und der Finanzierung im Vordergrund. Der Berichtszeitraum umfasst die gesamte Zeit seit Einführung der Pflegeversicherung. Im Gegensatz zur Pflegestatistik enthalten die Daten keine Informationen über Leistungen der privaten Pflegeversicherung. Daher kann mit der Statistik der Pflegekassen kein vollständiger Überblick über die Pflegebedürftigkeit in Deutschland gewonnen werden. Allerdings sind in diesen Daten – anders als in der Pflegestatistik – auch Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen berücksichtigt. Informationen über die Leistungsanbieter sind nicht enthalten. Es wird lediglich die Leistungsinanspruchnahme der Versicherten beschrieben.

Da Daten der SPV nicht umfassend und auch nicht so differenzierbar sind, werden diese Daten in der Routineberichterstattung im Kapitel 2 ausschließlich zur Beschreibung der Finanzierung durch die SPV verwendet.

Im Kapitel 1 werden die Daten differenzierter und ausführlicher genutzt und gehen über die veröffentlichten Daten hinaus. Als Datengrundlagen werden die Leistungstagestatistik (PG 1), die Leistungsempfängerstatistik (PG 2) und die Finanzstatistik der Pflegekassen (PV 45) genutzt.

Leistungstagestatistik PG 1: Die gesetzlichen Pflegekassen in Deutschland erheben quartalsweise Daten zu den erbrachten Leistungen für ambulante und stationäre Pflege. Dabei wird zwischen den Leistungsarten Pflegegeld, Pflegesachleistung, Kombination von Geld- und Sachleistungen, Tages- und Nachtpflege, häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson, Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflege, Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, stundenweise Verhinderungspflege, Pflegezeit (die beiden letzten wurden nur in 2017 erhoben), Pflegestufen sowie dem Vorliegen von eingeschränkter Alltagskompetenz beziehungsweise Pflegegraden unterschieden. Die erhobenen Daten können aufgrund von unterjährigen Schwankungen nur jahresweise sinnvoll ausgewertet werden. Zur Auswertung werden die Leistungsfälle eines Jahres erfasst und anschließend durch die Anzahl der Tage in diesem Jahr geteilt. Die Daten sind somit als Jahresdurchschnitte zu sehen und beschreiben die jeweilige

Anzahl der Leistungsempfänger an einem Tag. Zu beachten ist, dass es bei der Leistungstagestatistik zu Mehrfachzählungen kommt, da die Empfänger von Tages- und Nachtpflege, häuslicher Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson sowie von stationärer Pflege in Behindertenheimen weitere Leistungen beziehen können.

Leistungsempfängerstatistik PG 2: In der Leistungsempfängerstatistik PG 2 werden zu den Stichtagen 30. Juni und 31. Dezember eines jeden Jahres alle Leistungsempfänger von SGB-XI-Leistungen erfasst. Diese liefern Informationen zu ambulanten und stationären Leistungen sowie zu Pflegestufen oder Pflegegraden.

Finanzstatistik der Pflegekassen PV 45: In der Finanzstatistik der Pflegekassen werden jährliche Ausgaben und Einnahmen der Pflegekassen erhoben und durch das BMG veröffentlicht.

PKV-Verband

Informationen zu den Pflegebedürftigen, die in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert sind, werden an das BMG gemeldet und ebenfalls vom Ministerium veröffentlicht. Die Statistiken der PKV werden auch in jährlichen Berichten des PKV-Verbandes veröffentlicht. Die Statistik der PKV ist jedoch nur wenig differenziert und bietet vor allem Informationen zur Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung.

MDS

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) führt intern Statistiken über die Zahl und Art der Begutachtungen. Unterschieden wird dabei zwischen Erstbegutachtungen, Widerspruchsbegutachtungen und Änderungs- oder Wiederholungsbegutachtungen. Weitere Unterscheidungsmerkmale sind die Begutachtungsergebnisse in Form von Pflegestufen und Einstufung der eingeschränkten Alltagskompetenz beziehungsweise der Pflegegrade sowie Alter, Geschlecht, Empfehlungen zu rehabilitativen Maßnahmen und pflegebegründenden Diagnosen. Die Standardberichterstattung ist deutlich eingeschränkt worden, aber erforderliche Daten können direkt beim MDS angefragt werden.

BARMER-Daten

Eine weitere zentrale Datenquelle für diesen Report sind die Routinedaten der BARMER. Prozessproduzierte Routinedaten von Krankenkassen haben generell ein großes Potenzial für die Versorgungsforschung (Swart et al. 2014), insbesondere weil sie tagesgenaue Informationen zum Leistungsgeschehen sehr großer Populationen enthalten. Für die Auswertungen berücksichtigt sind Daten von mehr als acht Millionen Versicherten der BARMER. Das ist mehr als jeder Zehnte der Bundesbevölkerung beziehungsweise rund jeder Achte aller GKV-Versicherten. Zum 1. Januar 2017 fusionierte die BARMER GEK mit der Deutschen BKK und wurde zur BARMER. Daten der vormals bei der Deutschen BKK Versicherten konnten im vorliegenden BARMER-Pflegereport noch nicht berücksichtigt werden.

Der größte Vorzug der Routinedaten der Kassendaten gegenüber den Daten der Kassenstatistik des BMG oder der Pflegestatistik liegt sicherlich in ihrer Struktur als Individualdaten. Während mit den amtlichen Statistiken nur Querschnitt- und Zeitreihenbetrachtungen möglich sind, eignen sich die Routinedaten auch für Analysen im Zeitverlauf einzelner Personen(gruppen). Zudem sind in den Routinedaten auch weitere Merkmale im Rahmen des Versorgungsgeschehens enthalten. So lassen sich beispielsweise mit den Daten der BARMER Pflegeverläufe bei einzelnen Erkrankungen analysieren.

Stärken von Routinedaten im Vergleich zu Befragungsdaten bestehen in der hohen Fallzahl und darin, dass die Angaben zu den Leistungen des Versorgungssystems als hoch valide zu betrachten sind, da es keine Verzerrungen aufgrund von unkorrekten Erinnerungen (Recall Bias) gibt. Die Validität ist außerdem als hoch anzusehen, weil die Leistungsdaten zahlungsrelevant sind und kontrolliert werden.

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 im Zeitverlauf auch ändern können und damit Aussagen zur Repräsentativität zusätzlich erschwert werden.

Für diesen Report werden dem SOCIUM 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 Personenkennziffer (Pseudonym) verknüpfen.

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

- Stammdaten: Sie liefern grundlegende demografische Informationen zu Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnregion und Versichertenzeiten.
- Pflegedaten: Sie enthalten alle Informationen über die Leistungen der SPV nach SGB XI. Angegeben sind die Leistungsarten und Pflegestufen beziehungsweise Pflegegrade 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.

Zuordnung von Pflegeleistungen und Pflegegraden

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

In den Auswertungen erfolgt eine Zuordnung zum Leistungsbezug und zum Pflegegrad dann, wenn innerhalb eines Monats eine entsprechende Leistung bezogen wurde oder eine Pflegestufe (inklusive Pflegestufe 0) oder ein Pflegegrad vorlag. Die Zuordnung erfolgt hierarchisch für die Pflegestufen beziehungsweise Pflegegrade und auch für die Pflegeleistungen. Liegen im Monat zwei verschiedene Pflegestufen oder Pflegegrade vor, wird die / der höhere verwendet. Die Leistungen werden in folgender Weise hierarchisch überschrieben: vollstationäre Dauerpflege, Pflege in Behinderteneinrichtungen, Pflegesachleistungen vor Pflegegeld. Wenn keine dieser Leistungen vorliegt, wird noch unterschieden zwischen Personen mit Ersatzleistungen (Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, teilstationäre Pflege) und Personen ohne Leistungen. Das Vorliegen einer Pflegestufe (mindestens Pflegestufe 0) ist aber Voraussetzung für die Berücksichtigung.

Hauptpflegepersonen

Für das Schwerpunktkapitel 3 sind gesonderte Daten zur Verfügung gestellt worden. Es handelt sich dabei um die Zuordnung von Hauptpflegepersonen zu pflegebedürftigen Personen. Damit wird die Verknüpfung von Alter, Geschlecht, Pflegegraden und Diagnosen der Pflegebedürftigen mit Alter, Geschlecht, Pflegedauer und Diagnosen der Hauptpflegepersonen möglich.

Selektionen

Für die Routineauswertungen im Kapitel 2 sind die zugrunde liegenden Daten verwendet worden, wenn gültige Werte bezüglich Geburtsjahr und Geschlecht vorlagen und als Wohnort eine Region in Deutschland angegeben war.

Hinsichtlich der Inzidenzbestimmung und der Verläufe inzidenter Fälle wurden weitere Selektionen vorgenommen: Alle Versicherten, außer den Null- 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 haben. Für die Übergangswahrscheinlichkeiten aus dem Pflegeleistungsbezug durfte zudem kein Kassenwechsel innerhalb der nachfolgenden zwölf Monate stattfinden.

Für die Auswertungen im Kapitel 3 sind nur diejenigen berücksichtigt, bei denen zur Hauptpflegeperson und der dazugehörigen pflegebedürftigen Person zum 31. Dezember 2017 gültige Angaben zu Alter und Geschlecht vorlagen, wobei die pflegebedürftige Person nicht im Pflegeheim versorgt werden durfte. Ausgewählt wurden zudem nur Hauptpflegepersonen mit Altersangaben ab 20 Jahren. In den Vergleichsjahren 2012 und 2017 mussten jeweils durchgängige Versicherungsverhältnisse vorliegen. Zu diesen 179.134 Hauptpflegepersonen wurden die Diagnosen im jeweiligen Jahr erfasst.

Hochrechnung und Gewichtung

Da die Verteilung der BARMER-Versicherten nach Geburtsjahr, Geschlecht und Bundesland nicht der Verteilung der Gesamtbevölkerung entspricht, werden die Berechnungen auf Basis der BARMER-Daten und auch der BARMER-Versichertenbefragung 2018 an die Bevölkerungsverteilung angepasst. Die Ergebnisse im Kapitel 2 beruhen allesamt auf Hochrechnungen bezüglich der Verteilung nach Geburtsjahr, Geschlecht und Bundesland (Statistisches Bundesamt 2018d). Hochrechnungen mit Daten der Jahre bis 2016 sind auf die Bevölkerungszahlen der entsprechenden Jahre vorgenommen worden. Da die Bevölkerungszahlen vom Statistischen Bundesamt für das Jahr 2017 noch nicht vorliegen

und die Bevölkerungsprognosen aus dem Jahr 2013 für 2016 sich schon sehr von den tatsächlichen Verteilungen unterscheiden, werden statt der Bevölkerungsprognosen für das Jahr 2017 die bestehenden Verteilungen aus dem Jahr 2016 auch für das Jahr 2017 übernommen. Dies geschieht auch vor dem Hintergrund, dass die Unterschiede zwischen den Jahren 2015 und 2016 nicht so groß ausgefallen sind und die Migrationszahlen im Jahr 2017 wieder deutlich zurückgegangen sind.

Besondere Gewichtung und Hochrechnung im Schwerpunktkapitel

Der Hochrechnungsfaktor für die Auswertungen im Kapitel 3 auf die Werte in Deutschland ist so gefasst, dass die Gesamtzahl der Hauptpflegepersonen 2,47 Millionen ergibt. Diese Zahl resultiert aus den Feststellungen, dass 93 Prozent der Pflegebedürftigen in Privathaushalten eine Pflegeperson haben (Schneekloth et al. 2017: 53), im Jahr 2015 rund 2,24 Millionen Pflegebedürftige in Privathaushalten versorgt wurden (davon 0,16 Millionen mit Pflegestufe 0) (Statistisches Bundesamt 2017a: 9) und sich aus den Auswertungen der BARMER-Daten für den Zeitraum von 2015 bis 2017 eine Steigerungsrate von 18 Prozent häuslich gepflegter Pflegebedürftiger ergibt (Kapitel 2.1). Für die Pflegebedürftigen im Alter von null bis 19 Jahren ist für die vorliegenden Auswertungen zu 100 Prozent angenommen worden, dass es eine Pflegeperson gibt. Für die restlichen Pflegebedürftigen ist von den 93 Prozent ausgegangen worden.

Verglichen werden die Ergebnisse mit Personen, die nicht als Hauptpflegepersonen erfasst sind und auch selbst nicht pflegebedürftig sind, die ansonsten aber die gleichen Bedingungen erfüllen. Für den deskriptiven Vergleich mit den Hauptpflegepersonen sind die Alters- und Geschlechterverteilung denen der berücksichtigten Hauptpflegepersonen angepasst worden (Standardisierung auf die Population der Hauptpflegepersonen).

Für die multivariate Analyse sind die einzelnen Hochrechnungsfaktoren in Gewichtungsfaktoren umgewandelt worden (gewichtet). Das heißt, die relative Größe der Gewichte zueinander entspricht der relativen Größe der Hochrechnungsfaktoren. Die Gewichtungsfaktoren sind aber auf ein solches Maß reduziert, dass in der Summe die Ausgangsgröße der Datensätze nicht überschritten wird. Die Summe der Gewichtungsfaktoren ergibt

also acht Millionen entsprechend der Zahl der Versicherten und nicht 80 Millionen entsprechend der Bevölkerungszahl.

Limitationen

Zur Repräsentativität der Angaben über die Hauptpflegepersonen: Es konnten für die Auswertungen nur Hauptpflegepersonen ausgewählt werden, wenn sowohl die pflegebedürftige Person als auch die Hauptpflegeperson bei der BARMER versichert waren. Dies ist zwar eine systematische Selektion, eine Verzerrung der Ergebnisse hinsichtlich des Zusammenhangs von Pflege und Krankheitsverläufen wird daraus aber nicht erwartet.

BARMER-Versichertenbefragung 2018

Die Gesundheit der pflegenden Angehörigen ist in diesem Report das Schwerpunktthema. Da mithilfe der amtlichen Statistik und der Routinedaten der BARMER die empfundenen Belastungen, die speziellen Einschränkungen und die Versorgungswünsche der Pflegebedürftigen und Angehörigen nicht erfasst werden können, wurde im März 2018 eine Versichertenbefragung durchgeführt. Es wurden 6.996 Pflegepersonen, die ebenso wie die pflegebedürftige Person bei der BARMER versichert sind, angeschrieben. Registriert ist bei der BARMER die jeweilige Hauptpflegeperson eines Pflegebedürftigen. Die Versichertenzeit der Befragten sollte mehr als ein Jahr betragen.

Die Hauptpflegepersonen wurden unter anderem nach dem Gesundheitszustand, den Belastungen, der Veränderung des Gesundheitszustands und den bekannten und genutzten unterstützenden Maßnahmen befragt. Die Maßnahmen sollten zudem bewertet werden. Weitere angesprochene Themen sind der Grad der Pflegebedürftigkeit, die Pflegehistorie sowie die soziale Lage in Form von Haushaltszusammensetzung, formalem Bildungsniveau und Einkommensniveau.

Antwortverhalten

Bis zum 30. April 2018 gab es einen Rücklauf von 1.932 Fragebögen (Tabelle „Response der Befragung"). Dies entspricht einer Rücklaufquote von fast 28 Prozent. Von den 1.932 Fragebögen wurden 46 nicht zur Datenauswertung eingegeben, da mehrere Personen geantwortet haben oder die Fragebögen leer waren. Zu 60 befragten Personen oder

deren pflegebedürftigen Angehörigen lagen zumindest teilweise keine gültigen Werte zu Alter oder Geschlecht vor; sehr wenige gaben an, dass die pflegebedürftige Person im Pflegeheim wohnt, und eine Person war in der Zwischenzeit verstorben. Einige Angaben konnten durch gezielte Korrekturverfahren nachgetragen werden. Letztlich mussten aber aufgrund fehlender Werte 24 Fragebögen von den weiteren Auswertungen ausgeschlossen werden. Die realisierte Stichprobe umfasst damit 1.862 Fragebögen. Dies entspricht einer Ausschöpfungsquote von 27 Prozent.

Response der Befragung

angeschrieben im März 2018	**6.996 Pflegepersonen ohne Alterseinschränkungen**
Rücklauf bis zum 30. April 2018	1.932 Personen = Rücklaufquote von 28 Prozent
ungültig	46 wegen Fehlern nicht eingegebene Fragebögen + 24 Fragebögen ohne korrigierbare Werte zu Alter oder Geschlecht oder Pflegebedürftiger ist Pflegeheimbewohner oder verstorben
Analyse	1.862 Fragebögen gingen in die Auswertungen ein = Ausschöpfungsquote von 27 Prozent

Um zu überprüfen, ob sich die Teilnehmer der Befragungen von den Nichtteilnehmern unterscheiden, ob also Verzerrungen aufgrund selektiver Rückläufe vorliegen, zeigt die Tabelle „Charakterisierung der Bruttostichprobe…" auf der Folgeseite die Alters- und Geschlechterverteilung. Die Differenzen in der Altersverteilung sind aber relativ gering. Der Anteil in einer Altersgruppe liegt in den realisierten Auswertungsdaten maximal um 2,2 Prozentpunkte über dem Anteil in der Bruttostichprobe (75- bis 80-Jährige) und maximal um 1,9 Prozentpunkte unter dem Anteil in der Bruttostichprobe (45- bis 49-Jährige). Die Geschlechterverteilung ist sehr ähnlich (Differenz: 1,1 Prozentpunkte). Einzig die Differenz in den Altersgruppen von 75 bis 79 und 80 bis 84 Jahren ist statistisch signifikant auf dem Fünf-Prozent-Niveau. Das heißt, die älteren Hauptpflegepersonen haben etwas mehr geantwortet. Die Ausschöpfungsquote schwankt nach Fünf-Jahres-Altersgruppen zwischen 19 und 37 Prozent und ist für Frauen und Männer kaum unterschiedlich.

Charakterisierung der Bruttostichprobe und der Teilnehmer in der realisierten Befragung

	Bruttostichprobe gültige Angaben aus den Routinedaten der BARMER	Anteil in der Brutto-stichprobe in Prozent	realisierte Befragungen gültige Angaben aus dem Fragebogen	Anteil in den realisierten Befragungen (Auswer-tungsdaten) in Prozent	Ausschöp-fungsquote in Prozent
Gesamt	6.996	100,0	1.862	100,0	26,6
Alter					
bis 30	119	1,7	18	1,0	15,1
30 – 34	198	2,8	48	2,6	24,2
35 – 39	341	4,9	79	4,2	23,2
40 – 44	460	6,6	100	5,4	21,7
45 – 49	618	8,8	131	7,0	21,2
50 – 54	935	13,4	237	12,7	25,3
55 – 59	1.127	16,1	280	15,0	24,8
60 – 64	1.182	16,9	332	17,8	28,1
65 – 69	572	8,2	144	7,7	25,2
70 – 74	262	3,7	79	4,2	30,2
75 – 79	406	5,8	148	8,0*	36,5
80 – 84	446	6,4	157	8,4*	35,2
85 – 89	226	3,2	83	4,5	36,7
90 +	98	1,4	26	1,4	26,5
Geschlecht					
Männer	1.489	21,3	416	22,3	27,9
Frauen	5.507	78,7	1.446	77,7	26,3

Quelle: BARMER-Daten und BARMER-Versichertenbefragung 2018; * $p < 0,05$

Hochrechnung und Gewichtung

Um eine Gesamtverteilung in ganz Deutschland zu ermitteln und mögliche Selektionseffekte auszugleichen, sind auch in den Auswertungen der BARMER-Versichertenbefragung 2018 Hochrechnungsfaktoren verwendet worden. Ebenso wie bei den Hochrechnungen bei der Nutzung der BARMER-Daten wurde über die Alters- und Geschlechterverteilung der pflegebedürftigen Personen ein Hochrechnungsfaktor für Dezember 2017 errechnet. Die Methodik ist dabei dieselbe wie bei den BARMER-Daten (siehe Absatz „Besondere Gewichtung und Hochrechnung

im Schwerpunktkapitel"). Der Hochrechnungsfaktor für die Befragungsdaten auf die Werte in Deutschland ist ebenso gefasst, dass die Gesamtzahl der Hauptpflegepersonen 2,47 Millionen im Dezember 2017 ergibt, und ist abgeleitet aus der Verteilung der pflegebedürftigen Personen nach Alter und Geschlecht. Mögliche Verzerrungen der Ergebnisse durch ein unterschiedliches Antwortverhalten in den verschiedenen Altersklassen werden mit der Gewichtung und der Hochrechnung ausgeglichen.

Limitationen

Bei Befragungen ist immer davon auszugehen, dass die Antwortbereitschaft bei denjenigen größer ist, die sich mitteilen wollen, die einen Sinn in der Befragung sehen, die sich angesprochen fühlen. Personen, die dem Thema neutral und unbelastet gegenüberstehen, können eher die Teilnahme verweigern. Ebenso sind zeitliche Einschränkungen oder Schwierigkeiten beim Verstehen der Fragen mögliche Faktoren, die zu einer Verzerrung führen können. Ein weiterer Faktor, der prinzipiell zu Verzerrungen führen könnte, ist die Auswahl nur der Hauptpflegepersonen mit einer ebenfalls bei der BARMER versicherten pflegebedürftigen Person. Eine Selektion gab es hinsichtlich der bisherigen Pflegedauer. Die Pflegebedürftigen sollten auch schon zum Dezember 2017 pflegebedürftig sein. Damit wird die Zahl der sehr kurzzeitigen Pflegedauern unterschätzt. In einer Stichtagsbetrachtung sind aber generell die kurzzeitigen Pflegeverhältnisse unterschätzt, da die Wahrscheinlichkeit, in die Stichprobe zu gelangen, für diese geringer ist als für schon lange Zeit Pflegebedürftige. Der Effekt auf die Verteilung nach Pflegedauer ist damit zwar erkannt, aber nicht sehr groß. Zur Überwindung der weiteren möglichen Verzerrungen werden die Hochrechnungsfaktoren eingesetzt, die sich über die pflegebedürftigen Personen bilden.

In den meisten Variablen der realisierten Befragung sind Fehlwerte im Antwortverhalten aufgetreten. Der Anteil ohne Angaben lag in aller Regel im einstelligen Prozentbereich. Einzig bei den Angaben zum Haushaltseinkommen liegen die Anteile der Fehlwerte bei 17,5 und 20,1 Prozent. Ordinalskalierte Variablen wurden durch den Median und intervallskalierte Variablen durch den Mittelwert ersetzt, wenn es fehlende Angaben gab.

Kapitel II

Verzeichnisse

II Verzeichnisse

Abkürzungsverzeichnis

GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
PEA	Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PG	Pflegegrad
PNG	Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz PNG
PPV	Private Pflegepflichtversicherung
PSG I	Erstes Pflegestärkungsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SPV	Soziale Pflegeversicherung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1: Entwicklung der Leistungsausgaben der Sozialen Pflegeversicherung ... 25
Abbildung 1.2: Bruttoausgaben der Sozialhilfe für Pflege 2014 bis 2017 innerhalb und außerhalb von Einrichtungen ... 28
Abbildung 1.3: Bruttoausgaben der Sozialhilfe 2017 nach Leistungsart und Pflegegrad ... 28
Abbildung 1.4: Durchschnittliche SPV-Leistungen pro Leistungsempfänger in vollstationärer Pflege ... 30
Abbildung 1.5: Ausgabensteigerung für Hauptleistungsarten 2017 ... 34
Abbildung 1.6: Veränderung der Zahl der Leistungsempfänger und der Pro-Kopf-Leistungen für Hauptleistungsarten 2017 zu 2016 ... 36
Abbildung 1.7: Anteil der Anträge auf vollstationäre Pflege an allen Anträgen auf Pflegeleistungen ... 38
Abbildung 2.1: Pflegestufen nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2015 (Pflegestatistik) ... 54
Abbildung 2.2: Pflegestufen nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2015 (BARMER) ... 54
Abbildung 2.3: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesländern und nach Pflegegraden – 2017 gegenüber 2015 ... 55
Abbildung 2.4: Versorgungsarten nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2015 (Pflegestatistik) ... 57
Abbildung 2.5: Versorgungsarten nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2015 (BARMER) ... 58
Abbildung 2.6: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten – 2017 gegenüber 2015 ... 59
Abbildung 2.7: Pflegeprävalenzen nach Bundesländern im Jahr 2015 ... 61
Abbildung 2.8: Ergebnisse von Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch den MDK ... 65
Abbildung 2.9: Jahresinzidenz der Pflegebedürftigkeit je 1.000 nicht pflegebedürftige Bewohner ... 67

Abbildung 2.10: Prozentualer Anteil der Todesfälle oder anderer dauerhafter Beendigungen innerhalb eines Jahres (2011 und 2017) ... 70
Abbildung 2.11: Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste nach Bundesland in den Jahren 2007 und 2015 – Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige ... 76
Abbildung 2.12: Heimplätze mit vollstationärer Dauerpflege je 100 Pflegebedürftige nach Bundesland in den Jahren 2007 und 2015 ... 82
Abbildung 2.13: Anteil der Empfänger von „Hilfe zur Pflege" von 100 Pflegebedürftigen – ambulant und stationär ... 92
Abbildung 3.1: Wirkschema von Be- und Entlastung auf die Gesundheit ... 103
Abbildung 3.2: Pflegebedürftige mit Hauptpflegeperson in häuslicher Pflege im Dezember 2017 ... 108
Abbildung 3.3: Pflegebedürftige nach soziodemografischen Merkmalen ... 109
Abbildung 3.4: Pflegebedürftige im Dezember 2017 nach Pflegegrad, Barthel-Index und erweitertem Barthel-Index ... 112
Abbildung 3.5: Pflegebedürftige im Dezember 2017 und dieselbe Population fünf Jahre zuvor nach dem Pflegegrad, BARMER-Daten 2018 ... 113
Abbildung 3.6: Hauptpflegepersonen nach Geschlecht und Alter ... 114
Abbildung 3.7: Hauptpflegepersonen nach soziodemografischen Merkmalen ... 115
Abbildung 3.8: Beziehung zur pflegebedürftigen Person und Unterstützungspotenzial ... 119
Abbildung 3.9: Zugang zum Unterstützungspotenzial ... 120
Abbildung 3.10: Bewertung des Unterstützungspotenzials ... 121
Abbildung 3.11: Motivation zur Pflege ... 122
Abbildung 3.12: Zeitlicher Pflegeaufwand ... 124
Abbildung 3.13: Hauptpflegepersonen im Dezember 2017 und dieselbe Population fünf Jahre zuvor nach der Dauer der bisherigen Pflege ... 126
Abbildung 3.14: Aufgaben der Hauptpflegepersonen und weiterer Hilfebedarf ... 127
Abbildung 3.15: Anzahl der Hauptpflegepersonen nach der Zahl der übernommenen Aufgaben und der Zahl der Hilfewünsche ... 128
Abbildung 3.16: Anzahl der Hauptpflegepersonen nach gegebenen Entlastungsmöglichkeiten ... 129

Abbildung 3.17: Hauptpflegepersonen im Dezember 2017 und dieselbe Population fünf Jahre zuvor nach Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung 134
Abbildung 3.18: Anteile der Hauptpflegepersonen mit häufigen Belastungen durch die Pflege 147
Abbildung 3.19: Häufigkeit ausgewählter Diagnosestellungen und deren Veränderung zwischen 2012 und 2017 für Hauptpflegepersonen und sonstige Versicherte 159
Abbildung 3.20: Gesundheitszustand der Hauptpflegepersonen und weitere Gesundheitsindikatoren 162
Abbildung 3.21: Nutzung von Leistungen der Pflegeversicherung in Abhängigkeit von Diagnosestellungen 176
Abbildung 3.22: Nutzung von Kurzzeitpflege und Bewertung in Abhängigkeit vom Belastungs- und Gesundheitszustand 178
Abbildung 3.23: Weitere Leistungen: Nutzung, Bewertung und Nichtnutzungsgründe in Abhängigkeit vom Belastungs- und Gesundheitszustand 180
Abbildung 3.23: Weitere Leistungen: Nutzung, Bewertung und Nichtnutzungsgründe (Fortsetzung) 181
Abbildung 3.24: Bewertung, welche Unterstützungsleistung am meisten hilft 182
Abbildung 3.25: Ausmaß der zukünftigen Pflegebereitschaft 184
Abbildung 3.26: Inanspruchnahmen von Pflege- und Betreuungsleistungen in Abhängigkeit von der weiteren Pflegebereitschaft 185
Abbildung 3.27: Inanspruchnahmen von Beratungsleistungen in Abhängigkeit von der weiteren Pflegebereitschaft 186
Abbildung 3.28: Anregungen und Wünsche der Befragten für die Zukunft nach Belastung, Gesundheit und Unterstützungsbedarf 188

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1: Veränderung der Einnahmen, Ausgaben und Liquidität der Sozialen Pflegeversicherung im Vergleich von 2016 und 2017 27
Tabelle 1.2: Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten in vollstationärer Pflege 1999 bis 2017 31
Tabelle 1.3: Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten in vollstationärer Pflege 1996 bis 1999 31
Tabelle 1.4: Entwicklung von Einnahmekomponenten für Pflegeheime 33
Tabelle 1.5: Ergebnisse der Pflegebegutachtung 37
Tabelle 1.6: Nutzer des Pflegeunterstützungsgeldes im Jahr 2017 40
Tabelle 2.1: Pflegebedürftige nach Jahren im Ländervergleich in Tausend 52
Tabelle 2.2: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen im Ländervergleich in Prozent 52
Tabelle 2.3: Zahl der Begutachtungen der MDK und der Knappschaft nach Gutachtenart in Tausend 63
Tabelle 2.4: Eintritte in die Leistungsberechtigung nach Jahren im Ländervergleich 66
Tabelle 2.5: Zahl der Todesfälle und andere dauerhafte Beendigungen der Leistungsberechtigung in den Jahren 2011 und 2017 im Ländervergleich 69
Tabelle 2.6: Die ambulanten Pflegedienste nach Art des Trägers in den Bundesländern im Jahr 2015 72
Tabelle 2.7: Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2015 74
Tabelle 2.8: Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Art des Trägers in den Bundesländern am 15. Dezember 2015 78
Tabelle 2.9: Personal der stationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern am 15. Dezember 2015 79
Tabelle 2.10: Pflegeplätze in stationären Pflegeeinrichtungen in den Bundesländern am 15. Dezember 2015 81

Tabelle 2.11: Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung der vollstationären Dauerpflege in den Bundesländern im Jahr 2015 ... 84
Tabelle 2.12: Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung in Milliarden Euro ... 88
Tabelle 2.13: Finanzentwicklung der Privaten Pflegeversicherung in Millionen Euro ... 90
Tabelle 2.14: Empfänger und Nettoausgaben der Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege" ... 91
Tabelle 2.15: Leistungsausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2016 ... 94
Tabelle 3.1: Hauptanalyseschema ... 105
Tabelle 3.2: Nutzung und Bewertung von Pflege- und Betreuungsangeboten ... 132
Tabelle 3.3: Nutzung und Bewertung von Beratungs- und Begleitungsangeboten ... 144
Tabelle 3.4: Multivariate Analysen des Zusammenhangs mit Belastungen – Odds-Ratios der logistischen Regressionen ... 148
Tabelle 3.5: Häufigkeit ausgewählter Diagnosestellungen und deren Veränderung zwischen 2012 und 2017 für Hauptpflegepersonen und sonstige Versicherte ... 160
Tabelle 3.6: Prävalenz im Jahr 2017 – Hauptpflegepersonen mit Vergleichsgruppe (Odds-Ratios der logistischen Regressionen) ... 164
Tabelle 3.7: Inzidenz im Jahr 2017 – Hauptpflegepersonen mit Vergleichsgruppe (Odds-Ratios der logistischen Regressionen) ... 164
Tabelle 3.8: Prävalenz im Jahr 2017 – Hauptpflegepersonen ohne Vergleichsgruppe (Odds-Ratios der logistischen Regressionen) ... 166
Tabelle 3.9: Inzidenz im Jahr 2017 – Hauptpflegepersonen ohne Vergleichsgruppe (Odds-Ratios der logistischen Regressionen) ... 167
Tabelle 3.10: Zusammenhang mit gesundheitlichen Einschränkungen (I) – Odds-Ratios der logistischen Regressionen ... 170

Tabelle 3.11: Zusammenhang mit gesundheitlichen Einschränkungen (II) – Odds-Ratios der logistischen Regressionen 172

Response der Befragung 203

Charakterisierung der Bruttostichprobe und der Teilnehmer in der realisierten Befragung 204

Literaturverzeichnis

Anthes, H. (2002): Entwurf eines gesundheitsfördernden Beratungsansatzes für pflegende Angehörige von Demenzkranken. In Hessen, B.-L. (Hrsg.): Innovation (in) der Pflege. Prämierte Arbeiten des BKK-Innovationspreises Gesundheit 2001. (S. 121-190). Frankfurt a. M.: Mabuse.

AOK Rheinland/Hamburg (2016): Pflege-Report 2016 der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse. Zur Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen im Rheinland und in Hamburg. Schwerpunkt: Pflegebedürftigkeit bei Demenz. Düsseldorf: AOK Rheinland/Hamburg.

Arnold, R.; Rothgang, H. (2010): Finanzausgleich zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. In welchem Umfang ist ein Finanzausgleich aus Gründen der Gleichbehandlung notwendig? In Gröpfrath, D.; Greß, S.; Jacobs, K.; Wasem, J. (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010. Von der Selektion zur Manipulation? (S. 61-92). Heidelberg: Medhochzwei.

Augurzky, B.; Borchert, L.; Deppisch, R.; Krolop, S.; Mennicken, R.; Preuss, M.; Rothgang, H.; Stocker-Müller, M.; Wasem, J. (2008): Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen. Ein Bundesländervergleich. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.

BBR, [= Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung] (2004): Stadtentwicklung in Deutschland. Bonn: BBR. Online unter http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Aktuell/Veranstaltungen/Dokumentation/Downloads/DL_Tagungsmappe.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Download am 11. September 2018).

Besselmann, K.; Heerdt, C.; Stefphan, N.; Hackmann, T.; Krämer, L. (2017): Bestandsaufnahme und Entwicklungsmöglichkeiten niedrigschwelliger Betreuungsangebote im Rahmen der Pflegeversicherung. Abschlussbericht. Berlin: BMG.

Bestmann, B.; Wüstholz, E.; Verheyen, F. (2014): Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt. Eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen. WINEG Wissen 04. Hamburg: TK.

Blinkert, B.; Klie, T. (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 12-13, 25-33.

BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2011a): Leuchtturmprojekt Demenz. Berlin: BMG.

BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2011b): Pflegen zu Hause. Ratgeber für die häusliche Pflege. 4. Auflage. Berlin: BMG.

BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2017a): Ratgeber Pflege. Alles, was Sie zum Thema Pflege und zu den Pflegestärkungsgesetzen wissen müssen. 17. aktualisierte Auflage. Berlin: BMG.

BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2017b): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand 2017-10-20. Online unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten.pdf (Aktuell am 03.11.2017).

BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2018a): Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. Online unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_2017.pdf (Download am 11. September 2018).

BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2018b): Konzertierte Aktion Pflege – für mehr Wertschätzung, bessere Arbeitsbedingungen und gerechte Bezahlung. Online unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html (Aktuell am 02.09.2018).

BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2018c): Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihen 1995 bis 2017) im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten. Online unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/Leistungsarten_ab1995.pdf (Aktuell am 30.10.2018).

BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (Hrsg.) (2017c): Zukunftswerkstatt Demenz. 1. aktualisierte Auflage. Berlin: BMG.

BMG, [Bundesministerium für Gesundheit] (2016): Ratgeber Demenz. Informationen für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz. 11. aktualisierte Auflage. Berlin: BMG.

Böttche, M. (2013): Angehörige stärken – Ausgewählte Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation des Modellprojekts „pflegen-und-leben.de". Präsentation. Fachtagung „Wenn die Seele Pflege br@ucht – psychologische Online-Beratung für pflegende

Angehörige", Berlin. Online unter https://www.pflegen-und-leben.de/images/stories/pdf/fachtagung030613boettche.pdf (Download am 11. September 2018).

Brijoux, T.; Kricheldorff, C. (2015): Zugehende Familienbegleitung bei Demenz im ländlichen Raum – FABEL. Abschlussbericht. Berlin: BMG.

Brügger, S.; Jaquier, A.; Sottas, B. (2016): Belastungserleben und Coping-Strategien pflegender Angehöriger. Perspektive der Angehörigen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 49 (2), 138-142.

Bundesregierung (2017): Lebenslagen in Deutschland. Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Bundesregierung.

Bundesregierung (2018): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Unbesetzte Stellen in der Alten- und Krankenpflege". Bundestags-Drucksache: 19/1550

CDU; CSU; SPD (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode Berlin: CDU, CSU und SPD. Online unter https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf;jsessionid=C72E2AAD3A7CB348D5EF8ED4C6061AD6.s7t1?__blob=publicationFile&v=6 (Download am 11. September 2018).

Chumbler, N. R.; Pienta, A. M.; Dwyer, J. W. (2004): The Depressive Symptomatology of Parent Care Among the Near Elderly. The Influence of Multiple Role Commitments. In: Research on Aging, 26 (3), 330-351.

DAK (2015a): Forsa-Umfrage zum Pflege-Report 2015. So pflegt Deutschland. Hamburg: DAK.

DAK (2015b): Pflege-Report 2015. So pflegt Deutschland. Hamburg: DAK.

DAlzG, [= Deutsche Alzheimer Gesellschaft] (2018): Urlaubsreisen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Online unter https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/Urlaubsreisen_DAlzG.pdf (Aktuell am 14.02.2018).

Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg.) (2017): Menschenwürde ist Menschenrecht. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2017. Berlin: Der Paritätische Gesamtverband.

Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (o.J.): Devap fokus: Leben und Wohnen im Quartier. Berlin: Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V.

Döhner, H.; Kofahl, C.; Lüdecke, D.; Mnich, E. (2007): Eurofamcare. Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage The National Survey Report for Germany. Hamburg: UKE.

Döhner, H.; Kohler, S.; Lüdecke, D. (2007): Pflege durch Angehörige - Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der europäischen Untersuchung EUROFAMCARE. In: informationsdienst altersfragen, 34 (03), 9-14.

Eggert, S.; Schnapp, P.; Sulmann, D. (2018): Aggression und Gewalt in der informellen Pflege. Berlin: ZQP.

Engel, S. (2015): Überprüfung der Wirksamkeit von „EduKationDemenz", einem psychoedukativen Schulungsprogramm für Angehörige Demenzkranker. Abschlussbericht. Berlin: BMG.

Englert, N.; Büscher, A. (2017): Jetzt sind Sie gefragt! In: Angehörige pflegen (4), 32-33.

Frölich, L. (2009): Lebensqualität von Patienten und Angehörigen optimieren. In Füsgen, I. (Hrsg.): Neue Wege in der Demenzversorgung. Anforderungen an ein Disease Management Programm. (S. 33-40). Wiesbaden: Medical Tribune.

Gertz, H.-J.; Berwig, M. (2015): DeREACH - Deutsche Adaption der Ressources for Enhancing Alzheimer's Cargiver Health. Abschlussbericht. Berlin: BMG.

Geyer, J.; Schulz, E. (2014): Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. In: DIW Wochenbericht (14), 294-303.

Görgen, T.; Herbst, S.; Kotlenga, S.; Nägele, B.; Rabold, S. (2012): Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen. Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Berlin: BMFSFJ.

Grande, G.; Sonntag, A.; Große, J.; Koch, S. (2015): P.A.u.S.E. - Pflegende Angehörige Demenzerkrankter und ehrenamtliche Betreuungspersonen gemeinsam schulen zur Steigerung der Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten. Abschlussbericht. Berlin: BMG.

Gräßel, E.; Behrndt, E.-M. (2016): Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. In Jacobs, K.; Kuhlmey, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.):

Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus (S. 169-187). Stuttgart: Schattauer GmbH.

Gunzelmann, T.; Schmidt, S.; Albani, C.; Brähler, E. (2006): Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 19 (1), 7-15.

Hertle, D.; Lüken, F.; Trümmer, A.; Veit, C. (2015): Stationäre Rehabilitation und Vorsorge für pflegende Angehörige – eine Sondierung der Angebote in Deutschland. In: Rehabilitation, 54, 146-152.

Hetzel, C.; Baumann, R.; Diekmann, J.; Froböse, I. (2016): Beschreibung eines mehrdimensionalen Gesundheitsprogramms für pflegende Angehörige. In: Gesundheitswesen.

Hoberg, R.; Klie, T.; Künzel, G. (2013): Strukturreform Pflege und Teilhabe. Freiburg: AGP-Strukturreform.

Hoffmann, F.; Koller, D. (2017): Verschiedene Regionen, verschiedene Versichertenpopulationen? Soziodemografische und gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Krankenkassen. In: Das Gesundheitswesen, 79 (1), 1-9.

Hutchison, S.; Ritschard, H.; Wittensöldner, C.; Stettler-Murri, M.; Stettler-Schmid, H. (2012): Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige. In Perrig-Chiello, P.; Höpflinger, F. (Hrsg.): Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege (S. 213-271). Bern: Hans Huber.

Isfort, M. (2018): Pflege-Thermometer 2018. Vortrag auf dem Deutschen Pflegetag 2018, Berlin.

Isfort, M.; von der Malsburg, A. (2017): Privat organisierte Pflege in NRW: Ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte in Familien mit Pflegebedarf. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: MGEPA - Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.

KCG, [= Kompetenz Centrum Geriatrie] (o.J.): Erweiterter Barthel-Index. Online unter http://www.kcgeriatrie.de/downloads/instrumente/ebi.pdf (Aktuell am 01.03.2011).

Kemper, C. J.; Brähler, E.; Zenger, M. (2014): Psychologische und sozialwissenschaftliche Kurzskalen. Standardisierte Erhebungsinstrumente für Wissenschaft und Praxis. Berlin: Medinzinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Krieger, T.; Floren, M.; Jungbauer, J. (2016): Der Angehörigenlotse: Beratung, Begleitung und Unterstützung für pflegende Angehörige von Schlaganfallpatienten. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt. Aachen: Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Institut für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie.

Kurz, A.; Freter, H.-J.; Saxl, S.; Nickel, E. (2017): Demenz. Das Wichtigste. Ein kompakter Ratgeber. 4. Auflage. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft.

Kurz, A.; Wilz, G. M. (2011): Die Belastung pflegender Angehöriger bei Demenz: Entstehungsbedingungen und Interventionsmöglichkeiten. In: Nervenarzt, 82 (3), 336-342.

Leipold, B.; Schacke, C.; Zank, S. (2005a): Prädiktoren der Veränderung von Belastungen pflegender Angehöriger: Längsschnittliche Befunde der LEANDER-Studie. In Klie, T.; Buhl, A.; Entzian, H.; Hedtke-Becker, A.; Wallrafen-Dreisow, H. (Hrsg.): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. (S. 72-81). Frankfurt a. M.: Mabuse.

Leipold, B.; Schacke, C.; Zank, S. (2005b): Zur Veränderung der Depressivität pflegender Angehöriger: Der Beitrag von Persönlichkeitswachstum und Akzeptanz der Demenzerkrankung. In Klie, T.; Buhl, A.; Entzian, H.; Hedtke-Becker, A.; Wallrafen-Dreisow, H. (Hrsg.): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. (S. 34-42). Frankfurt a. M.: Mabuse.

Lübke, N. (2004): Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index. Online unter http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/hamburger-manual-nov2004.pdf (Aktuell am 01.03.2011).

Mantovan, F.; Ausseerhofer, D.; Huber, M.; Schulc, E.; Them, C. (2010): Interventionen und deren Effekte auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz – Eine systematische Literaturübersicht. In: Pflege, 23 (4), 223-239.

MDS, [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen] (2018): Begutachtungen. Daten auf Anfrage.

Meyer, C. (2018): Rede des Abgeordneten Christoph Meyer (FDP). Plenarprotokoll 19/33. Deutscher Bundestag. Stenografischer Bericht. 33. Sitzung, Berlin, Donnerstag, den 17. Mai 2018, S. 3154.

Meyer, M. (2006): Pflegende Angehörige in Deutschland. Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen. Berlin: Lit Verlag.

Perrig-Chiello, P. (2012): Familiale Pflege - ein näherer Blick auf die komplexe Realität. In Perrig-Chiello, P.; Höpflinger, F. (Hrsg.): Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege (S. 111-210). Bern: Hans Huber.

Pinquart, M.; Sörensen, S. (2002): Interventionseffekte auf Pflegende Dementer und andere informelle Helfer: Eine Metaanalyse. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 15 (2), 85-100.

PKV, [= Verband der privaten Krankenversicherung] (1998): Die privaten Krankenversicherung. Zahlenbericht 1997/1998. Köln, Berlin: PKV.

PKV, [= Verband der Privaten Krankenversicherung] (2016): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2015. Köln: PKV.

PKV, [= Verband der Privaten Krankenversicherung] (2017): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2016. Köln: PKV.

Roth, G.; Rothgang, H. (1999): Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Entwicklung der Heimentgelte. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 4 (4), 306-334.

Roth, G.; Rothgang, H. (2001): Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34 (4), 292-305.

Rothgang, H. (2010): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. In: Das Gesundheitswesen, 72, 154-160.

Rothgang, H. (2018a): Ein Jahr nach der großen Pflegereform -vorläufige Bilanz. In: Soziale Sicherheit (5), 186-193.

Rothgang, H. (2018b): Personalbedarf in Pflegeeinrichtungen. Einheitliche Bemessung. In: Ersatzkassenmagazin (3/4), 27-29.

Rothgang, H. (2018c): Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Eigenanteile in Pflegeheimen senken – Menschen mit Pflegebedarf finanziell entlasten" BT-Drucksache 19/960 anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 4. Juni 2018. Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit. Ausschussdrucksache 19(14)0014(15). Bremen: Universität Bremen, Socium. Online unter http://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=207c6751b3.pdf&filename=Stellungnahme%20Rothgang%20zum%20Antrag%20DIE%20LINKE%20vom%204.6.18%20-%20Eigenanteile.pdf (Download am 11. September 2018).

Rothgang, H.; Iwansky, S.; Müller, R.; Sauer, S.; Unger, R. (2010): BARMER GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. St. Augustin: Asgard.

Rothgang, H.; Iwansky, S.; Müller, R.; Sauer, S.; Unger, R. (2011): BARMER GEK Pflegereport 2011. Schwerpunktthema: Zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. St. Augustin: Asgard.

Rothgang, H.; Kalwitzki, T. (2015): Pflegestärkungsgesetz II – eine erstaunlich großzügige Reform. In: Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, 69 (5), 46-54.

Rothgang, H.; Kalwitzki, T. (2017): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung - Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungskultur. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform. Bremen: Universität Bremen.

Rothgang, H.; Kalwitzki, T.; Müller, R.; Runte, R.; Unger, R. (2015): BARMER GEK Pflegereport 2015. Schwerpunkt: Pflegen zu Hause. Siegburg: Asgard-Verlagsservice.

Rothgang, H.; Kalwitzki, T.; Müller, R.; Runte, R.; Unger, R. (2016a): BARMER GEK Pflegereport 2016. Siegburg: Asgard-Verlagsservice.

Rothgang, H.; Kalwitzki, T.; Unger, R.; Amsbeck, H. (2016b): Pflege in Deutschland im Jahr 2030 – regionale Verteilung und Herausforderungen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Rothgang, H.; Müller, R. (2013): Ökonomische Expertise. Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung. Freiburg: AGP Strukturreform.

Rothgang, H.; Müller, R.; Mundhenk, R.; Unger, R. (2014): BARMER GEK Pflegereport 2014. Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger. Siegburg: Asgard-Verlagsservice.

Rothgang, H.; Müller, R.; Runte, R.; Unger, R. (2017): BARMER Pflegereport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5. Siegburg: Asgard.

Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R. (2012): Themenreport Pflege 2030. Was ist zu erwarten – was ist zu tun. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R. (2013): BARMER GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Rehabilitation und Pflege. Siegburg: Asgard-Verlagsservice.

Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R.; Weiß, C.; Wolter, A. (2012): BARMER GEK Pflegereport 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit. Siegburg: Asgard-Verlagsservice.

Rubin, R. M.; White-Means, S. I. (2009): Informal Caregiving: Dilemmas of Sandwiched Caregivers. In: Journal of Family and Economic Issues, 30 (3), 252-267.

Schacke, C. (2018): Projekt schult ambulante Pflegekräfte für die Früherkennung von Gewalt. In: Dr. med. Mabuse, 43 (232), 38-40.

Schmidt, M.; Schneekloth, U. (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes". Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin: BMG.

Schneekloth, U.; Geiss, S.; Pupeter, M.; Rothgang, H.; Kalwitzki, T.; Müller, R. (2017): Abschlussbericht. Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. München: TNS Infratest Sozialforschung.

Schulz-Nieswandt, F.; Köstler, U.; Langenhorst, F.; Marks, H. (2012): Neue Wohnformen im Alter. Wohngemeinschaften und Mehrgenerationenhäuser. Stuttgart: Kohlhammer.

Schwinger, A.; Tsiasioti, C.; Klauber, J. (2016): Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege - eine Befragung pflegender Angehöriger. In Jacobs, K.; Kuhlmey, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus (S. 189-216). Stuttgart: Schattauer GmbH.

SONG, [= Netzwerk: Soziales neu Gestalten] (Hrsg.) (2009): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Band 3: Soziale Wirkung und „Social Return". Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Statistisches Bundesamt (2002): Pflegestatistik 1999 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2003): 4. Bericht: Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich: Pflegeheime. Bonn.

Statistisches Bundesamt (2005): 4. Bericht: Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich: Pflegeheime. Bonn.

Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 4. Bericht: Ländervergleich - Pflegeheime. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2009): Pflegestatistik 2007 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 4. Bericht: Ländervergleich - Pflegeheime. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik 2009 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2016): Pflegestatistik 2013 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2017a): Pflegestatistik 2015 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2017b): Pflegestatistik 2015 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2017c): Pflegestatistik 2015 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2017d): Pflegestatistik 2015 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Standardtabellen auf Bundesebene. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2017e): Statistisches Jahrbuch. Deutschland und Internationales 2017. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2018a): Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe in Deutschland im Laufe des Berichtsjahres nach Art des Trägers, Hilfearten, Bruttoausgaben, Einnahmearten und Nettoausgaben sowie Ort der Leistungserbringung. Datentabellen von 2009 bis 2016 auf Anfrage. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2018b): Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe nach Art des Trägers, außerhalb von und in Einrichtungen sowie Hilfearten. Datentabellen von 1995 bis 2008 auf Anfrage. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2018c): Bevölkerung zum Stichtag 31.12. des jeweiligen Jahres. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität (Grundlage Zensus 2011). Online unter www.gbe-bund.de (Aktuell am 20.02.2018).

Statistisches Bundesamt (2018d): Bevölkerung zum Stichtag 31.12. Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität (Grundlage Zensus 2011). Online unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_

FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=3&HANDLER=XS_ROTATE_ADVANCED&DATACUBE=_XWD_30&D.000=ACROSS&D.001=PAGE&D.002=DOWN&D.003=ACROSS&D.004=PAGE (Download am 11. September 2018).

Statistisches Bundesamt (2018e): Bruttoausgaben der Sozialhilfe nach Hilfearten, Ort der Leistungserbringung und Art des Trägers 2017. Deutschland und Bundesländer. Tabellen auf Anfrage. URL: (Aktuell am 16.08.2018).

Statistisches Bundesamt (2018f): Bruttoausgaben der Sozialhilfe. Deutschland, Jahre, Sozialhilfearten, Sozialhilfeträger, Ort der Leistungserbringung. Online unter https://www-genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=4BE57017EBE80C3CD-7A0821BDD1E94F0.tomcat_GO_1_1?operation=previous&levelindex=3&levelid=1534406572092&step=3 (Aktuell am 16.08.2018).

Statistisches Bundesamt (2018g): Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII: Bundesländer, Jahre, Art der Hilfe, Ort der Leistungserbringung. Online unter https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;jsessionid=ECF9332853269F1DF55FE7E58F29583E.tomcat_GO_1_1?operation=abruftabelleAbrufen&selectionname=22131-0012&levelindex=1&-levelid=1519830034852&index=8 (Aktuell am 28.02.2018).

Statistisches Bundesamt (2018h): Leistungen nach Kapitel 5 bis 9 SGB XII. Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege insgesamt im Zeitvergleich am 31.12. Online unter https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/BesondereLeistungen/Tabellen/Tabellen_ZV_Hilfe-Pflege.html (Aktuell am 06.03.2018).

Statistisches Bundesamt (2018i): Pflegebedürftige (absolut, je 100.000 Einwohner, in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Art der Betreuung. Online unter www.gbe-bund.de (Aktuell am 20.02.2018).

Statistisches Bundesamt (2018j): Pflegebedürftige (Anzahl und Quote). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht. Online unter www.gbe-bund.de (Aktuell am 20.02.2018).

Stiftung trias Zukunftsfähige Wohnformen und Pflege. Wohnprojekt – Wohn-Pflege-Gemeinschaft – Demenz-Wohngruppe. Hattingen: Stiftung trias.

SVR-Gesundheit, [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in

einer Gesellschaft des Längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Langfassung. Online unter http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/GA2009-LF.pdf (Aktuell am 12.05.2010).

Swart, E.; Ihle, P.; Gothe, H.; Matusiewicz, D. (Hrsg.) (2014): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven (2. Aufl.). Bern: Hans Huber.

TK, [=Techniker Krankenkasse] (2016): Entspann dich, Deutschland. TK-Stressstudie 2016. Hamburg: TK.

Topp, C. W.; Østergaard, S. D.; Søndergaard, S.; Bech, P. (2015): The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. In: Psychotherapy and Psychosomatics, 84, 167-176.

Unger, R.; Giersiepen, K.; Windzio, M. (2015): Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. Der Einfluss von Familienmitgliedern und Freunden als Versorgungsstrukturen auf die funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld. In Hank, K.; Kreyenfeld, M. (Hrsg.): Social Demography - Forschung an der Schnittstelle von Soziologie und Demographie. Sonderheft 55 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (S. 193-215). Opladen/Wiesbaden: Springer VS.

Unger, R.; Rothgang, H. (2010): Häusliche Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Ost- und Westdeutschland: Die Bedeutung des Einkommens bei der Erklärung von Strukturunterschieden. In Krause, P.; Ostner, I. (Hrsg.): Leben in Ost- und Westdeutschland: Eine sozialwissenschaftliche Bilanz der deutschen Einheit 1990-2010 (S. 617-631). Frankfurt a. M.: Campus.

von der Malsburg, A.; Isfort, M. (2014): Evaluation des Projektes Heraus aus der Grauzone. Qualitätsgesicherter Einsatz polnischer Haushaltshilfen in deutschen Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen. Köln: dip - Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung.

Westhoff, A.; Westhoff, J. (2012): Pflege daheim oder Pflegeheim? Was Sie bei Pflegebedürftigkeit von Angehörigen tun können und wo Sie Unterstützung bekommen. Wien: Linde.

Wetzstein, M.; Rommel, A.; Lange, C. (2015): Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. In: GBE kompakt, 3 (6).

WHO Regional Office for Europe (1998): Wellbeing measures in primary health care. The depcare project. Report on a WHO meeting, Stockholm, Sweden, 12-13 February 1998. Kopenhagen: WHO Regional Office für Europe.

Wilz, G.; Soellner, R. (2016): Tele.TAnDem.Tansfer. Telefonische Therapie für Angehörige von Demenzerkrankten. Praxistransfer einer telefonischen Therapie zur Unterstützung von betreuenden Angehörigen. Abschlussbericht. Berlin: BMG.

Zank, S.; Schacke, C. (2007): Abschlußbericht der Phase 2 der Längsschnittstudie zur Angehörigenbelastung durch die Pflege demenziell Erkrankter (LEANDER). Berlin: BMFSFJ.

Zegelin, A.; Segmüller, T.; Bohnet-Joschko, S. (2017): Quartiersnahe Unterstützung pflegender Angehöriger. Herausforderungen und Chancen für Kommunen und Pflege-Unternehmen. Hannover: Schlütersche.

Zegelin, A.; Stegmüller, T.; Tolsdorf, M.; Daldrup, A.; Schieron, M. (2012): Abschlussbericht zum Projekt „Netzwerk zum Gesundheitsschutz für nicht erwerbsmäßig Pflegende - Neuheit für Pflege - „. Düsseldorf: Unfallkasse Nordrhein-Westfalen.

Autorenverzeichnis

Rolf Müller, Dr., Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Universität Bremen, SOCIUM-Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung, Bremen.

Heinz Rothgang, Prof. Dr., Universität Bremen, SOCIUM-Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Abteilungsleiter Gesundheit, Pflege und Alterssicherung, Bremen.