

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 44

BARMER

Pflegereport 2023

Pflegebedürftige im Krankenhaus

Heinz Rothgang,
Rolf Müller



Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 44

BARMER

Pflegereport 2023

Pflegebedürftige im Krankenhaus

Heinz Rothgang,
Rolf Müller

Impressum

Herausgeber:

BARMER

Postfach 11 07 04

10837 Berlin

Autoren:

Heinz Rothgang,

Rolf Müller,

Universität Bremen, SOCIUM –

Forschungszentrum Ungleichheit
und Sozialpolitik

Abteilung Gesundheit, Pflege und
Alterssicherung

Design und Realisation:

zweiband.media GmbH, Berlin

Druck und Bindung:

ARNOLD group – Großbeeren

Printed in Germany

ISBN Print: 978-3-946199-91-5

ISBN PDF: 978-3-946199-92-2

Konzeption, Redaktion und

fachliche Prüfung:

Juliane Diekmann, Nora Hoffmann,

Nadine Markschat, Ursula Marschall,

Nicole Osterkamp, Christina Wittkop

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	21
1 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2022/2023	26
1.1 Tariftreueerregulung	28
1.2 Leistungsanpassungen	30
1.2.1 Vollstationäre Pflege	30
1.2.2 Häusliche Pflege	34
2 Pflege im Spiegel der Statistik	40
2.1 Pflegebedürftige	40
2.1.1 Fallzahlen und Prävalenzen	42
2.1.2 Lebenszeitprävalenz	55
2.1.3 Begutachtungen	63
2.1.4 Pflegeeintritt und Inzidenz	67
2.1.5 Übergänge und Beendigung	72
2.1.6 Pflegedauer	78
2.1.7 Fazit zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen	85
2.2 Leistungserbringung	87
2.2.1 Ambulante Pflegedienste	87
2.2.2 Pflegeheime	92
2.2.3 Pflegepersonen	103
2.2.4 Fazit zur Leistungserbringung	107

2.3	Finanzierung	108
2.3.1	Leistungen der Pflegeversicherung	109
2.3.2	Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung	111
2.3.3	Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung	114
2.3.4	Finanzierung durch die Sozialhilfe	116
2.3.5	Finanzierung im Überblick	117
3	Pflegebedürftige im Krankenhaus	124
3.1	Problemstellung	124
3.1.1	Versorgungslücken nach dem Krankenhausaufenthalt	124
3.1.2	Potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte	128
3.2	Auswertungen der BARMER-Daten	130
3.2.1	Determinanten der Krankenhausfälle	131
3.2.2	Aufenthaltsdauer der Krankenhausfälle	144
3.2.3	Veränderung der Pflegesituation nach den Krankenhausfällen	152
3.3	Diskussion	179
3.3.1	Inzidente Pflegefälle im Krankenhaus	179
3.3.2	Krankenhausversorgung für prävalent Pflegebedürftige	183
3.3.3	Pflegequalität und medizinische Versorgung	188
	Anhang	194
	Amtliche und halbamtsliche Daten zur Pflegebedürftigkeit	194
	BARMER-Daten	196
	Ergebnistabellen	203

Verzeichnisse	212
Abkürzungsverzeichnis und Glossar	212
Abbildungsverzeichnis	214
Tabellenverzeichnis	216
Literaturverzeichnis	220
Autorenverzeichnis	234

Vorwort

Mit zunehmendem Alter steigt nach einem Krankenhausaufenthalt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein. Das ist nicht nur ein tiefer Einschnitt in die Lebenssituation der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Es wirft auch eine Reihe von Fragen auf. Warum kommt es zur Pflegebedürftigkeit? In welchem Setting von ambulanter oder stationärer Pflege werden die Menschen nach dem Krankenhaus versorgt? Verzögert die Suche nach Versorgungsmöglichkeiten vielleicht die Entlassung aus dem Krankenhaus? Und wären Krankenhausaufenthalte Pflegebedürftiger und aus einer Klinikbehandlung resultierende Pflegebedürftigkeit nicht auch ganz zu vermeiden? Der vorliegende Pflegereport 2023 der BARMER geht diesen Fragen nach.

Dass der Report ein hoch brisantes Thema aufgegriffen hat, zeigt ein Blick auf einige Zahlen. Sie liefern Indizien dafür, dass sowohl nach einem Krankenhausaufenthalt neu Pflegebedürftigen als auch Menschen, die bereits pflegebedürftig sind, durch eine angemessenere Behandlung viele Klinikaufenthalte erspart werden könnten. Demnach werden jährlich bis zu 275.000 Menschen in Deutschland im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt dauerhaft pflegebedürftig. Sie können nach der Behandlung im Krankenhaus nicht in ein selbstständiges Leben zurück. Zugleich besteht für bereits Pflegebedürftige eine etwa viermal so hohe Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt wie für nicht Pflegebedürftige. Diese Werte sind ein Indikator für die Qualität der medizinischen wie pflegerischen Versorgung. Denn häufig sind schwere, aber doch gut behandelbare chronische Erkrankungen wie Herzinsuffizienz oder Diabetes mellitus die Ursache für den Krankenhausaufenthalt. Viele kommen auch wegen akuter Austrocknung ins Krankenhaus, auch das lässt sich jedoch mit angemessener Betreuung vermeiden oder zumindest deutlich reduzieren.

Natürlich ist die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten eine enorme Herausforderung. Pflegebedürftige bleiben nicht ohne Grund länger im Krankenhaus. Wer schon pflegebedürftig ins Krankenhaus kommt, verlässt es praktisch nie mit einem niedrigeren Pflegegrad. Stattdessen zeigt sich das ganze Ausmaß der Krankheitsschwere darin, dass zehn Prozent dieser Menschen innerhalb eines Monats nach ihrem Krankenhausaufenthalt versterben.

Die Ergebnisse des Pflegereports zeigen zugleich, dass Versorgungsforschung unverzichtbare Impulse für die Gestaltung der Versorgung liefern kann. Ein Beispiel dafür ist die Rolle der Kurzzeitpflege. Einerseits zeigen die Daten, dass in den Jahren von 2017 bis 2021 die Zahl der Anbieter von Kurzzeitpflege deutschlandweit leicht zurückging, während zum Beispiel die der Tagespflege um ein Drittel anstieg. Diese Tatsache gewinnt an Bedeutung, wenn man berücksichtigt, dass die Kurzzeitpflege eine wichtige Überbrückungshilfe ist. Sie kommt häufig dann ins Spiel, wenn jemand nach dem Krankenhaus pflegebedürftig ist und die entsprechende ambulante oder stationäre Versorgung erst organisiert werden muss. Bei neu Pflegebedürftigen verlängerte sich auf diese Weise die Zeit im Krankenhaus um durchschnittlich dreieinhalb Tage. Dies darf als Anhaltspunkt verstanden werden, dass in der Organisation der Pflege offenbar noch einiges am tatsächlichen Bedarf vorbeigeht und das Verhältnis der Versorgungsarten neu justiert werden muss. Eine wichtige Rolle sollten in diesem Zusammenhang die im Rahmen der Krankenhausreform diskutierten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen spielen.

In der Pflegepolitik bleibt für die Bundesregierung zur Halbzeit der aktuellen Legislaturperiode noch einiges zu tun. Denn manche der zentralen Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag der Ampelregierung warten noch auf ihre Umsetzung. Dazu gehören etwa die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige und die vollständige Übernahme pandemiebedingter Zusatzkosten aus Steuermitteln. Auch wäre vielen Menschen eine große Sorge genommen, wenn die pflegebedingten Eigenanteile in der stationären Pflege verlässlich begrenzt werden würden. Dabei sind insbesondere die Länder gefragt. Diese sollten Pflegebedürftige durch die vollständige Übernahme der Investitionskosten entlasten und die pflegerische Infrastruktur finanziell stärker fördern, damit mit Blick auf die Ergebnisse des Reports mehr Kurzzeitpflegeplätze entstehen.

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

Prof. Dr. med. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER
Berlin, im Dezember 2023

Zusammenfassung

Zentrale Elemente des Koalitionsvertrags werden nicht umgesetzt.

Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2022/2023

Im Koalitionsvertrag ist eine Reihe von Vorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung genannt. Obwohl mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) in diesem Jahr eine weitere „Pflegereform“ beschlossen wurde, wurden die meisten zentralen Vorhaben des Koalitionsvertrags dabei nicht umgesetzt. Das betrifft insbesondere die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen, die Herausnahme der Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen in der Heimpflege, die Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege und die Einführung einer Lohnersatzleistung im Falle pflegebedingter Auszeiten. Angesichts der aktuellen Finanzsituation und ihrer Bewertung durch die Bundesregierung ist davon auszugehen, dass diese Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag in dieser Legislaturperiode nicht mehr umgesetzt werden.

Neben einer Beitragssatzanhebung und der durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 erzwungenen Neuregelung der Kinderzahl im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung gab es aber zwei Weiterentwicklungen, die einer näheren Betrachtung bedürfen: die Tariftreuregelung und die Anpassung der Leistungssätze der Pflegeversicherung.

kein breiter Einbezug in Tarifvertrag, wohl aber Entgeltsteigerungen

Tariftreuregelung

Die Tariftreuregelung wurde bereits in der letzten Legislaturperiode im Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz (GVWG) beschlossen, 2023 aber im Pflegebonusgesetz konkretisiert und zum 1. September dieses Jahres in Kraft gesetzt. Gemäß dieser Regelung werden Versorgungsverträge nur mit Anbietern abgeschlossen, die an einen Tarifvertrag oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, ihre Entlohnung daran anlehnen oder zumindest sicherstellen, das jeweils regional übliche Entlohnungsniveau nicht zu unterschreiten. Der überwiegende Teil der bislang nicht gebundenen Einrichtungen hat sich dabei für die letztgenannte Option entschieden. Damit ist es nicht gelungen, deutlich mehr Einrichtungen in die umfassenden Regelungen eines Tarifvertrags einzubeziehen, wohl aber sind die Entgelte in vielen Einrichtungen, die bislang nicht

tarifgebunden waren, deutlich gestiegen – teilweise bis zu 30 Prozent. Diese Lohnentwicklung hat sich auch in den Preisen für Pflegeleistungen niedergeschlagen. So sind die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile von Juli 2022 bis Januar 2023, also dem Zeitpunkt, in dem die Umsetzung der Tariftreuerregelungen von den meisten Einrichtungen vollzogen wurde, um 175 Euro gestiegen, während die Steigerung im 1. Halbjahr 2022 noch bei 52 Euro lag.

Leistungsanpassungen

Im PUEG als dem zentralen Gesetzesvorhaben im Bereich der Langzeitpflege in dieser Legislaturperiode wurden Leistungsanpassungen sowohl bei der häuslichen als auch bei der stationären Pflege vorgenommen.

In der häuslichen Pflege reichen diese Anpassungen aber bei weitem nicht aus, um die Preissteigerungen auszugleichen. So wird das Pflegegeld von 2017 bis 2027 um insgesamt 9,725 Prozent erhöht. Die kumulierte Inflationsrate liegt aber schon im Zeitraum von 2017 bis 2023 bei annähernd 22 Prozent. Wird noch die Inflation für 2024 berücksichtigt, zeigt sich von 2017 bis 2024 ein Realwertverlust des Pflegegelds von 15 Prozent. Ähnlich ist die Situation bei den Pflegesachleistungen. Zwar ist hier bereits mit dem GVWG eine Anpassung vorgenommen worden, jedoch beträgt die kumulierte Anpassung auch bei den Sachleistungen im Zeitraum von 2017 bis 2027 nur insgesamt gut 15 Prozent und liegt damit um zehn Prozentpunkte niedriger als die kumulierte Inflation für die Jahre 2017 bis 2024. Zudem liegen die Preissteigerungen für Pflegeleistungen aufgrund der seit zehn Jahren überdurchschnittlichen Lohnentwicklung für Pflegekräfte und der im Vergleich zu Industriearbeitsplätzen unterdurchschnittlichen Möglichkeiten für Produktivitätssteigerungen bei sozialen Dienstleistungen (Baumol, 1967) oberhalb der allgemeinen Inflationsrate. Allerdings veröffentlicht das Statistische Bundesamt keinen Preisindex für Pflegeleistungen, der es erlaubt, diesen Effekt zu beziffern. Pflegegeld und Pflegesachleistungen sollen zudem erst 2028 erneut angepasst werden, um die Preissteigerungen der Jahre 2025 bis 2027 dann rückwirkend auszugleichen. Im Ergebnis

Unzureichende Leistungsanpassungen führen zum Realwertverlust in der häuslichen Pflege und zu einer schlechteren Versorgung.

kommt es daher in diesen Jahren zu weiteren Realwertverlusten. Da Pflegebedürftige und ihre Familien auf steigende Preise auch mit einer Rücknahme der Inanspruchnahme reagieren, kommt es durch den Realwertverlust auch zu einer Verschlechterung der Versorgungssituation.

Ziel der Begrenzung der Eigenanteile wird klar verfehlt.

In der vollstationären Pflege sind die Effekte der 2022 eingeführten Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen gemäß § 43c SGB XI schon im Juli dieses Jahres aufgezehrt. Der bundesdurchschnittliche, gewogene Gesamteigenanteil lag zu diesem Zeitpunkt bereits wieder um 52 Euro oberhalb des Wertes vom 1. Juli 2021 – vor Einführung der Leistungszuschläge. Der gesamte Entlastungseffekt des GVWG ist damit eineinhalb Jahre nach der erstmaligen Gewährung der Leistungszuschläge schon wieder verpufft. Im PUEG sind deshalb weitere Anpassungen zum 1. Januar 2024 und 2025 vorgesehen, die insgesamt aber nur zu einer durchschnittlichen Entlastung der Pflegebedürftigen von monatlich 120 Euro führen. Da auch für die nächsten Jahre unter anderem aufgrund gesetzlicher Maßnahmen mit einem weiteren erheblichen Anstieg der Pflegesätze zu rechnen ist, sind schon für 2026 – unter Berücksichtigung der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI – bundesdurchschnittliche Eigenanteile von 2.500 Euro zu erwarten. Das im Koalitionsvertrag genannte Ziel der „Begrenzung der Eigenanteile“ wird klar verfehlt.

Pflege im Spiegel der Statistik

Datengrundlage

wesentliche Datenquellen: Pflegestatistik, Kassenstatistik und BARMER-Daten

Mit der Pflegestatistik, der Kassenstatistik und den Daten der BARMER sind unterschiedliche Möglichkeiten gegeben, die Pflegebedürftigen und ihre Leistungsanspruchnahmen zu erfassen. Die Pflegestatistik berücksichtigt keine Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, und Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind in den Erhebungsjahren 2017 und 2019 untererfasst, da sie keinen Anspruch auf die Hauptpflegeleistungen haben. Zudem lassen Kassenstatistik und Pflegestatistik beide keine gemeinsame Erfassung verschiedener Leistungen einer Person zu. Die Erfassung kombinierter Leistungen und eine zeitliche Abfolge von Leistungen sind jedoch mit den BARMER-Daten möglich. Weil diese auf die BARMER-Versicherten beschränkt sind,

werden die Ergebnisse aus diesen Daten nach Alter, Geschlecht und Bundesland auf die Bevölkerung in Deutschland hochgerechnet. Die Fallzahlen werden dabei unterschätzt, die Trends entsprechen aber denen der amtlichen Statistik.

Pflegebedürftige

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

Berichterstattung
ab 2017

Die Zahl der positiven Erstbegutachtungen durch den Medizinischen Dienst (MD) mit festgestellten Pflegegraden 2 bis 5 sind seit 2017 tendenziell stabil oder rückläufig. Die Anzahl der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 ist hingegen stetig, von 256.681 Fällen im Jahr 2017 auf 326.913 Fälle im Jahr 2022, gestiegen.

immer mehr positive
Begutachtungen mit
Pflegegrad 1

Die Pflegestatistik weist zum Jahresende 2017 insgesamt 3,431 Millionen und zum Jahresende 2021 insgesamt 4,961 Millionen Pflegebedürftige aus. Dabei ist für das Jahr 2017 von einer Unterschätzung von etwa 140.000 Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 auszugehen, während diese Unterschätzung 2021 nicht mehr auftritt. Wird diese Unterschätzung herausgerechnet, kam es im genannten Vierjahreszeitraum so zu einem Anstieg der Zahl Pflegebedürftiger um rund 1,39 Millionen. Die Zahl der Pflegebedürftigen mit geringen Pflegegraden steigt stärker als die Zahl der Pflegebedürftigen mit höheren Pflegegraden. Die zweijährlichen Fallzahlsteigerungen mit Pflegegrad 2 und 3 liegen noch im unteren zweistelligen Prozentbereich (12,6 Prozent bis 18,9 Prozent). Bei den Pflegegraden 4 und 5 liegen die Steigerungsraten im einstelligen Bereich (0,0 Prozent bis 7,8 Prozent).

1,39 Mio. mehr Pflege-
bedürftige in 4 Jahren

Verbunden mit der steigenden Zahl Pflegebedürftiger mit geringeren Pflegegraden sind auch ein Anstieg in der Nutzung ambulanter Angebote und eine relative Stagnation im Bereich der vollstationären Versorgung. Die Anzahl der Pflegegeldbezieher ist von 2017 bis 2021 von 1,765 Millionen auf 2,554 Millionen gestiegen, während die Anzahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege von 0,792 Millionen auf 0,772 Millionen zurückgegangen ist. Dabei hat die Stagnation in der vollstationären Versorgung schon vor den Coronajahren (ab 2020) begonnen.

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

Tendenz zu längeren Pflegedauern

Die Überlebenszeiten mit Pflegebedürftigkeit werden immer länger. Nach 24 Monaten waren aus der Inzidenzkohorte 2017 noch 67,1 Prozent und aus der Inzidenzkohorte 2021 noch 72,1 Prozent am Leben.

Zusammengefasst steigt die Zahl der Pflegebedürftigen stärker, als allein aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwarten wäre. Dieser Anstieg erfolgt vor allem bei den Pflegebedürftigen mit geringeren Pflegegraden, die eher Pflegegeld als formelle Pflege in Anspruch nehmen. Zu diesem allgemeinen Trend gesellte sich im Jahr 2020 noch der Effekt der Coronapandemie, der die Inanspruchnahme stationärer Leistungen einschränkte. So stagnierte die Zahl der teilstationären Leistungen, und die Nutzung der Kurzzeitpflege ging sogar zurück.

Ambulante Dienste

Fachkraftquote um 50% bei Pflege und Betreuung im ambulanten Bereich

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste ist von 14.050 im Jahr 2017 auf 15.376 im Jahr 2021 und damit um 9,4 Prozent gestiegen. Die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten hat sich von 2017 bis 2021 von 390.322 auf 442.860 um 13,5 Prozent erhöht. Umgerechnet in Vollzeitäquivalente (VZÄ) (siehe dazu im Anhang das Kapitel Pflegestatistik) ergibt sich sogar eine noch etwas höhere Steigerung um 15,2 Prozent von 266.041 auf 306.380 VZÄ. Die Relation der VZÄ je 100 Pflegebedürftigen ist dennoch von 32,1 im Jahr 2017 auf 29,3 in den Jahren 2019 und 2021 gesunken. Weniger als die Hälfte

der Beschäftigten sind examinierte Pflegekräfte – in Köpfen 41,7 Prozent und in VZÄ 45,0 Prozent. In den Arbeitsschwerpunkten körperbezogener Pflege und Betreuung sind es allerdings mit 50,0 Prozent beziehungsweise 52,3 Prozent mehr als die Hälfte der Beschäftigten.

Pflegeheime

Als Pflegeheime sind in der Pflegestatistik alle Einrichtungen erfasst, die vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege oder teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) anbieten. Dabei können in den Einrichtungen diese Angebote auch parallel vorliegen. Während im Zeitraum von 2017 bis 2021 die Zahl der Anbieter von vollstationärer Dauerpflege stagnierte und die Zahl der Anbieter von Kurzzeitpflege sogar rückläufig war, hat sich die Zahl der Anbieter von Tagespflege zwischen 2017 und 2021 um fast ein Drittel von 4.455 auf 5.797 erhöht. 10.316 Einrichtungen boten im Jahr 2021 ausschließlich vollstationäre Versorgung an (vollstationäre Dauerpflege oder Kurzzeitpflege). 4.580 Einrichtungen boten ausschließlich teilstationäre Versorgung an, und 1.219 hatten sowohl teilstationäre als auch vollstationäre Versorgung im Angebot.

Die Zahl der Pflegeplätze in vollstationärer Dauerpflege stieg von 2017 bis 2021 lediglich von 876.867 auf 877.878, also um 0,1 Prozent, die Zahl der Pflegeplätze in der Tagespflege hingegen von 66.484 auf 96.225, um 45 Prozent. Nachtpflegeangebote sind nach wie vor fast gar nicht vorhanden. Für das Jahr 2021 wurden insgesamt nur 269 Nachtpflegeplätze ausgewiesen.

Die Zahl der Beschäftigten in den stationären Einrichtungen hat von 764.648 im Jahr 2017 auf 814.042 im Jahr 2021 zugenommen. Umgerechnet in VZÄ ist dies ein Zuwachs von 552.470 auf 591.511 Stellen. Die Relation der VZÄ je 100 Pflegebedürftigen ist von 59,9 im Jahr 2017 auf 63,5 im Jahr 2021 gestiegen.

Im Jahr 2021 waren in den ausschließlich vollstationären Einrichtungen 26,5 Pflegefachkräfte, gemessen in VZÄ, je 100 Pflegebedürftige beschäftigt. In den ausschließlich teilstationären Einrichtungen waren es 9,5 Pflegefachkräfte, gemessen in VZÄ, je 100 Pflegebedürftige.

Fachkraftquote deutlich unter 50 % im stationären Bereich

Der Anteil der examinierten Pflegekräfte an allen Beschäftigten liegt im stationären Bereich bei 30,0 Prozent der Beschäftigten beziehungsweise bei 33,8 Prozent der VZÄ und damit niedriger als in der ambulanten Versorgung. Im Rahmen der körperbezogenen Pflege oder Betreuung sind es 37,5 Prozent beziehungsweise 41,1 Prozent.

Rentenversicherungsbeiträge für 1.010.000 Pflegepersonen

Pflegepersonen

Schätzungen zur Gesamtzahl der an der Pflege beteiligten informellen Pflegepersonen kommen auf etwa doppelt so viele Pflegepersonen wie Pflegebedürftige im häuslichen Setting. Nur für einen Teil von ihnen werden Rentenversicherungsbeiträge geleistet, nämlich nur dann, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist und eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrads 2 bis 5 in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig für wenigstens zehn Stunden wöchentlich pflegt und keine Vollrente wegen Alters bezieht und die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht hat. Dies sind nach Hochrechnungen der BARMER-Daten monatlich rund 1.010.000 Pflegepersonen im Jahr 2022 bei 3,3 Millionen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 in häuslicher Pflege.

Finanzierung

Die Beitragseinnahmen der sozialen Pflegeversicherung sind zwischen 2017 und 2022 von 36,04 Milliarden Euro auf 52,45 Milliarden Euro gestiegen. Den größten jährlichen Anstieg der Beitragseinnahmen um 8,9 Milliarden Euro gab es dabei 2019 aufgrund der Beitragssatzerhöhung um 0,5 Prozentpunkte, von 2,55 Prozent (2,8 Prozent für Kinderlose) auf 3,05 Prozent (3,3 Prozent für Kinderlose).

Aufgrund der 2022 eingeführten pflegebedingten Eigenanteile in der vollstationären Dauerpflege sind die Ausgaben für die vollstationäre Dauerpflege im Jahr 2022 von 12,55 Milliarden Euro um 3,49 Milliarden Euro auf 16,04 Milliarden Euro gestiegen. Damit ist dieser Ausgabenposten wieder der größte Einzelposten. Der sinkende Anteil vollstationär versorgter Pflegebedürftiger hatte zuvor dafür gesorgt, dass die Geldleistungen im Jahr 2021 ein höheres Ausgabenvolumen aufgewiesen haben. Allerdings sind bei den Gesamtausgaben für vollstationäre Pflege auch die stationären Vergütungszuschläge zu berücksichtigen, die sich 2022 auf 1,93 Milliarden Euro beliefen.

Der durchschnittliche monatliche einrichtungsbezogene Eigenanteil zur Finanzierung der Pflege in der vollstationären Dauerpflege liegt im Jahr 2023 bei 1.245 Euro für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5. Zu den pflegebedingten Kosten sind zudem die umgelegten Ausbildungskosten zu rechnen, die sich derzeit auf 105 Euro belaufen. Diese Eigenanteile werden je nach Aufenthaltsdauer noch um 5 Prozent bis 70 Prozent gekürzt. Allerdings müssen Pflegebedürftige im Heim auch noch für Unterkunft und Verpflegung zahlen und die nicht öffentlich geförderten Investitionskosten übernehmen.

Insgesamt wurden für die Pflegeleistungen im Jahr 2021 rund 75,26 Milliarden Euro ausgegeben. Unberücksichtigt bleiben dabei die in der stationären Pflege anfallenden Aufwendungen für Unterbringung, Verpflegung und privat zu tragende Investitionskosten. Größter Kostenträger ist die soziale Pflegeversicherung mit 50,23 Milliarden Euro, gefolgt von den privaten Haushalten mit einem Aufwand von 16,99 Milliarden Euro. Die private Pflegepflichtversicherung hat trotz angesparter Altersrückstellungen von 46,61 Milliarden Euro nur 2,15 Milliarden Euro zur Finanzierung der Pflege beigetragen.

75,26 Mrd. € für Pflegeleistungen, davon trägt die SPV 50,23 Mrd. €.

Schwerpunkt: Pflegebedürftige im Krankenhaus

Mit einem höheren Alter steigt neben der Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit auch die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts. Für viele Menschen wird erst im Zusammenhang mit einer Krankenhausaufnahme eine Pflegebedürftigkeit festgestellt. In diesem Fall kann es sein, dass das häusliche Umfeld darauf nicht vorbereitet ist und sich Fragen auf in Bezug auf die weitere Versorgung stellen. Ebenso kann sich das gewünschte und mögliche Pflegearrangement für bereits pflegebedürftige Personen nach einem Krankenhausaufenthalt ändern. Hier stellt sich die Frage, inwieweit sich durch notwendig werdende Suchprozesse die Entlassungen aus dem Krankenhaus verzögern und in welches Versorgungssetting die Pflegebedürftigen im Anschluss wechseln.

Schließlich stellt sich die Frage, ob und wenn ja in welchem Umfang Krankenhausaufenthalte Pflegebedürftiger vermeidbar sind.

Häufigkeiten

Die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamts weist für die Jahre 2017 bis 2019 jährlich etwa 19,4 Millionen vollstationäre Krankenhaufälle aus. In den Coronajahren 2020 und 2021 sind die Fallzahlen auf etwa 16,8 Millionen zurückgegangen. Die Hochrechnungen der BARMER-Daten unterschätzen diese Fallzahlen um etwas mehr als zehn Prozent.

¼ der Patientinnen oder Patienten im Krankenhaus im Jahr 2022 pflegebedürftig

Nach den Hochrechnungen der BARMER-Daten sind in den Jahren 2017 bis 2022 jährlich relativ konstant zwischen 260.000 und 276.000 Personen im Monat einer Krankenhaufnahme pflegebedürftig geworden (inzidente Fälle). Die Zahl der Krankenhaufälle prävalent Pflegebedürftiger ist hingegen deutlich gestiegen – von 2,71 Millionen im Jahr 2017 auf 3,45 Millionen im Jahr 2022. Der Anteil der inzident oder prävalent Pflegebedürftigen an allen Patientinnen und Patienten im Krankenhaus ist im genannten Zeitraum von 17,4 Prozent auf 25,3 Prozent gestiegen. Im Jahr 2022 war also schon ein Viertel der Patientinnen und Patienten von Pflegebedürftigkeit betroffen.

jede 4. Pflegeinzidenz im direkten zeitlichen Zusammenhang mit einem Krankenhaufenthalt

Nicht Pflegebedürftige hatten in den Jahren 2017 bis 2022 je nach Jahr eine monatliche Wahrscheinlichkeit eines Krankenhaufenthalts von 1,2 Prozent bis 1,5 Prozent. Für prävalent Pflegebedürftige lag die Wahrscheinlichkeit bei 6,0 Prozent bis 7,4 Prozent und für inzident Pflegebedürftige bei 24,2 Prozent bis 28,0 Prozent. Jede vierte Pflegeinzidenz ist also mit einem Krankenhaufenthalt verbunden.

Viele der häufigsten Diagnosen (ICD-Dreisteller) für einen Krankenhaufenthalt stehen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit. Deutlich überproportional häufig sind für inzident oder prävalent Pflegebedürftige die Krankenhaufdiagnosen E86 (Volumenmangel), F05 (Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt), I50 (Herzinsuffizienz), N17 (akutes Nierenversagen), R26 (Störungen des Ganges und der Mobilität) und S72 (Fraktur des Femurs). Zudem sind noch A41 (sonstige Sepsis), G20 (primäres Parkinson-Syndrom), J69 (Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen) für prävalent Pflegebedürftige überproportional häufig. Für inzident Pflegebedürftige sind es vor allem noch Krebserkrankungen und andere Frakturen. Dementsprechend können Krebserkrankungen häufiger als pflegebegründende Diagnosen angesehen werden, während sich Pneumonien vermehrt im Pflegeverlauf einstellen.

Viele Krankenhausfälle werden als potenziell vermeidbar angesehen und den ambulant-sensitiven (ASK) oder Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen (PSK) zugeordnet. Besonders häufige Diagnosen, die sowohl zu den ASK als auch zur den PSK gezählt werden und zudem überproportional bei Pflegebedürftigen Anlass des Krankenhausaufenthalts waren, sind E11 (Diabetes mellitus, Typ 2), E86 (Volumenmangel), I50 (Herzinsuffizienz), J44 (sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit) und N39 (sonstige Krankheiten des Harnsystems).

Insgesamt werden mit den BARMER-Daten für die Jahre 2017 bis 2019 zwischen 4,54 Millionen und 4,60 Millionen ASK und zwischen 4,03 Millionen und 4,06 Millionen PSK hochgerechnet. Die Hochrechnungen für die Coronajahre 2020 bis 2022 ergeben zwischen 3,62 Millionen und 3,78 Millionen ASK und zwischen 3,32 Millionen und 3,43 Millionen PSK jährlich. Durch die steigende Zahl an Pflegebedürftigen ist auch die Zahl der Pflegebedürftigen mit potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalten gestiegen. Die Zahl der ASK von Pflegebedürftigen ist von 0,89 Millionen im Jahr 2017 auf 1,07 Millionen im Jahr 2022 und die Zahl der PSK von Pflegebedürftigen sogar von 1,14 Millionen auf 1,31 Millionen gestiegen.

über 1 Mio. potenziell vermeidbare Krankenhausfälle von Pflegebedürftigen pro Jahr

Pflegebedürftige haben insgesamt eine höhere Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts oder auch eines potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalts. Diese Befunde bleiben auch bestehen, wenn im statistischen Regressionsmodell Faktoren wie Beobachtungsjahr, Geschlecht, Alter und Vorerkrankungen kontrolliert werden.

Dauern

Auf Grundlage der BARMER-Daten werden für die Gesamtheit der Versicherten für die jeweils letzten Krankenhausaufenthalte eines Monats für die Jahre 2017 bis 2022 durchschnittliche Krankenhausedauern von acht bis neun Tagen ermittelt. Die Krankenhausfälle dauern für inzident Pflegebedürftige rund fünf Tage und für prävalent Pflegebedürftige rund drei Tage länger als für nicht pflegebedürftige Personen. Pflegebedürftige sind durchschnittlich aber älter als die Gesamtbevölkerung und haben mehr Vorerkrankungen. Diese Faktoren haben einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit und auch auf die Dauer eines Krankenhausaufenthalts. Werden Beobachtungsjahr, Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen, Krankenhausdiagnosen und auch die Auslastung der Pflegekapazitäten im sta-

längere Krankenhausedauern für Pflegebedürftige

tistischen Regressionsmodell kontrolliert, bleiben dennoch große Unterschiede zwischen Pflegebedürftigen und nicht Pflegebedürftigen bestehen. Für inzident Pflegebedürftige ergeben sich auch unter Kontrolle der genannten Merkmale etwa dreieinhalb Tage (+3,36) längere Verweildauern im Krankenhaus. Für prävalent Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 im Sachleistungsbezug ergeben sich zweieinhalb Tage (+2,65) längere Verweildauern. Für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 in vollstationärer Dauerpflege wird etwa ein halber Tag (-0,73+1,20) längerer Krankenhausaufenthalt ermittelt.

längere Krankenhausaufenthalte, wenn Kurzzeitpflege folgt

Die Analysen der Verweildauern wurden auch separat nur für die inzident und nur für die prävalent Pflegebedürftigen durchgeführt. Wenn im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt noch Kurzzeitpflege genutzt wurde, dann verlängerte sich der Krankenhausaufenthalt für inzident Pflegebedürftige um durchschnittlich dreieinhalb und für prävalent Pflegebedürftige um viereinhalb Tage. Im Gesamtmodell mit allen Versicherten zeigt sich sogar eine Verlängerung der Krankenhausaufenthalt um mehr als sechs Tage, wenn im Anschluss eine Kurzzeitpflege folgte. Die längere Verweildauer im Zusammenhang mit der Kurzzeitpflege kann ein Indiz für eine gegebenenfalls notwendige Organisation anderer pflegerischer Versorgungsarten nach dem Krankenhausaufenthalt sein.

Es könnte erwartet werden, dass Krankenhausaufenthalte für Pflegebedürftige bei einer höheren Auslastung der pflegerischen Versorgungsstrukturen länger dauern als bei geringerer Auslastung der pflegerischen Versorgungsstrukturen, weil die Wahrscheinlichkeit, eine angemessene Versorgung zu organisieren, geringer wäre. Die Auslastungen der Kapazitäten in vollstationären Einrichtungen, in teilstationären Einrichtungen oder bei den ambulanten Pflegediensten haben aber insgesamt nur einen geringen und sogar leicht negativen Effekt auf die Verweildauer im Krankenhaus.

Übergänge

260.000 bis 276.000 Pflegeinzidenzen jährlich im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt

In den Jahren 2017 bis 2022 sind nach den Hochrechnungen der BARMER-Daten monatlich im Durchschnitt 22.406 Personen im zeitlichen Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt pflegebedürftig geworden. Das sind in den Jahren 2017 bis 2022 jährlich zwischen 260.000 und 276.000 Personen. Pflegeinzidenzen im Krankenhaus sind vielfach mit relativ plötzlich auftretenden, schwerwiegenden Erkrankungen wie Krebs oder Schlaganfall verbunden. Dementsprechend sind die Pflegegrade für inzident Pflegebe-

dürftige im Krankenhaus im Durchschnitt höher als für alle anderen inzident Pflegebedürftigen.

Je höher der Pflegegrad bei prävalent Pflegebedürftigen im Monat vor dem Krankenhausaufenthalt war, desto wahrscheinlicher ist es, dass der Pflegegrad auch nach dem Krankenhausaufenthalt Bestand hat. Wenn es Veränderungen in den Pflegegraden gibt, dann ist es fast immer eine Erhöhung. Jede zehnte pflegebedürftige Person ist innerhalb eines Monats nach einem Krankenhausaufenthalt verstorben. Während von denjenigen mit Pflegegrad 1 im Vormonat des Krankenhaufalls 4,7 Prozent einen Monat nach Entlassung aus dem Krankenhaus verstorben sind, sind es von denjenigen mit Pflegegrad 5 im Vormonat des Krankenhaufalls sogar 18,2 Prozent. Inzident Pflegebedürftige liegen mit einem Anteil von 8,9 Prozent Verstorbener im mittleren Bereich.

fast keine Herabstufungen und 10% innerhalb eines Monats nach dem Krankenhausaufenthalt verstorben

Diejenigen, die schon zum Zeitpunkt der Krankenaufnahme pflegebedürftig sind, bleiben zum allergrößten Teil (90,1 bis 98,4 Prozent) auch am Ende des Krankenaufenthalts in ihrer bisherigen Versorgungsart. In begrenztem Umfang gibt es Veränderungen bei den Pflegebedürftigen in informeller Pflege und beim Bezug von Pflegesachleistungen. Aus der informellen Pflege gibt es häufig einen Wechsel in den Bezug von Pflegesachleistungen (5,6 Prozent) oder in die vollstationäre Dauerpflege (2,7 Prozent). Pflegebedürftige im Pflegesachleistungsbezug wechseln nach dem Krankenaufenthalt noch häufiger in die vollstationäre Dauerpflege (8,1 Prozent), aber auch zu einem merklichen Anteil in die informelle Pflege (1,6 Prozent). Auffällig ist bei Pflegebedürftigen im Pflegesachleistungsbezug auch die höhere Quote in der Nutzung der Kurzzeitpflege im Anschluss an den Krankenaufenthalt. Dies kann mit der größeren Notwendigkeit einer Umorientierung in Zusammenhang stehen, der sich aus den größeren Übergangswahrscheinlichkeiten in die vollstationäre Dauerpflege ergibt.

In der statistischen Analyse der Wahrscheinlichkeit eines Umzugs in eine Wohn- und Pflegeeinrichtung (vollstationäre Dauerpflege, Behinderteneinrichtung oder ambulant betreute Wohngruppen) im Anschluss an den Krankenaufenthalt wurden die Faktoren Beobachtungsjahr, Geschlecht, Alter, Auslastung der Pflegekapazitäten, Anzahl der Krankenhaustage, Vorerkrankungen, Krankenhausdiagnosen, Pflegegrade und Versorgungsarten kontrolliert. Für Pflegebedürftige im Pflegesachleistungsbezug liegt auch

häufigere Umzüge in Wohn- und Pflegeeinrichtungen durch Pflegebedürftige im Pflegesachleistungsbezug

unter Kontrolle dieser Merkmale die Wahrscheinlichkeit eines Umzugs um fast vier Prozentpunkte höher als für informell Gepflegte.

Eine höhere Auslastung der Pflegekapazitäten wirkt für inzident Pflegebedürftige leicht negativ auf den Umzug in Wohn- und Pflegeeinrichtungen.

Für inzident Pflegebedürftige zeigen sich für die Umzüge in Wohn- und Pflegeeinrichtungen leichte Effekte durch die gegebene Versorgungsstruktur. Sowohl eine höhere Auslastung der vollstationären Einrichtungen als auch eine höhere Auslastung in der ambulanten Versorgung verringern für inzident Pflegebedürftige die Wahrscheinlichkeit eines Übergangs in die stationäre Versorgung.

Kurzzeitpflege als Zwischenstation beim Umzug in Wohn- und Pflegeeinrichtungen

Pflegebedürftige im Pflegesachleistungsbezug ziehen häufiger in Wohn- und Pflegeeinrichtungen um als Pflegebedürftige in informeller Pflege. Dementsprechend haben sie im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt auch unter Kontrolle der genannten Merkmale eine um mehr als sechs Prozent höhere Wahrscheinlichkeit als informell Gepflegte, im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt Kurzzeitpflege zu nutzen. Ebenso erhöht ist diese Wahrscheinlichkeit auch für inzident Pflegebedürftige. Sowohl für Pflegebedürftige im Sachleistungsbezug (+9,2 Prozentpunkte) als auch für inzident Pflegebedürftige (+19,5 Prozentpunkte) ist ein Umzug in eine Wohn- und Pflegeeinrichtung nach der Kurzzeitpflege deutlich höher als für informell Gepflegte.

Einleitung

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

Kapitel 1 widmet sich der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung im letzten Jahr und analysiert insbesondere die bislang erkennbaren Wirkungen des Gesundheitsversorgungswiderentwicklungsgesetzes vom 11. Juli 2021 (GVWG) und des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes vom 19. Juni 2023 (PUEG).

Kapitel 1: Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Kapitel 2 stellt die Pflege im Spiegel der Statistik dar und beschäftigt sich mit Pflegebedürftigen, der Leistungserbringung und der Finanzierung. Anders als im Gesundheitssystem wird die Leistungsberechtigung nicht bei jedem Leistungsbezug einzeln (durch die Anbieter) festgelegt, sondern generalisiert durch die Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes (MD) oder durch andere unabhängige Gutachter beziehungsweise von MEDICPROOF festgestellt. Kapitel 2 gibt daher zunächst Auskunft über die Zahl der Pflegebedürftigen und deren Struktur sowie die Inanspruchnahme von Leistungen. Leistungsinanspruchnahme setzt aber ein entsprechendes Leistungsangebot voraus, das gleichfalls beschrieben wird. Hierbei ist zwischen Pflege durch Angehörige und weitere

Kapitel 2: Pflege im Spiegel der Statistik

informelle Pflegepersonen und den formellen Pflegeeinrichtungen zu unterscheiden, die sich wiederum in ambulante, teil- und vollstationäre Anbieter untergliedern lassen. Schließlich werden in Kapitel 2 die Finanzierung der Leistungen der Langzeitpflege und die Aufteilung der Ausgaben auf die verschiedenen Finanzierungsträger thematisiert.

**Kapitel 3: Schwerpunkt
„Pflegerbedürftige
im Krankenhaus“**

In Kapitel 3 wird dann der Rahmen der Routineberichterstattung verlassen und ein Schwerpunktthema behandelt: Pflegebedürftige im Krankenhaus. In dem Kapitel wird der Frage nachgegangen, wie sich die Krankenhausfälle Pflegebedürftiger von Krankenhausfällen von nicht Pflegebedürftigen unterscheiden. Ein Problemfeld dabei sind potenziell vermeidbare Krankenhausfälle. Vor diesem Hintergrund werden die entsprechenden Krankenhaushäufigkeiten und die jeweiligen Bestimmungsgründe dafür analysiert. Die Entlassung aus dem Krankenhaus kann vor dem Hintergrund eines bestehenden Mangels an Pflegepersonal und Pflegeeinrichtungen verzögert sein. Vor diesem Hintergrund werden die Aufenthaltsdauern im Krankenhaus und die anschließenden Übergänge in die pflegerische Versorgung beleuchtet.



www.bifg.de/Y925Xu/

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

Kapitel 1

Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2022/2023

1 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2022/2023

Im Koalitionsvertrag hat die neue Bundesregierung 2021 eine Reihe von Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Langzeitpflege vorgesehen (Tabelle 1.1). Für fünf der zehn in dieser Tabelle genannten Vorhaben sind (noch) keine Umsetzungsschritte erfolgt. Dies wiegt umso schwerer, als weitere ausgabenwirksame Maßnahmen von der Regierung für diese Legislaturperiode ausgeschlossen werden. Insbesondere gilt dies für die Einführung einer Lohnersatzleistung im Falle pflegebedingter Auszeiten und die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen. So werden mehr als fünf Milliarden Euro Pandemiekosten entgegen der Festlegung des Koalitionsvertrags nicht steuerfinanziert (Rothgang & Müller, 2022, S. 35 ff.), und auch die Steuerfinanzierung der Rentenversicherungsbeiträge, deren Finanzierung 2022 mit mehr als drei Milliarden Euro zu Buche geschlagen ist (Tabelle 2.18), wird in dieser Legislaturperiode nicht erfolgen. Stattdessen wurde der Steuerzuschuss von einer Milliarde Euro gestrichen.

Auch die Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag, die im Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19. Juni 2023 (BGBl. I, S.2023) thematisiert wurden, sind dort mit einer Ausnahme nur unzureichend umgesetzt. Lediglich das geplante Entlastungsbudget wird durch die Zusammenfassung der Leistungsbeträge zu einem gemeinsamen Jahresbetrag für die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, der flexibel eingesetzt werden kann, im neuen § 42a SGB XI realisiert. Maßnahmen zum beschleunigten Ausbau des Personalbemessungsverfahrens in der stationären Langzeitpflege sind im PUEG dagegen nicht erkennbar. Jedoch wird die Intention, ab 2025 eine weitere Umsetzungsstufe zum Ausbau des Personalbemessungsverfahrens einzuführen, in § 113c Abs. 8 SGB XI stärker zum Ausdruck gebracht, als dies im Gesetzestext vor dem PUEG der Fall war.

Tabelle 1.1: Zentrale Vorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung im Koalitionsvertrag und die zu ihrer Umsetzung ergriffenen Maßnahmen

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

Quelle: eigene Darstellung

Dass die im PUEG ergriffenen Maßnahmen ungeeignet sind, die Eigenanteile in der stationären Langzeitpflege zu begrenzen und die Leistungen bei ambulanter Pflege angemessen zu dynamisieren, wird in Kapitel 1.2 dargelegt. Zuvor wird noch auf die Wirkung einer Maßnahme eingegangen, die noch aus dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 (BGBl. I, S. 2.754), also aus der letzten Legislaturperiode stammt, die aber mit dem Pflegebonusgesetz vom 28. Juni 2022 (BGBl. I, S. 938) konkretisiert und zum 1. September 2022 in Kraft getreten ist: der sogenannten „Tarifreuregelung“, die auch dazu beiträgt, die Gehaltslücke zwischen Alten- und Krankenpflege zu verringern (Kapitel 1.1).

1.1 Tariftreuregelung

Von der Gewerkschaft ver.di und der Bundesvereinigung der Arbeitgeber in der Pflegebranche wurde ein Tarifvertrag über Mindestarbeitsbedingungen für die Altenpflege geschlossen. Dieser sollte auf Grundlage des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes (AEntG) auch auf die anderen Anbieter erstreckt werden. Dies scheiterte aber an der fehlenden Zustimmung der beiden kirchlichen Kommissionen Anfang 2021. Stattdessen wurden im GVVG die §§ 72 Abs. 3a und b SGB XI eingeführt (vergleiche Rothgang & Müller, 2021, S. 33). Diese Norm sieht vor, dass Versorgungsverträge nur mit Anbietern abgeschlossen werden dürfen,

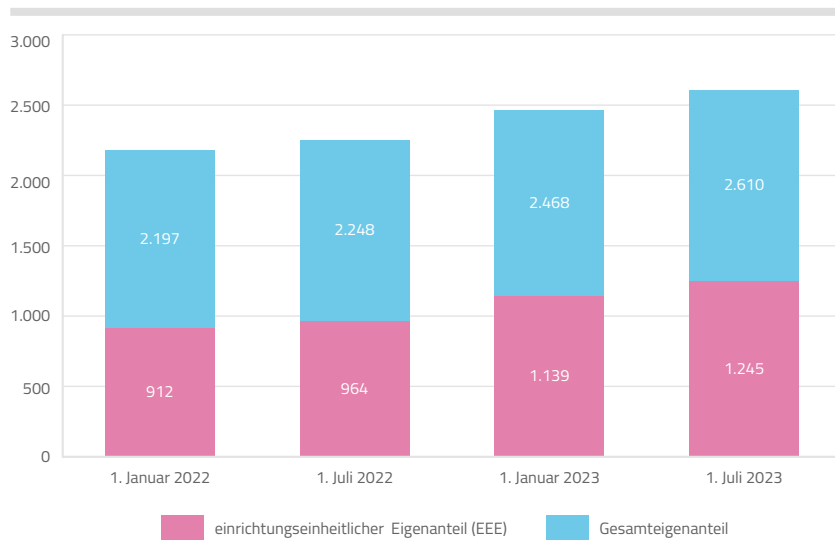
- die an einen Tarifvertrag oder kirchliche Arbeitsrechtregelungen gebunden sind (§ 72 Abs. 3a SGB XI) oder
- die in der Pflege und Betreuung eingesetzte Arbeitskräfte mindestens in Höhe eines einschlägigen Tarifvertrags oder der entsprechenden Arbeitsrechtsregelungen entlohnen (§ 72 Abs. 3b Ziffer 1–3 SGB XI) oder
- deren Entlohnung das jeweilige regional übliche Niveau nicht unterschreitet (§ 72 Abs. 3b Ziffer 4 SGB XI).

Entlohnungen in dieser Höhe gelten gemäß § 82c SGB XI automatisch als wirtschaftlich und müssen in Pflegesatzverhandlungen von den Kostenträgern akzeptiert werden.

Mit diesen in der Fachdiskussion auch als „Tariftreuegrundsatz“, „Tariftreuegesetz“ oder „Tariftreuregelung“ bezeichneten Normen sollen zwei Ziele erreicht werden: Zum einen sollte eine stärkere Tarifbindung zu einer Vereinheitlichung der Arbeitsbedingungen führen und die über die Entlohnung hinausgehenden Regelungen der Tarifverträge sollten auf weitere Einrichtungen ausgedehnt werden. Zum anderen sollte das Entlohnungsniveau angehoben werden. Das erste Ziel wurde dabei nur in geringem Umfang erreicht, da sich zwei Drittel der rund 18.000 zuvor nicht tarifgebundenen Einrichtungen für die dritte Option einer Entlohnung nach dem jeweiligen regional üblichen Niveau entschieden haben (Evans & Szepan, 2023). Das Entlohnungsniveau ist hingegen deutlich angestiegen. Für die bislang nicht tariflich gebundenen Einrichtungen rechnet das BMG mit Lohnsteigerungen je nach Bundesland von 10 bis 30 Prozent (BMG, 2022c).

Der Effekt der höheren Entlohnung zeigt sich auch an der Entwicklung der bundesdurchschnittlichen monatlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (Abbildung 1.1). Diese sind vom 1. Juli 2022 zum 1. Januar 2023, also dem Halbjahr, in dem die überwiegende Zahl der betroffenen Einrichtungen die Tariftreuerregelungen umgesetzt hat, um 175 Euro gestiegen. Nachfolgend sind diese Kosten vom 1. Januar 2023 bis zum 1. Juli 2023, dem Halbjahr, in dem die Nachzügler eine Umsetzung vollzogen haben, dann noch einmal um 106 Euro gestiegen. Insgesamt ist dieser Wert von Juli 2022 bis Juli 2023 damit um 281 Euro angestiegen. Im Vergleich etwa zur Steigerung im 1. Halbjahr 2022 zeigt sich hier eine wesentlich stärkere Kostendynamik, die in großen Teilen Ausfluss der Tariftreuerregelungen sein dürfte. In den in Abbildung 1.1 dargestellten Gesamteigenanteilen sind die von den Pflegebedürftigen zu zahlenden Ausbildungskosten von durchschnittlich mehr als 100 Euro noch nicht enthalten. Somit ergibt sich von Juli 2022 auf Juli 2023 eine Kostensteigerung der privat zu tragenden Gesamteigenanteile von insgesamt $(2.610 - 2.248 =)$ 362 Euro.

Abbildung 1.1: Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil und Gesamteigenanteil ohne Ausbildungskosten



Anmerkung: Die zusätzlichen auf Pflegebedürftige entfallenden Ausbildungskosten von durchschnittlich mehr als 100 Euro sind in den Beträgen nicht berücksichtigt.

Quelle: eigene Darstellung, basierend auf Daten des vdek

1.2 Leistungsanpassungen

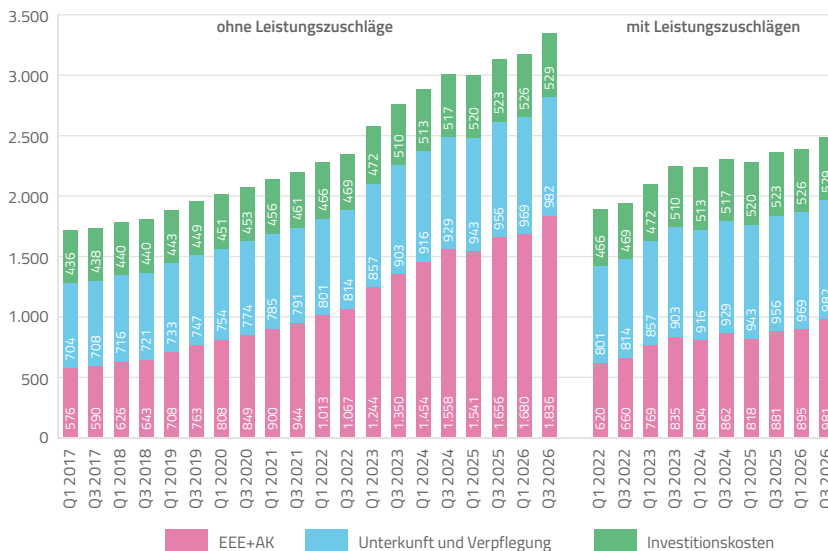
Leistungsanpassungen sind im PUEG sowohl für die stationäre (Kapitel 1.2.1) als auch für die häusliche Pflege (Kapitel 1.2.2) vorgesehen.

1.2.1 Vollstationäre Pflege

Seit Inkrafttreten der einschlägigen Regelungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes zum 1. Januar 2017 sind die pflegebedingten Eigenanteile und die gesamten Eigenanteile in der vollstationären Pflege deutlich gestiegen (Abbildung 1.1). Im GVWG sind daher seit dem 1. Januar 2022 wirksame, nach Dauer des Bezugs vollstationärer Pflege gestaffelte prozentuale Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen eingeführt worden (vergleiche Rothgang & Müller, 2022). Tatsächlich sind die bundesdurchschnittlichen, gewogenen einrichtungseinheitlichen Eigenanteile vom 1. Juli 2021 zum 1. Januar 2022 aus diesem Grund um 324 Euro gesunken. Da gleichzeitige andere Eigenanteilsbestandteile gestiegen sind, ergibt sich eine Reduktion des durchschnittlichen Gesamteigenanteils um 309 Euro. Allerdings ist diese Reduktion durch die folgenden Anstiege der Eigenanteile bis zum 1. Juli 2023 bereits überkompensiert. So liegt der durchschnittliche Gesamteigenanteil zu diesem Zeitpunkt bei Berücksichtigung der durchschnittlichen Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI mit 2.248 Euro bereits wieder um 52 Euro oberhalb des Wertes vom 1. Juli 2021. Der gesamte Entlastungseffekt des GVWG ist damit eineinhalb Jahre nach der erstmaligen Gewährung der Leistungszuschläge schon wieder verpufft (Abbildung 1.2).

Vor diesem Hintergrund sind nun die Regelungen des PUEG zu bewerten. In der vollstationären Pflege sieht das PUEG sowohl eine nominelle Anhebung der Versicherungsleistungen nach § 43 SGB XI als auch des Leistungszuschlags nach § 43c SGB XI vor. Die Leistungen nach § 43 SGB XI werden dabei zum 1. Januar 2025 um 4,5 Prozent angehoben und bleiben danach bis zum 31. Dezember 2027 unverändert. Da sich die Leistungsbeträge mit dem Pflegegrad erhöhen, differenzieren auch die absoluten Leistungsbeitragssteigerungen entsprechend. Mittels der Pflegegradverteilung der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege lässt sich ein gewogener Mittelwert berechnen. Wie Tabelle 1.2 zeigt, werden die Leistungssätze durch die Leistungsanpassung im gewogenen Mittel um 63 Euro erhöht.

Abbildung 1.2: Bundesdurchschnittliche (gewogene) Eigenanteile in vollstationärer Pflege ohne und mit Leistungszuschlägen nach § 43c SGB XI



Anmerkung: Zur Gewichtung der durchschnittlichen Eigenanteile wurden auf Angaben des vdek beruhende Anteilswerte von 30,22 Prozent, 19,22 Prozent, 14,22 Prozent und 36,44 Prozent für Pflegebedürftige mit einer Bezugsdauer vollstationärer Pflege von weniger als einem Jahr, ein bis zwei Jahren, zwei bis drei Jahren und mindestens drei Jahren verwendet. Die leistungsrechtlichen Veränderungen des PUEG sind berücksichtigt. Ab dem ersten Quartal 2024 handelt es sich um Ergebnisse von Vorausberechnungen, die die Veränderungen aufgrund der schrittweisen Einführung des Personalbemessungssystems modellieren (vergleiche Rothgang, 2023, für Details).

Quelle: eigene Berechnungen, basierend auf den Daten des vdek

Tabelle 1.2: Versicherungsleistungen bei vollstationärer Pflege nach § 43 SGB XI in Euro pro Monat und Entlastung der Pflegebedürftigen durch das PUEG

Pflegegrad	2023	2025	Anhebung	nachrichtlich: Gewicht in Prozent
Pflegegrad 1	125	125	0	0,9
Pflegegrad 2	770	845	35	21,3
Pflegegrad 3	1.262	1.385	57	35,5
Pflegegrad 4	1.775	1.948	80	28,5
Pflegegrad 5	2.005	2.200	90	13,8
gewogener Mittelwert	1.395	1.531	63	

Quelle: Leistungshöhen: gesetzliche Regelungen vor und nach Inkrafttreten des PUEG; Gewicht: Pflegestatistik für Dezember 2021

Gleichzeitig sieht das PUEG bereits zum 1. Januar 2024 eine Anhebung der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI vor, die in Prozent des pflegebedingten Eigenanteils angegeben werden (Tabelle 1.3). Bezogen auf den bundesdurchschnittlichen pflegebedingten Eigenanteil von 1.245 Euro zum 1. Juli 2023 lassen sich die nach der Dauer des Bezugs vollstationärer Pflege differenzierte Entlastungsbeträge berechnen. Demnach beläuft sich die durchschnittliche Entlastung für Pflegebedürftige im Pflegegrad 2 bis 5 auf monatliche 87,92 Euro.

Tabelle 1.3: Entlastung der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 bis 5 durch den Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI in Prozent des Eigenanteils und in Euro pro Monat ab dem 1. Januar 2024

Dauer des Bezugs vollstationärer Pflege	nachrichtlich: Anteilswert (= Gewicht) in Prozent	Entlastung gemäß GVWG in Prozent	Entlastung nach Inkrafttreten des PUEG in Prozent	Veränderung der Entlastung in Prozent	pflegebedingter Eigenanteil am 1. Juli 2023 (Euro/Monat)	Entlastung durch das PUEG (Euro/Monat)
bis 1 Jahr	30	5	15	10	1.245	135,03
1–2 Jahre	19	25	30	5	1.245	67,51
2–3 Jahre	14	45	50	5	1.245	67,51
≥ 3 Jahre	36	70	75	5	1.245	67,51
gewogener Mittelwert		38,2	44,7	6,5	1.245	87,92
Summe	100					

Anmerkung: Der vdek gibt nur 95 Prozent des Eigenanteils an, da alle Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 bis 5 einen Leistungszuschlag mindestens in Höhe von fünf Prozent erhalten. Für den hier ausgewiesenen Eigenanteil wurden diese fünf Prozent wieder addiert. Der Leistungszuschlag bezieht sich auch auf die Ausbildungskosten, die sich allerdings von Bundesland zu Bundesland unterscheiden. Für die Berechnung der Entlastung durch das PUEG wurde ein Wert von 105 Euro angesetzt und in die Berechnung der Entlastung einbezogen.

Quelle: Leistungshöhen: § 43c SGB XI in der Fassung des GVWG und des PUEG; Eigenanteil und Angaben zur Dauer des Bezugs vollstationärer Pflege gemäß vdek-Statistik; eigene Berechnungen

Allerdings können diese beiden Entlastungen nicht einfach addiert werden, um die Entlastung ab dem 1. Januar 2025 zu ermitteln, da jede Erhöhung der Leistungsbeträge nach § 43 SGB XI die Eigenanteile in gleicher Höhe reduziert und damit auch die Leistungszuschläge gemäß § 43c SGB XI. Tabelle 1.4 zeigt daher den kumulierten und saldierten Effekt, wobei hilfswise unterstellt wurde, dass sich die Dauer des Bezugs von Leistungen vollstationärer Pflege nicht nach den Pflegegraden zum Stichtag der Erfassung in der Pflegestatistik unterscheidet.

Tabelle 1.4: Kumulierte Entlastung der Pflegebedürftigen durch das PUEG

Pflegegrad	Entlastung durch Anpassung der Leistungen nach § 43 SGB XI	Entlastung durch Anpassung der Leistungen nach § 43c SGB XI	Summe beider Entlastungen	kumulierter und saldierter Effekt
Pflegegrad 1	0	0	0,00	0
Pflegegrad 2	35	135,03	169,18	154,19
Pflegegrad 3	57	67,51	124,05	98,92
Pflegegrad 4	80	67,51	147,14	111,69
Pflegegrad 5	90	67,51	157,49	117,42
gewogener Mittelwert	63	87,12	149,54	121,83

Quelle: Tabelle 1.2 und Tabelle 1.3

Der durchschnittliche Bruttoeffekt der Entlastung von knapp 150 Euro reduziert sich durch die Saldierung somit auf gut 120 Euro pro Monat. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Entlastung durch die Leistungszuschläge gemäß § 43c SGB XI zunimmt, wenn die Pflegesätze und damit die Eigenanteile im Zeitverlauf steigen.

Insgesamt ist diese Leistungsanpassung aber unzureichend, um weitere Anstiege der Eigenanteile zu begrenzen. Allein vom 1. Juli 2022 bis zum 1. Juli 2023 sind die Eigenanteile – noch ohne Berücksichtigung der Ausbildungsumlage, deren Betrag ebenfalls im Zeitverlauf anwächst – um 362 Euro gestiegen (Abbildung 1.1), und auch für die Folgejahre sind erhebliche Anstiege vorprogrammiert. Hierfür sprechen zunächst die Lohnsteigerungen für Pflegekräfte, die seit mehr als zehn Jahren etwa doppelt so hoch sind wie die Lohnsteigerungen für die sonstigen Beschäftigten – und das für Fach- ebenso wie Assistenzkräfte (Tabelle 1.5). Aufgrund der Arbeitsmarktlage, die bereits jetzt durch einen erheblichen Arbeitskräftemangel gekennzeichnet ist, der sich angesichts der zu erwartenden Entwicklung der Zahl der Pflegekräfte noch weiter verschärfen wird (Rothgang & Müller, 2021), ist davon auszugehen, dass sich diese Entwicklung auch in Zukunft fortsetzen wird.

Tabelle 1.5: Kumulierte Steigerung der Entlohnung von 2012 bis 2021

Beschäftigtengruppen	alle Beschäftigten	alle Fachkräfte	alle Helfer	Fachkräfte in der Altenpflege	Helfer in der Altenpflege
Steigerungsrate in Prozent	22	23	21	41	40

Quelle: Carstensen et al. (2022, S. 4)

Seit dem 1. Juli 2023 gelten zudem die neuen Personalobergrenzen des § 113c SGB XI, die für die überwiegende Mehrzahl der Pflegeheime eine Mehrpersonalisierung ermöglichen, die aber erst in individuellen Pflegesatzverhandlungen umgesetzt werden müssen. Dies wird für den Zeitraum von mehr als einem Jahr zu weiteren überproportionalen Pflegesatzsteigerungen führen. In den Pflegesatzverhandlungen ab dem 1. Juli 2023 entfällt zudem die Möglichkeit, Pflegefachkräfte (gemäß § 8 Abs. 6 SGB XI a. F.) und Pflegeassistenzkräfte (gemäß § 84 Abs. 9 in Verbindung mit § 85 Abs. 9 SGB XI a. F.) extern zu finanzieren (§ 113c Abs. 6 SGB XI in der Fassung des PUEG). Die Entlohnung der über diese Normen bereits eingestellten Pflegekräfte wird nun vielmehr pflegesatzwirksam. Ab 2025 wird schließlich eine weitere Anhebung der Personalobergrenzen nach § 113c SGB XI geprüft (§ 113c Abs. 7 SGB XI), und auch für die Personaluntergrenzen hat das Bundesgesundheitsministerium nunmehr die Aufgabe, Anpassungen vorzulegen (§ 113c Abs. 8 SGB XI). Es ist daher damit zu rechnen, dass die Pflegesätze bis Ende des Jahres 2027 jährlich um einen größeren dreistelligen Betrag wachsen und die kumulierten Leistungsanpassungen nicht einmal in der Lage sein werden, den Anstieg für auch nur ein Jahr zu kompensieren. Gemäß der Modellrechnung werden bereits Mitte 2026 bundesdurchschnittliche Gesamteigenanteile von 2.500 Euro erreicht werden (Abbildung 1.2).

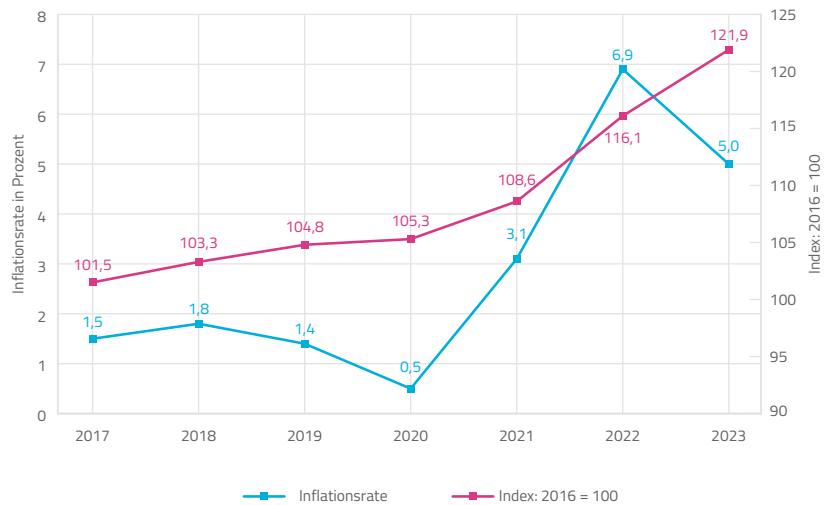
1.2.2 Häusliche Pflege

Zum 1. Januar 2024 steigen die Leistungssätze sowohl für das Pflegegeld als auch für die Pflegesachleistungen um fünf Prozent. Zum 1. Januar 2025 erfolgt eine weitere Anhebung um 4,5 Prozent.

Im Vergleich zum Ausgangswert des 1. Januar 2017 beläuft sich die Leistungsanpassung für das Pflegegeld dann auf 9,725 Prozent. Zum 1. Januar 2028 ist eine weitere Leistungsanpassung geplant, die dazu dienen soll, die Preissteigerungen der Jahre 2025 bis 2027 auszugleichen.

Diese Anpassungsraten sind unzureichend, um einen weiteren Realwertverlust des Pflegegelds auszugleichen. Allein von 2017 bis Ende 2023 beläuft sich die kumulierte Inflationsrate auf 21,9 Prozent (Abbildung 1.3). Wird noch die Inflation für das Jahr 2024 berücksichtigt, zeigt sich, dass damit ein Realwertverlust des Pflegegelds von rund 15 Prozent verbunden ist.

Abbildung 1.3: Inflationsrate und Verbraucherpreisindex für Deutschland



Anmerkung: Die monatlichen Preissteigerungen für die Monate September bis Dezember 2023 wurden auf 0,3 Prozent geschätzt. Dies entspricht dem Wert der drei Vormonate.
Quelle: eigene Darstellung, basierend auf Statistisches Bundesamt (2023e)

Für die Jahre 2025 bis 2027 entsteht dann ein weiterer Realwertverlust, der erst ab 2028 rückwirkend ausgeglichen werden soll. Unmittelbar nach der Anpassung beginnt dann ein erneuter Realwertverlust aufgrund weiterer Preissteigerungen. Eine Regelung, die immer erst im Mehrjahresrhythmus nachlaufend anpasst, erzeugt so einen weiteren permanenten Wertverlust.

Entsprechendes gilt auch für die Pflegesachleistungen. Deren Beträge wurden bereits im GWVG um fünf Prozent angehoben, so dass sich zusammen mit den beiden im PUEG vorgesehenen Anpassungen eine Erhöhung der Leistungssätze um insgesamt 15,2 Prozent für den Zeitraum von 2017 bis 2024 ergibt. Auch dieser Wert liegt aber um zehn Prozentpunkte unterhalb der kumulierten allgemeinen Teuerungsrate für die Jahre 2017 bis 2024.

Allerdings ist diese für die Sachleistungen nicht ausschlaggebend. Für einen gehaltvollen Vergleich müsste vielmehr ein Preisindex für Pflegeleistungen herangezogen werden, der die Preissteigerungen für Pflegeleistungen gemäß einem repräsentativen Warenkorb und unter Berücksichtigung der vereinbarten Preise in den Bundesländern berechnet und ausweist. Einen solchen Index hat das Statistische Bundesamt aber (noch) nicht vorgelegt. Eine Verbesserung der Datenlage wäre an dieser Stelle dringend wünschenswert.

Jedoch weisen schon die Lohnentwicklungen (Tabelle 1.5) darauf hin, dass die Kosten für ambulante Pflegeleistungen stärker gestiegen sein dürften als der Preisindex für die Lebenshaltung. Hierzu tragen auch die Tarifreue Regelungen bei. So hat der Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V. (bad, 2023, S. 3) in seiner Stellungnahme zum PUEG ausgeführt, dass die Kosten im Bereich der häuslichen Pflege „[s]ummarisch und länderübergreifend ... allein in den vergangenen drei Jahren um weit mehr als 25 Prozent gestiegen“ sind. Da Kostensteigerungen mittel- und langfristig in den Pflegesatzverhandlungen berücksichtigt werden müssen, ist davon auszugehen, dass die Regelungen des PUEG auch im Sachleistungsbereich erhebliche Realleistungskürzungen nach sich ziehen. Dementsprechend weist der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa, 2023, S. 20) in seiner Stellungnahme zum PUEG darauf hin, dass in „einem relativ kurzen Zeitraum von fünf Jahren ... die Eigenbeiträge für ambulant versorgte Pflegebedürftige um über 50 Prozent gestiegen“ sind. Dabei ist noch nicht berücksichtigt, dass Pflegebedürftige in häuslicher Pflege auf steigende Preise, auch durch Reduktion der in Anspruch genommenen Leistungsmenge, reagieren.

So ist auch für die Pflegesachleistungen vorgesehen, dass die nächste Anpassung erst 2028 erfolgen soll, um die Preissteigerung der letzten drei Jahre rückwirkend auszugleichen, so dass sich der Realleistungsverlust 2025 bis 2027 zunächst fortsetzt.

In § 30 SGB XI wurden die Anpassungsregelungen zudem verschärft. Obergrenze für die Anpassung ist nunmehr die „Kerninflationsrate“ und nicht mehr die tatsächliche Inflation. Auch weiterhin darf die Anpassung zudem „nicht ... stärker als der Anstieg der Brutto-lohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum“ sein. Angesichts der überproportionalen Entgeltentwicklung für Pflegekräfte, die zudem politisch ausdrücklich gewollt ist, führt dies absehbar zu einem weiteren Realwertverlust der Versicherungsleistungen. Schließlich wurde auch der Gesetzauftrag an die Bundesregierung, die „Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung“ „alle drei Jahre“ zu prüfen, ersatzlos gestrichen. Über den Hinweis auf die Anpassung zum 1. Januar 2028 hinaus findet sich in § 30 SGB XI nunmehr keine weitere Aussage zu zukünftigen Leistungsanpassungen und erst Recht keine Verpflichtung zu einer regelmäßig und regelgebundenen Anpassung, wie sie seit vielen Jahren gefordert wird und wie sie notwendig ist, solange mit pauschalen Leistungsbeträgen gearbeitet wird.

Kapitel 2

Pflege im Spiegel der Statistik

2 Pflege im Spiegel der Statistik

Pflegebedürftigkeit ist zu einem großen Teil altersabhängig. Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung beeinflussen daher die Zahl der Pflegebedürftigen. Aber auch politische Rahmensetzungen, insbesondere die rechtliche Ausgestaltung der Pflegeversicherung haben einen Einfluss auf die Zahl der Pflegebedürftigen (Leistungsberechtigten) und die Versorgungsstruktur. Hinzu kommen externe Faktoren wie zuletzt die Coronapandemie, die das Versorgungsgeschehen beeinflusst haben (Rothgang et al., 2020, S. 26 ff.).

wesentliche Daten-
quellen: Pflegestatistik
und BARMER-Daten

Um zum Verständnis der Wirkungen von politischen Maßnahmen und der demografischen Entwicklung beizutragen, muss eine Gesundheitsberichterstattung zum Thema „Pflegebedürftigkeit“ insbesondere Auskunft über die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen (Kapitel 2.1), die Leistungserbringung und die zugrunde liegenden Versorgungsstrukturen (Kapitel 2.2) sowie die Finanzierung der Leistungen (Kapitel 2.3) geben. Die diesbezüglichen Datengrundlagen in diesem Report sind primär die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts und die Routinedaten der BARMER (BARMER-Daten). Des Weiteren beruhen die Darstellungen auf vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlichten Ergebnissen der Kassenstatistik zur sozialen Pflegeversicherung (SPV), der Begutachtungsstatistik des Medizinischen Dienstes Bund (MD-Bund), der Berichterstattung des Verbands der Privaten Krankenversicherung (PKV) zur privaten Pflegeversicherung (PPV) sowie der Begutachtungsstatistik des Unternehmens MEDICPROOF. Zu den einzelnen dargestellten Aspekten werden die jeweils geeignetsten Daten verwendet. Weitere Informationen zu den genannten Datenquellen finden sich im Anhang.



www.bifg.de/Y925PF



www.bifg.de/Y925PD



www.bifg.de/Y925PX

2.1 Pflegebedürftige

In diesem Kapitel wird beschrieben, wie viele Personen pflegebedürftig sind (Fallzahl) beziehungsweise welcher Anteil einer Population pflegebedürftig ist (Prävalenz), wie viele Personen pflegebedürftig werden (Fallzahl) beziehungsweise welcher Anteil einer Population pflegebedürftig wird (Inzidenz) und wie viele die Pflegebedürftigkeit – meist durch den Tod – beenden. Zur Darstellung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen und der Prävalenz werden überwiegend die Pflegestatistik und die BARMER-Daten verwendet. Die Pflegestatistik ist hierzu als Vollerhebung besonders gut geeignet, während es

die BARMER-Daten ermöglichen, aktuellere Entwicklungen auch detaillierter aufzuzeigen (Kapitel 2.1.1). Anzumerken ist dabei, dass die Pflegestatistik eine Erhebung zum Jahresende ist, während das Leistungsgeschehen mit den BARMER-Daten über das gesamte Jahr erfasst wird und in diesem Report Durchschnittswerte aller Monate eines Jahres (Durchschnittsmonat) ausgegeben werden. Inwieweit jemals im Lebensverlauf Pflegeleistungen in Anspruch genommen wurden (Lebenszeitprävalenz), lässt sich nur mit den BARMER-Daten darstellen (Kapitel 2.1.2). Informationsgrundlagen für die Zahl der Begutachtungen sind die vom MD-Bund veröffentlichten Statistiken (MD-Statistiken) und die Statistiken von MEDICPROOF (Kapitel 2.1.3). Die Inzidenzen (Kapitel 2.1.4) wie auch Übergänge und Beendigung der Pflegebedürftigkeit (Kapitel 2.1.5) sowie die Pflegedauern (Kapitel 2.1.6) werden anhand der BARMER-Daten abgebildet. Abschließend werden die Ergebnisse zu den Pflegebedürftigen kurz zusammengefasst (Kapitel 2.1.7).

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

Die Art und das Ausmaß der Hilfebedürftigkeit, die notwendig sind, um einen Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung zu erlangen, haben sich im Zeitverlauf geändert. Ursprünglich galten nur verrichtungsbezogene Einschränkungen als Begründung für eine Einstufung als pflegebedürftig, und nur diese Personen hatten einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Die Abbildung der Schwere der Pflegebedürftigkeit erfolgte über drei Pflegestufen. Später wurde auch die eingeschränkte Alltagskompetenz als zusätzliches Merkmal herangezogen. Seit 2017 gilt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der sowohl körperliche als auch kognitive oder psychische Beeinträchtigungen berücksichtigt. Unterteilt werden Pflegebedürftige seither in fünf Pflegegrade, von Pflegegrad 1 (geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten) bis

Unterscheidung in
Pflegegrade 1 bis 5

Pflegegrad 5 (schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung). Für die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 bestehen nur eingeschränkte Leistungsansprüche und insbesondere kein Anspruch auf Pflegegeld, Pflegesachleistungen und reguläre Leistungen bei vollstationärer Pflege.

Zur Vermeidung von Brüchen in den Zeitreihen durch die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade werden in diesem Report nur noch die Entwicklungen seit 2017 dargestellt.

2.1.1 Fallzahlen und Prävalenzen

Die einzelnen Statistiken bilden unterschiedliche Personenkreise ab. So fehlen in der Pflegestatistik die Leistungsempfängerinnen und -empfänger in den Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Pflegebedürftige, die keine Pflegesachleistungen, keine Leistungen zur stationären Versorgung und auch kein Pflegegeld in Anspruch nehmen, sind zudem teilweise deutlich untererfasst. Das betrifft vor allem die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 im Jahr 2017. Im Berichtsjahr 2019 sind Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1, die ausschließlich landesrechtliche Leistungen oder keine Leistungen in Anspruch nehmen, schon vermehrt und im Jahr 2021 anscheinend vollständig ausgewiesen. Die hier dargestellten Fallzahlen (Tabelle 2.1) sind am Gastwissenschaftlerarbeitsplatz im Statistischen Landesamt in Bremen ermittelt worden. Die dort bereitgestellten Daten beinhalten mehr Fälle mit Pflegegrad 1 für das Jahr 2017, als den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamts zu entnehmen sind.

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

Die zuletzt im Dezember 2021 erhobene Pflegestatistik enthält die aktuellste Vollerhebung der Pflegebedürftigen. Demnach waren Ende 2021 4.961.146 Menschen pflegebedürftig (Pflegegrad 1 bis 5 oder noch kein Pflegegrad zugewiesen). In der Summe kommen die Kassenstatistik und die Statistik der privaten Pflegeversicherung (PPV-Statistik) auf etwas andere Zahlen. Die Kassenstatistik der SPV weist für Ende 2021 4.606.490 und die Statistik der PPV 292.520 Pflegebedürftige aus. Die Pflegestatistik weist somit 62.136 Pflegebedürftige mehr aus als die Summe der Pflegebedürftigen in Kassenstatistik und der Statistik der PPV (Tabelle 2.1). Über alle drei Statistiken zeigt sich eine stetig steigende Zahl an Pflegebedürftigen.

Tabelle 2.1: Anzahl der Pflegebedürftigen nach Datenquelle 2017–2022

Jahr	Pflegestatistik		SPV Kassenstatistik		PPV		Differenz der Pflegestatistik zur Versicherungsstatistik
	Anzahl am Jahresende	Veränderung zum Vorjahr in Prozent (gemittelt)	Anzahl am Jahresende	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Anzahl am Jahresende	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	
2017	3.431.243		3.339.179		211.582		-119.518
2018			3.685.389	10,4	234.625	10,89	
2019	4.127.605	9,9	3.999.755	8,5	251.883	7,36	-124.033
2020			4.322.772	8,1	272.700	8,26	
2021	4.961.146	9,6	4.606.490	6,6	292.520	7,27	62.136
2022			4.875.337	5,8			

Anmerkung: Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind in der Pflegestatistik vor allem im Jahr 2017, aber auch im Jahr 2019 deutlich untererfasst, weil diejenigen mit ausschließlich landesrechtlichen oder ohne Leistungen zu einem Großteil nicht ausgewiesen wurden.

Quelle: BMG (2023b); FDZ-StaBu (2023); PKV (2023); eigene Berechnungen

Einerseits gibt es Gründe für eine geringere Zahl an Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik durch die Nichtberücksichtigung der Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Andererseits sind Leistungsbezieher, denen noch kein Pflegegrad vergeben wurde, berücksichtigt. Zudem können Doppelzählungen nicht ausgeschlossen werden (Statistisches Bundesamt, 2022c).

Tabelle 2.2 zeigt die gravierenden Unterschiede in der Erfassung der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1. Während die Kassenstatistik der SPV für Ende 2017 194.476 Personen mit Pflegegrad 1 ausweist und für die PPV weitere 5.566 Personen mit Pflegegrad 1 berichtet werden, liegt die Anzahl der Leistungsberechtigten mit Pflegegrad 1 in der Pflegestatistik für 2017 bei nur 62.991 und damit um 137.051 Personen niedriger als in der Statistik der Kostenträger. Für 2019 ist der Unterschied sogar noch größer und beträgt 164.536 Personen. Für das Jahr 2021 haben sich die Verhältnisse umgekehrt und in der Pflegestatistik sind nunmehr sogar 12.414 Personen mit Pflegegrad 1 mehr ausgewie-

sen als in der Kassenstatistik und PPV-Statistik zusammen. Dieser „Aufholeffekt“ deutet darauf hin, dass die Pflegestatistik die Pflegebedürftigen in Pflegegrade 1 in den Jahren 2017 und 2019 erheblich untererfasst hat. Für 2021 scheint dieser Personenkreis nun auch in der Pflegestatistik vollständig erfasst zu sein.

Tabelle 2.2: Entwicklung der Zahl der Leistungsberechtigten mit Pflegegrad 1, 2017–2021

	Pflegestatistik	SPV-Kassenstatistik	PPV	Differenz der Pflegestatistik zur Versicherungsstatistik
2017	62.991	194.476	5.566	-137.051
2018		348.121	11.051	
2019	298.117	448.012	14.641	-164.536
2020		541.353	15.951	
2021	667.044	634.924	19.706	12.414

Anmerkung: Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind in der Pflegestatistik vor allem im Jahr 2017, aber auch im Jahr 2019 deutlich untererfasst, weil diejenigen mit ausschließlich landesrechtlichen oder ohne Leistungen zu einem Großteil nicht ausgewiesen wurden.

Quelle: BMG (2023b); FDZ-StaBu (2023); PKV (2023); eigene Berechnungen

überwiegend geringere
Schwere der Pflege-
bedürftigkeit

Von den 4,961 Millionen Menschen, die Ende 2021 von der Pflegestatistik als pflegebedürftig ausgewiesen werden, waren gut vier von zehn (2,023 Millionen $\hat{=}$ 40,8 Prozent) in Pflegegrad 2 eingruppiert. Pflegegrade 4 oder 5 umfassen nur gut ein Sechstel (17,2 Prozent) aller Pflegebedürftigen (Tabelle 2.3).

Tabelle 2.3: Anzahl der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad 2017, 2019, 2021

Jahr	Anzahl in Tausend						
	insgesamt	Pflegegrad					noch nicht zugeordnet
		1	2	3	4	5	
2017	3.431,2	63,0	1.566,7	1.022,5	549,4	224,2	5,6
2019	4.127,6	298,1	1.796,0	1.215,8	573,1	241,6	2,9
2021	4.961,1	667,0	2.022,9	1.415,6	611,2	241,7	2,8

Anmerkung: Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind in der Pflegestatistik vor allem im Jahr 2017, aber auch im Jahr 2019 deutlich untererfasst, weil diejenigen mit ausschließlich landesrechtlichen oder ohne Leistungen zu einem Großteil nicht ausgewiesen wurden.

Quelle: FDZ-StaBu (2023)

Der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen entwickelt sich je nach Ausmaß der Pflegebedürftigkeit unterschiedlich. In Pflegegrad 1 vervielfachen sich die Fallzahlen noch, während die Fallzahlsteigerungen mit Pflegegrad 2 und 3 noch im zweistelligen Prozentbereich liegen. Nur bei den Pflegegraden 4 und 5 liegen die Steigerungsraten im einstelligen Bereich (Tabelle 2.4). Die Entwicklung der Fallzahlen innerhalb des Pflegegrads 1 ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass damit Personen angesprochen werden, die vor 2017 nicht als pflegebedürftig galten. Eine derartige Ausweitung des Kreises der Leistungsberechtigten führt regelmäßig dazu, dass dieser Anspruch erst nach und nach genutzt wird. Die Hauptursache für die unterschiedlichen Entwicklungen in den Pflegegraden 2 bis 5 dürfte dagegen darin liegen, dass Pflegebedürftige bei Einführung der Pflegegrade „zu hoch“ übergeleitet wurden. In dem Maße, in dem die Überleitungsfälle durch neue Pflegebedürftige ersetzt werden, normalisiert sich daher die Pflegegradverteilung „nach unten“.

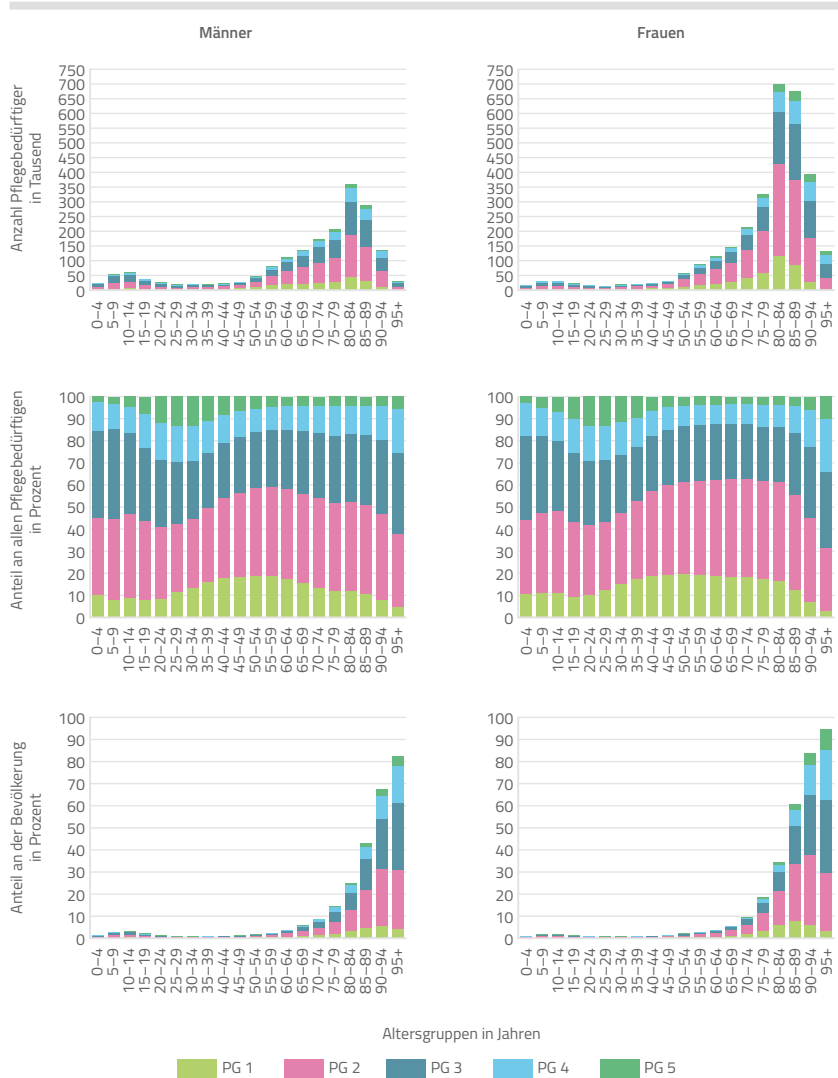
Tabelle 2.4: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad 2017–2021

Jahr	relative Veränderungsrate zum Vorvorjahr in Prozent						
	insgesamt	Pflegegrad					
		1	2	3	4	5	noch nicht zugeordnet
2019	20,3	373,3	14,6	18,9	4,3	7,8	-47,2
2021	20,2	123,8	12,6	16,4	6,6	0,0	-4,4

Quelle: eigene Berechnungen nach Tabelle 2.3

Die Pflegestatistik weist für 2021 insgesamt 1,890 Millionen männliche und 3,071 Millionen weibliche Pflegebedürftige aus. Die männlichen Pflegebedürftigen sind insgesamt etwas jünger als die weiblichen. 43,1 Prozent der männlichen Pflegebedürftigen sind 80 Jahre und älter, während 61,8 Prozent der weiblichen Pflegebedürftigen 80 Jahre und älter sind. Gründe für das geringere Alter der männlichen Pflegebedürftigen liegen in den etwas niedrigeren Pflegeprävalenzen der Männer in den höheren Altersjahren (siehe Abbildung 2.1) und an der im Vergleich zu den Männern deutlich höheren Zahl der Frauen, die überhaupt das höhere Lebensalter erreicht haben, in dem auch die höheren Prävalenzen auftreten.

Abbildung 2.1: Absolute und relative Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2021



Quelle: Statistisches Bundesamt (2022d, 2023b); eigene Berechnungen; Datentabellen im Anhang (Tabelle A 3 bis Tabelle A 5)

Im jüngeren Erwachsenenalter und im höchsten Alter ist der Anteil der Pflegebedürftigen mit höheren Pflegegraden besonders hoch (Abbildung 2.1). So beträgt der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 5 in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen für Männer und Frauen über 13 Prozent, während er in den Altersgruppen der 60- bis 89-Jährigen für Männer und Frauen durchgehend unter sechs Prozent liegt.

Tabelle 2.5: Anzahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart 2017, 2019 und 2021

Jahr	insgesamt	Pflegegeld	Pflegedienst	stationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	landesrechtliche oder keine Leistungen mit Pflegegrad 1	teilstationäre Pflege mit Pflegegrad 1
	Anzahl in Tausend						
2017	3.431	1.765	830	792	26	17	1
2019	4.128	2.116	983	795	23	208	2
2021	4.961	2.554	1.047	772	22	565	2

Anmerkung: In der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen ist die teilstationäre Pflege für Pflegebedürftige mit Pflegegraden 2 bis 5 nicht berücksichtigt, um Doppelzählungen zu reduzieren.
Quelle: FDZ-StaBu (2023); eigene Berechnungen

Ende 2017, dem ersten Jahr der Erfassung der Pflegebedürftigen nach Pflegegraden, gab es 1,765 Millionen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, die Pflegegeld, aber keine Pflegeleistungen bezogen (Tabelle 2.5). Anschließend kam es in den Zweijahresschritten zu deutlichen Steigerungsraten von jeweils etwa 20 Prozent (Tabelle 2.6). Die Zahl der Nutzerinnen und Nutzer von Pflegediensten stieg hingegen zum Jahr 2021 deutlich moderater. Im Vergleich zu 2017 hat sich auch die Zahl der Pflegebedürftigen, die einen Pflegedienst nutzen, um gut ein Viertel gesteigert. Die Zahl der Pflegebedürftigen, die die vollstationäre Dauerpflege nutzen, stagniert derzeit und ist in der Kurzzeitpflege sogar rückläufig. Die Proportionen in den Versorgungsarten haben sich damit im Laufe der Zeit verändert. Die Entwicklung dürfte nicht zuletzt auf die Reformgesetzgebung zurückzuführen sein, die erhebliche Leistungsverbesserungen im Bereich der häuslichen Pflege mit sich gebracht hat. Dies gilt insbesondere für den Effekt durch das Pflegestärkungsge-

Stagnation der
Inanspruchnahmen
stationärer Pflege-
leistungen

setz II (PSG II) im Jahr 2017 (Rothgang et al., 2019b; Schwinger et al., 2018b), der noch andauert (Rothgang & Müller, 2021, S. 154). In der formalen Pflege wird die Inanspruchnahme inzwischen auch durch ein fehlendes Angebot begrenzt. Das gilt für die häusliche ebenso wie für die stationäre Pflege.

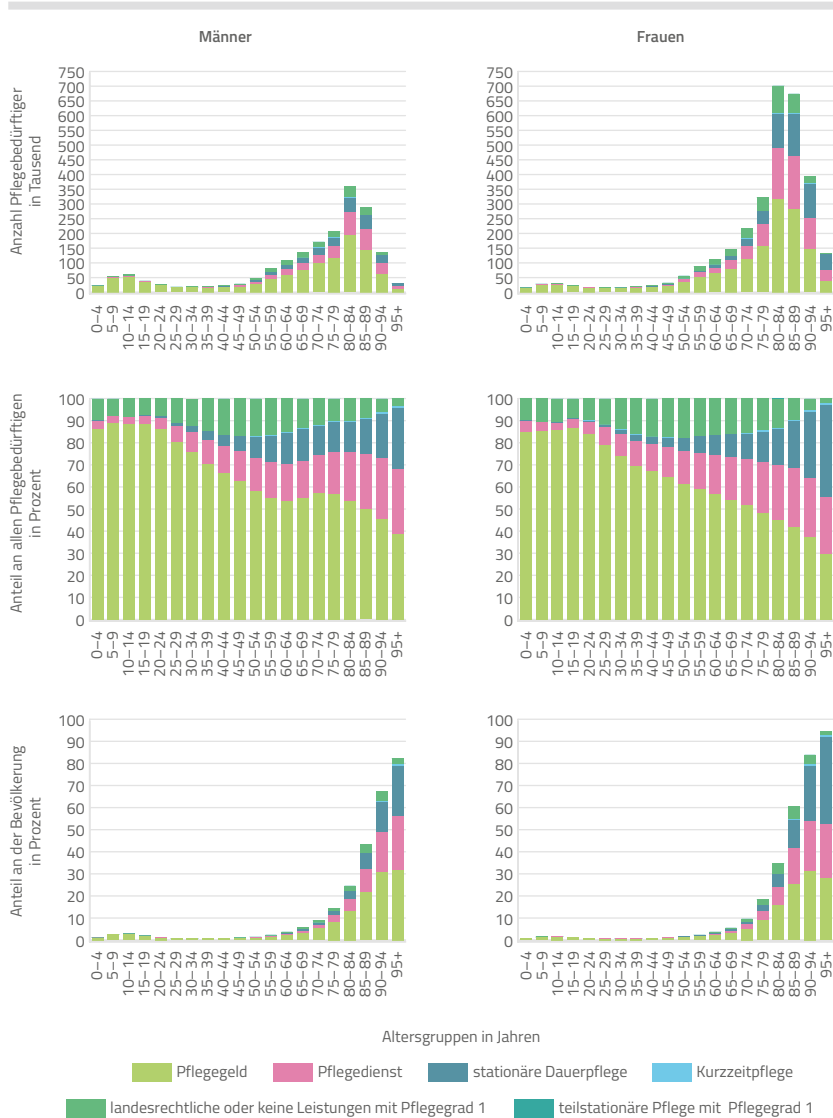
Tabelle 2.6: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart 2017–2021

Jahr	insgesamt	Pflegegeld	Pflegedienst	stationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	landesrechtliche oder keine Leistungen mit Pflegegrad 1	teilstationäre Pflege mit Pflegegrad 1
	relative Veränderungsrate zum Vorvorjahr in Prozent						
2019	20,3	19,9	18,4	0,3	-9,8	1.135,3	55,1
2021	20,2	20,7	6,5	-2,9	-6,3	171,3	-12,1

Quelle: eigene Berechnungen nach Tabelle 2.5

Mit dem höheren Alter steigt der Anteil der Pflegebedürftigen in der Bevölkerung und dabei insbesondere auch der Anteil der Pflegebedürftigen, die im Pflegeheim versorgt werden. Die Fallzahlen der Versorgung in stationärer Dauerpflege sind in der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen mit 188.044 am höchsten. Je älter die Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie pflegebedürftig ist und im Pflegeheim versorgt wird. Die Anteile der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung gleichen Alters liegen bei den Frauen im Alter von über 95 Jahren bei 94,6 Prozent und bei den Männern bei 82,3 Prozent. Während 28,4 Prozent der pflegebedürftigen Männer in diesem Alter im Pflegeheim versorgt werden, sind es bei Frauen in diesem Alter 40,2 Prozent (Abbildung 2.2). Pflegebedürftige Frauen im höheren Alter werden auch deshalb häufiger im Pflegeheim versorgt als Männer, weil durch die geringere Lebenserwartung der Männer eine Partnerpflege unwahrscheinlicher ist.

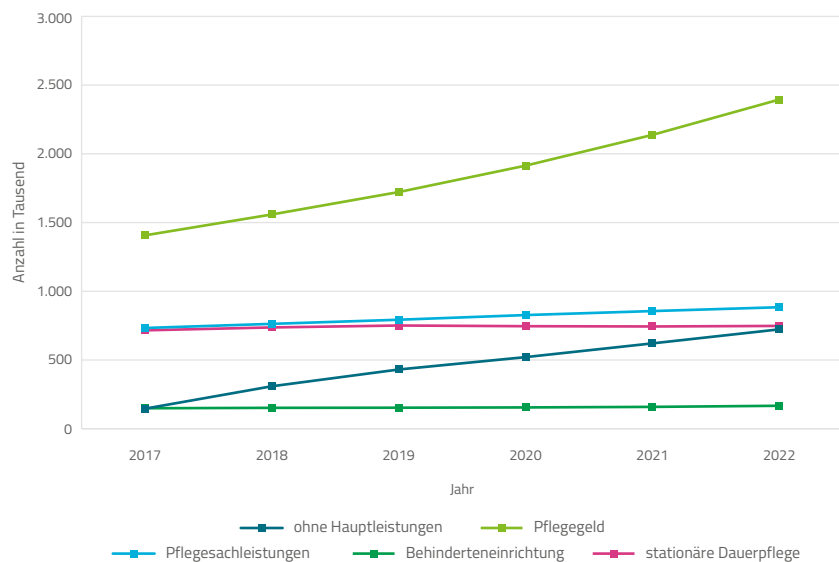
Abbildung 2.2: Absolute und relative Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2021



Quelle: Statistisches Bundesamt (2022d, 2023b); eigene Berechnungen; Datentabellen im Anhang (Tabelle A 6 bis Tabelle A 8)

In der Pflegestatistik sind die Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nicht berücksichtigt. Um auch diese Personen einzubeziehen und zur detaillierteren Darstellung der aktuelleren Entwicklungen werden im Weiteren die Verteilungen basierend auf den BARMER-Daten der Jahre 2017 bis 2022 wiedergegeben. Die absoluten Fallzahlen werden dabei im Vergleich zur Pflegestatistik unterschätzt (siehe Anmerkungen im Anhang). Die Trends stimmen aber überein.

Abbildung 2.3: Pflegebedürftige nach Versorgungsart in den Jahren 2017 bis 2022



	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ohne Hauptleistungen	146	309	431	521	621	723
Pflegegeld	1.407	1.559	1.722	1.914	2.138	2.395
Pflegesachleistungen	733	763	793	827	856	884
Behinderteneinrichtung	149	152	153	155	159	167
stationäre Dauerpflege	716	737	751	746	744	748

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

Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

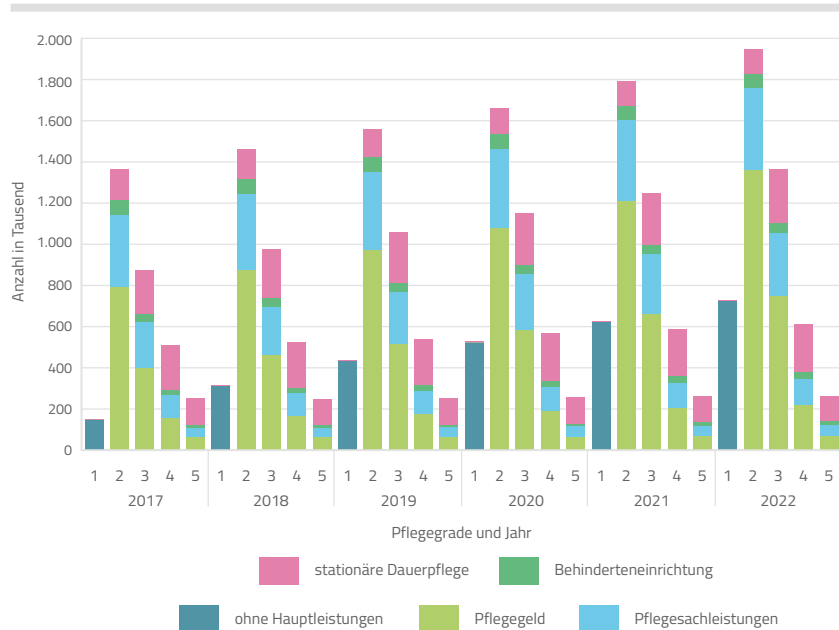
Die häufigste Versorgungsart ist das Pflegegeld. Nach den Hochrechnungen der BARMER-Daten gibt es im Zeitraum von 2017 bis 2022 einen Anstieg von fast einer Million Pflegebedürftigen mit Pflegegeld. Einen besonderen Anstieg gibt es zudem bei denjenigen ohne Hauptpflegeleistungen. Das sind in aller Regel Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1. Für das Jahr 2022 werden schon 723.000 solcher Pflegebedürftige ermittelt. Auch bis 2022 bleibt die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege relativ konstant. Die Zahl der Pflegebedürftigen in Behinderteneinrichtungen steigt langsam auf einem deutlich niedrigeren Niveau. Diese Versorgungsart betrifft vor allem Pflegebedürftige unter 60 Jahre.

2022: immer mehr
Pflegebedürftige mit
Pflegegeld

Abbildung 2.4 zeigt die Zeitreihe für die Kombination aus Versorgungsart und Pflegegrad. Besondere Steigerungen sind bei Pflegebedürftigen zu sehen, die Pflegegeld beziehen, Pflegesachleistungen nutzen oder in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen versorgt werden und zudem geringere Pflegegrade haben. Im Pflegegrad 2 beträgt das Plus 569.000 beim Pflegegeld und 43.000 bei den Pflegesachleistungen. In den höheren Pflegegraden sind die Zuwächse moderater, sie betragen dennoch in Pflegegrad 5 noch 8.000 beim Pflegegeld und 5.000 bei den Pflegesachleistungen. In der häuslichen Pflege gibt es durchweg höhere Steigerungen als in der stationären Dauerpflege. In der stationären Dauerpflege gibt es in Pflegegrad 5, aber auch in Pflegegrad 2 sogar einen Rückgang. In Pflegegrad 3 und 4 gibt es hingegen Zuwächse. Hohe Zuwächse gibt es also insbesondere bei den geringen Pflegegraden, beim Bezug von Pflegegeld und bei der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen.

seit 2017 hohe Zu-
wächse bei den geringen
Pflegegraden, beim
Bezug von Pflegegeld
und bei der Inanspruch-
nahme von Pflegesach-
leistungen

Abbildung 2.4: Pflegebedürftige nach Versorgungsart und Pflegegrad in den Jahren 2017 bis 2022



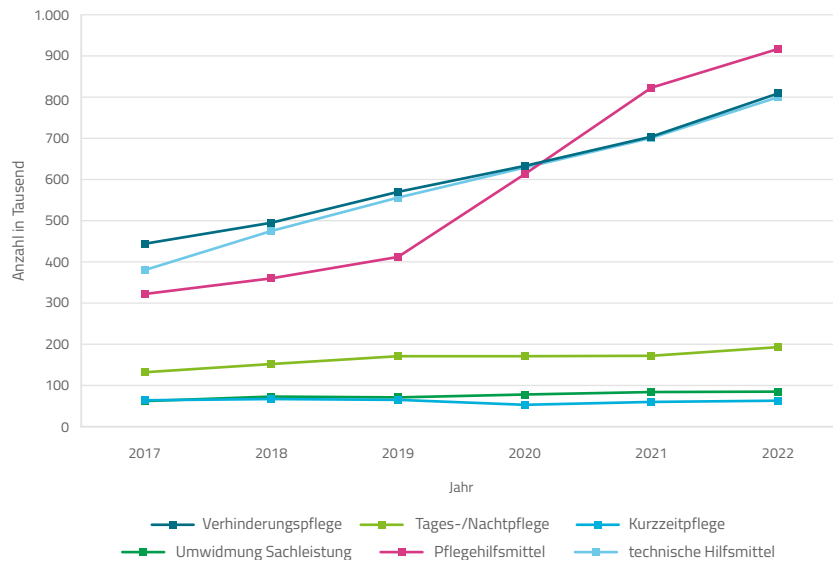
Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptpflegeleistungen stationäre Dauerpflege, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld ist hierarchisch kodiert. Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres.
Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland; Datentabelle im Anhang (Tabelle A 9)

starker Anstieg bei der Inanspruchnahme von Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfsmitteln

Unter dem Begriff „ergänzende und ersetzende Leistungen“ zur ambulanten Versorgung werden hier die Verhinderungspflege, die Tages- oder Nachtpflege, die Kurzzeitpflege, die Umwidmung von Sachleistungen, Pflegehilfsmittel und technische Hilfsmittel gefasst. Die Zahl der Inanspruchnahmen hat sich im Beobachtungszeitraum von 2017 bis 2022 teilweise sehr deutlich erhöht (Abbildung 2.5). Während die Zahl der häuslich versorgten Pflegebedürftigen (ohne Hauptleistung, mit Pflegegeld oder mit Pflegesachleistung) in diesem Zeitraum um drei Viertel zugenommen hat, gab es bei der Nutzung von Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfsmitteln einen Anstieg um 184 Prozent beziehungsweise 111 Prozent. Die Verhinderungspflege (+82 Prozent) ist etwa ebenso viel häufiger genutzt worden, wie die Zahl der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege gestiegen ist. Die

Entwicklung bei der Nutzung von Tages- und Nachtpflege (+46 Prozent), der Umwidmung von Sachleistungen (+38 Prozent) und der Kurzzeitpflege (–2 Prozent) verlief hingegen unterdurchschnittlich. Hauptursache dafür ist, dass ein großer Teil der häuslich versorgten Pflegebedürftigen nur Pflegegrad 1 haben. Diese Personen tragen einerseits zu einem wesentlichen Teil zur Entwicklung der Fallzahlen in der häuslichen Pflege bei und haben andererseits deutlich eingeschränkte Leistungsansprüche als Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5.

Abbildung 2.5: Ergänzende und ersetzende Pflegeleistungen je Monat



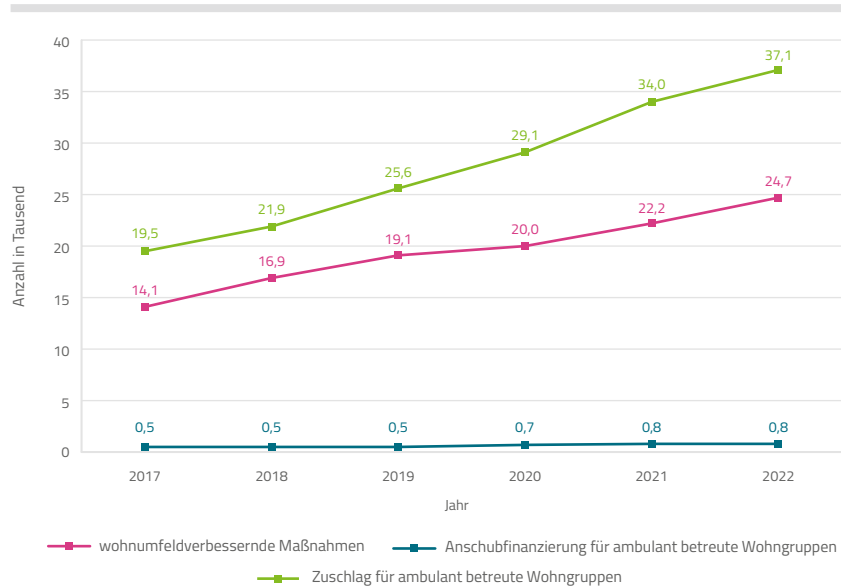
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Verhinderungspflege	444	495	570	633	704	809
Tages-/Nachtpflege	132	152	171	171	172	193
Kurzzeitpflege	64	67	65	53	60	63
Umwidmung Sachleistung	62	73	71	78	84	85
Pflegehilfsmittel	322	360	412	613	823	917
technische Hilfsmittel	380	475	556	629	701	800

Anmerkung: Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres.

Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Verhinderungspflege wurde im Durchschnittsmonat der Jahre 2017 bis 2021 von 18,8 bis 19,5 Prozent der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege genutzt. Im Jahr 2022 ist der Anteil auf 20,2 Prozent gestiegen. Die Tages- und Nachtpflege ist zwar absolut in steigendem Maße genutzt worden, doch der Anteil an den Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege ist in den Coronajahren (2020 bis 2022) von vormals 5,8 Prozent auf 5,2 bis 4,8 Prozent gesunken. Besonders geringe Nutzungsrate in den Coronajahren gab es auch bei der Nutzung der Kurzzeitpflege (1,6 bis 1,7 Prozent). Der Anteil der Pflegebedürftigen, die Kurzzeitpflege nutzen, an allen Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege ist aber zuvor schon von 2,8 Prozent im Jahr 2017 auf 2,2 Prozent im Jahr 2019 gesunken. Die Inanspruchnahme dieser Leistungen steigt dabei mit dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit an (Schneekloth et al., 2017, S. 89, 102). Dementsprechend haben die Verteilung der Pflegegrade und insbesondere der immense Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 einen großen Einfluss auf die Entwicklung der Gesamtquoten der Inanspruchnahmen.

Abbildung 2.6: Leistungen hinsichtlich der Wohnsituation



Anmerkung: Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres.
Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Zur Anpassung der Wohnsituation an die pflegerischen Bedürfnisse dienen die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen und die Unterstützung ambulant betreuter Wohngruppen. Der Anspruch auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen besteht seit Einführung der Pflegeversicherung, die Unterstützung der ambulant betreuten Wohngruppen wird seit 2013 gewährt. Die Zahl der Pflegebedürftigen, die innerhalb eines Durchschnittsmonats wohnumfeldverbessernde Maßnahmen genutzt haben, ist in den Jahren von 2017 bis 2022 von rund 14.100 auf rund 24.700 gestiegen (Abbildung 2.6). Der Anteil an allen Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege liegt dabei durchgängig bei 0,6 Prozent. Die Zahl der Pflegebedürftigen in ambulant betreuten Wohngruppen ist von 2017 bis 2022 von rund 19.500 auf 37.100 gestiegen und hat sich damit in dem Zeitraum fast verdoppelt. Dennoch bleibt die Zahl im Vergleich zu allen häuslich versorgten Pflegebedürftigen mit 0,9 Prozent sehr klein. Die Zahl der monatlichen Anschubfinanzierungen nach § 45e SGB XI zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen ist sehr gering. Selbst in der Jahressumme erreicht der Anteil gerade eben den Promillebereich.

2022 lebten 37.100 Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen mit Wohngruppenzuschlag.

2.1.2 Lebenszeitprävalenz

Pflegebedürftig zu werden, ist kein Restrisiko im Lebensverlauf, sondern ein allgemeines Lebensrisiko, das die Mehrheit der Bevölkerung betrifft. Vorangegangene Analysen haben schon gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit, jemals im Leben pflegebedürftig im Sinne des SGB XI zu werden (Lebenszeitprävalenz), nicht nur größer ist als die Wahrscheinlichkeit, nicht pflegebedürftig zu werden, sondern zudem im Zeitverlauf steigt (zum Beispiel Rothgang & Müller, 2021, S. 64; Rothgang et al., 2014, S. 136). Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung stellen sich die Fragen, wie stark sich die Lebenszeitprävalenz verändert, wie sich diese Entwicklung erklären lässt und welche Pflegegrade erreicht und welche Versorgungsarten gewählt werden. Daher werden in diesem Kapitel neben der Entwicklung der Lebenszeitprävalenz der höchste im Lebenslauf erreichte Pflegegrad und die Versorgungsart mit dem höchsten Professionalisierungsgrad für die verstorbenen Versicherten der BARMER über die Jahre betrachtet. In Kapitel 2.1.6 wird zudem noch auf die Dauer der Pflegebedürftigkeit von Verstorbenen eingegangen.

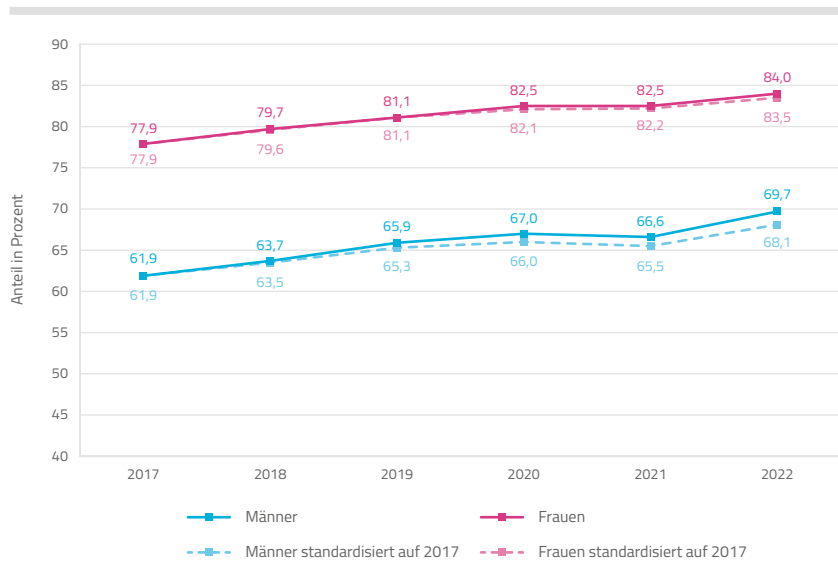
Entwicklung der Lebenszeitprävalenz der Pflegebedürftigkeit

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

5 von 6 verstorbenen
Frauen waren pflege-
bedürftig.

Ein stetig steigender Anteil Verstorbener, die vor dem Versterben Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen haben, zeigte sich schon in der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts (Rothgang et al., 2011, S. 136 f.; Rothgang et al., 2015, S. 137). Diese Lebenszeitprävalenz nimmt weiterhin kontinuierlich zu (Abbildung 2.7). Im Jahr 2022 sind nun schon fünf von sechs verstorbenen Frauen (84,0 Prozent) und sieben von zehn verstorbenen Männern (69,7 Prozent) zuvor pflegebedürftig gewesen.

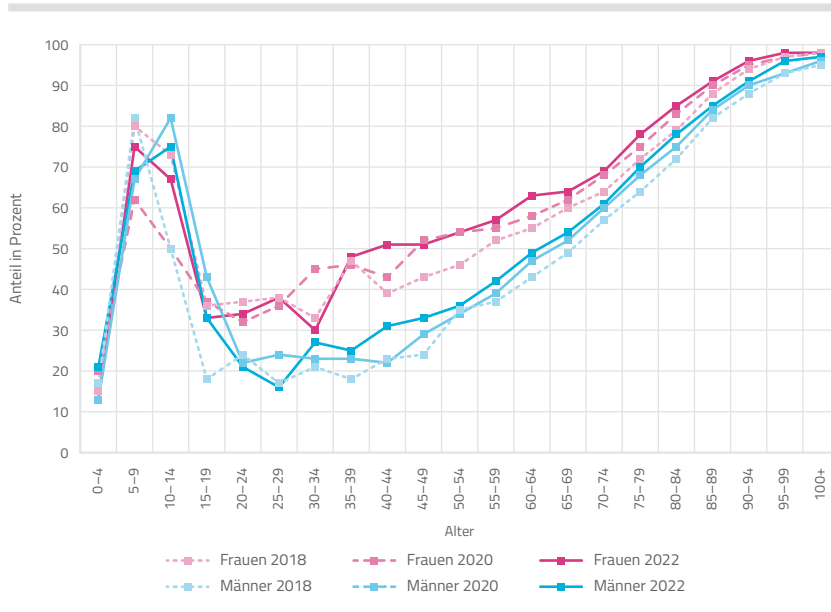
Abbildung 2.7: Anteil Verstorbener mit Pflegeleistungen, hochgerechnet auf die Verstorbenen der BRD des jeweiligen Jahres



Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Verstorbenen der Bundesrepublik Deutschland; Statistisches Bundesamt (2023c, 2023d)

Eine Erklärung für diesen Trend ist, dass die Zahl der Älteren unter den Versterbenden immer weiter zunimmt und die Lebenszeitprävalenz von Pflegebedürftigkeit positiv mit dem Alter zum Todeszeitpunkt korreliert ist. Dies zeigt Abbildung 2.8, in der die Lebenszeitprävalenz in Abhängigkeit vom Sterbealter – getrennt für Männer und Frauen – für die Beobachtungsjahre 2018, 2020 und 2022 angegeben ist.

Abbildung 2.8: Anteil jemals Pflegebedürftiger im Sinne des SGB XI nach Sterbealter und Geschlecht der Jahre 2018, 2020 und 2022



Quelle: BARMER-Daten 2018, 2020 und 2022

Die immens schwankenden Anteilswerte in den jüngeren Altersgruppen beruhen darauf, dass die Zahl der Verstorbenen in diesen Altersgruppen so gering ist, dass einzelne Verstorbene die resultierenden Prozentzahlen noch deutlich beeinflussen können. Auffällig ist aber dennoch, dass von den Verstorbenen im frühen Kindesalter ein erheblicher Anteil pflegebedürftig gewesen ist. Die meist angeborenen Fehlbildungen oder Störungen führen somit sowohl zu Pflegebedürftigkeit als auch zu höherer Sterblichkeit. Die Sterbeziffern sind im jungen Erwachsenenalter noch sehr gering, wodurch auch in diesen Alters-

gruppen einige Schwankungen in der Lebenszeitprävalenz aufkommen. In der Summe liegen die Anteile jemals Pflegebedürftiger im jüngeren Erwachsenenalter bei den Frauen meist unter 40 Prozent und bei den Männern meist unter 30 Prozent. Mit steigendem Sterbealter nimmt aber die Wahrscheinlichkeit, jemals pflegebedürftig gewesen zu sein, kontinuierlich zu. So waren im Jahr 2022 85 Prozent der Frauen und 78 Prozent der Männer, die im Alter von 80 bis 84 Jahren verstorben sind, in ihrem Leben pflegebedürftig. Für Frauen, die im Alter von 70 bis 74 Jahren verstorben sind, lag die Pflegewahrscheinlichkeit bei annähernd bei 69 Prozent und für gleichaltrige Männer bei 61 Prozent – und damit deutlich niedriger.

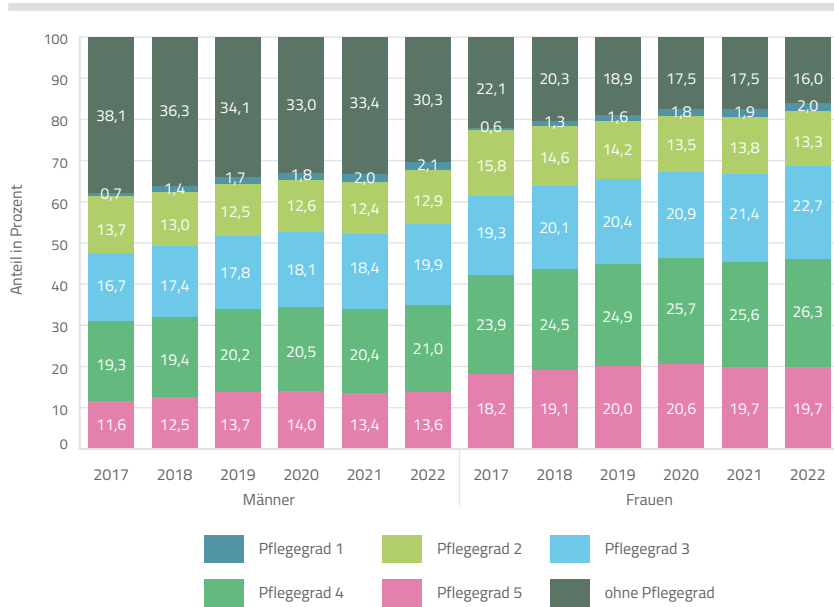
Inwieweit die steigenden Lebenszeitprävalenzen durch eine Steigerung des Todesalters hervorgerufen werden, lässt sich durch eine Altersstandardisierung der Lebenszeitprävalenzen auf die Sterbebevölkerung des Jahres 2017 überprüfen. Dabei wird fingiert, dass die Verteilung des Todesalters im Zeitverlauf konstant bleibt. Wie Abbildung 2.7 zeigt, kommt es aber auch bei einer derartigen Altersstandardisierung zu einem Anstieg der Lebenszeitprävalenzen im Zeitverlauf – wenn auch nicht in gleichem Maße wie bei den beobachteten Prävalenzen. Demnach ist die Lebenszeitprävalenz in diesem Zeitabschnitt überwiegend durch Effekte jenseits der demografischen Alterung beeinflusst. Nur ein kleinerer Teil des Anstiegs beruht auf Effekten des demografischen Wandels. Bei den Männern lässt sich ein Gesamtanstieg um 7,9 Prozentpunkte im Zeitraum der Jahre von 2017 bis 2022 ablesen und bei den Frauen ein Anstieg um 6,2 Prozentpunkte. Der vom demografischen Wandel abhängige Anteil beläuft sich dabei lediglich auf 0,5 Prozentpunkte für Frauen beziehungsweise 1,6 Prozentpunkte für Männer.

Pflegegradverteilung

Zur Beurteilung der Relevanz der Lebenszeitprävalenz ist ebenfalls bedeutsam, in welchem Pflegegrad die Pflegebedürftigkeit verbracht wird. Wie die Pflegestatistik zeigt (siehe Kapitel 2.1.1), hatten im Jahr 2021 17,2 Prozent der Pflegebedürftigen einen Pflegegrad 4 oder 5. Bei der Erstbegutachtung liegt der Anteil jedoch deutlich niedriger. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4 oder 5 an allen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 bis 5 zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung lag im Jahr 2021 bei 12,1 Prozent (siehe Kapitel 2.1.3). Diese Unterschiede implizieren, dass sich das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit für einen erheblichen Teil der Pflegebedürftigen im Pflegeverlauf erhöht.

Wird der höchste im Pflegeverlauf erreichte Pflegegrad identifiziert, zeigt sich das in Abbildung 2.9 enthaltene Bild für das Jahr 2022. Bei 15,0 Prozent der verstorbenen Männer und bei 15,3 Prozent der verstorbenen Frauen war Pflegegrad 1 oder 2 der höchste im Pflegeverlauf erreichte Pflegegrad. 34,8 Prozent der Männer haben im Pflegeverlauf Pflegegrad 4 oder 5 als höchsten Pflegegrad erreicht. Bei den Frauen waren es sogar 46,0 Prozent. Im Zeitverlauf steigt bei beiden Geschlechtern zwar die Lebenszeitprävalenz insgesamt, aber der Anteil der Pflegebedürftigen, die in ihrem Pflegeverlauf Pflegegrad 4 oder 5 erreicht haben, stagniert zuletzt. Vorstellungen, nach denen Pflegebedürftigkeit regelmäßig einen progredienten Verlauf nimmt und mit Pflegegrad 4 oder 5 endet, sind als unzutreffend zu bewerten.

Abbildung 2.9: Anteile verstorbener Männer und Frauen nach höchstem Pflegegrad im Pflegeverlauf in den Sterbejahren 2017 bis 2022

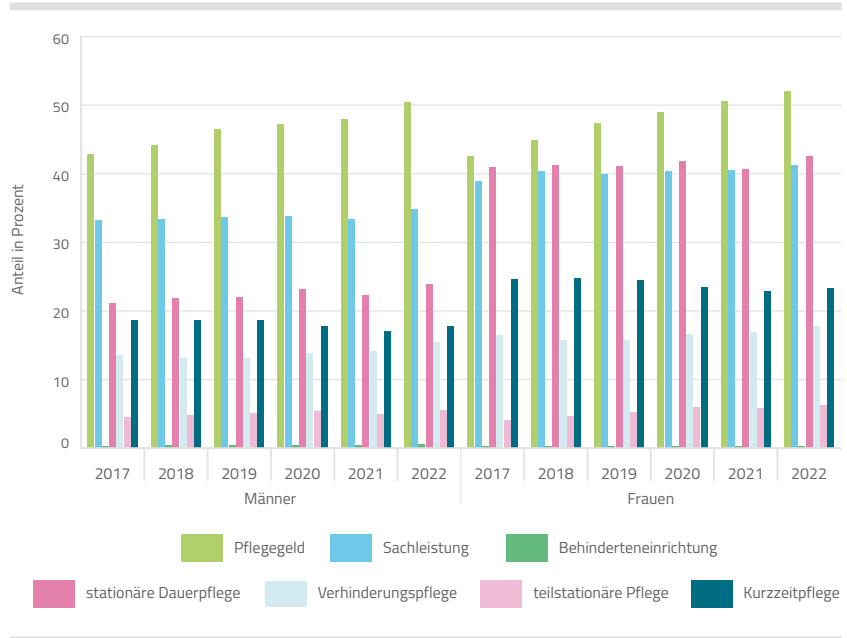


Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Verstorbenen der Bundesrepublik Deutschland; Statistisches Bundesamt (2023c, 2023d)

Leistungsarten

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

Abbildung 2.10: Anteil der Verstorbenen mit ausgewählten Leistungen der Pflegeversicherung innerhalb der zwei Jahre vor dem Versterben 2017 bis 2022



Anmerkung: Mehrfachangaben je Pflegebedürftigen möglich
Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Verstorbenen der Bundesrepublik Deutschland; Statistisches Bundesamt (2023c, 2023d)

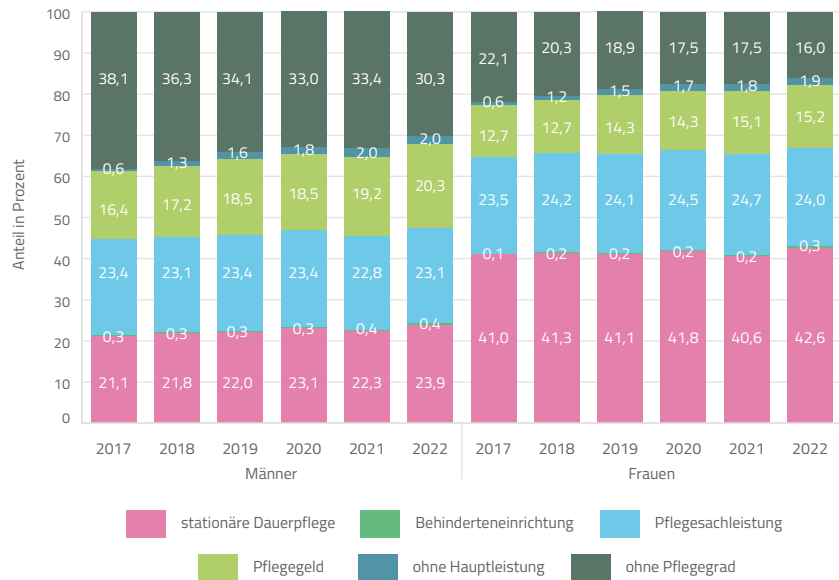
Ein erheblicher Teil der Verstorbenen war innerhalb der letzten beiden Lebensjahre in vollstationärer Dauerpflege. Der Anteil an den verstorbenen Männern ist im Beobachtungszeitraum der Jahre 2017 bis 2022 von 21,1 Prozent auf 23,9 Prozent gestiegen, und bei den verstorbenen Frauen stieg der Anteil von 41,0 Prozent auf 42,6 Prozent (Abbildung 2.10 und Abbildung 2.11). In der Summe zeigt sich über die Jahre ein fortgesetzter leichter Anstieg des Anteils der Verstorbenen, die jemals im Pflegeheim versorgt wurden.

Die Versorgung im Pflegeheim umfasst nicht nur die vollstationäre Dauerpflege, sondern auch die Kurzzeitpflege. Wie Abbildung 2.10 zeigt, ist die Lebenszeitprävalenz für Kurzzeitpflege in den Jahren 2017 bis 2022 rückläufig. Lag sie 2017 noch bei 18,7 Prozent der Männer beziehungsweise 24,6 Prozent der Frauen, zeigen sich für 2022 Werte von 17,7 Prozent bei den Männern beziehungsweise 23,3 Prozent bei den Frauen. Die Wahrscheinlichkeit, im Leben Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen, reduzierte sich im Beobachtungszeitraum vor allem in den Coronajahren.

Mit der steigenden Wahrscheinlichkeit, jemals im Leben pflegebedürftig zu sein, steigt auch die Wahrscheinlichkeit, die einzelnen Pflegeleistungen jemals in Anspruch genommen zu haben. In den letzten zwei Jahren vor dem Versterben zeigen sich allerdings unterschiedliche Inanspruchnahmestrukturen als in der Gesamtpopulation der Pflegebedürftigen (Abbildung 2.10). Während 23,9 Prozent der verstorbenen Männer und 42,6 Prozent der verstorbenen Frauen des Jahres 2022 in stationärer Dauerpflege gewesen sind, lag der Anteil bei allen Pflegebedürftigen zum Jahresende 2021 lediglich bei 15,6 Prozent (vergleiche Tabelle 2.5).

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

Abbildung 2.11: Anteil der Verstorbenen nach dem maximalen Professionalisierungsgrad der Versorgungsart innerhalb der zwei Jahre vor dem Versterben 2017 bis 2022



Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptpflegeleistungen stationäre Dauerpflege, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld ist hierarchisch kodiert.
Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Verstorbenen der Bundesrepublik Deutschland; Statistisches Bundesamt (2023c, 2023d)

24% der verstorbenen Männer und 43% der verstorbenen Frauen waren zuvor im Pflegeheim.

In selteneren Fällen wird die Zeit der Pflegebedürftigkeit durchgängig ohne Pflegedienste oder Pflegeheim verbracht. Nach einer hierarchischen Sortierung nach dem höchsten Professionalisierungsgrad (Dauerpflege vor Behinderteneinrichtung vor Pflegesachleistung vor Pflegegeld) zeigt sich, dass nur 20,3 Prozent der verstorbenen Männer und 15,2 Prozent der verstorbenen Frauen des Jahres 2022 maximal Pflegegeld erhalten haben. Der Anteil der pflegebedürftigen Frauen, die im Heim versorgt wurden (42,6 Prozent), ist größer als der Anteil der pflegebedürftigen Frauen, die nur Pflegegeld erhalten haben oder maximal vom Pflegedienst versorgt wurden (15,2 Prozent + 24,0 Prozent = 39,2 Prozent). Bei den verstorbenen Männern ist der Anteil derer, die nur zu Hause versorgt wurden, hingegen größer (Abbildung 2.11).

2.1.3 Begutachtungen

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

Fast vollständige Zahlen zum Zugang bieten die Begutachtungsstatistiken des MD-Bund für die Sozialversicherten. Der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung wird bei der zuständigen Pflegekasse gestellt (§ 18 SGB XI), die dann den entsprechenden Medizinischen Dienst (MD) mit einer Begutachtung beauftragt, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der Paragraphen 14 und 15 des SGB XI vorliegt. Wenn bei Antragstellung noch keine Einstufung vorliegt, handelt es sich um eine Erstbegutachtung. Der MD spricht eine Empfehlung aus und die Pflegekasse folgt dabei in aller Regel der Begutachtung und den Empfehlungen des MD. Es kann also von einer weitgehenden Übereinstimmung der MD-Empfehlungen und der Bescheide der zuständigen Pflegekasse ausgegangen werden. Die positiven Erstbegutachtungen können so als inzidente Fälle interpretiert werden. Ein gleiches Verfahren wird bei Versicherten der PPV angewendet. Hierbei wird die Rolle des MD von der MEDICPROOF GmbH übernommen.

Neben den Erstbegutachtungen werden auch Widerspruchs- und Höherstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt. Höherstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen werden auf Initiative der Versicherten oder der Pflegekassen beziehungsweise des Versicherungsunternehmens durchgeführt, wenn etwa eine Zunahme des Hilfebedarfs bei der pflegebedürftigen Person vermutet wird. Widerspruchsgutachten erfolgen, wenn Versicherte Einspruch gegen den Leistungsbescheid des Leistungsträgers erheben. Aus der Gesamtheit der Begutachtungen der MD lassen sich also für SPV-Versicherte die Zugänge und Wechsel zwischen den einzelnen Pflegegraden ableiten.

Im Zuge der Pflegereformgesetze wurden die Leistungssummen ausgeweitet und die Zugangsbarrieren zur Leistungsberechtigung gesenkt. Dementsprechend sind auch 2017 durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) die Begutachtungszahlen besonders gestiegen. Mit der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade nahm die Zahl der Be-



www.bifg.de/Y925Pv

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

gutachtungen sogar um mehr als zwölf Prozent zu (Rothgang & Müller, 2019, S. 26 ff.). Von 2017 bis 2022 sind die Begutachtungszahlen insgesamt von 2,0 Millionen auf 2,6 Millionen gestiegen (Tabelle 2.7), was eine große Herausforderung für die Medizinischen Dienste impliziert. Aufgrund der Überleitungsvorschriften zur Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade konnten 2017 teilweise keine Höherstufungsanträge gestellt werden. Dies und die Steigerung der Erstgutachten um mehr als eine Viertelmillion haben dazu geführt, dass in diesem Jahr der Anteil der Erstgutachten bei 62 Prozent lag. Zum Jahr 2018 ist der Anteil wieder zurückgegangen und die Anzahl und der Anteil der Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen haben nachfolgend stärker zugenommen. Die Zahl der Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsbegutachten hat sich im Zeitraum von 2017 bis 2022 verdoppelt und liegt nun höher als die Zahl der Erstgutachten. Die Zahl der Erstgutachten ist hingegen in den letzten Jahren vergleichsweise konstant geblieben.

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

Jahr	gesamt	Erstgutachten	Höherstufungs-/ Rückstufungs-/ Wiederholungsbegutachtungen	Widerspruchsgutachten
2017	2.004	1.239	636	129
2018	2.116	1.146	837	134
2019	2.231	1.111	981	139
2020	2.454	1.159	1.113	182
2021	2.483	1.158	1.143	182
2022	2.644	1.191	1.259	193

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

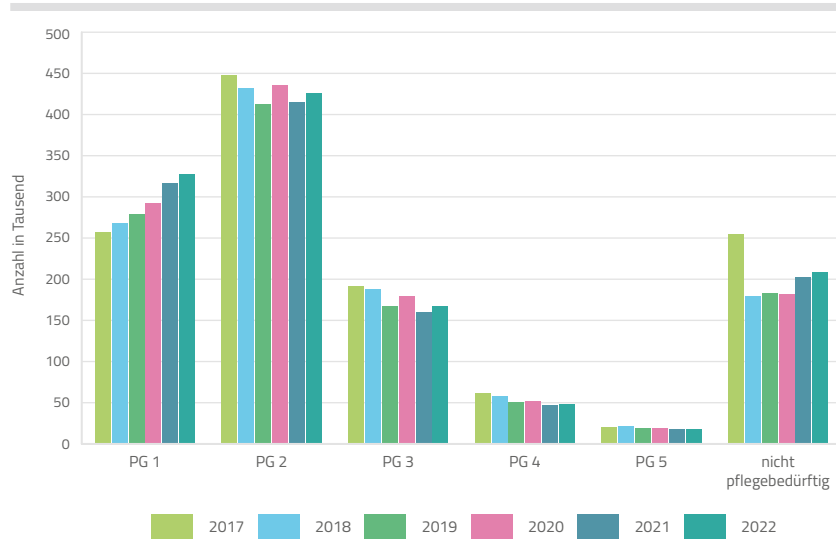
Quelle: MD-Bund (2023); Rothgang & Müller (2022, S. 62)

Erstbegutachtungen:
leichter Rückgang bei
Pflegegraden 2 bis 5,
Wachstum bei Pflege-
grad 1

Die Anzahl der bei Erstbegutachtungen festgestellten Pflegegrade 2 bis 5 sind seit 2017 tendenziell rückläufig. Die Zahl der Begutachtungen mit resultierendem Pflegegrad 1 nimmt hingegen noch kontinuierlich zu (Abbildung 2.12). Die Anzahl mit Pflegegrad 1 ist dabei stetig von 256.681 Fällen im Jahr 2017 auf 326.913 Fälle im Jahr 2022 gestiegen.

Der Anteil der negativen Bescheide ist seit der Umstellung auf Pflegegrade deutlich geringer. Von 1995 an bis zum Jahr 2016 schwankte der Anteil der abgelehnten Anträge zwischen 26,5 Prozent und 35,4 Prozent (Rothgang et al., 2017, S. 81). Der Anteil der nicht als pflegebedürftig eingestuften Personen war in den Jahren 2018 bis 2020 mit Werten zwischen 15,5 und 16,5 Prozent so niedrig wie nie zuvor. Im Jahr 2017 lag der Anteil auch nur bei 20,7 Prozent und in den Jahren 2021 und 2022 jeweils bei 17,5 Prozent.

Abbildung 2.12: Ergebnisse von Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch die MD und die Knappschaft



Pflegegrad	2017	2018	2019	2020	2021	2022
PG 1	256.681	267.716	279.289	292.024	316.678	326.913
PG 2	447.586	431.189	411.816	435.808	415.304	425.379
PG 3	191.177	187.169	167.300	178.877	159.751	166.441
PG 4	61.048	58.046	50.577	52.112	46.573	47.413
PG 5	19.938	21.705	19.077	19.058	17.371	17.323
nicht pflegebedürftig	254.548	179.688	183.064	180.974	202.184	207.939
Summe Erstgutachten	1.230.978	1.145.513	1.111.123	1.158.853	1.157.861	1.191.408

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

Quelle: MD-Bund (2023); Rothgang & Müller (2022, S. 63)

vermehrte Höher-
stufungs-, Rück-
stufungs- und
Wiederholungsgutachten

Wegen der Coronapandemie gab es für die Zeiträume von März bis September 2020 und von November 2020 bis März 2021 Einschränkungen im Begutachtungsverfahren (GKV-SV & MDS, 2020a, 2020b, 2021; MDS, 2020). Um das Infektionsrisiko zu verringern, sollten Kontakte weitmöglich verringert werden und Begutachtungen auf Basis von vorliegenden Informationen und strukturierten Telefoninterviews vorgenommen werden. Hier stellt sich daher die Frage, ob dies Auswirkungen auf die Fallzahlen oder die Ergebnisse der Begutachtungen hat. Die Zahl der Erstbegutachtungen und die positiven Bescheide sind zwar im Vergleich zum Jahr 2019 leicht erhöht, aber im Vergleich zu den Ergebnissen und der Entwicklung der Jahre 2017 bis 2022 sind die Ergebnisse aus den Jahren 2020 und 2021 nicht besonders auffällig. Auch die Verteilung der Pflegegrade entspricht etwa denen der Vorjahre (Abbildung 2.12). Die Zahl der Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen ist in den Jahren 2020 bis 2022 zwar gestiegen. Aber auch diese Entwicklung liegt gemessen an den gestiegenen Zahlen der Erstbegutachtungen der zurückliegenden Jahre im Trend. Einzig die Widerspruchsgutachten machen im Jahr 2020 einen merklichen Sprung von 139.000 auf 182.000 und liegen im Jahr 2022 bei 193.000. Diese Entwicklung ist aber zum Teil auch der gestiegenen Fallzahl der Begutachtungen insgesamt geschuldet. Die auf die Coronapandemie angepassten Begutachtungsverfahren haben demnach in der Summe nicht zu deutlich veränderten Ergebnissen geführt.

Die Begutachtungsstatistik der MEDICPROOF GmbH ist etwas anders strukturiert (Tabelle 2.8). Neben den Erstgutachten und Veränderungsgutachten werden beispielsweise auch Pflegehilfsmittelgutachten ausgewiesen. Dementsprechend liegt der Anteil der Erstgutachten für das Jahr 2022 nicht wie in der MD-Statistik bei rund 45 Prozent, sondern nur bei 41 Prozent. Dennoch ist auch in der Begutachtungsstatistik der MEDICPROOF GmbH der Anteil der Erstbegutachtungen am größten. Zwar ist die Anzahl der Gutachten für die letzten Jahre nicht ausgewiesen, aber die Zahl der Auftragseingänge ist im Vergleich der Jahre 2022 und 2017 um 41,7 Prozent gestiegen. Im Jahr 2020 ist die Zahl zwischenzeitlich um 2,1 Prozent zurückgegangen, was mit der Coronapandemie im Zusammenhang stehen kann. Es zeigen sich allerdings auch in den Ergebnissen der Begutachtungen der MEDICPROOF keine signifikanten Unterschiede der Pflegegradverteilung im Vergleich zu den Vorjahren.

Tabelle 2.8: Begutachtungen durch MEDICPROOF in den Jahren 2017 bis 2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Auftragseingänge zu Begutachtungen	189.093	206.756	224.161	219.661	262.669	267.897
Arten der Begutachtungen in Prozent						
Erstgutachten (inkl. wiederholter Erstgutachten)	51	46	42	43	40	41
Veränderungsgutachten	26	31	33	36	33	34
Wiederholungsgutachten	4	5	6	2	7	5
Pflegehilfsmittelgutachten	7	6	7	7	6	5
Zweitgutachten	4	4	4	4	4	5
Sonstiges (u. a. Einstufung nach Aktenlage)	8	8	8	8	10	9
Pflegegrad aller Einstufungsgutachten in Prozent						
ohne Anspruch	6	6	6	5	6	6
PG 1	12	12	13	12	14	14
PG 2	29	29	29	28	29	29
PG 3	29	28	28	28	28	27
PG 4	17	18	18	19	17	16
PG 5	7	7	7	8	7	7
Pflegegrad aller Erstgutachten in Prozent						
ohne Anspruch	9	9	9	8	10	10
PG 1	17	18	20	20	22	22
PG 2	37	37	37	37	36	36
PG 3	26	24	23	24	22	21
PG 4	9	9	8	9	8	7
PG 5	3	3	3	3	3	3

Quelle: MEDICPROOF (2023); Rothgang & Müller (2022, S. 65)

2.1.4 Pflegeeintritt und Inzidenz

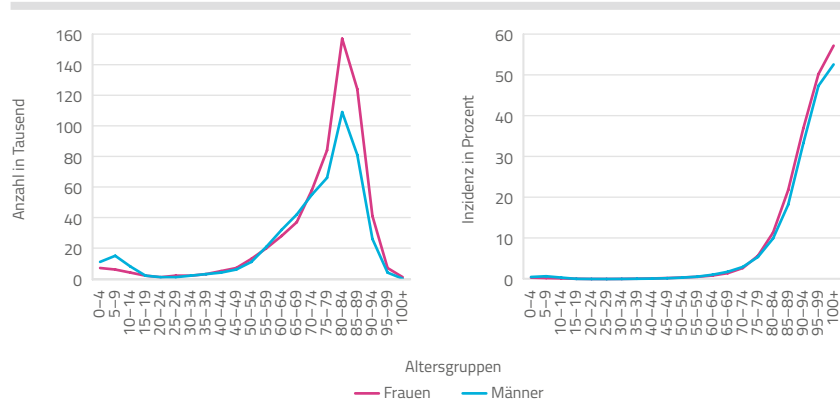
Mit den Begutachtungsdaten lässt sich nicht darstellen, wie sich die pflegerische Versorgung inzidenter Pflegebedürftiger gestaltet. Dafür werden im Folgenden die BARMER-Daten verwendet. Abbildung 2.13 zeigt zunächst nach Altersgruppen und Geschlecht differenziert, wie viele Personen 2022 pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung geworden sind. Die höchsten Werte zeigen sich dabei in der Gruppe der 80- bis 84-Jährigen. Allein in dieser Altersgruppe sind knapp 270.000 Menschen im Jahr 2022 pflegebe-



www.bifg.de/Y925Pg

dürftig geworden. Für höhere Altersjahre ergeben sich niedrigere Werte, weil diese Altersgruppen schwächer besetzt sind.

Abbildung 2.13: Pflegeeintritte und Inzidenz nach Alter und Geschlecht im Jahr 2022



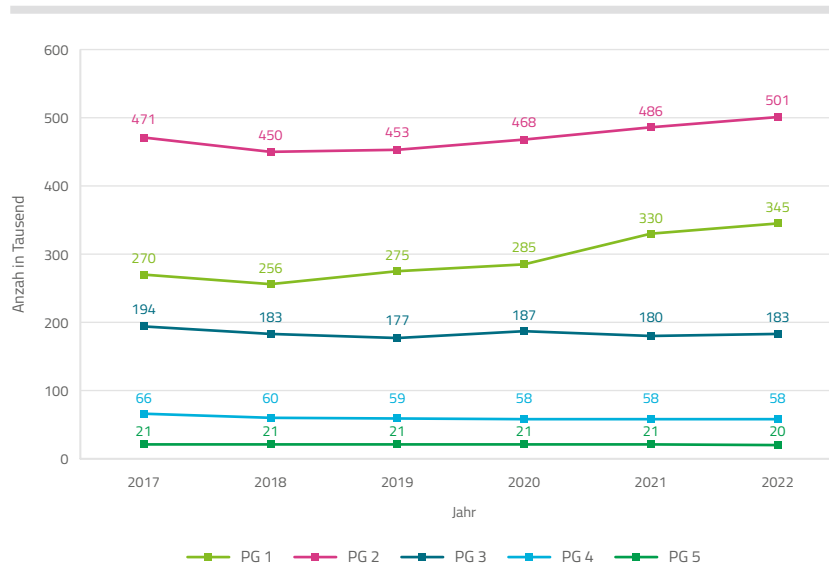
Altersgruppe in Jahren	Anzahl in Tausend		Altersgruppe in Jahren	Inzidenz in Prozent	
	Männer	Frauen		Männer	Frauen
0-4	11,1	7,4	0-4	0,55	0,39
5-9	14,7	5,7	5-9	0,73	0,29
10-14	7,6	3,9	10-14	0,40	0,21
15-19	1,8	2,0	15-19	0,09	0,11
20-24	1,3	1,2	20-24	0,06	0,06
25-29	1,3	1,5	25-29	0,05	0,06
30-34	2,0	2,0	30-34	0,07	0,08
35-39	2,9	3,4	35-39	0,11	0,13
40-44	3,8	4,9	40-44	0,15	0,19
45-49	5,9	6,8	45-49	0,25	0,28
50-54	11,2	12,5	50-54	0,39	0,43
55-59	21,0	19,7	55-59	0,63	0,59
60-64	32,1	27,6	60-64	1,10	0,91
65-69	41,6	37,1	65-69	1,82	1,48
70-74	55,2	58,2	70-74	3,01	2,74
75-79	65,9	83,8	75-79	5,44	5,73
80-84	109,3	157,3	80-84	9,97	11,40
85-89	80,6	123,6	85-89	18,23	21,79
90-94	26,3	40,6	90-94	33,24	36,89
95-99	3,5	6,7	95-99	47,28	50,16
100+	0,3	0,6	100+	52,50	57,09

Quelle: BARMER-Daten 2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland 2022

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

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

Abbildung 2.14: Pflegeeintritte nach Pflegegrad in den Jahren 2017 bis 2022



Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

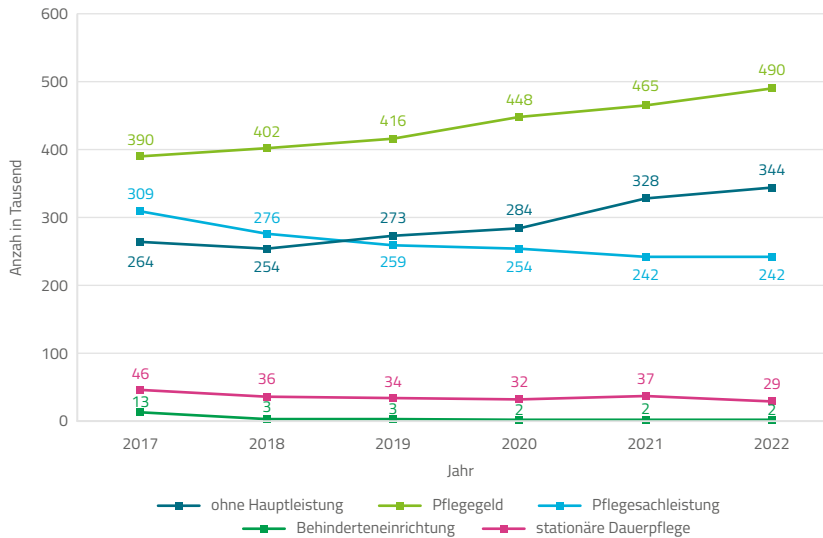
Veränderungen in den Pflegeinzidenzen können einerseits Ausdruck einer gestiegenen (pflegebegründenden) Morbidität sein, in deren Folge verstärkt Pflegeleistungen benötigt werden. Andererseits kann sich das Ausmaß des Bezugs von Pflegeleistungen aber auch erhöhen, wenn Ansprüche auf Pflegeleistungen durch die Gesetzgebung ausgeweitet werden und sich in der Folge die Zahl der (positiv beschiedenen) Anträge erhöht.

In den Begutachtungsstatistiken des MD (Kapitel 2.1.3) zeigen sich im Vergleich der Jahre 2017 bis 2022 tendenziell leicht abnehmende Fallzahlen bei den Erstbegutachtungen, die mit einem Pflegegrad 2 oder höher abgeschlossen werden. Dieses Bild zeigt sich mit den BARMER-Daten für die Pflegegrade 3 bis 5 in vergleichbarer Weise. Während mit den MD-Statistiken aber für das Jahr 2022 weniger Erstbegutachtungen mit Pflegegrad 2 ausgewiesen werden als für das Jahr 2017, ergeben die Hochrechnungen mit den BARMER-Daten für Pflegegrad 2 sogar eine leichte Steigerung. Insgesamt ist die Zahl der Pflegeeintritte von 1,02 Millionen im Jahr 2017 zunächst auf 971.000 gesunken und dann kontinuierlich bis zum Jahr 2022 auf 1,11 Millionen gestiegen (Abbildung 2.14). Diese Hochrechnung mit den BARMER-Daten entspricht in etwa der Summe der positiven Erstgutachten, wie sie sich aus der MD-Statistik (983.469) und den Daten von MEDICPROOF (97.756) errechnen lassen.

Die beim Pflegeeintritt gewählte Versorgungsart und die Dauer, für die diese Versorgungsart beibehalten wird, werden von dem Weg in die Pflege beeinflusst. Wenn Pflegebedürftigkeit aus Akutereignissen (beispielsweise Schlaganfall, Krebsdiagnose oder Sturz) resultiert, können zunächst auch Zwischenlösungen (zum Beispiel Pflegedienst) gewählt werden, die nicht der längerfristig gewünschten Versorgungsart entsprechen. Dennoch werden in Abbildung 2.15 die Versorgungsarten im ersten Monat der Pflegebedürftigkeit betrachtet, weil die Erfassung einer möglicherweise stabileren Versorgungsart zu einem späteren Zeitpunkt durch eine höhere Zahl von Personen, die bis dahin verstorbene Personen sind, verzerrt würde.

Die Zahl der Pflegebedürftigen, die schon bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit in stationärer Dauerpflege versorgt werden, ist von rund 46.000 im Jahr 2017 auf etwa 29.000 im Jahr 2022 zurückgegangen (Abbildung 2.15). Wird eine Pflegebedürftigkeit festgestellt, ist die erste Versorgungsart in den seltensten Fällen eine Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen. Diese kommt in der Regel für jüngere Erwachsene im späteren Verlauf der Pflegebedürftigkeit zum Tragen. Mit der Umstellung auf Pflegegrade im Jahr 2017 wurden aber anscheinend viele Personen, die in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen versorgt wurden, als pflegebedürftig eingestuft.

Abbildung 2.15: Pflegeeintritte nach Versorgungsart in den Jahren 2017 bis 2022



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

Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Unterschiedliche Entwicklungen zeigen sich bei der Inanspruchnahme von Pflegegeld und Sachleistungen. Während die Zahl der inzidenten Fälle mit Pflegegeld immer weiter steigt, ist die Zahl der inzidenten Fälle mit Inanspruchnahmen von Pflegesachleistungen rückläufig. Hauptgrund hierfür sind die Leistungsverbesserungen infolge des PSG II insbesondere beim Pflegegeld, die zu einer entsprechenden Steigerung der Inanspruchnahme auch bei Erstnutzenden geführt hat. Zudem steigt die Zahl der inzidenten Fälle mit Pflegegrad 1, die ohne Anspruch auf die Hauptleistungen als pflegebedürftig eingestuft werden. In der Summe verringert sich die Zahl der inzidenten Fälle, die mit professioneller Pflege starten, während die inzidenten Fälle mit Pflegegeldbezug und ohne Hauptleistung mehr werden.

Rückgang inzidenter
Fälle mit professioneller
Pflege



www.bifg.de/Y925PG

2.1.5 Übergänge und Beendigung

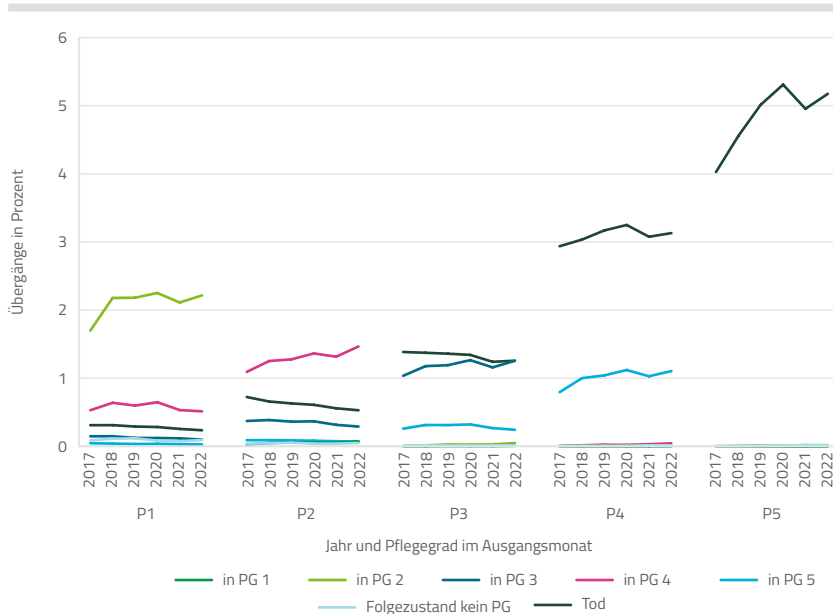
Von Bedeutung ist nicht nur, ob Versicherte jemals pflegebedürftig werden, sondern auch, wie schnell die Pflegebedürftigkeit wieder beendet wird beziehungsweise wie lange die Pflegebedürftigkeit dauert. Je länger die Pflegebedürftigkeit andauert, desto relevanter wird sie für alle Beteiligten. Von Bedeutung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

Im Verlauf der Pflegebedürftigkeit kann es durch Höherstufungs-, Rückstufungs- beziehungsweise Wiederholungsbegutachtungen zu Veränderungen im Pflegegrad kommen. Beispielsweise waren im Jahr 2022 von insgesamt rund 2,644 Millionen Begutachtungen rund 1,259 Millionen und damit rund 45 Prozent Höherstufungs-, Rückstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen (Tabelle 2.7 in Kapitel 2.1.3). Die Höher- und Rückstufungen können so die Pflegegradverteilung verändern. Ebenso können sich die Versorgungsarten im Zeitverlauf verändern. Wie häufig diese Schritte gegangen werden und wie häufig im Vergleich dazu die Beendigung der Pflege – in der Regel durch den Tod – ist, zeigen Abbildung 2.16 und Abbildung 2.17.

Die Wahrscheinlichkeit, im Folgemonat zu versterben, steigt mit dem Pflegegrad.

Je höher der Pflegegrad ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, im Folgemonat zu versterben. So verstarben in den Jahren 2017 bis 2022 im Pflegegrad 5 monatlich mehr als vier Prozent der Pflegebedürftigen mit steigender Tendenz, in Pflegegrad 2 dagegen mit sinkender Tendenz weniger als ein Prozent. Ein Austritt aus der Pflege ohne Tod ist in merklichem Ausmaß nur bei Pflegegrad 1 (0,1 Prozent) zu beobachten. Bei höheren Pflegegraden ist Pflegebedürftigkeit in der Regel irreversibel (Abbildung 2.16).

Abbildung 2.16: Monatliche Übergänge in die verschiedenen Pflegegrade in den Jahren 2017 bis 2022 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Ein Wechsel der Pflegegrade findet überwiegend in Form einer Höherstufung statt und seltener als Herabstufung. So wechseln beispielsweise etwas mehr als ein Prozent der Pflegebedürftigen im Pflegegrad 3 in den Pflegegrad 4, aber nur 0,00 bis 0,05 Prozent in den Pflegegrad 2. Selbst die Übergangswahrscheinlichkeiten in den Pflegegrad 5 sind mit 0,24 bis 0,32 Prozent deutlich höher als diese Werte (Abbildung 2.16). Dass sich der Pflegegrad eher nach oben als nach unten entwickelt, zeigt sich auch für die anderen Pflegegrade.

Veränderungen sind
in aller Regel
Höherstufungen.

Aus dem ambulanten Setting heraus kommt es häufiger zu Veränderungen der Versorgungsart; im stationären Setting bleibt die Versorgungsart eher beständig. 0,7 bis 0,8 Prozent der Pflegebedürftigen im ausschließlichen Pflegegeldbezug nehmen mit rückläufiger Tendenz im Folgemonat einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch. Bei 0,5

bis 0,6 Prozent liegt mit leicht steigender Tendenz die Quote derer, die ins Pflegeheim gehen. Im Coronajahr 2020 brach die Quote allerdings auf 0,4 Prozent ein. Pflegebedürftige mit Pflegesachleistungen wechseln häufiger ins Pflegeheim (2,0 bis 2,2 Prozent; 2020: 1,7 Prozent) als in den ausschließlichen Pflegegeldbezug (0,9 bis 1,1 Prozent) (Abbildung 2.17).

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

Abbildung 2.17: Monatliche Übergänge in die verschiedenen Versorgungsarten in den Jahren 2017 bis 2022 in Prozent



Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptpflegeleistungen vollstationäre Dauerpflege, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld ist hierarchisch kodiert. Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres. Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

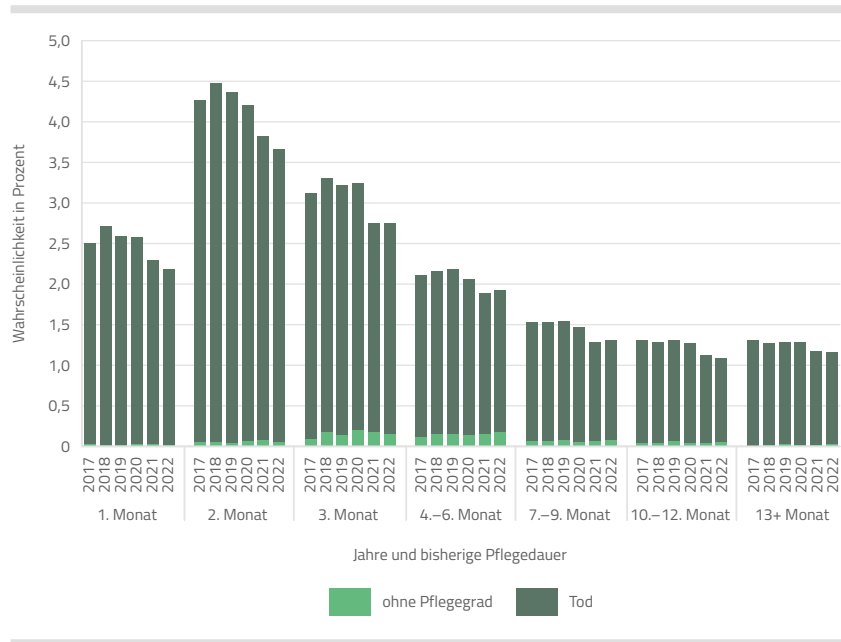
Nur 0,4 bis 0,7 Prozent der Pflegebedürftigen in der vollstationären Dauerpflege wechselten im Durchschnittsmonat in den Jahren 2017 bis 2020 in die häusliche Pflege. Die leicht steigende Tendenz bis 2019 ist dabei im Jahr 2020 unterbrochen worden. In den Jahren 2021 und 2022 lag die Übergangsrate dann bei 1,3 beziehungsweise 1,8 Prozent. Das ist eine Folge der Coronapandemie. Die monatliche Sterberate liegt im Pflegeheim über die Jahre mit 2,9 bis 3,3 Prozent weitaus höher als bei den anderen Versorgungsarten. Die höchste Sterberate zeigte sich dabei im Jahr 2020, dem ersten Coronajahr. Aus den Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen sind Wechselneigung und Sterberate wesentlich geringer, weil hier vielfach jüngere Menschen mit angeborenen Behinderungen langfristig versorgt werden.

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

Abbildung 2.18 zeigt auf Grundlage der BARMER-Daten die Beendigungswahrscheinlichkeiten je Monat nach der bisherigen Pflegedauer für die Jahre 2017 bis 2022. Die ermittelten Beendigungswahrscheinlichkeiten sind im ersten Monat methodisch bedingt niedriger als im zweiten Monat. Das liegt unter anderem daran, dass der Pflegebeginn auch mitten im Monat sein kann und somit ein Todesereignis oder anderes Beendigungsereignis im ersten Teil des Monats nicht auftreten kann. In den ersten Monaten ist aber eine erhöhte Beendigungswahrscheinlichkeit gegeben, die vielfach über die zugrunde liegende Erkrankung wie beispielsweise Krebs oder Schlaganfall zu erklären ist. Diese führen einerseits im Vergleich zu chronisch-degenerativen Erkrankungen häufiger zu einem schnelleren Versterben. Andererseits ist aber auch eine Gesundung und damit ebenfalls eine Beendigung der Pflegebedürftigkeit wahrscheinlicher (Rothgang et al., 2017, S. 103 f.).

Über alle kürzeren bisherigen Pflegedauern zeigen sich über die Jahre abnehmende Wahrscheinlichkeiten der kurzfristigen Beendigung der Pflegebedürftigkeit. Bei den längeren bisherigen Pflegedauern zeigen sich hingegen vergleichsweise stabile Wahrscheinlichkeiten, die Pflegebedürftigkeit im nächsten Monat zu beenden (Abbildung 2.18).

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

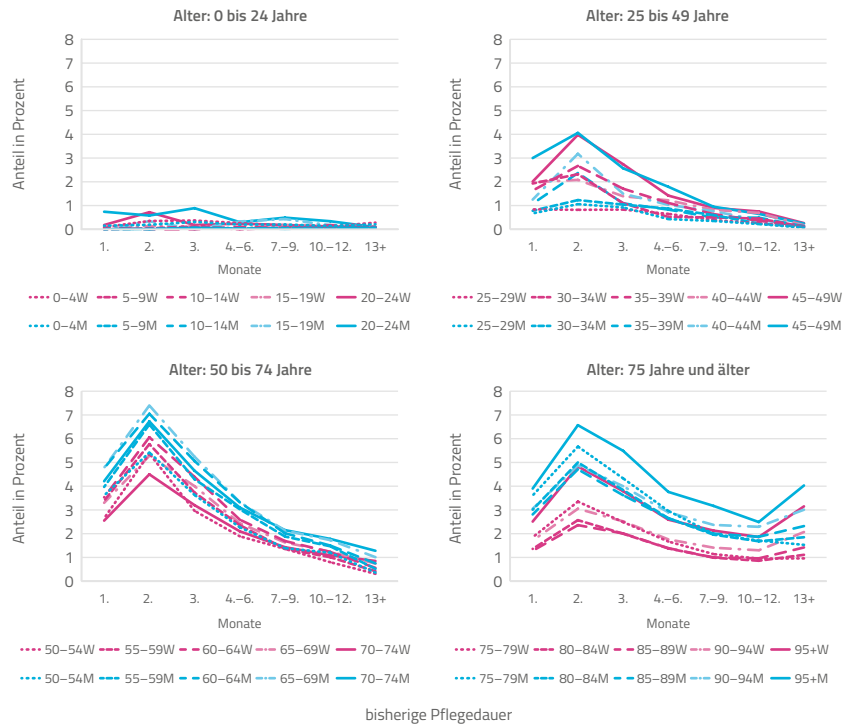


Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Abbildung 2.19 zeigt die Beendigungswahrscheinlichkeit je Monat nach Pflegedauer im Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2022 differenziert nach Alter und Geschlecht. Bei Pflegebedürftigen in den jüngsten Altersgruppen sind die monatlichen Beendigungswahrscheinlichkeiten sehr gering. Sie liegen unabhängig von der bisherigen Pflegedauer und Altersgruppe durchweg unter einem Prozent. Die größeren Schwankungen sind dabei auf die sehr geringe Fallzahl zurückzuführen. Falls die Pflegebedürftigkeit länger als drei Monate andauert, bleibt die Beendigungswahrscheinlichkeit pro Monat unter 0,5 Prozent

(Abbildung 2.19). Deutlich höher sind die Beendigungswahrscheinlichkeiten in den ersten Monaten der 25- bis 49-jährigen Pflegebedürftigen. Dauert die Pflegebedürftigkeit länger als ein Jahr an, liegen die Beendigungswahrscheinlichkeiten in aller Regel ebenfalls unter 0,5 Prozent pro Monat.

Abbildung 2.19: Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigen, im nächsten Monat verstorben oder aus dem Leistungsbezug ausgetreten zu sein, nach Alter, Geschlecht und bisheriger Pflegedauer im Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2022



Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Deutlicher und stabiler sichtbar – auch aufgrund einer höheren Fallzahl – werden die höheren Beendigungswahrscheinlichkeiten in den ersten Monaten der Pflegebedürftigkeit bei den 50- bis 74-Jährigen. In diesen Altersgruppen zeichnet sich schon viel deutli-

cher die insgesamt höhere Beendigungswahrscheinlichkeit für pflegebedürftige Männer gegenüber pflegebedürftigen Frauen ab. Zudem ist die Beendigungswahrscheinlichkeit mit 5,4 bis 7,4 Prozent im zweiten Monat ausgesprochen hoch, und auch im dritten Quartal der Pflegebedürftigkeit liegt sie noch bei 1,4 bis 2,2 Prozent pro Monat. Nach über einjähriger Pflegebedürftigkeit lag die monatliche Beendigungsrate bei den 70- bis 74-jährigen pflegebedürftigen Männern bei 1,3 Prozent und bei den pflegebedürftigen Frauen im gleichen Alter bei 0,9 Prozent. Mit weiter steigendem Alter werden die Beendigungswahrscheinlichkeiten in den ersten Monaten der Pflegebedürftigkeit zwar geringer, dafür steigen sie mit längerem Pflegeverlauf aber an. In den höchsten Altersgruppen ab 75 Jahre liegen die Beendigungswahrscheinlichkeiten der Männer teilweise fast doppelt so hoch wie die Beendigungswahrscheinlichkeiten der Frauen im jeweils gleichen Alter und bei gleicher bisheriger Dauer der Pflegebedürftigkeit. Zudem zeigt sich für die längeren bisherigen Pflegedauern eine stetige Altersabhängigkeit der monatlichen Beendigungswahrscheinlichkeiten. Mit steigendem Alter wird bei gleicher bisheriger Pflegedauer das monatliche Beendigungsrisiko größer.

2.1.6 Pflegedauer

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

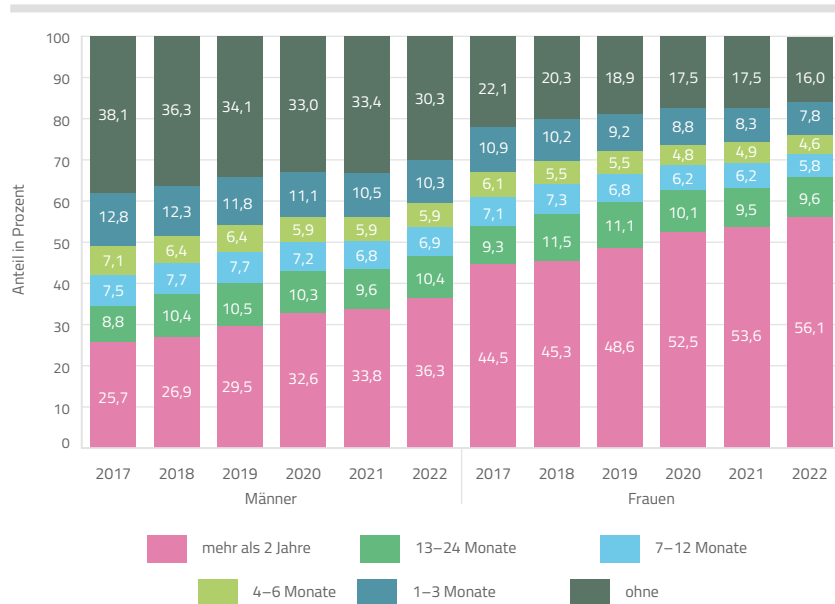
Pflegedauern Verstorbener

Männer sind vor allem aufgrund der höheren altersspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten nicht nur insgesamt seltener pflegebedürftig als Frauen, sondern auch kürzere Zeit (Abbildung 2.20). Im Jahr 2022 sind 36,3 Prozent der verstorbenen Männer länger als

Die Pflegedauer verlängert sich immer mehr.

zwei Jahre und insgesamt 46,7 Prozent länger als ein Jahr pflegebedürftig gewesen. Im gleichen Jahr sind von den verstorbenen Frauen 56,1 Prozent länger als zwei Jahre und insgesamt 65,7 Prozent länger als ein Jahr pflegebedürftig gewesen. In abnehmendem Maße sind in den Jahren 2017 bis 2022 27,4 Prozent bis 23,1 Prozent der verstorbenen Männer zwar pflegebedürftig gewesen, aber höchstens ein Jahr lang. Bei den Frauen ist dieser Anteil ebenfalls rückläufig von 24,1 Prozent auf 18,2 Prozent. Der Anteil der verstorbenen Frauen und Männer, die niemals zuvor pflegebedürftig waren, ist jeweils gesunken – bei den Männern von 38,1 Prozent auf 30,3 Prozent und bei den Frauen von 22,1 Prozent auf 16,0 Prozent.

Abbildung 2.20: Anteile verstorbener Männer und Frauen nach Pflegedauern in Monaten vor Eintritt des Todes in den Jahren 2018 bis 2022

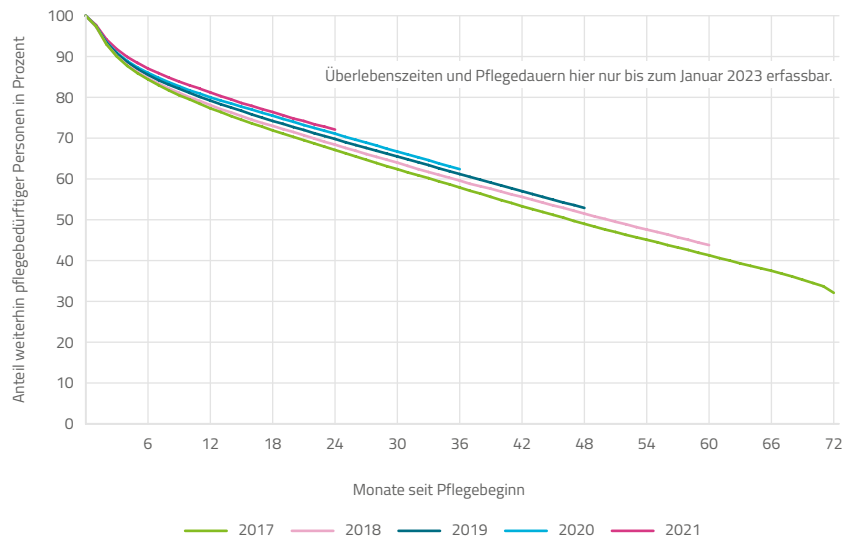


Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Verstorbenen der Bundesrepublik Deutschland; Statistisches Bundesamt (2023c, 2023d)

Survivalfunktionen der Pflegebedürftigkeit insgesamt und im Pflegeheim

In einer prospektiven Perspektive werden in Abbildung 2.21 die Entwicklungen für verschiedene Zugangskohorten verglichen. In den Survivalfunktionen der Zugangskohorten 2017 bis 2021 werden die jeweiligen Anteile der immer noch pflegebedürftigen Personen nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit abgebildet. Die Beendigung kann durch den Tod oder ein anderes Ereignis wie zum Beispiel eine Gesundung eintreten. Die Beobachtungsfenster und damit auch die dargestellten Kurven verkürzen sich dabei mit jeder späteren Kohorte um ein Jahr.

Abbildung 2.21: Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen in den Monaten seit Pflegebeginn (Survivalfunktion) der Inzidenzjahre 2017 bis 2021



Inzidenzjahr	Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen im ... Monat seit Pflegebeginn						
	Monat: 0	12	24	36	48	60	72
2017	100	77,3	67,1	57,9	49,0	41,3	32,1
2018	100	78,1	68,4	59,6	51,5	43,8	–
2019	100	79,2	69,8	61,2	52,9	–	–
2020	100	80,0	71,1	62,4	–	–	–
2021	100	81,2	72,1	–	–	–	–

Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Korrespondierend zu den Auswertungen der Sterbekohorten erhöhen sich die Survivalfunktionen sichtlich. Die in Pflegebedürftigkeit verbrachte Lebenszeit steigt also an. Verglichen mit den prospektiven Kohortenbetrachtungen (Abbildung 2.21) zeigt sich, dass die retrospektive Betrachtung (Abbildung 2.20) die aktuellen Verweildauern unterschätzt. Denn schon für die Eintrittskohorte 2017 sind nach 24 Monaten noch 67,0 Prozent pflegebedürftig. Die Zeit von zwei Jahren Pflegebedürftigkeit ist hingegen in den betrachteten Sterbekohorten des Jahres 2022 für Männer gerade einmal bei 36,3 Prozent und bei Frauen bei 56,1 Prozent angekommen.

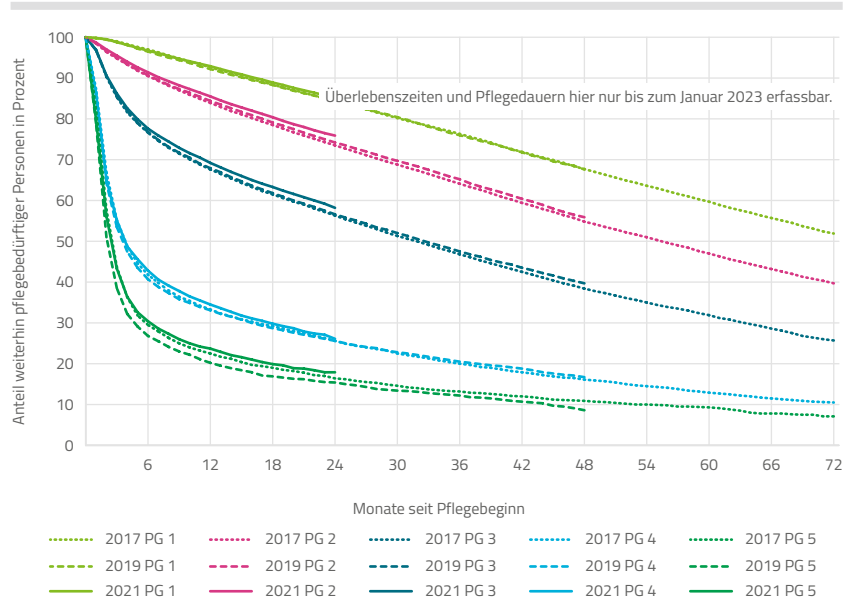
Die prospektive Betrachtung rekurriert mehr auf die aktuellen Bedingungen.

Die Abhängigkeit der Verweildauer von dem Grad der Pflegebedürftigkeit zu Beginn der Pflegebedürftigkeit ist für die Eintrittskohorte 2017 ebenso gegeben wie für die Eintrittskohorte 2021 (Abbildung 2.22). Mit Pflegegrad 5 waren nach zwei Jahren nur noch 16,4 Prozent (Inzidenzjahr 2017) beziehungsweise 17,9 Prozent (Inzidenzjahr 2021) pflegebedürftig. Somit dauern 83,6 Prozent (Inzidenzjahr 2017) beziehungsweise 82,1 Prozent (Inzidenzjahr 2021) der Pflegeverläufe mit Pflegegrad 5 nicht länger als zwei Jahre und werden in der Regel durch den Tod beendet. Im Gegensatz dazu dauert nur bei einem Viertel der Fälle mit Pflegegrad 2 die Pflegebedürftigkeit weniger als zwei Jahre an: 26,5 Prozent im Inzidenzjahr 2017 und 24,1 Prozent im Inzidenzjahr 2021. Die Unterschiede der pflegegradspezifischen Verläufe sind für die Inzidenzjahre 2017 bis 2021 relativ gering. Größere Unterschiede sind lediglich bei Pflegegrad 5 zu sehen, wobei aber noch kein Trend zu erkennen ist.

Vormalige Analysen zur Verweildauer in vollstationärer Dauerpflege haben eine relative Konstanz in den Survivalfunktionen festgestellt (Rothgang & Müller, 2019, S. 72; Rothgang et al., 2013, S. 187). Die durchschnittliche Verweildauer im Pflegeheim ist aber in den letzten Jahren rückläufig (Abbildung 2.23). Von der Zugangskohorte von 2017 sind nach einem Jahr 56,3 Prozent der Heimbewohner, nach zwei Jahren noch 42,0 Prozent und nach vier Jahren noch 21,9 Prozent im Pflegeheim. Aus der Zugangskohorte 2021 sind nach einem Jahr aber nur noch 43,9 Prozent und nach zwei Jahren nur noch 30,7 Prozent und aus der Zugangskohorte 2019 nach vier Jahren nur noch 18,5 Prozent im Pflegeheim.

Die Verweildauer im Pflegeheim geht aktuell zurück.

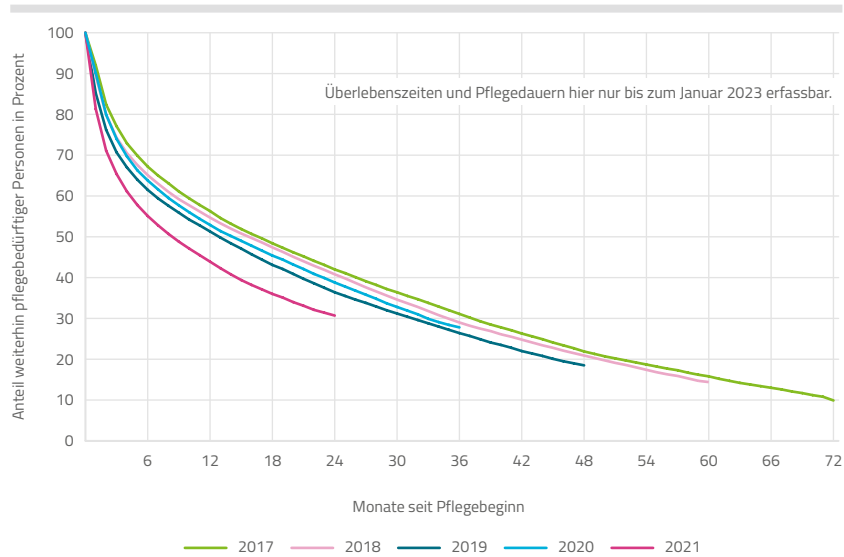
Abbildung 2.22: Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen in den Monaten seit Pflegebeginn (Survivalfunktion) der Inzidenzjahre 2017, 2019 und 2021 nach Pflegegraden bei Pflegeeintritt



Inzidenzjahr	Pflegegrad	Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen im ... Monat seit Pflegebeginn							
		Monat: 0	12	24	36	48	60	72	
2017	1	100	92,6	84,3	76,3	67,7	59,7	51,9	
	2	100	83,9	73,5	64,1	54,8	47,0	39,7	
	3	100	67,6	56,3	46,8	38,4	31,9	25,7	
	4	100	33,3	25,6	20,0	16,1	12,9	10,5	
	5	100	22,5	16,4	13,2	10,9	9,3	7,1	
2019	1	100	92,2	84,4	76,0	67,6	-	-	
	2	100	84,4	74,2	65,2	55,9	-	-	
	3	100	67,9	56,6	47,5	39,7	-	-	
	4	100	33,1	25,6	20,5	16,7	-	-	
	5	100	20,2	15,4	12,2	8,6	-	-	
2021	1	100	92,9	85,3	-	-	-	-	
	2	100	85,5	75,9	-	-	-	-	
	3	100	69,2	58,2	-	-	-	-	
	4	100	34,5	26,1	-	-	-	-	
	5	100	23,7	17,9	-	-	-	-	

Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Abbildung 2.23: Survivalfunktion im Pflegeheim bei Heimeintritt in den Jahren seit 2017

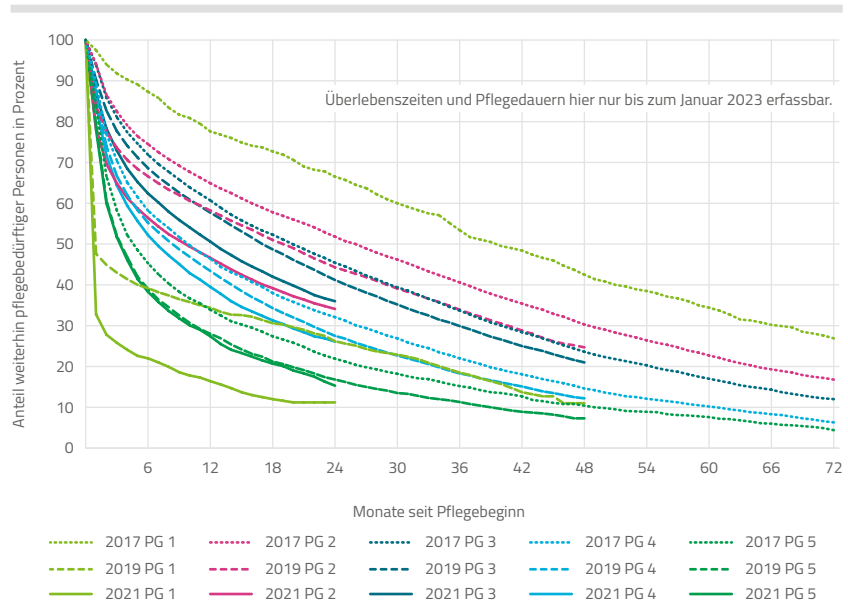


Inzidenzjahr	Anteil weiterhin im Pflegeheim versorgter Personen im ... Monat seit Heimeintritt						
	Monat: 0	12	24	36	48	60	72
2017	100	56,3	42,0	31,1	21,9	15,8	9,9
2018	100	54,7	40,8	29,0	20,9	14,4	-
2019	100	51,3	36,4	26,4	18,5	-	-
2020	100	52,9	38,8	27,8	-	-	-
2021	100	43,9	30,7	-	-	-	-

Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Ebenso wie bei der Gesamtverweildauer ist auch die Verweildauer im Pflegeheim mit dem Einstiegsgrad der Pflegebedürftigkeit verbunden (Abbildung 2.24). Bei einer geringeren Einstufung ist eine längere Verweildauer zu erwarten. So lebten von den Zugängen des Zugangsjahrgangs 2017 mit Pflegegrad 2 nach zwei Jahren noch 51,8 Prozent im Pflegeheim, von den Zugängen des gleichen Jahres mit Pflegegrad 5 dagegen nur noch 21,9 Prozent.

Abbildung 2.24: Survivalfunktion im Pflegeheim bei Heimeintritt in den Jahren 2017, 2019 und 2021 nach Pflegegraden bei Heimeintritt



Inzidenzjahr	Pflegegrad	Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen im ... Monat seit Pflegebeginn							
		Monat: 0	12	24	36	48	60	72	
2017	1	100	77,6	66,5	53,4	42,5	34,4	26,9	
	2	100	64,9	51,8	40,6	30,3	22,7	16,8	
	3	100	60,7	45,4	33,7	23,6	17,0	12,0	
	4	100	46,4	32,1	22,0	14,6	10,2	6,3	
	5	100	33,9	21,9	15,2	10,4	7,6	4,4	
2019	1	100	34,4	26,2	18,5	11,0	-	-	
	2	100	58,2	44,3	33,9	24,7	-	-	
	3	100	57,7	41,2	29,9	21,0	-	-	
	4	100	43,4	27,5	18,3	12,2	-	-	
	5	100	28,0	16,8	11,3	7,3	-	-	
2021	1	100	16,4	11,2	-	-	-	-	
	2	100	46,6	34,1	-	-	-	-	
	3	100	50,6	36,0	-	-	-	-	
	4	100	39,5	26,1	-	-	-	-	
	5	100	27,4	15,3	-	-	-	-	

Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Die insgesamt festgestellte Reduktion der Überlebenszeit im Pflegeheim (Abbildung 2.23) ist aber nicht nur bedingt durch eine veränderte Verteilung nach Pflegegraden. Auch innerhalb der Pflegegrade reduzieren sich derzeit die Überlebenszeiten im Pflegeheim. So dauerte beispielsweise für 51,8 Prozent der Heiminzidenzen des Jahres 2017 mit Pflegegrad 2 länger als 24 Monate. Aus der Inzidenzkohorte des Jahres 2021 mit Pflegegrad 2 haben hingegen nur 34,1 Prozent eine Verweildauer von 24 Monaten erreicht. Die immensen Schwankungen bei Pflegegrad 1 sind vor allem auf die sehr geringe Fallzahl zurückzuführen.

Rückgang der Verweildauer im Pflegeheim auch bei gleichem Pflegegrad bei Eintritt

2.1.7 Fazit zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Zum Jahresende 2021 sind mit 4,96 Millionen Menschen so viele Pflegebedürftige durch die Pflegestatistik erfasst wie nie zuvor. 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 Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen geführt, die wiederum eine höhere Anzahl an (positiv beschiedenen) Leistungsanträgen nach sich gezogen haben. Zweitens sind aufgrund der demografischen Alterung immer mehr Menschen in das pflegerelevante Alter vorgerückt. Obwohl seit 2017 keine weiteren großen Ausweitungen der Leistungsberechtigung eingeführt wurden, wirken die letzten Reformen noch nach (Rothgang & Müller, 2021). Auch die aktuellen Steigerungsraten der Zahl der Pflegebedürftigen sind weniger durch die demografische Entwicklung hervorgerufen, sondern auch weiterhin noch stark durch die abklingenden Einführungseffekte der letzten Reformen weiter geprägt.

Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt rasant. Dies ist im Wesentlichen auf die Entwicklungen in den niedrigen Pflegegraden zurückzuführen. Dementsprechend entwickeln sich aktuell auch die Anteile der Versorgungsarten. Die wesentlichen Zunahmen finden sich beim Bezug von Pflegegeld mit einem Anstieg zwischen 2017 und 2021 von 1,765 Millionen auf 2,554 Millionen, während die Anzahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege sogar leicht rückläufig war. Auch dies ist ein Zeichen dafür, dass die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen aktuell weniger durch den demografischen Wandel geprägt ist als insbesondere durch die letzten Pflegereformen.

Es haben sich aber nicht nur die Zugangswahrscheinlichkeiten und die Prävalenzen geändert, sondern auch die Verweildauern in der Pflege. Die Einführungseffekte durch die Einführung der Pflegegrade sind noch nicht verebbt. Durch den nun vielfach vorgezogenen Pflegeeintritt resultieren verlängerte Pflegeverläufe. Der Anteil derer, die nach zwei Jahren Pflegebedürftigkeit überlebt haben, ist von der Inzidenzkohorte 2017 zur Inzidenzkohorte 2021 von 67,1 Prozent auf 72,1 Prozent gestiegen.

Die Gesamtzahl der Begutachtungen durch den MD und die Knappschaft ist im Zeitraum von 2017 bis 2022 von 2,004 Millionen auf 2,644 Millionen gestiegen, was eine große Herausforderung für die Medizinischen Dienste bedeutet. Die Coronapandemie und die damit zeitweise verbundene kontaktlose Begutachtung haben kaum zu veränderten Verteilungen nach Pflegegraden in den Jahren 2020 bis 2022 im Vergleich zu den Vorjahren geführt. Nachdem im Jahr 2017 die Anzahl der Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen durch die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade reduziert war, wurden im Jahr 2022 mehr solcher Begutachtungen als Erstgutachten durchgeführt. Die Zahl der Widerspruchsbegutachtungen lag im Jahr 2022 bei 193.000. Diese machen aber im Vergleich zur Gesamtzahl von 2,644 Millionen Begutachtungen nur einen Bruchteil aus.

Durch die Coronapandemie gab es vor allem im Jahr 2020 merkliche Veränderungen in der Nutzung der Pflegeleistungen. Übergänge von der häuslichen Pflege in die vollstationäre Dauerpflege sind nach einem Rückgang im Jahr 2020 in den Folgejahren wieder gestiegen. Im Jahr 2020 kam es zu einem Rückgang beziehungsweise zur Stagnation in der Nutzung von Kurzzeitpflege beziehungsweise von teilstationärer Pflege. Anschließend sind beide Versorgungsleistungen wieder in gestiegenem Maße in Anspruch genommen worden. Insgesamt hat somit die Coronapandemie zwar von den Zahlen her merkliche, aber keine umwälzenden Einflüsse auf die Versorgungslage gehabt.

Die Versorgungslagen von Männern und Frauen unterscheiden sich erheblich. Männer werden weniger als Frauen jemals im Leben pflegebedürftig. Dies ist vor allem durch die geringere Lebenserwartung der Männer begründet. In den höheren Lebensjahren ist allgemein die Pflegeprävalenz höher als in den jüngeren Jahren. Zudem werden Männer

auch in gleichen Altersgruppen weniger als Frauen vollstationär versorgt. Auch dies hängt mit der geringeren Lebenserwartung zusammen, da die partnerschaftliche, häusliche Pflege dadurch für Frauen unwahrscheinlicher ist als für Männer.

2.2 Leistungserbringung

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



www.bifg.de/Y925P5

2.2.1 Ambulante Pflegedienste

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste ist von 14.050 im Jahr 2017 auf 15.376 im Jahr 2021 und damit um 9,4 Prozent gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2022d). Seit 2019 werden dabei auch Betreuungsdienste mitgezählt. Allerdings sind im Jahr 2021 nur 64 der 15.376 Einrichtungen reine Betreuungsdienste. 13.590 Einrichtungen sind Mischeinrichtungen und 1.722 sind reine Pflegeeinrichtungen (FDZ-StaBu, 2023). Die meisten Pflegedienste bieten neben den Leistungen nach SGB XI auch Leistungen nach anderen Sozialgesetzbüchern an. Im Jahr 2021 sind es 14.831 Pflegedienste, die häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfen nach SGB V, und 7.185 Pflegedienste, die Hilfe zur Pflege nach SGB XII anbieten (Statistisches Bundesamt, 2022d). Der Umsatzanteil der im Rahmen der Pflegeversicherung erbracht wird, lag laut einer Befragung im Jahr 2016 bei durchschnittlich 51 Prozent. Im Jahr 2010 lag dieser noch vier Prozentpunkte höher (Schneekloth et al., 2017, S. 173).



www.bifg.de/Y925PV

Die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten hat sich von 2017 bis 2021 von 390.322 auf 442.860 um 13,5 Prozent erhöht. Umgerechnet in Vollzeitäquivalente (VZÄ) (siehe dazu im Anhang das Kapitel Pflegestatistik) ergibt sich sogar eine noch etwas höhere Steigerung um 15,2 Prozent von 266.041 auf 306.380 VZÄ. Die Relation von VZÄ zu Pflegebedürftigen ist dennoch von 2017 zu 2019 von 32,1 auf 29,3 VZÄ je 100 Pflegebedürftige leicht eingebrochen (Tabelle 2.9). Dies ist zu einem gewissen Grad auf die Berücksichtigung der reinen Betreuungsdienste seit 2019 zurückzuführen. Insgesamt sind die

Relation Pflegekräfte zu
Pflegebedürftigen 2019
etwas eingebrochen

Schwankungen in der Relation aber nicht sehr hoch. Sie liegen jeweils um drei VZÄ je zehn Pflegebedürftige. Nur unzureichend kontrollierbar sind in dieser Entwicklung allerdings die Anteile der Leistungen jenseits der Pflegeversicherungsleistungen und das Ausmaß der Inanspruchnahmen durch die Pflegebedürftigen.

Die Beschäftigten werden in der Pflegestatistik unterschieden nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich. Im Jahr 2019 gab es einen leichten Einbruch im Anteil der körperbezogenen Pflege von zuvor 5,1 Prozent auf 4,8 Prozent. Auch hier ist der Einfluss durch die zusätzliche Erfassung der Betreuungsleistungen plausibel. Die Betreuungsanteile sind nämlich entsprechend von 3,8 Prozent auf 4,4 Prozent gestiegen. Auch die Bedeutung der Haushaltshilfen hat im Jahr 2019 zugenommen. Von 12,7 Prozent im Jahr 2017 ist der Anteil auf 13,3 Prozent im Jahr 2019 und 13,4 Prozent im Jahr 2021 gestiegen (Tabelle 2.9).

Tabelle 2.9: Personal im Pflegedienst nach Beschäftigungsverhältnis und nach Tätigkeitsbereich in den Jahren 2017, 2019 und 2021

	2017	2019	2021
Personal nach Beschäftigungsverhältnis			
Personal insgesamt	390.322	421.550	442.860
Vollzeit	109.657	117.124	124.685
Teilzeit über 50 %	143.050	157.984	170.929
Teilzeit ≤ 50 %	56.028	59.996	61.805
geringfügig beschäftigt	68.508	71.077	69.035
Sonstige*	13.079	15.369	16.406
Vollzeitäquivalente (VZÄ)	266.041	288.268	306.380
Personal in Relation zu Pflegebedürftigen mit Leistungen der Pflegedienste			
VZÄ je 100 Pflegebedürftige	32,1	29,3	29,3
Personal nach Beschäftigungsverhältnis in Prozent			
Personal insgesamt	100,0	100,0	100,0
Vollzeit	28,1	27,8	28,2
Teilzeit über 50 %	36,6	37,5	38,6
Teilzeit ≤ 50 %	14,4	14,2	14,0
geringfügig beschäftigt	17,6	16,9	15,6
Sonstige*	3,4	3,6	3,7

	2017	2019	2021
Personal nach überwiegendem Tätigkeitsbereich			
Pflegedienstleitung	19.819	20.380	21.277
körperbezogene Pflege	267.849	285.868	299.905
Betreuung (§ 36 Absatz 2 Satz 3 SGB XI)	14.898	18.479	19.022
Hilfen bei der Haushaltsführung	49.518	56.267	59.345
Verwaltung, Geschäftsführung	18.154	19.913	22.017
sonstiger Bereich	20.084	20.643	21.294
Personal nach überwiegendem Tätigkeitsbereich in Prozent			
Pflegedienstleitung	5,1	4,8	4,8
körperbezogene Pflege	68,6	67,8	67,7
Betreuung (§ 36 Absatz 2 Satz 3 SGB XI)	3,8	4,4	4,3
Hilfen bei der Haushaltsführung	12,7	13,3	13,4
Verwaltung, Geschäftsführung	4,7	4,7	5,0
sonstiger Bereich	5,1	4,9	4,8

* Im Praktikum, in Ausbildung, im freiwilligen sozialen Jahr oder im Bundesfreiwilligendienst.
Quelle: Statistisches Bundesamt (2022d); eigene Berechnung

Tabelle 2.10: Personal im Pflegedienst nach Qualifikation 2021

	Personal insgesamt				Pflege und Betreuung			
	Personen		Vollzeitäquivalente		Personen		Vollzeitäquivalente	
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in	101.534	22,9	79.640	26,0	95.439	28,1	74.833	30,8
staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in	22.167	5,0	16.306	5,3	21.110	6,2	15.576	6,4
Pflegeschwester/-mann	1.413	0,3	1.133	0,4	1.296	0,4	1.048	0,4
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	73.786	16,7	51.657	16,9	67.060	19,7	46.779	19,2
Krankenpflegehelfer/-in	14.394	3,3	10.438	3,4	13.608	4,0	9.911	4,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	6.520	1,5	4.382	1,4	5.668	1,7	3.821	1,6
Heilerziehungspfleger/-in, Heilerzieher/-in	1.356	0,3	956	0,3	1.209	0,4	852	0,4
Heilerziehungspflegehelfer/-in	276	0,1	188	0,1	246	0,1	168	0,1

	Personal insgesamt				Pflege und Betreuung			
	Personen		Vollzeitäquivalente		Personen		Vollzeitäquivalente	
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
Heilpädagogin/Heilpädagoge	80	0,0	55	0,0	48	0,0	30	0,0
Ergotherapeut/-in	429	0,1	300	0,1	323	0,1	222	0,1
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in)	281	0,1	186	0,1	190	0,1	125	0,1
sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	3.080	0,7	1.976	0,6	2.288	0,7	1.480	0,6
sozialpädagogischer/ sozialarbeiterischer Berufsabschluss	1.371	0,3	948	0,3	813	0,2	541	0,2
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	824	0,2	577	0,2	626	0,2	447	0,2
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	130	0,0	80	0,0	62	0,0	44	0,0
Abschluss einer pflegewissen- schaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	1.308	0,3	1.130	0,4	749	0,2	663	0,3
sonstiger pflegerischer Beruf	24.786	5,6	17.416	5,7	21.929	6,4	15.638	6,4
Fachhauswirtschafter/-in für ältere Menschen	765	0,2	505	0,2	178	0,1	120	0,0
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	9.313	2,1	5.915	1,9	2.137	0,6	1.465	0,6
sonstiger Berufsabschluss	114.994	26,0	74.332	24,3	61.647	18,1	42.200	17,4
ohne Berufsabschluss	48.515	11,0	30.491	10,0	29.052	8,5	19.789	8,1
Auszubildende/-r, (Um-)Schüler/-in	15.538	3,5	7.769	2,5	14.526	4,3	7.264	3,0
insgesamt	442.860	100,0	306.380	100,0	340.204	100,0	243.011	100,0
Pflegefachkräfte (eng gefasst)	184.561	41,7	137.942	45,0	170.212	50,0	127.144	52,3
Fachkräfte in der pflegerischen Versorgung (weit gefasst)	188.256	42,5	140.507	45,9	172.973	50,8	129.034	53,1

Anmerkung: Unter Pflege und Betreuung werden hier körperbezogene Pflege, Pflegedienstleitung und Betreuung zusammengefasst.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2022d); eigene Berechnung

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

Insgesamt sind für 2021 in der Pflegestatistik 442.860 Beschäftigte in Pflegediensten ausgewiesen (Tabelle 2.9). Ein Großteil davon ist in Teilzeit beschäftigt. Zur Erfassung des Personalvolumens ist daher die Umrechnung in VZÄ angebracht. 41,7 Prozent der Beschäftigten sind Pflegefachkräfte im engeren Sinne – also staatlich anerkannte Altenpflegekräfte, Pflegefachmänner und -frauen, Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte oder Beschäftigte mit einem Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität (Tabelle 2.10). Einige andere Berufsgruppen können unter Umständen in verschiedenen Bundesländern auch als Fachkräfte in der Pflege berücksichtigt werden (Rothgang et al., 2021, S. 37 ff.; Rothgang et al., 2023, im Erscheinen). Auch entsprechend den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands Bund finden weitaus mehr Berufsgruppen Erwähnung als Fachkräfte in der pflegerischen Versorgung. So sollen im Pflegeheim auch weitere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zum Fachkraftpersonal gezählt werden (GKV-SV, 2023). Weit gefasst können somit auch die Heilerziehungsfachkräfte, die Beschäftigten in pädagogischen und therapeutischen Berufen und in Teilen die Fachhauswirtschaft für ältere Menschen hinzugezählt werden. Werden diese mit zu den Fachkräften in der Pflege gezählt, sind es 42,5 Prozent der Beschäftigten, die als Fachkräfte in der pflegerischen Versorgung gezählt werden könnten. Umgerechnet in VZÄ entspricht dies 45,0 (eng gefasst) beziehungsweise 45,9 Prozent (weit gefasst) des eingesetzten Personals. Wenn nur die Beschäftigten mit Schwerpunkt Pflege und Betreuung berücksichtigt werden, wird eine Pflegefachkraftquote von 50,0 Prozent und eine erweiterte Fachkraftquote von 50,8 Prozent erreicht. Gemessen in VZÄ resultieren sogar Fachkraftquoten von 52,3 Prozent beziehungsweise 53,1 Prozent in diesem Tätigkeitsbereich.

Fachkraftquote im
Bereich Pflege und
Betreuung über 50%

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

2.2.2 Pflegeheime

Als Pflegeheime sind in der Pflegestatistik alle Einrichtungen erfasst, die vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege oder teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) anbieten. Von den 16.115 Pflegeheimen bieten 9.288 ausschließlich Dauerpflege, 152 ausschließlich Kurzzeitpflege, 4.567 ausschließlich Tagespflege und keines nur Nachtpflege an. In den verbleibenden 2.108 Einrichtungen gibt es verschiedene Kombinationen in der Angebotsstruktur (Statistisches Bundesamt, 2022d). In der Summe bieten 11.358 Einrichtungen vollstationäre Dauerpflege, 1.263 Einrichtungen Kurzzeitpflege und 5.799 Einrichtungen Tages- oder Nachtpflege an. Während die Zahl der Anbieter von vollstationärer Dauerpflege zuletzt stagnierte und die Zahl der Anbieter von Kurzzeitpflege zuletzt sogar rückläufig war, hat sich die Zahl der Anbieter von Tages- oder Nachtpflege zwischen 2017 und 2021 um fast ein Drittel erhöht (Tabelle 2.11).

Tabelle 2.11: Anzahl der Pflegeheime nach Pflegeangebot

	2017	2019	2021
Pflegeheime insgesamt	14.480	15.380	16.115
mit Dauerpflege	11.241	11.317	11.358
mit Kurzzeitpflege	1.205	1.336	1.263
mit Tagespflege	4.455	5.264	5.797
mit Nachtpflege	110	88	81

Quelle: FDZ-StaBu (2023)

Die Zahl der Pflegeheime allein reflektiert die Angebotskapazitäten aber nur unvollständig. Als weitere Indikatoren können die Zahl der Heimplätze (Bettenzahl) und die Zahl der Beschäftigten herangezogen werden. Die Zahl der Heimplätze für Dauerpflege blieb im Zeitraum von 2017 bis 2021 mit 876.867 bis 877.878 fast unverändert (Tabelle 2.12). Dies korreliert mit der Stagnation der Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Versorgung (siehe Kapitel 2.1.1).

Tabelle 2.12: Anzahl der verfügbaren Heimplätze in Tausend

	2017	2019	2021
insgesamt	952.367	969.553	984.688
Dauerpflege	876.867	877.162	877.878
Kurzzeitpflege	8.621	9.492	10.316
Dauerpflegeplätze, die flexibel für Kurzzeitpflege genutzt werden können	41.689	42.160	46.376
Tagespflege	66.484	82.639	96.225
Nachtpflege	395	260	269

Quelle: FDZ-StaBu (2023)

Ob für die Entwicklung der vollstationären Versorgung das Angebot oder die Nachfrage verantwortlich ist, lässt sich aus den Daten der Pflegestatistik nicht herauslesen. Befragungen zeigen aber an, dass die Nachfrage größer ist als das Angebot. Der Anteil der vollstationären Pflegeeinrichtungen, die eine Warteliste führen, betrug im Jahr 2010 noch 56 Prozent. In der Repräsentativerhebung 2016 gaben dagegen schon 71 Prozent der vollstationären Einrichtungen an, eine Warteliste zu führen (Schneekloth et al., 2017, S. 364). Wartezeiten können ein Zeichen dafür sein, den Bedarf beispielsweise aufgrund von Personalmangel bald nicht mehr decken zu können; es kann aber zudem ein Zeichen für eine bewusste Ambulantisierung sein (vergleiche Rothgang & Müller, 2019).

Ein weiteres Merkmal der Stützung ambulanter Versorgungsstrukturen ist die Ausweitung der Angebote der Tagespflege, die auf eine stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger abzielt. Die Anzahl der Tagespflegeplätze hat sich allein in den Jahren von 2017 bis 2021 von 66.484 Plätzen auf 96.225 um 44,7 Prozent erhöht (Tabelle 2.12).

Angebot an Tages- und Nachtpflege um 44,7% erhöht

Ein weiterer Indikator für Pflegeheimkapazitäten ist die Zahl der Beschäftigten. Diese werden in den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamts differenziert nach Beschäftigungsverhältnis, beruflicher Ausbildung und überwiegendem Tätigkeitsbereich ausgewiesen. Diese Statistiken sind in aller Regel nicht differenziert danach ausgewiesen, ob es sich um eine ausschließlich vollstationäre Einrichtung, eine ausschließlich teilstati-

onäre Einrichtung oder eine Mischform der beiden handelt. Tabelle 2.13 und Tabelle 2.14 stellen zunächst entsprechend den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamts das Personal zusammen für alle stationären Einrichtungen differenziert nach Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich und Beruf dar. Mit dem PUEG wurden allerdings neue Vorschriften zur Mindestanzahl an Pflegekräften in der vollstationären Versorgung erlassen. Um zur Bewertung der Personalausstattung Datengrundlagen zu schaffen, ist eine differenzierte Betrachtung des stationären Personals nach teilstationärer und vollstationärer Versorgung vonnöten (Tabelle 2.15).

Die durchschnittliche vertragliche Arbeitszeit der Beschäftigten steigt.

Die Zahl der Beschäftigten in allen stationären Einrichtungen zusammen hat von 764.648 im Jahr 2017 um 6,5 Prozent auf 814.042 im Jahr 2021 zugenommen. Umgerechnet in VZÄ ist dies ein Zuwachs von 552.047 auf 591.511, also um 7,1 Prozent. Dieses Wachstum beruht auf einem stärkeren Zuwachs bei den Vollzeitbeschäftigten (+7,2 Prozent) und den Teilzeitbeschäftigten mit mehr als 50 Prozent der Regelarbeitszeit (+9,1 Prozent). Die Zahl der Teilzeitbeschäftigten mit weniger als 50 Prozent der Regelarbeitszeit hat sich kaum verändert und die Zahl der geringfügig Beschäftigten ist lediglich um 2,2 Prozent gestiegen. Die Zahl der Personen, die ein Praktikum, eine Ausbildung oder ein freiwilliges soziales Jahr oder einen Bundesfreiwilligendienst machten, hat sich um 4,9 Prozent erhöht. Die vertragliche Arbeitszeit der Beschäftigten hat sich somit im Durchschnitt erhöht (Tabelle 2.13).

In allen Tätigkeitsbereichen gab es im Beobachtungszeitraum eine Steigerung in der Zahl der Beschäftigten. Die Zahl der Beschäftigten, die überwiegend für die körperliche Pflege zuständig sind, ist von 469.584 auf 492.565 um 4,9 Prozent und damit etwas weniger als die Gesamtpersonalzahl gestiegen. Werden das in der Pflegestatistik aufgeführte „zusätzliche Pflegepersonal nach § 8 Abs. 6 SGB XI“ und das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal (§ 84 Abs. 9 SGB XI) hinzugezählt, dann beträgt die Steigerungsrate 7,1 Prozent und liegt damit über der Gesamtpersonalentwicklung im Pflegeheim. Der Anteil der Beschäftigten, für die die körperbezogene Pflege der überwiegende Tätigkeitsbereich ist, ist zwar von 61,4 Prozent auf bei 60,5 Prozent gesunken. Das zusätzliche Pflegepersonal und das zusätzliche Pflegehilfspersonal gleichen diesen Rückgang aber wieder aus (Tabelle 2.13).

Im Betreuungsbereich ist der Anstieg nicht so ausgeprägt wie in der Gesamtentwicklung des Personals. Ab dem Jahr 2009 wurden die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 87 b SGB XI aufgenommen, nach denen Pflegeheimen, zweckgebunden für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, Vergütungszuschläge zustehen, wenn entsprechendes Personal eingestellt wird. Zudem werden in der Pflegestatistik weitere Betreuungsleistungen erfasst. In der Summe beider Tätigkeitsbereiche werden über die drei Erhebungsjahre mit leicht steigender Tendenz um 97.000 Beschäftigte gezählt. Rückgänge im Anteil gab es bei stagnierenden absoluten Zahlen vor allem im Hauswirtschaftsbereich von 15,9 Prozent auf 15,0 Prozent. Für rund 5,7 Prozent der Beschäftigten sind Verwaltung und Geschäftsführung die hauptsächliche Tätigkeit. Der sonstige Tätigkeitsbereich hat basierend auf geringeren Fallzahlen die höchsten Steigerungsraten.

Tabelle 2.13: Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich

	2017	2019	2021
Beschäftigungsverhältnisse			
Personal insgesamt	764.648	796.489	814.042
Vollzeit	220.958	231.847	236.898
Teilzeit über 50 %	313.444	329.229	342.041
Teilzeit ≤ 50 %	109.120	109.172	109.727
geringfügig beschäftigt	62.519	63.512	63.909
Sonstige*	58.607	62.729	61.467
VZÄ	552.470	577.307	591.511
Relation zur Zahl der Pflegebedürftigen in stationärer Versorgung			
VZÄ je 100 Pflegebedürftige	59,9	60,3	63,5
Beschäftigungsverhältnisse in Prozent der Beschäftigten			
Personal insgesamt	100,0	100,0	100,0
Vollzeit	28,9	29,1	29,1
Teilzeit über 50 %	41,0	41,3	42,0
Teilzeit ≤ 50 %	14,3	13,7	13,5
geringfügig beschäftigt	8,2	8,0	7,9
Sonstige*	7,7	7,9	7,6

	2017	2019	2021
Beschäftigte nach überwiegendem Tätigkeitsbereich			
körperbezogene Pflege	469.584	490.110	492.565
zusätzliches Pflegepersonal (§ 8 Abs. 6 SGB XI)	0	6.310	4.267
zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal (§ 84 Abs. 9 SGB XI)	0	0	5.899
Betreuung	42.723	39.423	43.404
zusätzliche Betreuung (§ 43b SGB XI)	54.229	57.301	54.274
Hauswirtschaftsbereich	121.516	121.966	121.918
haustechnischer Bereich	17.265	17.786	17.913
Verwaltung, Geschäftsführung	42.199	43.390	46.673
sonstiger Bereich	17.132	20.203	27.129
Beschäftigte nach überwiegendem Tätigkeitsbereich in Prozent			
körperbezogene Pflege	61,4	61,5	60,5
zusätzliches Pflegepersonal (§ 8 Abs. 6 SGB XI)	0,0	0,8	0,5
zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal (§ 84 Abs. 9 SGB XI)	0,0	0,0	0,7
Betreuung	5,6	4,9	5,3
zusätzliche Betreuung (§ 43b SGB XI)	7,1	7,2	6,7
Hauswirtschaftsbereich	15,9	15,3	15,0
haustechnischer Bereich	2,3	2,2	2,2
Verwaltung, Geschäftsführung	5,5	5,4	5,7
sonstiger Bereich	2,2	2,5	3,3

* Im Praktikum, in Ausbildung, im freiwilligen sozialen Jahr oder im Bundesfreiwilligendienst.
Quelle: Statistisches Bundesamt (2022d); eigene Berechnung

mehr Personal je 100 Pflegebedürftige

In der Relation von VZÄ in der (teil)stationären Versorgung zur Zahl der entsprechenden Pflegebedürftigen hat es eine Verbesserung gegeben. Diese Relation stieg von 59,9 auf 63,5 VZÄ je 100 Pflegebedürftige (Tabelle 2.13).

Insgesamt sind für 2021 in der Pflegestatistik 814.042 Beschäftigte in Pflegeheimen ausgewiesen. Unter Umrechnung der Arbeitszeiten ergeben sich daraus 591.511 VZÄ. Bezüglich des Qualifikationsniveaus zeigt sich Folgendes: Von den Beschäftigten insgesamt sind 30,0 Prozent Pflegefachkräfte (entsprechend der Definition in Kapitel 2.2.1). Werden die Fachkräfte hinzugezählt, die in manchen Landesverordnungen unter Um-

ständen mit zum Fachpersonal gezählt werden können, sind es 32,2 Prozent der Beschäftigten (Tabelle 2.14). Gemessen als Anteile der VZÄ sind es 33,8 beziehungsweise 36,1 Prozent. Von den Beschäftigten mit den Schwerpunkten Pflege und Betreuung sind es 37,5 beziehungsweise 39,9 Prozent der Beschäftigten und 41,1 Prozent beziehungsweise 43,6 Prozent der VZÄ. In keinem Fall wird aber eine ehemals angestrebte Fachkraftquote von 50 Prozent erreicht.

Tabelle 2.14: Personal im Pflegeheim nach Qualifikation 2021

	Personal insgesamt				Pflege und Betreuung			
	Personen		Vollzeitäquivalente		Personen		Vollzeitäquivalente	
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in	184.802	22,7	153.705	26,0	174.248	29,0	144.425	32,3
staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in	53.140	6,5	40.829	6,9	51.942	8,7	39.959	9,0
Pflegefachfrau/-mann	3.988	0,5	3.384	0,6	3.698	0,6	3.157	0,7
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	48.421	5,9	37.231	6,3	42.943	7,2	32.605	7,3
Krankenpflegehelfer/-in	15.444	1,9	11.830	2,0	15.094	2,5	11.596	2,6
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	3.639	0,4	2.739	0,5	3.157	0,5	2.341	0,5
Heilerziehungspfleger/-in, Heilerzieher/-in	2.602	0,3	2.033	0,3	2.470	0,4	1.933	0,4
Heilerziehungspflegehelfer/-in	432	0,1	333	0,1	406	0,1	315	0,1
Heilpädagogin/Heilpädagoge	250	0,0	186	0,0	199	0,0	145	0,0
Ergotherapeut/-in	6.241	0,8	4.871	0,8	5.772	1,0	4.510	1,0
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in)	1.011	0,1	741	0,1	734	0,1	530	0,1
sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	1.966	0,2	1.369	0,2	1.603	0,3	1.143	0,3
sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	6.576	0,8	4.986	0,8	4.753	0,8	3.525	0,8
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	727	0,1	532	0,1	684	0,1	505	0,1

	Personal insgesamt				Pflege und Betreuung			
	Personen		Vollzeitäquivalente		Personen		Vollzeitäquivalente	
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	100	0,0	69	0,0	85	0,0	58	0,0
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	3.432	0,4	3.016	0,5	934	0,2	773	0,2
sonstiger pflegerischer Beruf	70.546	8,7	49.916	8,4	68.770	11,5	48.810	10,9
Fachhauswirtschafter/-in für ältere Menschen	1.916	0,2	1.509	0,3	188	0,0	143	0,0
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	34.084	4,2	24.938	4,2	2.952	0,5	2.116	0,5
sonstiger Berufsabschluss	208.740	25,6	144.204	24,4	100.050	16,7	72.177	16,2
ohne Berufsabschluss	109.743	13,5	74.969	12,7	65.920	11,0	48.794	10,9
Auszubildende/-r, (Um-)Schüler/-in	56.242	6,9	28.121	4,8	53.807	9,0	26.905	6,0
insgesamt	814.042	100,0	591.511	100,0	600.409	100,0	446.465	100,0
Pflegefachkräfte (eng gefasst)	244.282	30,0	200.075	33,8	224.980	37,5	183.301	41,1
Fachkräfte in der pflegerischen Versorgung (weit gefasst)	261.877	32,2	213.567	36,1	239.780	39,9	194.592	43,6

Quelle: Statistisches Bundesamt (2022d); eigene Berechnung

In den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamts wird das Personal nicht differenziert nach Beruf und Tätigkeit separat für vollstationäre und teilstationäre Einrichtungen ausgewiesen. Allerdings bestehen vor dem Hintergrund unterschiedlicher Aufgaben bei vollstationärer und teilstationärer Versorgung auch unterschiedliche Anforderungen an das Personal. Um einen tieferen Einblick in die Versorgungsstrukturen von teilstationären und vollstationären Einrichtungen zu gewähren, sind die Daten der Pflegestatistik am Gastwissenschaftlerarbeitsplatz speziell ausgewertet worden. Dabei wurden die Einrichtungen unterteilt in Einrichtungen, die ausschließlich vollstationäre Leistungen anbieten (Kurzzeitpflege und/oder vollstationäre Dauerpflege), Einrichtungen, die ausschließlich teilstationäre Pflege anbieten (Tages- oder/und Nachtpflege), und Einrichtun-

gen, die eine Mischung aus beiden anbieten. Das Personal wurde differenziert nach Pflegefachkräften, Pflegehilfskräften mit Ausbildung, Pflegehilfskräften ohne Ausbildung und sonstiges Personal. Dabei wurde die engere Definition von Pflege- und Betreuungskräften angewendet (Tabelle 2.15).

Insgesamt wurden Ende 2021 10.316 Einrichtungen gezählt, die ausschließlich vollstationäre Versorgung anbieten. 4.580 Einrichtungen bieten ausschließliche teilstationäre Versorgung an und bei 1.219 Einrichtungen handelt es sich um Mischformen. Die meisten Pflegefachkräfte (240.504) sind in den vollstationären Einrichtungen beschäftigt. In teilstationären Einrichtungen sind es nur 16.171 Pflegefachkräfte. Je vollstationäre Einrichtung sind somit im Durchschnitt 23,3 Pflegefachkräfte beschäftigt. In den teilstationären Einrichtungen sind es durchschnittlich nur 3,5 Pflegefachkräfte. Der Unterschied rührt daher, dass die Zahl der zu versorgenden Pflegebedürftigen je teilstationäre Einrichtung geringer ist und es sich in aller Regel um Tagespflege handelt und somit die Pflegebedürftigen nicht rund um die Uhr versorgt werden müssen.

Tabelle 2.15: Personal nach Qualifikationsniveau in ausschließlich teilstationären, ausschließlich vollstationären Einrichtungen und in Mischformen 2021

	ausschließlich vollstationäre Einrichtungen	Angebot von teil- und vollstationärer Versorgung	ausschließlich teilstationäre Einrichtungen
Anzahl Beschäftigte			
Pflegefachkräfte	240.504	35.460	16.171
Pflegehilfskräfte mit Ausbildung	63.107	9.115	2.532
Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung	212.927	31.010	13.375
sonstiges Personal	152.974	25.425	11.442
Personal in VZÄ			
Pflegefachkräfte	185.435	26.804	11.763
Pflegehilfskräfte mit Ausbildung	47.536	6.615	1.780
Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung	155.403	21.896	8.806
sonstiges Personal	103.085	16.496	5.892
Anzahl Einrichtungen			
	10.316	1.219	4.580

	ausschließlich vollstationäre Einrichtungen	Angebot von teil- und vollstationärer Versorgung	ausschließlich teilstationäre Einrichtungen
Relation Personal je Einrichtung			
Pflegefachkräfte	23,3	29,1	3,5
Pflegehilfskräfte mit Ausbildung	6,1	7,5	0,6
Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung	20,6	25,4	2,9
sonstiges Personal	14,8	20,9	2,5
Relation VZÄ je Einrichtung			
Pflegefachkräfte	18,0	22,0	2,6
Pflegehilfskräfte mit Ausbildung	4,6	5,4	0,4
Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung	15,1	18,0	1,9
sonstiges Personal	10,0	13,5	1,3
Anzahl Pflegebedürftige			
	700.145	107.643	123.182
Relation Personal je 100 Pflegebedürftige			
Pflegefachkräfte	34,4	32,9	13,1
Pflegehilfskräfte mit Ausbildung	9,0	8,5	2,1
Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung	30,4	28,8	10,9
sonstiges Personal	21,8	23,6	9,3
Relation VZÄ je 100 Pflegebedürftige			
Pflegefachkräfte	26,5	24,9	9,5
Pflegehilfskräfte mit Ausbildung	6,8	6,1	1,4
Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung	22,2	20,3	7,1
sonstiges Personal	14,7	15,3	4,8

Quelle: FDZ-StaBu (2023); eigene Berechnung

In ausschließlich vollstationären Einrichtungen wurden Ende 2021 700.145 Pflegebedürftige versorgt. Damit kamen auf 100 Pflegebedürftige 34,4 Pflegefachkräfte und umgerechnet in VZÄ 26,5 Pflegefachkräfte. Im Vergleich dazu ist je 100 Pflegebedürftige in der teilstationären Versorgung je Qualifikationsniveaus nur rund ein Drittel des Personals beschäftigt. Für die Versorgung von 123.182 Pflegebedürftigen stehen 16.171 Pflegefachkräfte beziehungsweise in VZÄ 11.763 Pflegefachkräfte zur Verfügung. Das sind 13,1 Pflegefachkräfte beziehungsweise 9,5 VZÄ je 100 Pflegebedürftige. Die Relationen der Zahl der Pflegehilfskräfte mit Ausbildung zur Zahl der Pflegebedürftigen unterscheidet sich in ähnlicher Weise. In der vollstationären Versorgung waren es 9,0 Beschäftigte

und 6,8 VZÄ je 100 Pflegebedürftige. In der teilstationären Versorgung hingegen waren es 2,1 Beschäftigte und 1,4 VZÄ je 100 Pflegebedürftige. Insgesamt ist somit weitaus weniger Personal je 100 Pflegebedürftige in der teilstationären Pflege tätig als in der vollstationären Versorgung.

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

Ursprünglich waren die Anteile an den Pflegesätzen, die vom Versicherten zu zahlen waren, abhängig vom Ausmaß der Pflegebedürftigkeit (Pflegeklasse gleichbedeutend mit Pflegestufe). Seit Inkrafttreten der Regelungen des PSG II zum 1. Januar 2017 zahlen Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 für die Pflegeaufwände nunmehr einen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE). Bei einer Erhöhung des Pflegegrads verändert sich der EEE seither innerhalb der jeweiligen Einrichtung nicht. Wie hoch die Gesamtentgelte in der stationären Pflege – bestehend aus Pflegekosten, Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten – insgesamt ausfallen und welche Eigenanteile daraus resultieren, zeigt Tabelle 2.16. Zusätzlich sind noch weitere individuelle Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI möglich, die gesondert abgerechnet werden und dementsprechend den Eigenanteil erhöhen.

Der größte Anteil des Gesamtheimentgelts entfällt auf die Pflegekosten. Die diesbezüglichen Pflegeversicherungsleistungen reichen aber nicht aus, die Pflegekosten zu decken. Für die Pflegebedürftigen bleibt immer noch ein beträchtlicher Eigenanteil an den Pflegekosten zu zahlen. Bis einschließlich 2021 war dieser Eigenanteil von den Pflegebedürftigen zu zahlen. Seit 2022 werden je nach bisheriger Dauer der vollstationären Dauerpflege verschiedene Prozentsätze dieser Basiseigenanteile von der Pflegeversicherung übernommen (siehe Kapitel 2.3.1).



www.bifg.de/Y925PP

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

Jahr	Pflegegrad	(1) Pflegekosten	(2) Unterkunft und Verpflegung	(3) Investitionskosten	(4) = (1) + (2) + (3) Gesamt-heimentgelt	(5) Versicherungsleistung	(6) = (1) - (5) Eigenanteil Pflegekosten	(7) = (4) - (5) Eigenanteil insgesamt
2017	PG 1	1.107	714	401	2.222	125	982	2.097
	PG 2	1.402	714	401	2.517	770	632	1.747
	PG 3	1.890	714	401	3.006	1.262	628	1.744
	PG 4	2.400	714	401	3.515	1.775	625	1.740
	PG 5	2.633	714	401	3.749	2.005	628	1.744
2019	PG 1	1.235	757	451	2.443	125	1.110	2.318
	PG 2	1.570	757	451	2.778	770	800	2.008
	PG 3	2.060	757	451	3.268	1.262	798	2.006
	PG 4	2.570	757	451	3.778	1.775	795	2.003
	PG 5	2.802	757	451	4.010	2.005	797	2.005
2021	PG 1	1.384	805	461	2.649	125	1.259	2.524
	PG 2	1.777	805	461	3.043	770	1.007	2.273
	PG 3	2.267	805	461	3.533	1.262	1.005	2.271
	PG 4	2.774	805	461	4.040	1.775	999	2.265
	PG 5	3.009	805	461	4.275	2.005	1.004	2.270
2023	PG 1*	1.569	888	477	2.934	125	1.444	2.809
	PG 2	2.015	888	477	3.380	770	1.245	2.610
	PG 3	2.507	888	477	3.872	1.262	1.245	2.610
	PG 4	3.020	888	477	4.385	1.775	1.245	2.610
	PG 5	3.250	888	477	4.615	2.005	1.245	2.610

Anmerkung: Pflegeentgelte und Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind zum Jahresende der Jahre 2017 bis 2021 durch die Pflegestatistik erhoben. Alle anderen Angaben für die Pflegegrade 2 bis 5 im Jahr 2023 basieren auf Daten des vdek zum jeweils 1. Juli der Beobachtungsjahre.

* Die Pflegekosten, Gesamtheimentgelte und die Eigenanteile beruhen auf Schätzwerten aus den Verhältniszahlen im Jahr 2021.

Im Jahr 2023 werden je nach Aufenthaltsdauer mit Pflegegrad 2 bis 5 noch Anteile der pflegebedingten Eigenanteile von der Pflegeversicherung übernommen.

Quellen: Rothgang et al. (2017, S. 29); Statistisches Bundesamt (2022d); vdek (2021, 2023) und eigene Berechnungen

Im Juli 2023 lagen die Gesamtheimentgelte je nach Pflegegrad zwischen 2.934 und 4.615 Euro (Tabelle 2.16). Insgesamt mussten von den Pflegebedürftigen mit den Pflegegraden 2 bis 5 monatlich im Durchschnitt 2.610 Euro für die stationäre Versorgung aufgebracht werden. Diese setzen sich aus 477 Euro für Investitionskosten, 888 Euro für Unterkunft und Verpflegung sowie einem EEE von 1.245 Euro zusammen (vdek, 2023). Dieser Basiseigenanteil verringert sich bei einer bisherigen Pflegedauer von bis zu einem Jahr mit Pflegegrad 2 bis 5 im Pflegeheim auf 1.183 Euro. Im zweiten Jahr sind es 934 Euro, im dritten Jahr 685 Euro und bei längeren Dauern noch 373 Euro an Eigenanteilen zur Finanzierung der Pflegeleistung.

auch nach 3 Jahren noch
373 € Eigenanteil an den
Pflegekosten

2.2.3 Pflegepersonen

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



www.bifg.de/Y925PF

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

doppelt so viele Pflege-
personen wie Pflegebe-
dürftige im häuslichen
Setting

Die Relation von Pflegenden zu Pflegebedürftigen stellt sich insgesamt leicht rückläufig dar. Hier könnte mit einem verringerten Pflegepotenzial in der Bevölkerung argumentiert werden. Der Rückgang der Relation ist zu einem Teil aber auch durch die Verschiebung in

den Anteilen mit höheren und niedrigeren Pflegegraden begründet. Je geringer die Pflegegrade nämlich sind, desto geringer ist der Pflegeaufwand und in diesem Zusammenhang auch die Zahl der weiteren Pflegepersonen (Geiss et al., 2019, S. 95f.).

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



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

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

Rentenversicherungsbeiträge für 963.291 Pflegepersonen

Bis zum Jahr 2016 wurden von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) jährlich zum Jahresende maximal knapp über 300.000 pflichtversicherte Pflegepersonen ermittelt. Nach der Umsetzung des PSG II stiegen die Zahlen dann aber enorm an, was auch durch

die Reduktion der Mindeststundenzahl der wöchentlichen Pflege von 14 Stunden auf zehn Stunden begründet ist. Zum 31. Dezember 2017 wurden 527.375, zum 31. Dezember 2020 schon 893.931 (DRV, 2022, S. 28) und zum 31. Dezember 2021 sogar 963.291 Pflegepersonen ermittelt (DRV, 2023, S. 3). Ende der Jahre 2017 und 2021 wurden 2,37 Millionen beziehungsweise 3,13 Millionen Pflegebedürftige der sozialen Pflegeversicherung mit Pflegegrad 2 bis 5 zu Hause versorgt (BMG, 2023b). Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 in häuslicher Pflege, für die Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson gezahlt wurden, hat sich somit zwischen 2017 und 2022 von 22,2 Prozent auf 30,8 Prozent erhöht. Die jährliche Beitragssumme, die in den Jahren vor 2017 stets bei 0,9 bis 1,0 Milliarden Euro lag, stieg im Jahr 2017 auf 1,5 Milliarden Euro und bis zum Jahr 2021 sogar auf 3,0 Milliarden Euro (BMG, 2023c).

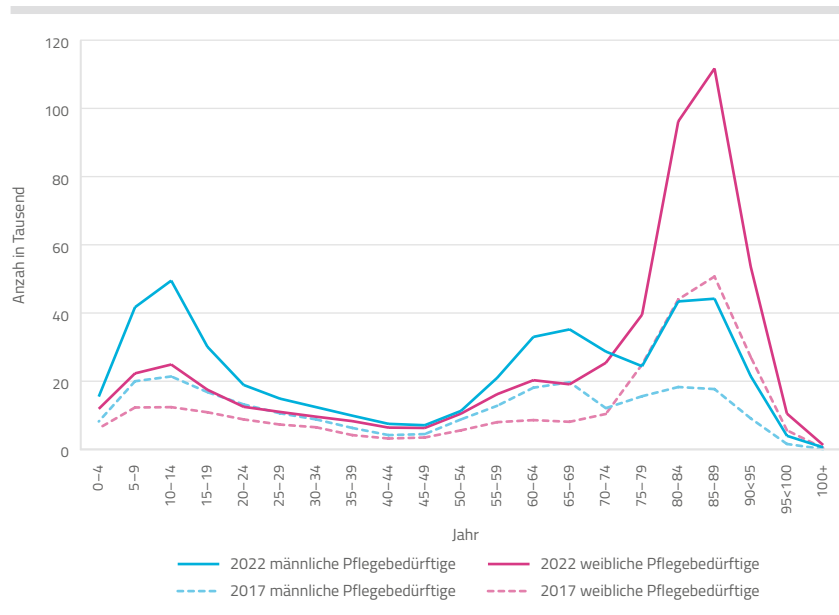
Aus den zur Verfügung gestellten Routinedaten der BARMER lässt sich nicht herauslesen, welche Merkmale die pflichtversicherten Pflegepersonen haben. Es lässt sich aber feststellen, für welche Pflegebedürftigen sich im Zuge der gesetzlichen Änderungen eine bessere Absicherung der Pflegepersonen ergeben hat. Insgesamt ergeben sich auf Grundlage der Hochrechnungen der BARMER-Daten für das Jahr 2017 monatlich durchschnittlich 517.000 Leistungsempfängerinnen und -empfänger von Rentenversicherungsbeiträgen und für das Jahr 2022 durchschnittlich 1.010.000. Das entspricht insgesamt ziemlich genau dem Trend der Zahlen der Rentenversicherung. Bezogen auf die mit den BARMER-Daten hochgerechneten häuslich versorgten Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 ist der Anteil in vergleichbarer Weise von 24,2 Prozent im Jahr 2017 auf 30,8 Prozent im Jahr 2022 gestiegen.

Bei knapp 31 % der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege mit Pflegegrad 2 bis 5 werden Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen gezahlt.

Wie in Abbildung 2.26 zu sehen ist, gibt es bei den Pflegebedürftigen verschiedene Altersgruppen, in denen auch schon im Jahr 2017 für mehr Pflegepersonen Rentenversicherungsbeiträge von der Pflegekasse gezahlt wurden. Dazu gehören allein schon aufgrund der hohen Fallzahl die hochaltrigen Pflegebedürftigen (vergleiche Kapitel 2.1.1). Relativ zur Fallzahl der Pflegebedürftigen ist im Kindes- und Jugendalter die Anzahl der pflichtversicherten Pflegepersonen am höchsten. Für circa 70 Prozent der pflegebedürftigen Kinder mit Pflegegrad 2 bis 5 werden Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen gezahlt. In der Gruppe der 80- bis 84-jährigen Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege mit entsprechenden Pflegegraden entwickelte sich der Anteil von 16,7 Prozent im Jahr 2017 auf

22,8 Prozent im Jahr 2022. Die geringeren Anteile der sozialen Sicherung bei der Pflege der älteren Pflegebedürftigen ist zu einem großen Teil damit begründet, dass hier häufiger eine Partnerpflege stattfindet (Rothgang & Müller, 2018, S. 119), bei der es wegen des Altersrentenbezugs keine Anspruchsberechtigung auf diese soziale Absicherung mehr gibt.

Abbildung 2.26: Anzahl monatlicher Beitragszahlungen zur Rentenversicherung für Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht der Pflegebedürftigen 2017 und 2022



Quelle: BARMER-Daten 2017 und 2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

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

Die Inanspruchnahme dieser Beitragszahlungen ist in der Summe minimal. Beitragszahlungen zur Kranken- oder Pflegeversicherung erfolgten in den Jahren 2017 bis 2022 für zwischen 170 und 420 Personen im durchschnittlichen Monat. Insgesamt ist somit die Unterstützung durch die Leistungen nach dem Pflegezeitgesetz nicht so angenommen worden wie erhofft.

2.2.4 Fazit zur Leistungserbringung

Von den rund fünf Millionen Pflegebedürftigen wurden im Jahr 2022 mehr als 63 Prozent im häuslichen Umfeld von Angehörigen, aber ohne Beteiligung zugelassener Pflegedienste oder Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, gepflegt. Das sind zum einen die Pflegegeldbezieher mit Pflegegrad 2 bis 5 und zum anderen die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1, die in den meisten Fällen auch keine Leistungen durch Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen. Nachdem im Jahr 2017 die Nutzung der vollstationären Pflege und der ambulanten Pflegedienste etwa gleich ausgeprägt war, steigt inzwischen der Anteil bei der Nutzung der Pflegedienste, während die Nutzung der vollstationären Versorgung stagniert.

Die Zahl der **ambulanten Pflegedienste** hat zwischen 2017 und 2021 um 9,4 Prozent zugenommen und die Zahl der Beschäftigten gemessen in VZÄ darin sogar um 15,2 Prozent. Damit ist die Zahl der Beschäftigten gemessen in VZÄ weniger gestiegen als die Zahl der Pflegebedürftigen mit Sachleistungsbezug. Je 100 Pflegebedürftige ist die Zahl der VZÄ von 32,1 auf 29,3 gesunken.

Auch in der **stationären Versorgung** gab es eine Ausweitung der Kapazitäten. Die Zahl der Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege stieg in der Zeit von 2017 bis 2021 von 11.241 auf 11.358. Die Zahl der Einrichtungen mit festem Angebot an Kurzzeitpflege erhöhte sich dabei von 1.205 auf 1.263. Besonders gestiegen ist die Zahl der Einrichtungen, die Tagespflege anbieten, von 4.455 im Jahr 2017 auf 5.797 im Jahr 2021. Nachtpflege bieten nur sehr wenige Einrichtungen an. Hier gab es einen Rückgang von 110 auf 81 Einrichtungen. Die Kapazitäten in der stationären Versorgung sind gemessen in Beschäftigten um 6,5 Prozent und gemessen in VZÄ um 7,1 Prozent gestiegen. Die Zahl der Heimplätze für Dauerpflege stagniert derzeit genauso wie die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege.

Die durchschnittlichen, monatlichen **Gesamtheimtelte** liegen für Pflegegrad 1 im Jahr 2023 bei 2.934 Euro. Bei Pflegegrad 5 fallen im Durchschnitt 4.615 Euro an. Die Eigenanteile, die von den Pflegebedürftigen insgesamt zu erbringen sind (einschließlich Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten), lagen im Jahr 2017 für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 bei 1.744 Euro und im Jahr 2023 schon bei 2.610 Euro. Von den pflegebedingten Eigenanteilen (EEE), die im Jahr 2023 bei durchschnittlich 1.245 Euro liegen, werden je nach Pflegedauer im Pflegeheim, 5, 25, 45 oder 75 Prozent von der Pflegekasse übernommen. Damit reduziert sich der EEE dann auf 1.183 Euro im ersten Jahr, 934 Euro im zweiten Jahr, 685 Euro im dritten Jahr und anschließend auf 373 Euro.

Es gibt etwa doppelt so viele **Pflegepersonen** wie Pflegebedürftige in der häuslichen Versorgung. Für eine soziale Absicherung der Pflegepersonen ist eine Mindeststundenzahl an Pflegetätigkeit in der Woche vonnöten. Mit der Absenkung der Stundenzahl durch das PSG II von 14 Stunden auf zehn Stunden wöchentliche Pflege wurde der Zugang vereinfacht. Eine soziale Absicherung der Pflegepersonen ist dennoch nicht obligatorisch. Von der Deutschen Rentenversicherung wurden für Ende 2017 allerdings 527.375 und für Ende 2021 sogar 963.291 Pflegepersonen ermittelt. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 in häuslicher Pflege, für die Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson gezahlt werden, hat sich somit zwischen 2017 und 2022 von 24,2 Prozent auf 30,8 Prozent erhöht.

2.3 Finanzierung

Die Pflegeversicherung besteht in Deutschland aus zwei Zweigen, der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV). Der Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung ist aber für beide Versichertengruppen identisch und deckt nur einen Teil der durch die Pflegebedürftigkeit entstehenden Kosten (Kapitel 2.3.1). Neben der Pflegeversicherung tragen auch andere kollektive Sicherungssysteme (Sozialhilfe und Kriegsopferfürsorge) und Eigenmittel der Betroffenen zur Finanzierung von Pflegebedürftigkeit bei. In Kapitel 2.3.2 wird ein Überblick über die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung gegeben, die quantitativ am bedeutendsten ist. Anschließend werden die Entwicklungen in der privaten Pflegeversicherung (Kapitel 2.3.3) und der Sozialhilfe (Kapitel 2.3.4) dargestellt, bevor in einem Überblick über die gesamte Finanzie-



www.bifg.de/Y925PP

rung von Leistungsausgaben im Bereich der Langzeitpflege zusätzlich auch auf die Kriegsopferfürsorge und die privaten Ausgaben eingegangen wird (Kapitel 2.3.5).

2.3.1 Leistungen der Pflegeversicherung

Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 sind die meisten Leistungshöhen nach oben gedeckelt beziehungsweise festgeschrieben und anschließend bis zum Jahr 2008 nicht mehr angepasst worden. Danach wurden die Leistungshöhen unregelmäßig und uneinheitlich angepasst (Rothgang & Müller, 2021, S. 116 ff.). Auch bis zum aktuellen Berichtsjahr 2022 sah § 30 SGB XI lediglich vor, dass eine Anpassung alle drei Jahre geprüft werden muss. Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz vom 19. Juni 2023 (PUEG) wurde festgelegt, dass ab dem 1. Januar 2025 die zum 1. Januar 2024 geltenden Beträge um 4,5 Prozent erhöht werden sollen sowie zum 1. Januar 2028 die kumulierte Kerninflationsrate Grundlage der nächsten Erhöhung sein soll. Eine Festlegung auf eine dauerhafte und regelhafte Dynamisierung ist damit noch ausgeblieben.

Mit der Vielzahl an Pflegereformgesetzen wurden dennoch sowohl Leistungserhöhungen festgelegt als auch zusätzliche Leistungsarten installiert. Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Verhinderungspflege, Tages- oder Nachtpflege und Kurzzeitpflege sind vom April 1995 an im Leistungskatalog enthalten. Leistungsansprüche bei vollstationärer Dauerpflege gelten seit Juli 1996. Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in den Jahren 2002 bis 2016 beziehungsweise später der Entlastungsbetrag sowie Leistungen für ambulant betreute Wohngruppen sind erst später eingeführt worden (Rothgang & Müller, 2021, S. 116 ff.). Eine Erhöhung erfolgte in unterschiedlichem Ausmaß durch die einzelnen Reformgesetze. Die Leistungsansprüche seit 2017 sind in Tabelle 2.17 dargestellt.

Mit dem PSG II wurden die Pflegegrade eingeführt und die Leistungssummen in der Mehrzahl direkt von den Pflegestufen auf die nächsthöheren Pflegegrade übertragen. Neue Höchstwerte sind insbesondere für die vollstationäre Dauerpflege festgelegt worden. Diese Werte galten auch noch im Jahr 2022. Erstmalige Leistungsanpassungen seit 2017 gab es durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vom 11. Juli 2021 (GVWG) zum Jahr 2022. Eine Erhöhung gab es für die Pflegesachleistung und die Kurzzeitpflege. Dabei wurden die maximalen monatlichen Leistungssummen um

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

festen Beträge angehoben. In der vollstationären Dauerpflege hingegen wurden neben den unveränderten Leistungshöhen nach § 43 SGB XI zusätzliche Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI gewährt, deren Höhe von der bisher verbrachten Zeit in der vollstationären Dauerpflege abhängt. Je länger die bisherige Verweildauer ist, desto höher sind diese Zuschläge.

Tabelle 2.17: Maximale Leistungen der Pflegeversicherung seit 2017

Sachleistung nach § 36 SGB XI maximal monatlich in Euro					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017	–	689	1.298	1.612	1.955
2022	–	724	1.363	1.693	2.095
Pflegegeld nach § 37 SGB XI maximal monatlich in Euro					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017	–	316	545	728	901
vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI maximal monatlich in Euro					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017	125	770	1.262	1.775	2.005
		770	1.262	1.775	2.005
2022	125	+ anteilige Übernahme des pflegebedingten Eigenanteils bei andauernder vollstationärer Dauerpflege: 5 Prozent bei bis zu 12 Monaten 25 Prozent bei mehr als 12 Monaten 45 Prozent bei mehr als 24 Monaten 70 Prozent bei mehr als 36 Monaten			
Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI maximal jährlich in Euro					
... durch nahe Angehörige					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017 max. 6 Wochen ¹	–	474	817,50	1.092	1.351,50
... durch sonstige Personen					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017 max. 6 Wochen ¹	–	1.612 (+ Umwidmung von Kurzzeitpflege 806)			
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI maximal jährlich in Euro					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017 max. 8 Wochen ²	–	1.612 (+ Umwidmung von Verhinderungspflege 1.612)			
2022 max. 8 Wochen ²	–	1.774 (+ Umwidmung von Verhinderungspflege 1.612)			

Tages- oder Nachtpflege nach § 41 SGB XI maximal monatlich in Euro					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017 ³	–	689	1.298	1.612	1.995
ambulant betreute Wohngruppe nach 38a SGB XI monatlich in Euro					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017			214		
Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45e SGB XI einmalig in Euro					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017	2.500 (bis zu insgesamt 10.000, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen)				
zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in den Jahren 2002 bis 2016 beziehungsweise Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI ab 2017 maximal jährlich in Euro					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017 ⁴	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500
wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI – maximal je Maßnahme in Euro					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017	4.000 (bis zum vierfachen Betrag, also bis zu insgesamt 16.000, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen)				

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

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

³ Ohne Anrechnung auf die Pflegesachleistung und das Pflegegeld.

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

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

2.3.2 Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

Die Einnahmen der SPV resultieren fast ausschließlich aus Beiträgen, die im Umlageverfahren aufgebracht werden. Wie Tabelle 2.18 zeigt, haben sich die Einnahmen der SPV zwischen 2017 und 2021, von 36,10 Milliarden Euro im Jahr 2017 auf 57,78 Milliarden Euro um 21,68 Milliarden Euro (= 60,1 Prozent) gesteigert. Der Anstieg ist primär auf die Anhebungen des Beitragssatzes zurückzuführen. Mit Inkrafttreten des PSG II zum 1. Januar 2017 lag der Beitragssatz bei 2,55 Prozent (2,8 Prozent für Kinderlose). Eine weitere Erhöhung erfolgte zum 1. Januar 2019 auf 3,05 Prozent (3,3 Prozent für Kinderlose). Der Beitrag für Kinderlose wurde durch das GVWG zum 1. Januar 2022 noch weiter auf 0,35 Prozent erhöht. Mit dem PUEG wurde der Beitragssatz zum 1. Juli 2023 auf 3,4 Prozent festgelegt, wobei der Beitragssatz für kinderlose Versicherungsmitglieder ab dem

23. Lebensjahr auf 4,0 Prozent festgesetzt wurde. Je nach Anzahl der Kinder bis zum Alter von 25 Jahren gibt es hingegen noch Abschläge. Neben den Beitragseinnahmen werden für das Jahr 2022 auch sonstige Einnahmen in Höhe von 5,33 Milliarden Euro verbucht. Diese setzen sich im Wesentlichen zusammen aus Bundesmitteln zur Stabilisierung des Ausgleichsfonds, aus Finanzierungsanteilen der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege, aus Finanzierungsanteilen der privaten Versicherungsunternehmen für pandemiebedingte Erstattungen sowie aus Einnahmen aus der Beteiligung der GKV an den pandemiebedingten Erstattungen und Prämien.

Die Gesamtausgaben sind von 38,52 Milliarden Euro im Jahr 2017 auf 60,03 Milliarden Euro im Jahr 2022 gestiegen. Bei den Ausgaben handelt es sich ganz überwiegend um Leistungsausgaben; der Anteil der Verwaltungskosten (1,62 Milliarden Euro) lag im Jahr 2022 bei lediglich 2,7 Prozent der Gesamtausgaben. Selbst wenn die Kosten des MD (0,53 Milliarden Euro) hinzugerechnet werden, liegt der Ausgabenanteil, der nicht für Leistungen verwendet wird, immer noch bei nur 3,6 Prozent (Tabelle 2.18).

Bei den meisten Ausgabenposten zeigen sich stetige Zunahmen der Ausgaben, was mit der steigenden Zahl der Pflegebedürftigen einhergeht. Die Leistungsausgaben für die vollstationäre Pflege waren lange Zeit der größte Ausgabenposten. In den Jahren von 2017 bis 2021 stagnierten aber diese Leistungssummen. Durch die Übernahme von Anteilen der pflegebedingten Eigenanteile in der vollstationären Dauerpflege ist dieser Wert im Jahr 2022 allerdings auf 16,04 Milliarden Euro gestiegen. Durch das PSG II ist der Kreis der Leistungsberechtigten ausgeweitet worden. Dies hat insbesondere Auswirkungen auf die Zahl der Pflegebedürftigen mit geringen Pflegegraden gehabt. Dementsprechend sind die Ausgaben für Geldleistungen deutlich um 49,3 Prozent gestiegen und lagen für das Jahr 2022 bei 14,92 Milliarden Euro. Bemerkenswert ist auch die Verdopplung der Ausgaben für die soziale Absicherung für Pflegepersonen, die maßgeblich durch die entsprechenden Änderungen der Anspruchsberechtigung in PSG II hervorgerufen sein dürfte. Besonders auffällig sind allerdings die „sonstigen Leistungsausgaben“, die im Jahr 2020 mit 3,2 Milliarden Euro und in den Jahren 2021 und 2022 mit jeweils um 5,5 Milliarden Euro zu Buche schlugen. Darunter verbergen sich insbesondere Erstattungen für pandemiebedingte Mindereinnahmen, pandemiebedingte außerordentliche Aufwendungen und pandemiebedingte Erstattungen von Testkosten.

Zum Jahr 2015 wurde der Pflegevorsorgefonds eingeführt. Nach fünf Jahren beläuft sich dessen Mittelbestand nun auf 10,45 Milliarden Euro (Tabelle 2.18).

Nachdem die soziale Pflegeversicherung seit dem Jahr 2008 durchgängig einen Liquiditätsüberschuss erzielt hat (BMG, 2023a), ist mit der Umsetzung des PSG II im Jahr 2017 ein Defizit von 2,42 Milliarden Euro entstanden. Im Jahr 2018 lag das Defizit dann schon bei 3,55 Milliarden Euro (Tabelle 2.18). Um ein weiteres Defizit zu vermeiden, wurde zum 1. Januar 2019 der Beitragssatz um 0,5 Beitragssatzpunkte angehoben. So wurde sogar ein Überschuss von 3,29 Milliarden Euro erzielt, der aber durch die weiter gestiegene Zahl der Pflegebedürftigen und die hohen pandemiebedingten Ausgaben ins Defizit gerutscht ist. Die Bundesmittel zur Stützung waren nicht ausreichend, um das Defizit zu verhindern. Eine Aufstockung auf der Einnahmeseite, wie sie zur Mitte des Jahres 2023 durch die Beitragserhöhung durchgeführt wurde, war dringend geboten, um die Liquidität der Pflegeversicherung zu erhalten. Der Mittelbestand am Jahresende 2022 war nämlich gerade einmal so groß, dass es für einen Monat reichte.

Tabelle 2.18: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Einnahmen in Milliarden Euro						
Beitragseinnahmen	36,04	37,65	46,53	47,89	49,70	52,45
sonstige Einnahmen	0,06	0,07	0,72	2,73	2,81	5,33
Einnahmen insgesamt	36,10	37,72	47,24	50,62	52,50	57,78
Ausgaben in Milliarden Euro						
Leistungsausgaben	35,54	38,25	40,69	45,60	50,23	56,23
Geldleistung	9,99	10,88	11,74	12,89	13,92	14,92
Pflegesachleistung	4,50	4,78	4,98	5,30	5,50	5,68
Verhinderungspflege	1,12	1,25	1,46	1,63	1,81	2,12
Tages-/Nachtpflege	0,68	0,80	0,94	0,74	0,88	1,12
zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen	1,23	1,63	1,92	2,03	2,39	2,66
Kurzzeitpflege	0,60	0,65	0,70	0,61	0,67	0,74
soziale Sicherung der Pflegepersonen	1,54	2,10	2,38	2,72	3,07	3,24
Hilfsmittel/ Wohnumfeldverbesserung	0,88	1,06	1,19	1,38	1,70	1,65
vollstationäre Pflege	13,00	12,95	12,98	12,98	12,55	16,04

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Einnahmen in Milliarden Euro						
vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,40	0,44	0,44	0,42	0,45	0,44
stationäre Vergütungszuschläge	1,31	1,37	1,51	1,60	1,72	1,93
Pflegeberatung	0,09	0,13	0,13	0,13	0,13	0,14
sonstige Leistungsausgaben	0,20	0,22	0,32	3,16	5,45	5,55
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,42	0,45	0,49	0,53	0,53	0,53
Verwaltungsausgaben	1,18	1,14	1,28	1,41	1,50	1,62
Zuführung zum Pflegevorsorgefonds	1,36	1,41	1,48	1,53	1,57	1,63
sonstige Ausgaben	0,00	0,02	0,02	0,01	0,02	0,03
Ausgaben insgesamt	38,52	41,27	43,95	49,08	53,85	60,03
Liquidität in Milliarden Euro						
Überschuss der Einnahmen	-2,42	-3,55	3,29	1,54	-1,35	-2,25
Mittelbestand am Jahresende	6,92	3,37	6,66	8,20	6,85	4,60
in Monatsausgaben laut Haushaltsplänen der Kassen	2,17	1,02	1,88	2,16	1,65	0,99
nachrichtlich: Mittelbestand Pflegevorsorgefonds	3,83	5,17	7,18	9,01	10,70	10,45

Anmerkung: ab 2019 „stationäre Vergütungszuschläge“ inklusive „Vergütungszuschlägen für zusätzliches Personal in vollstationären Einrichtungen“
Quelle: BMG (2023a)

2.3.3 Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung

Im Jahr 2021 waren 9,2 Millionen Menschen in Deutschland privat pflegepflichtversichert (PKV, 2023). Das entspricht bei einer Bevölkerung von 83,2 Millionen Menschen (Statistisches Bundesamt, 2023b) einem Anteil von 11,1 Prozent.

Die jährlichen Einnahmen der privaten Pflegepflichtversicherung lagen im Jahr 2017 bei 2,6 Milliarden Euro. Da die Leistungsanpassungen der Pflegeversicherung auf die private Versicherung genauso einwirken wie auf die soziale Pflegeversicherung, ergaben sich auch in der privaten Pflegeversicherung ab 2017 deutliche Prämiensteigerungen. Die Beitragseinnahmen erhöhten sich bis zum Jahr 2021 auf 4,4 Milliarden Euro (Tabelle 2.19).

Die Ausgaben für Versicherungsleistungen bleiben im gesamten Zeitraum deutlich unter den Einnahmen. Meist liegen sie sogar unter 50 Prozent der Beitragseinnahmen. Ein Großteil der Einnahmen fließt in die Altersrückstellung. Insgesamt 41,9 Milliarden Euro Altersrückstellungen wurden seit Beginn der Pflegeversicherung angesammelt (Tabelle 2.19). Im Jahr 2021 entsprachen die Altersrückstellungen in der PPV somit rund 89 Prozent der gesamten jährlichen Leistungssumme in der SPV.

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

Im Jahr 2021 waren 9.213.700 Personen privat pflegepflichtversichert. Dividiert durch diese Anzahl an Versicherten belaufen sich die Versicherungsleistungen pro Kopf auf 234 Euro im Jahr 2021. In der SPV wurden im Jahr 2021 hingegen bei 73.305.557 Versicherten (BMG, 2022c) Leistungsausgaben von 50,23 Milliarden Euro erbracht (BMG, 2023a). Das entspricht Pro-Kopf-Versicherungsleistungen von 685 Euro im Jahr 2021. Pro versicherte Person hat die private Pflegepflichtversicherung also viel weniger Leistungsausgaben als die soziale Pflegeversicherung. Dies liegt zum einen an dem geringeren Anteil an alten Versicherten in der PPV, zum anderen an den geringeren altersspezifischen Pflegeprävalenzen der PPV-Versicherten (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 17f.).

Tabelle 2.19: Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung

Jahr	Beitrags- einnahmen	Versicherungsleistungen		Altersrück- stellungen
	in Millionen Euro	in Millionen Euro	Anteil an den Beitragseinnahmen in Prozent	in Millionen Euro
2017	2.594,5	1.286,1	49,6	34.481,6
2018	2.557,7	1.439,7	56,3	36.156,1
2019	3.212,9	1.574,6	49,0	40.226,4
2020	4.195,5	1.756,6	41,9	43.662,7
2021	4.401,0	2.153,3	48,9	46.606,5

Quelle: PKV (2023), eigene Berechnungen

2.3.4 Finanzierung durch die Sozialhilfe

Auch in der Sozialhilfe werden Pflegebedürftige nach Pflegegraden unterschieden, wobei die Definitionen der Pflegegrade des SGB XI im PSG III in das SGB XII übernommen wurden. Ebenso wie gegenüber der Pflegeversicherung besteht auch gegenüber dem Sozialhilfeträger ein deutlich eingeschränkter Leistungsanspruch bei Vorliegen des Pflegegrads 1 (§ 63 SGB XII). Der Leistungsanspruch gegenüber der Sozialhilfe ist dem Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung nachrangig (§ 64 SGB XII). Erst wenn Pflegeversicherungsleistungen, eigenes Einkommen und Vermögen nicht mehr ausreichen, kann „Hilfe zur Pflege“ gewährt werden.

Das zentrale Ziel der Einführung der Pflegeversicherung war, die Zahl derjenigen zu reduzieren, die „Hilfe zur Pflege“ bedürfen, und damit verbunden auch eine Ausgabenreduktion der Sozialhilfeträger (Roth & Rothgang, 2001). Dies ist mit der Einführung der Pflegeversicherung auch geglückt. Doch die Zahl derjenigen, die „Hilfe zur Pflege“ in Anspruch nehmen müssen, ist anschließend wieder angestiegen. Im Zuge der Leistungsausweitungen der Pflegeversicherung im Jahr 2017 ist sie erneut kurzfristig gesunken (Rothgang & Müller, 2021). Seither steigt die Zahl aber wieder an. Obwohl es mehr Pflegebedürftige mit ambulanter Versorgung gibt, liegt die Fallzahl mit Bezug von „Hilfe zur Pflege“ im stationären Bereich im Jahr 2021 rund fünfmal so hoch wie im ambulanten Bereich (Tabelle 2.20).

Die Nettoausgaben für „Hilfe zur Pflege“ lagen im Jahr 2017 bei 3,391 Milliarden Euro. Bis zum Jahr 2021 stiegen die Nettoausgaben stärker an als die Zahl der Bedürftigen. Die durchschnittlichen Zahlungen je pflegebedürftige Person mit „Hilfe zur Pflege“ sind somit ebenfalls gestiegen.

Dadurch, dass die Zahl der Pflegebedürftigen mit Bezug von „Hilfe zur Pflege“ seit 2017 im ambulanten Bereich stagniert und in der stationären Versorgung steigt, gehen seither auch die Leistungssummen im ambulanten und stationären Bereich auseinander. Lag das Verhältnis der Ausgaben von stationärer zu ambulanter Versorgung im Jahr 2017 noch bei 2,6 zu 1, stieg es bis ins Jahr 2021 auf 3,4 zu 1.

Tabelle 2.20: Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege“ – Pflegebedürftige und Nettoausgaben

Jahr	Anzahl Pflegebedürftiger mit „Hilfe zur Pflege“ am 31.12. in Tausend			Nettoausgaben im Berichtsjahr für „Hilfe zur Pflege“ in Millionen Euro		
	insgesamt ¹	ambulant	stationär	insgesamt	ambulant	stationär
2017	287	55	234	3.391	939	2.453
2018	299	55	245	3.472	937	2.535
2019	302	52	250	3.777	971	2.806
2020	316	54	263	4.307	1.027	3.280
2021	315	52	263	4.737	1.077	3.660

¹ Abweichungen durch Mehrfachzählungen.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2022a, 2023a)

Zum Dezember 2021 wurden in der Pflegestatistik 771.531 Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege ausgewiesen (Statistisches Bundesamt, 2022d). „Hilfe zur Pflege“ in stationären Einrichtungen haben 263.055 Pflegebedürftige erhalten (Statistisches Bundesamt, 2022a). Das entspricht einem Anteil von 34,1 Prozent. Im Jahr 2017 lag dieser Anteil noch bei 29,5 Prozent. Der Anteil Pflegebedürftiger im Pflegeheim mit „Hilfe zur Pflege“ ist somit in den vier Jahren der Beobachtung merklich gestiegen. Auf 100 Pflegebedürftige, die durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt wurden, kamen im Jahr 2017 knapp sieben Pflegebedürftige mit „Hilfe zur Pflege“. Im Jahr 2021 kamen auf 100 Pflegebedürftige die durch ambulante Pflegedienste versorgt wurden, nur noch fünf Pflegebedürftige mit „Hilfe zur Pflege“ (Tabelle 2.5 und Tabelle 2.20).

2.3.5 Finanzierung im Überblick

Abschließend gibt dieses Kapitel einen Überblick über die zuvor genannten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit im Jahr 2021. Zusätzlich zu den bisher behandelten Kostenträgern werden die Ausgaben der Kriegsopferfürsorge und die privaten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Es handelt sich hierbei nur um die Ausgaben für die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit und nicht um die Gesamtausgaben für die Pflegebedürftigen. Ausgaben, die etwa in der Krankenversicherung für Pflegebedürftige anfallen, werden hier nicht berücksichtigt. Differenziert wird zwischen öffentlichen und privaten Ausgaben. Die PPV wird für den Zweck dieser Übersicht dem öffentlichen Sektor zugerechnet, da auch sie per Gesetz gegründet wurde, in Bezug auf die Sozialversicherung eine substitutive Funktion hat und ihre Mitglieder einer Versicherungspflicht unterliegen.

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

Für die privaten Ausgaben für Pflege im Pflegeheim wurde die Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger mit dem zu tragenden Anteil pro Kopf an den Pflegekosten, die nicht von der Pflegeversicherung getragen werden, multipliziert. Dies sind zum Jahresende 2021 bei Pflegegrad 1 1.259 Euro und bei Pflegegrad 2 bis 5 1.004 Euro (Statistisches Bundesamt, 2022d). Hinzuzurechnen sind noch die Ausbildungsvergütung, die auf 55 Euro geschätzt wurden (Rothgang & Kalwitzki, 2021, S. 7). In der Summe resultieren daraus 10,10 Milliarden Euro an Eigenanteilen. Von den privat getragenen Pflege- und Ausbildungskosten in der stationären Pflege wurden anschließend die Nettoausgaben der Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege“ in Einrichtungen in Höhe von 3,66 Milliarden Euro (Tabelle 2.20) abgezogen, womit sich 6,44 Milliarden Euro direkte private Ausgaben für die stationäre Pflege ergeben (Tabelle 2.21). Nicht berücksichtigt sind hierbei die privat aufzubringenden Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten.

Für die häusliche Pflege können die privaten Ausgaben nur geschätzt werden. In einer Repräsentativbefragung wurden monatlich privat getragene Kosten von durchschnittlich 269 Euro ermittelt, die im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit in eigener Häuslichkeit entstehen (Schneekloth et al., 2017, S. 158f.). Die ausgewiesenen, selbst getragenen Kosten im ambulanten Bereich basieren auf Befragungen im Jahr 2016. Einerseits ist inflationsbedingt von einer Erhöhung im Zeitverlauf auszugehen. Andererseits können durch die Erhöhungen der maximalen Leistungen der Pflegeversicherung zum Jahr 2017 diese Eigenanteile inzwischen auch niedriger liegen. Zudem ist der Anteil der unter Beteiligung von Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen mit eigener Finanzierungsbeteiligung an diesen Leistungen rückläufig (Geiss et al., 2019, S. 160). Daher wird an dieser Stelle der Wert aus dem Jahr 2016 weiterhin genutzt. Multipliziert mit der Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger am Jahresende 2021 ergeben sich Ausgaben von insgesamt 11,62 Milliarden Euro. Nach Abzug der Nettoaufwendungen für die „Hilfe zur

Pflege“ außerhalb von Einrichtungen von 1,08 Milliarden Euro (Tabelle 2.20) verbleibt ein Betrag von 10,55 Milliarden Euro (Tabelle 2.21).

Tabelle 2.21: Leistungsausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2021

Ausgabenträger	in Milliarden Euro	Anteil an öffentlichen/ privaten Ausgaben in Prozent	Anteil an den Gesamtausgaben in Prozent
öffentliche Ausgaben	58,28	100,0	77,4
soziale Pflegeversicherung	50,23	86,2	66,7
private Pflegepflichtversicherung	2,15	3,7	2,9
Beamtenbeihilfe ¹	1,08	1,8	1,4
Sozialhilfe	4,74	8,1	6,3
Kriegsopferfürsorge ²	0,08	0,1	0,1
private Ausgaben ³	16,99	100,0	22,6
Pflegeheim ⁴	6,44	37,9	8,6
häusliche Pflege ⁵	10,55	62,1	14,0
insgesamt	75,26		100,0

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

² Werte der Kriegsopferfürsorge für das Jahr 2020.

³ Schätzwerte, basierend auf Personenzahlen vom 31. Dezember 2021 nach der Pflegestatistik und – bei der häuslichen Pflege – auf Befragungswerten aus dem Jahr 2016.

⁴ Privat getragene Pflegekosten abzüglich „Hilfe zur Pflege“ im stationären Bereich im Berichtsjahr 2021.

⁵ Privat getragene Pflegekosten abzüglich „Hilfe zur Pflege“ im ambulanten Bereich im Berichtsjahr 2021.

Quelle: Kriegsopferfürsorge: Statistisches Bundesamt (2022e), soziale Pflegeversicherung: BMG (2023a), private Pflegepflichtversicherung: PKV (2023), Sozialhilfe: Statistisches Bundesamt (2023a), Eigenanteil an den Pflegekosten im Pflegeheim: Rothgang & Kalwitzki (2021, S. 7); Statistisches Bundesamt (2022d); vdek (2020), private Aufwendungen in der häuslichen Pflege: Schneekloth et al. (2017, S. 158)

Insgesamt betragen die pflegebedingten Ausgaben rund 75,26 Milliarden Euro. Wie in Tabelle 2.21 zu sehen ist, wird etwas mehr als ein Fünftel der Pflegekosten privat finanziert. Hiervon entfallen etwa ein Drittel (8,6 Prozent der Gesamtkosten) auf den stationären und zwei Drittel (14,0 Prozent der Gesamtkosten) auf den häuslichen Bereich. Bei den öffentlichen Ausgaben wird mit 86,2 Prozent der bei Weitem größte Teil von der SPV abgedeckt, während auf die Sozialhilfe 8,1 Prozent entfallen. Demgegenüber ist der Anteil

der öffentlichen Ausgaben, der jeweils von der PPV und der Kriegsopferfürsorge getragen wird, mit 3,7 Prozent beziehungsweise 0,1 Prozent relativ gering. Die SPV ist damit der wichtigste Kostenträger, der das gesamte Pflegesicherungssystem prägt. Gleichzeitig deckt die SPV aber nur gut zwei Drittel der entstehenden Pflegekosten ab. Gemeinsam finanzieren beide Zweige der Pflegeversicherung, also SPV und PPV, 69,6 Prozent der hier betrachteten Ausgaben. Damit zeigt sich der Teilversicherungscharakter der Pflegeversicherung sehr deutlich.

Weitgehend unberücksichtigt durch die Pflegeversicherung bleiben die Opportunitätskosten der familialen Pflege. Zudem sind die Ausgaben für Verpflegung und Unterkunft im stationären Bereich, die Ende 2021 durchschnittlich 805 Euro pro Person betragen, und die Investitionskosten von rund 461 Euro (Statistisches Bundesamt, 2022d) nicht berücksichtigt. Dies kann damit begründet werden, dass Warmmiete und Lebenshaltungskosten auch von nicht pflegebedürftigen Personen bestritten werden müssen. Die Ausgaben für diese Posten übersteigen allerdings zusammen die durchschnittlichen Ausgaben eines Einpersonenhaushalts für Wohnen, Energie und Wohnungsinstandhaltung (704 Euro) plus Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren (234 Euro) (Statistisches Bundesamt, 2022f). Die Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investition sind für viele Pflegebedürftige im Pflegeheim somit zumindest in Teilen auch pflegebedingt, weil sie wegen ihrer Pflegebedürftigkeit gezwungen sind, bei geringerer Wohnfläche teurer zu wohnen. Die hier angegebenen Werte unterschätzen die privaten Kosten somit und sind als Untergrenze anzusehen.

Kapitel 3

Pflegebedürftige im Krankenhaus

3 Pflegebedürftige im Krankenhaus

Mit einem höheren Alter steigt neben der Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit auch die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts. Die Krankenhausaufnahmen wie auch die Krankenhausentlassung von Pflegebedürftigen können mit Problemen verbunden sein, die in Kapitel 3.1 benannt werden. In Kapitel 3.2 werden dazu die Analysen der BARMER-Daten vorgestellt. In Kapitel 3.3 werden schließlich die Problematiken zusammengefasst, interpretiert und diskutiert.

3.1 Problemstellung

Bei vielen Menschen wird erst im Zusammenhang mit einer Krankenhausaufnahme eine Pflegebedürftigkeit festgestellt. In diesem Fall kann es sein, dass das häusliche Umfeld darauf nicht vorbereitet ist und sich Fragen in Bezug auf die weitere Versorgung stellen. Ebenso können schon pflegebedürftige Personen schwerer erkranken, ins Krankenhaus kommen und anschließend einen Bedarf an veränderten pflegerischen Versorgungsstrukturen haben. Hier stellt sich die Frage, inwieweit sich dadurch die Entlassungen aus dem Krankenhaus verzögern und in welches Versorgungssetting die Pflegebedürftigen im Anschluss wechseln (Kapitel 3.1.1).

Alle pflegebedürftigen Menschen haben gesundheitliche Einschränkungen. Krankenhausaufenthalte sind daher für sie nicht ungewöhnlich. Dennoch lassen manche Umstände darauf schließen, dass einige Krankenhausaufenthalte vermeidbar wären. In Kapitel 3.2.1 wird den damit verbundenen Fragen nachgegangen.

3.1.1 Versorgungslücken nach dem Krankenhausaufenthalt

Sowohl für die Krankenhäuser als auch für die Krankenkassen und die Pflegebedürftigen ist es wünschenswert, dass die Verweildauer im Krankenhaus nicht länger als nötig ist. Für die Pflegebedürftigen setzt das aber voraus, dass im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung möglich ist.

Versicherte haben einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche (§ 11 Abs. 4 SGB V). In § 39 Abs. 1a SGB V wird zudem explizit der Anspruch auf ein Entlassmanagement im Krankenhaus festgeschrieben, das auch die Leistungen nach SGB XI berücksichtigt. Einzelheiten des § 39 Abs. 1a SGB V werden in einem Rahmenvertrag zwischen dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) als Spitzenverband Bund der Krankenkassen und als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) geregelt, der seit dem 1. Oktober 2017 für alle Krankenhäuser verbindlich ist (GKV-SV et al., 2022). Nach § 3 Abs. 4 des Rahmenvertrags ist für eine nahtlose Überleitung in die Anschlussversorgung zu sorgen. Falls ein Bedarf für eine Unterstützung durch die Pflegekasse festgestellt wird, soll das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zur Pflegekasse aufnehmen. Dies gilt zum Beispiel bei Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder zur Einbeziehung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (§ 3 Abs. 6 des Rahmenvertrags). Die Pflegekasse soll bei Bedarf mit Informationsmaterial oder durch Kontaktaufnahmen mit notwendigen Leistungserbringern unterstützend tätig werden (§ 10 Abs. 1 des Rahmenvertrags).

Das Krankenhaus soll ein standardisiertes Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit sicherstellen und schriftliche, für alle Beteiligten transparente Standards etablieren. In 56 Prozent der Krankenhäuser ist der „Nationale Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) etabliert (Blum et al., 2018, S. 85). Im Expertenstandard zum Entlassmanagement in der Pflege sind beispielsweise Kompetenzen der Pflegekräfte im Krankenhaus beschrieben, die das Entlassmanagement vornehmen, und wann welche Informationen an Patientinnen und Patienten und Angehörige übermittelt werden sollten (DNQP, 2019, S. 25). Hauseigene Standards werden von 57 Prozent der Krankenhäuser angewendet. Als Grundlage für einen Entscheidungsprozess wird im einstelligen Prozentbereich aber auch der von GKV-SV, KBV und DKG vereinbarte Rahmenvertrag Entlassmanagement genutzt (Blum et al., 2018, S. 85 f.).

Nach einer Befragung von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern mit mehr als 100 Betten (Rücklauf 249 Krankenhäuser) im ersten Quartal 2018 lag der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Bedarf für ein umfassendes Entlassmanagement im Median bei 20 Prozent (Blum et al., 2018, S. 86). Im Median willigten jeweils 80 Prozent in das Entlassmanagement und in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse ein (Blum et al., 2018, S. 88 f.). Aus Sicht der Krankenhäuser gibt es hinsichtlich der Organisation und Kommunikation des Entlassmanagements mit den Kranken- und Pflegekassen oft oder sehr oft Probleme. Am häufigsten genannt ist die schwierige telefonische Erreichbarkeit (55 Prozent). Aber auch die unklaren oder unterschiedlichen organisatorischen Zuständigkeiten zwischen Krankenkasse und Pflegekasse waren von 23 Prozent der Krankenhäuser oft oder sehr oft als Problem angesehen (Blum et al., 2018, S. 90; Lingnau et al., 2021, S. 86).

Als noch größeres Problem ist aber die Verfügbarkeit von nach dem Krankenhausaufenthalt benötigten Versorgungsangeboten zu bewerten. Zwar werden häusliche Pflegedienste oder stationäre Pflegeeinrichtungen für Krankenhausfälle von Patientinnen und Patienten mit besonderem poststationärem Pflege- und Versorgungsbedarf jeweils in über 85 Prozent der Krankenhäuser standardmäßig oder häufig am Entlassmanagement beteiligt (Blum, 2014, S. 23), und diese Zusammenarbeit wird auch in noch höherem Maße positiv von den Krankenhäusern bewertet (Blum, 2014, S. 48). Es gibt aber Kapazitätsprobleme. Gefragt nach der rechtzeitigen Verfügbarkeit von Versorgungskapazitäten in der Pflege traten große Defizite zutage. Ambulante Pflege war in 37 Prozent der Fälle manchmal oder nie rechtzeitig verfügbar (Blum et al., 2018, S. 93; Lingnau et al., 2021, S. 87). Bei der Kurzzeitpflege, der Tagespflege und der vollstationären Dauerpflege waren jeweils für zwei Drittel der Fälle keine Versorgungskapazitäten in angemessener Zeit verfügbar (Blum, 2014, S. 33; Blum et al., 2018, S. 93; Lingnau et al., 2021, S. 87).

Entlassungsmanagement ist üblich, aber teilweise unkoordiniert und zudem ineffizient, wenn Pflegekapazitäten fehlen.

Vielfach wurde festgestellt, dass es keine einheitlichen Standards bei der Identifikation von Patientinnen und Patienten mit erhöhtem poststationärem Versorgungsbedarf gibt. Dementsprechend beginnt die Entlassungsplanung oft zu spät und verläuft unkoordiniert und ist nicht umfangreich genug (Lingnau et al., 2021, S. 87). Es gibt zwar Vorschläge, mittels Routinedatenauswertungen schon zu Krankenhausbeginn die Wahrscheinlichkeit einer nachstationären Versorgungsnotwendigkeit zu prognostizieren (Broge et al., 2019;

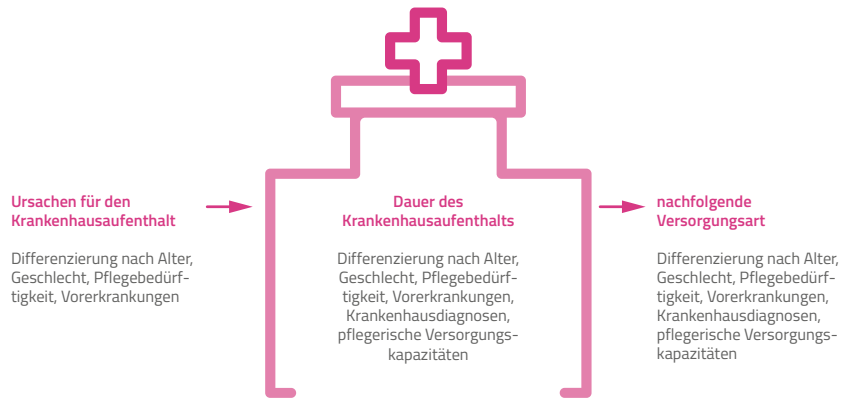
Lingnau et al., 2021). Auch das kann aber nicht helfen, wenn die Kapazitäten bei den nachstationären Versorgern nicht ausreichen.

Die Erkrankungen oder Schädigungen, die zu einem Krankenhausaufenthalt führen, haben oftmals langwierige Auswirkungen. Die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit im Krankenhaus ist keine Seltenheit. Angehörige und Pflegebedürftige sind mit dem Problem konfrontiert, sich auf eine angemessene Versorgung in der Langzeitpflege einzustellen. Häufig wird zur Überbrückung zunächst die Kurzzeitpflege gewählt, die nach § 42 SGB XI auch für diesen Zweck gedacht ist. Findet eine Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt statt, dann wird ein Großteil der Pflegebedürftigen im Anschluss daran dennoch in der stationären Dauerpflege weiter versorgt (Rothgang et al., 2015, S. 152). Für den Fall, dass die pflegerische Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt nicht bedarfsgerecht organisiert werden kann, wurde mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz vom 11. Juli 2021 (GVWG) die Übergangspflege im Krankenhaus (§ 39e SGB V) eingeführt. Diese darf bis längstens zehn Tage dauern und soll den Betroffenen Zeit verschaffen, die im Einzelfall optimale Versorgung zu organisieren.

Fragen, die sich im Zusammenhang von Pflegebedürftigkeit und Krankenhausaufenthalt stellen sind daher:

- Mit welchen Erkrankungen wird man im Krankenhaus als pflegebedürftig eingestuft?
- Wie häufig sind Krankenhaufälle für inzident und prävalent Pflegebedürftige im Vergleich zu allen nicht Pflegebedürftigen?
- Wie sehr unterscheiden sich Verweildauern im Krankenhaus für Pflegebedürftige von sonstigen Patientinnen und Patienten?
- Welche Begründungen gibt es für unterschiedliche Verweildauern im Krankenhaus?
- Welche nachfolgenden Pflegeleistungen werden in Anspruch genommen?

Abbildung 3.1: Schematische Darstellung des Auswertungsvorhabens



Quelle: eigene Darstellung

3.1.2 Potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte

Pflegebedürftige haben je Quartal durchschnittlich 1,4 Krankenhausfälle mit einer durchschnittlichen Dauer von 9,0 Tagen. Nicht Pflegebedürftige hätten bei gleicher Altersverteilung durchschnittlich 1,2 Krankenhausfälle bei einer durchschnittlichen Dauer von 4,8 Tagen (Matzk et al., 2022, S. 272). Bei tatsächlich geringerem Durchschnittsalter der nicht Pflegebedürftigen ist die Zahl der Krankenhausfälle bei ihnen allerdings noch geringer. Pflegebedürftige verursachen also eine überproportionale Anzahl an Krankenhausfällen und Krankenhaustagen. Ein Teil dieser Krankenhausfälle scheint aber vermeidbar (Bohnet-Joschko et al., 2022; Schwinger et al., 2018a; Sundmacher et al., 2015; Valk-Draad et al., 2023).

Aufenthalte im Krankenhaus sind für Pflegebedürftige regelmäßig mit großem Stress und der Gefahr einer Verschlechterung des Gesundheitszustands verbunden. Sie sind zudem kostenintensiv für die Leistungsträger (Valk-Draad et al., 2023, S. 199 ff.). Aus diesen Gründen gilt es, Krankenhausaufenthalte möglichst zu vermeiden, indem Pflegebedürftige in ihrem Lebensumfeld ambulant optimal versorgt werden. Expertinnen und Experten haben zu einer Reihe an Entlassungsdiagnosen eine konsentiertere Annahme formuliert, dass die Krankenhausfälle oftmals vermieden werden könnten, wenn eine

angemessene ambulante Versorgung stattgefunden hätte (Sundmacher et al., 2015). Die Krankenhausfälle mit einer solchen Entlassungsdiagnose werden in der genannten Studie ambulant-sensitive Krankenhausfälle (ASK) genannt. Eine geringere Zahl entsprechender Krankenhausfälle wäre demnach ein Indikator für eine bessere medizinisch-pflegerische Versorgung, eine bessere Compliance oder ein besseres Gesundheitsverhalten der Pflegebedürftigen. In häuslicher Pflege kommt es nach bisherigen Studien häufiger zu ASK als in der vollstationären Dauerpflege (Rothgang & Müller, 2019, S. 159 ff.). In vollstationärer Dauerpflege hatten nach Auswertungen der AOK-Daten je Quartal 8,0 Prozent der Pflegebedürftigen (Schwinger et al., 2018a, S. 110) und nach Auswertungen der BARMER-Daten je Monat 2,4 Prozent der Pflegebedürftigen einen ASK-Fall (Rothgang & Müller, 2019, S. 159). Eine große Häufigkeit vermeidbarer Krankenhausfälle ist zudem nicht neu, sondern zeigte sich auch schon Anfang der 2000er Jahre (Specht-Leible et al., 2003).

Um für Pflegebedürftige im Pflegeheim zielgerichteter vermeidbare Krankenhausfälle zu identifizieren, wurde das Projekt „Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle“ durchgeführt (Valk-Draad et al., 2023, S. 199). Begründet wurde der Fokus unter anderem mit unterschiedlichen Altersstrukturen und Gesundheitszuständen von häuslich und stationär versorgten Pflegebedürftigen. Diese Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfälle (PSK) wurden darüber ermittelt, dass die Fallzahl mit entsprechender Diagnose bei mehr als 0,1 Prozent der Krankenhausfälle lag, wobei bei bestmöglichen Versorgungsbedingungen mindestens 70 Prozent im Pflegeheim behandelbar wären (Valk-Draad et al., 2023, S. 200). Insgesamt 58 ICD-10-Diagnosen entsprachen den Anforderungen und wurden somit als PSK eingestuft (Bohnet-Joschko et al., 2022, S. 40 ff.; Valk-Draad et al., 2023, S. 203).

Fragen, die sich im Zusammenhang mit potenziell vermeidbaren Krankenhausfällen stellen, sind:

- Was sind die häufigsten Erkrankungen, wegen deren inzident und prävalent Pflegebedürftige und nicht Pflegebedürftige ins Krankenhaus kommen?
- Inwieweit stechen ASK oder PSK heraus?
- Welche Faktoren beeinflussen potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte?

3.2 Auswertungen der BARMER-Daten

Ziel der Auswertungen der BARMER-Daten ist es, darzustellen, wie sich die Krankenhausverläufe für pflegebedürftige und nicht pflegebedürftige Personen darstellen. Bei den Pflegebedürftigen wird dabei noch unterschieden zwischen denjenigen, die im Monat der Krankenhausaufnahme pflegebedürftig werden (inzident Pflegebedürftige), und denjenigen, die auch schon vorher pflegebedürftig waren (prävalent Pflegebedürftige).

Die Auswertungen erfolgen auf Basis von Versicherten- und Pflegedaten, die auf Monatebene zusammengefasst sind. Die Informationen zu Alter und Geschlecht werden aus den Stammdaten gewonnen. Die Vorerkrankungen werden über die ambulanten Diagnosedaten der ärztlichen Versorgung ermittelt. Diese werden von den Leistungserbringern quartalsweise ohne Datumsbezug an die Krankenkassen übermittelt. Ein Krankheitsbild wird dem Auswertungsmonat dann zugespielt, wenn in den zurückliegenden vier Quartalen mindestens einmal eine entsprechende Diagnose vorgelegen hat. Die Krankenhausdaten sind mit dem Aufnahme datum verknüpft. Berücksichtigt werden sowohl die Aufenthaltsdauern als auch die Diagnosekapitel, wie sie im systematischen Verzeichnis der ICD durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) kategorisiert sind (BfArM, 2022). In den Auswertungen der BARMER-Daten wurden jeweils nur die letzten Krankenhausfälle eines Monats erfasst.

Die Krankenhausstatistik weist für das Jahr 2017 19.442.810 vollstationäre Krankenhaussfälle aus. Diese Fallzahl ist in den Jahren 2018 und 2019 etwa konstant geblieben. Im ersten Coronajahr 2020 sind die Fallzahlen auf 16.793.962 zurückgegangen und waren im Jahr 2021 ähnlich hoch (Statistisches Bundesamt, 2022b, S. 10). Die Hochrechnungen mit den BARMER-Daten unterschätzen diese Zahlen um etwa elf Prozent.

Kapitel 3.2.1 beschreibt zunächst, welche Umstände mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sind. In Kapitel 3.2.2 wird die Verweildauer im Krankenhaus analysiert und abschließend werden in Kapitel 3.2.3 die Veränderungen in der Pflegesituation beschrieben und analysiert.

3.2.1 Determinanten der Krankenhausfälle

Die Zahl der Krankenhausfälle schwankt nach den Hochrechnungen der BARMER-Daten in den Jahren 2017 bis 2019 zwischen 17,13 und 17,18 Millionen und in den – unter anderem durch die COVID-19-Pandemie geprägten – Jahren 2020 bis 2022 zwischen 14,71 und 15,02 Millionen Fällen. Im Monat einer Krankenhausaufnahme sind in den Jahren 2017 bis 2022 jährlich zwischen 260.000 und 276.000 Personen pflegebedürftig geworden. Die Zahl der Krankenhausfälle von prävalent Pflegebedürftigen ist hingegen deutlich gestiegen – von 2,71 Millionen im Jahr 2017 auf 3,45 Millionen im Jahr 2022. Der Anteil der inzident oder prävalent Pflegebedürftigen an allen Patientinnen und Patienten im Krankenhaus ist von 17,4 Prozent auf 25,3 Prozent gestiegen. Im Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2022 sind mehr als eine/-r von fünf Patientinnen oder Patienten pflegebedürftig gewesen oder im Monat des Krankenhausaufenthalts pflegebedürftig geworden. Im Jahr 2022 war schon ein Viertel der Patientinnen und Patienten pflegebedürftig.

¼ der Patientinnen oder Patienten im Krankenhaus im Jahr 2022 pflegebedürftig

Die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Monats einen vollstationären Krankenhausaufenthalt zu haben, lag im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung in den Jahren 2017 bis 2019 bei 1,7 Prozent. In den Coronajahren 2020 bis 2022 lag er bei 1,5 Prozent (Tabelle 3.1). Dabei unterscheidet sich die Wahrscheinlichkeit nach Alter, Geschlecht und Pflegebedürftigkeit. Nicht pflegebedürftige Personen haben eine geringere Wahrscheinlichkeit, während rund jede vierte inzident pflegebedürftige Person im zeitlichen Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt pflegebedürftig wird. Für prävalent Pflegebedürftige lag die Wahrscheinlichkeit bei 6,0 bis 7,4 Prozent. Die Pflegegrade haben uneinheitliche Effekte, ohne dass sich ein klarer Trend ablesen lässt. Die höchsten Wahrscheinlichkeiten gibt es mit Pflegegrad 3 und 4. Die Versorgungsarten stehen im Zusammenhang mit dem Alter, dem Geschlecht und den Pflegegraden. Die größte Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts zeigt sich für Pflegebedürftige im Sachleistungsbezug. Für Frauen liegt die Wahrscheinlichkeit höher als für Männer, was auch daran liegt, dass Frauen im Durchschnitt älter werden. Mit höherem Alter ist auch die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts größer.

jede 4. Pflegeinzidenz im direkten zeitlichen Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt

Tabelle 3.1: Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts in Prozent je Monat nach Pflegebedürftigkeit, Alter und Geschlecht

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
gesamt	1,7	1,7	1,7	1,5	1,5	1,5
Pflegebedürftigkeit im Monat der Krankenhausaufnahme						
nicht pflegebedürftig	1,5	1,5	1,4	1,2	1,2	1,2
inzident pflegebedürftig	26,5	28,0	27,5	25,5	24,2	24,9
prävalent pflegebedürftig	7,4	7,3	7,2	6,2	6,1	6,0
Pflegegrad im Vormonat des Krankenhausaufenthalts						
kein Pflegegrad	1,5	1,5	1,5	1,3	1,2	1,2
Pflegegrad 1	7,6	7,0	6,6	5,4	5,2	4,9
Pflegegrad 2	7,2	7,0	6,9	5,9	5,7	5,6
Pflegegrad 3	7,6	7,6	7,8	6,7	6,6	6,6
Pflegegrad 4	7,8	7,7	7,9	6,9	7,0	7,0
Pflegegrad 5	6,5	6,5	6,6	5,8	5,9	6,0
Pflegeleistung im Vormonat des Krankenhausaufenthalts						
informelle Pflege	6,9	6,9	6,8	5,7	5,5	5,4
Pflegesachleistung	9,5	9,4	9,4	8,3	8,2	8,2
ambulant betreute Wohngruppen	6,5	6,2	6,3	5,8	6,1	5,9
Behinderteneinrichtung	3,3	3,4	3,4	3,0	3,2	3,1
vollstationäre Dauerpflege	7,1	7,0	7,1	6,2	6,4	6,3
Geschlecht						
Männer	1,7	1,7	1,7	1,5	1,5	1,4
Frauen	1,8	1,8	1,8	1,5	1,5	1,5
Alter						
0–14 Jahre	1,2	1,2	1,2	1,0	1,0	0,8
15–59 Jahre	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0	0,9
60–74 Jahre	2,4	2,4	2,4	2,1	2,0	2,0
75–84 Jahre	4,1	4,1	4,1	3,6	3,5	3,6
85+ Jahre	5,5	5,4	5,4	4,7	4,6	4,7

Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Für Pflegebedürftige und nicht pflegebedürftige Personen gibt es vielfach unterschiedliche Behandlungsgründe. Für einen Vergleich wurden für alle Versicherten, für prävalent Pflegebedürftige und für inzident Pflegebedürftige die jeweils 30 häufigsten Hauptdiag-

nosen im Krankenhaus ausgezählt und in Tabelle 3.2 zusammengefasst. Ausgeschlossen wurde dabei nur der für die Gesamtheit der Versicherten häufigste Grund: die Geburt (ICD: Z38). Insgesamt werden somit 49 Diagnosen betrachtet. Es gibt also viele Diagnosen, die für alle drei Populationen zu den häufigsten 30 Krankenhausdiagnosen zählen, aber auch einige, die nur für jeweils eine oder nur zwei der drei Gruppen zu den häufigsten 30 Krankenhausdiagnosen zählen.

Nach den Hochrechnungen der BARMER-Daten kam es in den Jahren 2017 bis 2022 im Durchschnitt zu etwas mehr als 1,3 Millionen Krankenhausfällen pro Monat. 78,9 Prozent der Fälle waren durch nicht pflegebedürftige Personen verursacht. Bei 1,7 Prozent handelte es sich um Fälle, bei denen im selben Monat auch eine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde, und 19,4 Prozent der Fälle wurden durch schon pflegebedürftige Personen verursacht (Tabelle 3.2).

Einige Diagnosen stehen dabei in besonderem Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit. Der Anteil der Krankenhausfälle, der durch prävalent Pflegebedürftige verursacht wird, liegt insgesamt bei 19,4 Prozent. Mit folgenden Erkrankungen liegt der Anteil der prävalent Pflegebedürftigen im Krankenhaus sogar über 50 Prozent: A41 (sonstige Sepsis), E86 (Volumenmangel), F05 (Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt), G20 (primäres Parkinson-Syndrom), I50 (Herzinsuffizienz), I69 (Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen), N17 (akutes Nierenversagen), R26 (Störungen des Ganges und der Mobilität) und S72 (Fraktur des Femurs).

Für inzident Pflegebedürftige ergibt sich für viele dieser Diagnosen in ähnlicher Weise eine überproportionale Anzahl an Krankenhausfällen, aber es treten auch noch andere Diagnosen in den Vordergrund, die als pflegebegründend angesehen werden können. Mit folgenden Diagnosen gibt es bei den inzident Pflegebedürftigen eine deutlich überproportionale Krankenhaushäufigkeit: C18 (bösartige Neubildung des Kolons), C25 (bösartige Neubildung des Pankreas), C34 (bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge), C79 (sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen), E86 (Volumenmangel), F05 (Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt), I50 (Herzinsuffizienz), N17 (akutes Nierenversagen), R26 (Störungen



www.bifg.de/Y925Ev

gen des Ganges und der Mobilität), S32 (Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens) und S72 (Fraktur des Femurs).

Tabelle 3.2: Verteilung der häufigsten Krankenhausdiagnosen von allen Versicherten, inzident oder prävalent Pflegebedürftigen in den Jahren 2017 bis 2022

	Fälle	Anteil an allen Fällen mit gleicher Diagnose in Prozent			Diagnose in den	
	Anzahl insgesamt je Monat	nicht Pflegebedürftige	inzident Pflegebedürftige	prävalent Pflegebedürftige	ASK	PSK
alle Diagnosen	1.335.755	78,9	1,7	19,4		
A09	9.690	79,6	1,1	19,3	x	x
A41	6.329	43,4	3,7	52,9		
C18	5.297	71,1	4,4	24,4		
C25	3.617	62,0	9,6	28,4		
C34	11.440	64,5	7,7	27,8		
C50	9.973	82,2	2,9	14,9		
C61	6.359	80,8	3,1	16,1		
C67	7.378	80,9	2,3	16,8		
C79	3.021	60,2	9,8	30,0		
E11	9.333	57,1	2,9	40,0	x	x
E86	8.003	23,1	5,5	71,4	x	x
F05	2.757	20,3	7,6	72,2		x
F10	19.200	92,9	0,5	6,6	x	x
F20	6.691	73,0	0,6	26,3		x
F33	13.451	88,7	0,6	10,7	x	x
G20	3.541	29,5	3,3	67,1		x
G40	9.771	58,0	1,8	40,2		x
G45	7.736	75,3	1,8	23,0		
I10	13.076	79,7	1,4	18,9	x	x
I20	14.707	89,1	0,6	10,3	x	
I21	13.311	80,8	1,7	17,5		
I25	13.450	89,4	0,8	9,8	x	
I48	24.433	86,6	1,1	12,2		
I50	28.862	44,9	4,4	50,6	x	x

	Fälle	Anteil an allen Fällen mit gleicher Diagnose in Prozent			Diagnose in den	
	Anzahl insgesamt je Monat	nicht Pflegebedürftige	inzident Pflegebedürftige	prävalent Pflegebedürftige	ASK	PSK
I63	16.947	68,3	3,5	28,3		
I70	13.688	70,7	1,6	27,7	x	x
J15	3.949	47,2	3,1	49,7	x	
J18	12.490	50,6	3,2	46,2	x	
J44	13.200	48,2	3,4	48,4	x	x
J69	2.340	8,5	1,8	89,7		
K40	12.871	93,5	0,3	6,2		
K56	7.066	62,3	1,9	35,8		
K57	10.296	85,9	0,9	13,2	x	x
K80	16.558	87,5	0,5	11,9		
M16	14.524	90,9	0,6	8,5		
M17	14.144	92,3	0,4	7,3	x	
M51	9.532	94,5	0,6	4,9		
M54	12.469	82,2	1,6	16,2	x	x
N13	10.209	81,1	1,0	17,9		x
N17	4.682	40,6	5,3	54,2		
N39	11.472	47,7	2,6	49,7	x	x
R26	2.763	32,4	8,2	59,4		x
R55	9.536	75,4	2,0	22,6		
S06	17.518	73,4	1,5	25,1		
S22	4.560	61,7	3,9	34,4		
S32	6.614	51,7	6,1	42,2		
S42	8.569	77,0	3,1	19,9		
S52	9.577	87,3	1,5	11,1		
S72	13.436	43,1	4,3	52,7		

Anmerkung: Die textliche Ausführung der ICD-Kodierungen findet sich im Anhang
Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Während also die Sepsis oder die Pneumonie für inzident Pflegebedürftige nicht ganz so sehr im Vordergrund stehen, sind Krebserkrankungen und Frakturen noch mehr mit

Pflegeinzidenzen verbunden. Dementsprechend können Krebserkrankungen häufiger als pflegebegründende Diagnosen angesehen werden, während sich Pneumonien vermehrt im Pflegeverlauf einstellen.

Viele der häufigsten Krankenhausfälle werden als potenziell vermeidbar angesehen. So werden von den hier aufgezählten Krankenhausfällen einige als ambulant-sensitive oder Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle eingeordnet (Bohnet-Joschko et al., 2022, S. 23; Sundmacher et al., 2015, S. 14). Sowohl als ambulant-sensitiv als auch als Pflegeheim-sensitiv werden Krankenhausfälle mit folgenden Diagnosen eingeordnet (Tabelle 3.2): A09 (sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs), E11 (Diabetes mellitus, Typ 2), E86 (Volumenmangel), F10 (psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol), F33 (rezidivierende depressive Störung), I10 (essenzielle [primäre] Hypertonie), I50 (Herzinsuffizienz), I70 (Atherosklerose), J44 (sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung), K57 (Divertikelkrankheit des Darmes), M54 (Rückenschmerzen) und N39 (sonstige Krankheiten des Harnsystems).

3 ½ Mio. bis 4 ½ Mio.
potenziell vermeidbare
Krankenhausfälle
pro Jahr



www.bifg.de/Y925E5

Insgesamt werden mit den BARMER-Daten für die Jahre 2017 bis 2019 zwischen 4,54 Millionen und 4,60 Millionen ASK und zwischen 4,03 Millionen und 4,06 Millionen PSK hochgerechnet. Die Hochrechnungen für die Coronajahre 2020 bis 2022 ergeben zwischen 3,62 Millionen und 3,78 Millionen ASK und zwischen 3,32 Millionen und 3,43 Millionen PSK jährlich. Wegen der steigenden Zahl Pflegebedürftiger ist auch die Zahl der Pflegebedürftigen mit potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalten gestiegen. Die Zahl der ASK von Pflegebedürftigen ist von 0,89 Millionen im Jahr 2017 auf 1,07 Millionen im Jahr 2022 und die Zahl der PSK von Pflegebedürftigen sogar von 1,14 Millionen auf 1,31 Millionen gestiegen.

Bei den sehr häufigen Krankenhausfällen wegen einer Herzinsuffizienz sind Pflegebedürftige überproportional vertreten. Bei den ebenfalls sehr häufigen Krankenhausfällen wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol sind sie hingegen unterrepräsentiert (Tabelle 3.2). Dennoch ist die Wahrscheinlichkeit für einen potenziell vermeidba-

ren Krankenhausaufenthalt für Pflegebedürftige höher als für nicht pflegebedürftige Personen. Während für prävalent Pflegebedürftige die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts etwa fünfmal so hoch ist wie für nicht pflegebedürftige Personen, ist die Wahrscheinlichkeit eines ASK oder PSK sogar etwa zehnmal so hoch (Tabelle 3.3).

Tabelle 3.3: Wahrscheinlichkeit eines ambulant-sensitiven Krankenhausfalls oder eines Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfalls in Prozent je Monat nach Pflegebedürftigkeit

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ambulant-sensitive Krankenhausfälle						
gesamt	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4
Pflegebedürftigkeit im Monat der Krankenhausaufnahme						
nicht pflegebedürftig	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3
inzident pflegebedürftig	6,7	6,9	6,5	5,8	5,3	5,5
prävalent pflegebedürftig	2,2	2,2	2,2	1,8	1,7	1,7
Pflegegrad im Vormonat des Krankenhausaufenthalts						
kein Pflegegrad	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3
Pflegegrad 1	2,6	2,3	2,2	1,7	1,5	1,5
Pflegegrad 2	2,3	2,2	2,2	1,8	1,7	1,7
Pflegegrad 3	2,2	2,2	2,3	1,9	1,9	1,9
Pflegegrad 4	2,1	2,1	2,2	1,8	1,8	1,9
Pflegegrad 5	1,8	1,8	1,8	1,5	1,5	1,6
Pflegeleistung im Vormonat des Krankenhausaufenthalts						
informelle Pflege	2,1	2,0	2,0	1,6	1,5	1,6
Pflegesachleistung	3,0	2,9	2,9	2,5	2,4	2,4
ambulant betreute Wohngruppen	1,8	2,0	1,8	1,7	1,7	1,6
Behinderteneinrichtung	0,7	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7
vollstationäre Dauerpflege	2,2	2,2	2,2	1,8	1,8	1,9
Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle						
gesamt	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3
Pflegebedürftigkeit im Monat der Krankenhausaufnahme						
nicht pflegebedürftig	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
inzident pflegebedürftig	8,5	8,7	8,2	7,1	6,7	6,8
prävalent pflegebedürftig	2,9	2,8	2,7	2,2	2,1	2,1
Pflegegrad im Vormonat des Krankenhausaufenthalts						
kein Pflegegrad	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
Pflegegrad 1	2,7	2,4	2,3	1,8	1,6	1,6
Pflegegrad 2	2,7	2,6	2,5	2,0	2,0	1,9
Pflegegrad 3	3,0	3,0	3,0	2,5	2,4	2,4
Pflegegrad 4	3,1	3,1	3,1	2,7	2,6	2,7
Pflegegrad 5	2,5	2,5	2,5	2,1	2,2	2,2
Pflegeleistung im Vormonat des Krankenhausaufenthalts						
informelle Pflege	2,5	2,4	2,3	1,9	1,8	1,8
Pflegesachleistung	3,8	3,8	3,8	3,2	3,1	3,2
ambulant betreute Wohngruppen	2,8	2,7	2,8	2,4	2,5	2,3
Behinderteneinrichtung	1,3	1,4	1,4	1,2	1,2	1,2
vollstationäre Dauerpflege	3,0	3,0	3,0	2,5	2,6	2,6

Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Alter, Vorerkrankungen und Pflegebedürftigkeit korrelieren zu einem gewissen Grad miteinander. Ob sich die verschiedenen Krankenhaushäufigkeiten aus den Altersunterschieden oder aus anderen Faktoren ergeben, wird statistisch mit einem linearen Regressionsmodell untersucht, das diese Effekte gemeinsam betrachtet (Tabelle 3.4). Berücksichtigt werden darin die Jahre, Pflegegrade, Versorgungsarten, Geschlecht, Alter und Vorerkrankungen. Die Vorerkrankungen werden berücksichtigt, wenn in einem der zurückliegenden vier Quartale eine entsprechende ambulante Diagnose gestellt wurde. Sie werden in den Analysen in Diagnosekapiteln zusammengefasst.

In Tabelle 3.4 wird ein lineares Regressionsmodell zur Wahrscheinlichkeit wiedergegeben, dass es innerhalb eines Monats zu einem Krankenhausaufenthalt kommt. Die Referenzgruppe sind die nicht pflegebedürftigen Männer im Jahr 2017 im Alter von 75 bis 84 Jahren ohne Vorerkrankung. Für diese wird ein Anteil von 1,86 Prozent je Monat berechnet, der einen Krankenhausaufenthalt hat (Konstante im Modell zum Krankenhausaufenthalt). Für die Jahre 2018 und 2019 wird jeweils ein um 0,03 Prozentpunkte geringerer Anteil

berechnet. In den Coronajahren ist die Wahrscheinlichkeit um 0,26 bis 0,38 Prozentpunkte geringer. Unter sonst gleichen Bedingungen wird für Frauen eine um 0,39 Prozentpunkte geringere Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt geschätzt als für Männer. Im Vergleich zur Altersgruppe 75 bis 84 Jahre ist in allen anderen Altersgruppen die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts geringer. Vorerkrankungen, die das Auge oder das Ohr betreffen, Fehlbildungen und Chromosomenanomalien sowie Arztbesuche, die im Wesentlichen Untersuchungen beinhalten, sind mit geringeren Wahrscheinlichkeiten eines Krankenhausaufenthalts verbunden. Ambulante ärztliche Versorgung aufgrund anderer Erkrankungen sind in aller Regel mit einer erhöhten Krankenhauswahrscheinlichkeit verbunden.

Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren ist die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts für Pflegebedürftige deutlich erhöht. Das betrifft die Pflegebedürftigen in allen Versorgungsarten. Die größte Wahrscheinlichkeit ist bei Pflegebedürftigen mit Bezug von Pflegesachleistungen gegeben (+5,26 Prozentpunkte). Aber auch bei Pflegebedürftigen in Behinderteneinrichtungen ist die Wahrscheinlichkeit noch um 1,15 Prozentpunkte erhöht. Im Vergleich zu Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 haben Pflegebedürftige mit Pflegegrad 3 bis 5 zusätzlich eine um 0,19 bis 1,15 Prozentpunkte erhöhte Wahrscheinlichkeit.

Tabelle 3.4: Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts je Monat – lineare Regression

	Krankenhausfall	ASK	PSK
Referenz (Jahr 2017, „nicht pflegebedürftig“, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre)	1,86	0,46	0,50
Jahr			
2018	-0,03	-0,01	-0,01
2019	-0,03	-0,01	-0,01
2020	-0,26	-0,10	-0,09
2021	-0,27	-0,11	-0,09
2022	-0,38	-0,12	-0,11

	Krankenhausfall	ASK	PSK
Referenz (Jahr 2017, „nicht pflegebedürftig“, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre)	1,86	0,46	0,50
Pflegegrad im Vormonat des Krankenhausaufenthalts			
Pflegegrad 1	–0,22	0,02	–0,05
Pflegegrad 3	0,78	0,07	0,36
Pflegegrad 4	1,15		0,51
Pflegegrad 5	0,19	–0,32	–0,05
Pflegeleistung im Vormonat des Krankenhausaufenthalts			
informelle Pflege	3,11	0,95	1,21
Pflegesachleistung	5,26	1,70	2,41
ambulant betreute Wohngruppen	2,62	0,91	1,45
Behinderteneinrichtung	1,15	0,20	0,63
vollstationäre Dauerpflege	2,87	1,06	1,56
Geschlecht			
Frau	–0,39	–0,13	–0,11
Alter			
0–14 Jahre	–0,79	–0,38	–0,42
15–59 Jahre	–1,37	–0,41	–0,42
60–74 Jahre	–0,78	–0,24	–0,30
85+ Jahre	–0,31	–0,03	0,10
Diagnosekapitel in der ambulanten Versorgung			
I Infektionen	0,00	0,04	0,04
II Neubildungen	0,47	–0,04	–0,01
III Krankheiten des Blutes	0,98	0,25	0,27
IV Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,13	0,05	0,02
V psychische und Verhaltensstörungen	0,29	0,16	0,16
VI Krankheiten des Nervensystems	0,47	0,17	0,16
VII Krankheiten des Auges	–0,08	0,02	–0,01
VIII Krankheiten des Ohres	–0,07	–0,01	–0,04
IX Krankheiten des Kreislaufsystems	0,44	0,16	0,10
X Krankheiten des Atmungssystems	–0,01	0,07	0,03
XI Krankheiten des Verdauungssystems	0,35	0,08	0,08
XII Krankheiten der Haut und der Unterhaut	–0,05	0,03	0,03
XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	0,12	0,02	–0,02

	Krankenhausfall	ASK	PSK
Referenz (Jahr 2017, „nicht pflegebedürftig“, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre)	1,86	0,46	0,50
XIV Krankheiten des Urogenitalsystems	0,26	0,03	0,04
XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	3,58	–0,13	–0,12
XVI Zustände aus der Perinatalperiode	0,11	0,18	0,14
XVII Fehlbildungen und Chromosomenanomalien	–0,05	–0,03	–0,05
XVIII Symptome und abnorme Befunde	0,30	0,08	0,07
XIX Verletzungen, Vergiftungen	0,31	0,10	0,09
XX äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0,71	0,24	0,20
XXI Gesundheitsrisiken und Untersuchungen	–0,16	0,01	–0,02
XXII Schlüsselnummern für besondere Zwecke	0,08		0,01

Anmerkung: Referenzkategorie Jahr 2017, „nicht pflegebedürftig“, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre

Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Die Wahrscheinlichkeit eines potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalts liegt für die Referenzgruppe bei 0,46 (ASK) beziehungsweise 0,50 Prozent (PSK) pro Monat. Die potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalte sind in den Jahren 2018 und 2019 ebenso kaum verringert wie die Krankenhausaufenthalte insgesamt (Tabelle 3.4). In den Coronajahren 2020 bis 2022 gibt es ebenfalls einen deutlichen Rückgang bei den ASK und PSK. Auch die anderen Kontrollvariablen wie Geschlecht, Alter und Vorerkrankungen haben in den Modellen zur Wahrscheinlichkeit eines ASK oder eines PSK in der Regel dieselbe Wirkrichtung wie im Modell zum Krankenhausaufenthalt allgemein. Während allerdings ein höheres Alter die Wahrscheinlichkeit eines PSK erhöht, sind bei Schwangerschaft ASK und PSK reduziert.

Für die Wahrscheinlichkeit eines ASK werden für Pflegebedürftige in den verschiedenen Versorgungsarten und Pflegegraden die gleichen Wirkrichtungen im Modell ermittelt wie für die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts überhaupt. Die Effekte bei den PSK fallen bei den Effekten der Versorgungsarten hingegen durchweg deutlich höher aus. Die Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfälle sind also nicht nur für Pflegebedürftige in Pflegeheimen relevant, sondern auch für alle anderen Pflegebedürftigen.

Die Wahrscheinlichkeit, im Zusammenhang mit einem Krankenhausfall pflegebedürftig zu werden, ist in Tabelle 3.5 abgebildet. Betrachtet wird die Wahrscheinlichkeit sowohl für Krankenhausfälle allgemein als auch für ASK und PSK. Kontrolliert sind dabei das Beobachtungsjahr, Alter, Geschlecht und die Vorerkrankungen.

Für nicht pflegebedürftige Männer im Alter von 75 bis 84 Jahren ohne Vorerkrankungen lag die Wahrscheinlichkeit, im Jahr 2017 innerhalb eines Monats in Kombination mit einem Krankenhausaufenthalt pflegebedürftig zu werden, bei 0,135 Prozent. Diese Wahrscheinlichkeit ist in den Jahren 2018 und 2019 im Vergleich zu 2017 leicht erhöht gewesen und in den Coronajahren wieder gesunken. Frauen haben eine etwas geringere Wahrscheinlichkeit als Männer, zusammen mit einem Krankenhausaufenthalt pflegebedürftig zu werden (Tabelle 3.5). Die Wahrscheinlichkeit, überhaupt einen Krankenhausaufenthalt zu haben, lag für jüngere, nicht pflegebedürftige Erwachsene (15–59 Jahre) im Jahr 2017 bei 0,49 Prozent (Berechnung aus Tabelle 3.4). Dass aber gleichzeitig auch eine Pflegebedürftigkeit eintritt, kommt in der Altersklasse hingegen kaum vor. Die Koeffizienten der jüngeren Altersgruppen heben den Ausgangswert der Referenzgruppe ziemlich genau auf (Tabelle 3.5). Die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt einer Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt ist für Personen im höchsten Alter noch um 0,32 Prozentpunkte höher als für Personen in der Altersgruppe 75 bis 84.

Tabelle 3.5: Wahrscheinlichkeit einer Pflegeinzidenz verbunden mit einem Krankenhausaufenthalt je Monat – lineare Regression

	Krankenhausfall	ASK	PSK
Referenz (Jahr 2017, „nicht pflegebedürftig“, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre)	0,135	0,033	0,044
Jahr			
2018	0,001		
2019	0,001		0,000
2020		–0,001	–0,001
2021		–0,001	–0,001
2022		–0,001	–0,001
Geschlecht			
Frau	–0,004	–0,002	–0,001

	Krankenhausfall	ASK	PSK
Referenz (Jahr 2017, „nicht pflegebedürftig“, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre)	0,135	0,033	0,044
Alter			
0–14 Jahre	–0,133	–0,033	–0,043
15–59 Jahre	–0,140	–0,035	–0,045
60–74 Jahre	–0,112	–0,028	–0,038
85+ Jahre	0,320	0,094	0,124
Diagnosekapitel in der ambulanten Versorgung			
I Infektionen	–0,002		0,000
II Neubildungen	0,016	–0,001	–0,001
III Krankheiten des Blutes	0,044	0,011	0,013
IV Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		0,001	0,001
V psychische und Verhaltensstörungen	0,012	0,003	0,004
VI Krankheiten des Nervensystems	0,018	0,005	0,006
VII Krankheiten des Auges	–0,008	–0,002	–0,003
VIII Krankheiten des Ohres	–0,006	–0,002	–0,003
IX Krankheiten des Kreislaufsystems	0,007	0,002	0,002
X Krankheiten des Atmungssystems	0,001	0,002	0,001
XI Krankheiten des Verdauungssystems	0,002	0,000	0,000
XII Krankheiten der Haut und der Unterhaut	–0,006		–0,001
XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	–0,005	–0,002	–0,002
XIV Krankheiten des Urogenitalsystems	–0,002	0,000	
XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	–0,008	–0,002	–0,002
XVI Zustände aus der Perinatalperiode	0,008	0,001	0,002
XVII Fehlbildungen und Chromosomenanomalien	–0,007	–0,002	–0,002
XVIII Symptome und abnorme Befunde	0,012	0,002	0,003
XIX Verletzungen, Vergiftungen	0,007	0,002	0,002
XX äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0,020	0,002	0,003
XXI Gesundheitsrisiken und Untersuchungen	–0,005	–0,001	–0,002
XXII Schlüsselnummern für besondere Zwecke	0,004	0,001	0,001

Anmerkung: Referenzkategorie Jahr 2017, Mann, Alter 75–84 Jahre

Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Es gibt einige Vorerkrankungen, die im engeren Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit einer Pflegeinzidenz mit Krankenhausfall stehen. Dies sind vornehmlich Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität, Krankheiten des Nervensystems, Neubildungen, psychische und Verhaltensstörungen, Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode – also den letzten Schwangerschaftswochen und der ersten nachgeburtlichen Woche – haben, und Krankheiten des Kreislaufsystems (Tabelle 3.5).

Die Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit einem potenziell vermeidbaren Krankenhausfall pflegebedürftig zu werden, war in den Coronajahren leicht reduziert. Die Wirkrichtung ist bei den Kontrollvariablen in den Modellen zur Pflegeinzidenz mit ASK oder mit PSK ebenso ausgeprägt wie im Modell zur Pflegeinzidenz mit allen Krankenhausfällen (Tabelle 3.5).

3.2.2 Aufenthaltsdauer der Krankenhausfälle

Die Krankenhausfälle dauern für prävalent Pflegebedürftige rund fünf Tage länger und für inzident Pflegebedürftige rund drei Tage länger als für nicht pflegebedürftige Personen (Tabelle 3.6). Die Pflegedauern sind aber ebenso wie die Behandlungswahrscheinlichkeit auch vom Alter und den damit zusammenhängenden Vorerkrankungen abhängig. So zeigen sich für Kinder nur durchschnittliche Verweildauern von fünf bis sechs Tagen, während die durchschnittlichen Krankenhausdauern im höheren Alter fast doppelt so lang sind. Aber auch die Pflegebedürftigen selbst unterscheiden sich in der Falldauer. Mit höheren Pflegegraden zeigen sich kürzere Aufenthaltsdauern und bei Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege ebenfalls.

Über die Jahre bleiben die Ergebnisse relativ stabil. Größere Veränderungen zeigen sich nur bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 und bei Pflegebedürftigen in Behinderteneinrichtungen. Bei den Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 gibt es einen Rückgang von zwölf auf zehn Tage, und bei den Pflegebedürftigen in Behinderteneinrichtungen schwankt die durchschnittliche Dauer zwischen 12 und 14 Tagen.

Tabelle 3.6: Durchschnittliche Krankenhausaufenthalte in Tagen nach Pflegebedürftigkeit, Alter und Geschlecht

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
gesamt	9	9	9	9	9	8
Pflegebedürftigkeit im Monat der Krankenhausaufnahme						
nicht pflegebedürftig	8	8	8	8	8	7
inzident pflegebedürftig	13	13	13	13	12	13
prävalent pflegebedürftig	11	11	11	11	11	10
Pflegegrad im Vormonat des Krankenhausaufenthalts						
kein Pflegegrad	8	8	8	8	8	8
Pflegegrad 1	12	12	11	11	11	10
Pflegegrad 2	12	12	11	11	11	11
Pflegegrad 3	11	11	11	11	11	11
Pflegegrad 4	10	10	10	10	10	10
Pflegegrad 5	9	9	9	9	9	9
Pflegeleistung im Vormonat des Krankenhausaufenthalts						
informelle Pflege	11	11	11	11	11	10
Pflegesachleistung	12	12	12	12	12	12
ambulant betreute Wohngruppen	10	10	10	10	10	10
Behinderteneinrichtung	13	13	13	14	14	12
vollstationäre Dauerpflege	10	9	9	9	9	9
Geschlecht						
Männer	9	9	9	9	9	8
Frauen	9	9	9	9	9	8
Alter						
0–14 Jahre	6	6	6	6	6	5
15–59 Jahre	8	8	8	8	8	8
60–74 Jahre	9	9	9	9	9	8
75–84 Jahre	10	10	9	9	9	9
85+ Jahre	10	10	10	10	10	10

Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland



www.bifg.de/Y925E5

Um auch bei den Dauern der Krankenhausaufenthalte die Effekte der Merkmale, Alter, Geschlecht, Pflegebedürftigkeit und Vorerkrankung voneinander zu trennen, werden in Tabelle 3.7 die Ergebnisse von linearen Regressionen dargestellt. Im Modell 1 werden nicht Pflegebedürftige, inzident Pflegebedürftige und prävalent Pflegebedürftige gemeinsam betrachtet. Kontrolliert werden die Effekte des Beobachtungsjahrs, des Pflegegrads, der Versorgungsart, einer etwaigen anschließenden Kurzzeitpflege, des Alters, des Geschlechts, der Auslastungen in der vollstationären, der teilstationären und der ambulanten pflegerischen Versorgung, der Vorerkrankungen und der Krankenhausdiagnose auf die Krankenhausedauer. Im zweiten Modell werden die Effekte ausschließlich für inzident Pflegebedürftige und in Modell 3 ausschließlich für prävalent Pflegebedürftige dargestellt, um zu ermitteln, ob die Effekte der Kontrollvariablen für diese Gruppen unterschiedlich ausgeprägt sind.

Das lineare Regressionsmodell gibt direkt die Dauern beziehungsweise die Unterschiede in den Dauern wieder (Tabelle 3.7). Im Modell 1 werden die Effekte für die Gesamtheit der Versicherten berechnet. In den Modellen 2 und 3 werden die inzident beziehungsweise prävalent Pflegebedürftigen separat betrachtet.

Tabelle 3.7: Lineares Regressionsmodell zur Dauer des Krankenhausaufenthalts

	Modell 1 alle Versicherten	Modell 2 nur inzident Pflegebedürftige	Modell 3 nur prävalent Pflegebedürftige
Referenz: 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen	8,96	10,89	11,68
Jahr			
2018	–0,08		
2019	–0,15		
2020	–0,20		0,11
2021	–0,18		0,22
2022	–0,51	1,41	
Pflegeinzidenz im Monat der Krankenhausaufnahme			
Pflegeinzidenz	3,36	x	x

	Modell 1 alle Versicherten	Modell 2 nur inzident Pflegebedürftige	Modell 3 nur prävalent Pflegebedürftige
Referenz: 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen	8,96	10,89	11,68
Pflegegrad im Vormonat des Krankenhausaufenthalts			
Pflegegrad 1		x	
Pflegegrad 3	–0,18	x	–0,11
Pflegegrad 4	–0,73	x	–0,66
Pflegegrad 5	–0,74	x	–1,01
Pflegeleistung im Vormonat des Krankenhausaufenthalts			
informelle Pflege	2,08	x	x
Pflegesachleistung	2,65	x	0,96
ambulant betreute Wohngruppen	1,38	x	–0,53
Behinderteneinrichtung	2,08	x	–0,55
vollstationäre Dauerpflege	1,20	x	–0,57
Kurzzeitpflege im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt			
Kurzzeitpflege	6,23	3,31	4,41
Geschlecht			
Frau	0,24	–0,27	–0,09
Alter			
0–14 Jahre	–2,83	–3,30	–2,77
15–59 Jahre	–1,93	0,29	–0,14
60–74 Jahre	–0,52	0,61	0,40
85+ Jahre	–0,40	–0,78	–0,84
Auslastung der pflegerischen Kapazität			
Auslastung vollstationärer Einrichtungen (in Prozent: Pflegebedürftige im Pflegeheim je Plätze im Pflegeheim)			–0,02
Auslastung teilstationärer Einrichtungen (in Prozent: teilstationär versorgte Pflegebedürftige je teilstationäre Plätze in Pflegeeinrichtungen)	0,00	0,02	0,01
Verhältnis Pflegebedürftige in häuslicher Pflege zu ambulant tätigem Pflegefachpersonal	–0,01	–0,05	–0,04

	Modell 1 alle Versicherten	Modell 2 nur inzident Pflegebedürftige	Modell 3 nur prävalent Pflegebedürftige
Referenz: 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen	8,96	10,89	11,68
Diagnosekapitel in der ambulanten Versorgung			
I Infektionen	-0,17	0,17	0,06
II Neubildungen	-0,24	-0,69	-0,39
III Krankheiten des Blutes	0,69	0,50	0,46
IV Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,52	0,14	0,33
V psychische und Verhaltensstörungen	0,37	-0,21	-0,36
VI Krankheiten des Nervensystems	0,11	-0,23	-0,25
VII Krankheiten des Auges	-0,11	-0,12	-0,19
VIII Krankheiten des Ohres	-0,28	-0,20	-0,34
IX Krankheiten des Kreislaufsystems	0,35		0,16
X Krankheiten des Atmungssystems	-0,37	-0,30	-0,22
XI Krankheiten des Verdauungssystems	-0,15		-0,05
XII Krankheiten der Haut und der Unterhaut	0,08	0,20	0,28
XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	-0,30	-0,18	-0,08
XIV Krankheiten des Urogenitalsystems	-0,05		0,18
XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	-0,55		-0,51
XVI Zustände aus der Perinatalperiode	-0,36		
XVII Fehlbildungen und Chromosomenanomalien	-0,12		-0,22
XVIII Symptome und abnorme Befunde	-0,03	-0,44	-0,37
XIX Verletzungen, Vergiftungen	-0,22		0,04
XX äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	-0,20		-0,18
XXI Gesundheitsrisiken und Untersuchungen	-0,29	-0,40	-0,32
XXII Schlüsselnummern für besondere Zwecke	0,07		0,09
Hauptdiagnosen im Krankenhausfall – Diagnosekapitel			
I Infektionen	-0,09	0,74	0,97
III Krankheiten des Blutes	-1,94	-2,53	-2,17
IV Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	-0,76	-0,75	-0,34
V psychische und Verhaltensstörungen	19,30	10,57	17,25
VI Krankheiten des Nervensystems	-0,34		1,40
VII Krankheiten des Auges	-4,49	-6,47	-5,72

	Modell 1 alle Versicherten	Modell 2 nur inzident Pflegebedürftige	Modell 3 nur prävalent Pflegebedürftige
Referenz: 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen	8,96	10,89	11,68
VIII Krankheiten des Ohres	–2,93	–4,65	–3,42
IX Krankheiten des Kreislaufsystems	–0,77	0,22	0,80
X Krankheiten des Atmungssystems	–0,40		0,70
XI Krankheiten des Verdauungssystems	–1,73	–0,64	–1,13
XII Krankheiten der Haut und der Unterhaut	–0,34	0,96	3,25
XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	–0,14	0,86	2,08
XIV Krankheiten des Urogenitalsystems	–2,21	–1,37	–1,29
XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	–1,89		–3,47
XVI Zustände aus der Perinatalperiode	3,55	16,83	
XVII Fehlbildungen und Chromosomenanomalien	–0,21		0,37
XVIII Symptome und abnorme Befunde	–3,28	–2,06	–2,13
XIX Verletzungen, Vergiftungen	–0,49	0,85	1,39
XX äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität			
XXI Gesundheitsrisiken und Untersuchungen	–2,73	–6,33	–5,20
XXII Schlüsselnummern für besondere Zwecke	7,83		13,19

Anmerkung: Ausgewiesen sind nur signifikante Werte ($p < 0,05$); nicht berücksichtigte Variablen sind mit einem „x“ gekennzeichnet; ausführlichere Bezeichnung der Diagnosekapitel im Anhang; Referenzkategorie: Jahr 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen.
Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Die Konstante bildet den Basiswert für die Referenzkategorie. Das sind im Modell 1 nicht pflegebedürftige Männer im Jahr 2017, im Alter von 75 bis 84 Jahren, die wegen einer Neubildung im Krankenhaus behandelt wurden, und bei den Pflegebedürftigen zusätzlich diejenigen mit Pflegegrad 2. Für die Referenzkategorie beträgt die im Modell geschätzte durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthalts 8,96 Tage. Im Jahr 2018 waren die untersuchten Krankenhausaufenthalte unter Kontrolle der weiteren Merkmale um 0,08 Tage kürzer als im Jahr 2017. In den weiteren Jahren sind die Verweildauern tendenziell weiter gesunken. Unter sonst gleichen Bedingungen sind die Krankenhausaufenthalte für inzident Pflegebedürftige um 3,36 Tage länger als für nicht pflegebedürftige Personen. Für

Längere Krankenhausaufenthalte zeigen sich für inzident Pflegebedürftige auch unter Kontrolle verschiedener Merkmale.

prävalent Pflegebedürftige ergeben sich ebenfalls längere Krankenhausdauern, die sich aber je nach Versorgungsart und Pflegegrad unterscheiden. Mit Pflegegrad 3 ist sie um 0,18 Tage kürzer als mit Pflegegrad 2. Mit Pflegegrad 4 sogar um 0,73 Tage. Von den prävalent Pflegebedürftigen haben diejenigen im Sachleistungsbezug die längsten Verweildauern im Krankenhaus (+2,65 Tage). Für diejenigen mit anschließender Kurzzeitpflege werden im Durchschnitt 6,23 weitere Krankenhaustage ermittelt. Bis hierhin – also ohne Vorerkrankungen und mit Neubildungen als Krankenhausdiagnose – wird beispielsweise für eine inzident pflegebedürftige Person im Jahr 2022 mit anschließender Kurzzeitpflege eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von $(8,96 - 0,51 + 3,36 + 6,23 =)$ 18,04 Tagen ermittelt. Für nicht pflegebedürftige Personen wird hingegen eine Aufenthaltsdauer von $(8,96 - 0,51 =)$ 8,45 Tagen und für prävalent pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 3 in vollstationärer Versorgung ohne anschließende Kurzzeitpflege eine Aufenthaltsdauer von $(8,96 - 0,51 - 0,18 + 1,20 =)$ 9,83 Tagen ermittelt. Bei gleichem Alter, Geschlecht, Vorerkrankung und Hauptdiagnose im Krankenhaus ist der Krankenhausaufenthalt für inzident pflegebedürftige Personen also deutlich länger als für prävalent Pflegebedürftige oder nicht Pflegebedürftige.

Die Unterschiede in der Krankenhausdauer von Frauen und Männern liegen bei weniger als einem viertel Tag. Das Alter verursacht hingegen größere Unterschiede. Kinder haben unter gleichen Umständen eine etwa drei Tage kürzere Verweildauer und jüngere Erwachsene im Alter von 15 bis 59 Jahren immer noch eine um etwa zwei Tage kürzere Verweildauer im Krankenhaus als Personen im höheren Alter (Modell 1, Tabelle 3.7).

Die Auslastungen der pflegerischen Kapazitäten sind im Regressionsmodell für die drei wesentlichen Versorgungsbereiche berücksichtigt: die vollstationäre Versorgung, die teilstationäre Versorgung und die ambulante Pflege. Die Auslastung in den Pflegeheimen ist durch das Verhältnis von Pflegebedürftigen in den Einrichtungen zu den Plätzen in den Einrichtungen je Bundesland erfasst. Eine unterschiedliche Auslastung hat im Modell 1 kaum einen Effekt. Eine Erhöhung der Zahl der Pflegebedürftigen in häuslicher Versorgung um eins je Pflegefachkraft reduziert die Krankenhausdauer auch nur um einen hundertstel Tag. Der Effekt der Versorgungsstruktur ist demnach im Modell 1 als nicht sehr hoch zu bewerten.

Bei der Betrachtung der inzident beziehungsweise prävalent Pflegebedürftigen in den Modellen 2 und 3 ergeben sich ein paar Unterschiede in den Effekten einzelner Merkmale. Der Basiswert weist mit 10,89 beziehungsweise 11,68 Tagen schon eine um zwei bis drei Tage längere Verweildauer für die Referenzkategorie aus. Während im Gesamtmodell 1 die Verweildauern über die Jahre tendenziell zurückgingen, finden sich bei den Pflegebedürftigen teilweise auch in späteren Jahren verlängerte Krankenhausaufenthalte. Größere Unterschiede zum Gesamtmodell finden sich in den Alterseffekten. Bei den Pflegebedürftigen mittleren Alters sind die Krankenhausaufenthalte eher ähnlich lang wie bei den 75- bis 84-Jährigen. Die Altersgruppe mit den längsten Krankenhausaufenthalten sind – anders als im Gesamtmodell – nicht mehr die 75- bis 84-Jährigen, sondern die 60- bis 74-Jährigen.

Auch in den Modellen 2 und 3 hat die Auslastung der Pflegeeinrichtungen kaum einen Effekt auf die Krankenhausaufenthalte. Eine um ein Prozent höhere Auslastung der vollstationären oder der teilstationären Einrichtungen hat nur einen Effekt von einem oder zwei hundertstel Tagen. Eine Erhöhung der Zahl der Pflegebedürftigen in häuslicher Versorgung um eins je Pflegefachkraft reduziert die Krankenhausaufenthalte auch nur um vier bis fünf hundertstel Tage.

kein großer Effekt
durch die Auslastung
der pflegerischen
Versorgungsstruktur

Unterschiede im Effekt der Vorerkrankungen von mehr als einem Tag im Vergleich zum Gesamtmodell gibt es nur bei den psychischen und Verhaltensstörungen. Während diese Vorerkrankung im Gesamtmodell einen verlängernden Effekt hat (+0,37 Tage), verkürzt diese Vorerkrankung die Krankenhausaufenthalte bei Pflegebedürftigen (-0,21 beziehungsweise -0,36 Tage). Die Krankenhausdiagnosen sind sehr bestimmende Faktoren, wie lange die Krankenhausaufenthalte dauern. Am längsten dauern sie bei Behandlungen wegen psychischer und Verhaltensstörungen. Die Krankenhausaufenthalte mit diesen Diagnosen dauern bei den inzident Pflegebedürftigen weniger lang als bei den Vergleichsgruppen, was auf einen geringeren Schweregrad der Erkrankungen in dieser Gruppe schließen lässt.

3.2.3 Veränderung der Pflegesituation nach den Krankenhausfällen

Bedingt durch die Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthalts oder durch die Umstände im Krankenhausfall kann sich die Pflegesituation ändern. Zuvor nicht pflegebedürftige Personen werden im Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt pflegebedürftig, und auch für prävalent Pflegebedürftige kann sich die Situation ändern. Verändern können sich die Pflegegrade ebenso wie die Versorgungsarten. Um ein möglichst umfassendes Bild der Veränderungen darzustellen, werden die Veränderungen der Pflegegrade, die Veränderung der Versorgungsarten, die Nutzung der Kurzzeitpflege und der Übergangspflege im Krankenhaus beleuchtet.

Veränderung der Pflegegrade

In den Jahren 2017 bis 2022 sind nach den Hochrechnungen der BARMER-Daten monatlich im Durchschnitt 22.406 Personen im zeitlichen Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt pflegebedürftig geworden. Von diesen inzident Pflegebedürftigen haben 18,1 Prozent Pflegegrad 1 erhalten. 44,8 Prozent Pflegegrad 2, 22,9 Prozent Pflegegrad 3, 10,6 Prozent Pflegegrad 4 und 3,6 Prozent Pflegegrad 5 (Tabelle 3.8). In der Gesamtheit der Pflegeinzidenzen – also auch derjenigen ohne Krankenhausaufenthalt – werden durchschnittlich geringere Pflegegrade vergeben. Die Anteile liegen bei 28,5 Prozent mit Pflegegrad 1, 45,8 Prozent mit Pflegegrad 2, 17,9 Prozent mit Pflegegrad 3, 5,8 Prozent mit Pflegegrad 4 und 2,0 Prozent mit Pflegegrad 5 (vergleiche Abbildung 2.14 in Kapitel 2.1.4).

Je höher der Pflegegrad bei prävalent Pflegebedürftigen im Monat vor dem Krankenhausaufenthalt war, desto wahrscheinlicher ist es, dass der Pflegegrad auch nach dem Krankenhausaufenthalt Bestand hat. Knapp 80 Prozent der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 hatten auch am Ende der Krankenhausbehandlung noch Pflegegrad 1. Von denjenigen mit Pflegegrad 5 waren es dagegen 100 Prozent. Eine Herabstufung im Laufe des Krankenhausaufenthalts ist eine absolute Ausnahme. Wenn es Veränderungen in den Pflegegraden gibt, dann ist es fast immer eine Erhöhung (Tabelle 3.8).

höhere Pflegegradein-
stufungen für inzident
Pflegebedürftige bei
Krankenhausaufenthalt

Tabelle 3.8: Pflegegrad im Monat der Entlassung aus dem Krankenhaus 2017–2022

Ausgangszustand	Zielzustand im Monat der Krankenhausesentlassung in Prozent					
	Anzahl pro Monat	Pflege-grad 1	Pflege-grad 2	Pflege-grad 3	Pflege-grad 4	Pflege-grad 5
inzident pflegebedürftig	22.406	18,1	44,8	22,9	10,6	3,6
Pflegegrad 1 im Vormonat	26.036	79,9	12,4	5,3	1,8	0,6
Pflegegrad 2 im Vormonat	103.566	0,1	88,7	7,2	3,0	0,9
Pflegegrad 3 im Vormonat	78.615	0,0	0,0	92,5	5,5	2,0
Pflegegrad 4 im Vormonat	40.074	0,0	0,0	0,0	96,3	3,6
Pflegegrad 5 im Vormonat	15.372	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
insgesamt	286.068	8,7	36,8	30,3	17,1	7,1

Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Jede zehnte pflegebedürftige Person (10,1 Prozent) ist innerhalb eines Monats nach einem Krankenhausaufenthalt verstorben. Je höher der Pflegegrad vor dem Krankenhausfall war, desto wahrscheinlicher ist es, dass die pflegebedürftige Person innerhalb dieses ersten Monats nach dem Krankenhausaufenthalt verstirbt. Während von denjenigen mit Pflegegrad 1 im Vormonat des Krankenhausfalls 4,7 Prozent einen Monat nach Entlassung aus dem Krankenhaus verstorben sind, sind es von denjenigen mit Pflegegrad 5 im Vormonat des Krankenhausfalls sogar 18,2 Prozent. Inzident Pflegebedürftige liegen mit einem Anteil von 8,9 Prozent Verstorbener im mittleren Bereich (Tabelle 3.9).

Auch einen Monat nach dem Krankenhausaufenthalt zeigen sich kaum Herabstufungstendenzen in den Pflegegraden. Wenn es zu Herabstufungen kommt, dann tendenziell eher bei den geringeren Pflegegraden. Nach einem Monat haben nur noch etwa sieben bis acht von zehn Pflegebedürftigen denselben Pflegegrad wie vor dem Krankenhausaufenthalt. Zwei bis drei von zehn sind jeweils höhergestuft worden oder verstorben (Tabelle 3.9).

einen Monat nach Krankenhausaufenthalt nur noch 7–8 von 10 mit ursprünglichem Pflegegrad

Tabelle 3.9: Pflegegrad einen Monat nach Krankenhausentlassung 2017–2022

Ausgangszustand	Zielzustand einen Monat nach der Krankenhausentlassung in Prozent								
	Anzahl pro Monat	ohne Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	tot	Status unbekannt
inzident pflegebedürftig	22.406	0,0	17,5	41,6	20,7	8,3	2,7	8,9	0,2
Pflegegrad 1 im Vormonat	26.036	0,1	70,6	15,9	6,2	1,8	0,6	4,7	0,1
Pflegegrad 2 im Vormonat	103.566	0,0	0,1	78,1	9,7	3,5	1,0	7,4	0,1
Pflegegrad 3 im Vormonat	78.615	0,0	0,0	0,1	78,9	7,3	2,4	11,1	0,2
Pflegegrad 4 im Vormonat	40.074	0,0	0,0	0,0	0,1	78,7	5,0	16,0	0,2
Pflegegrad 5 im Vormonat	15.372	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	81,5	18,2	0,2
insgesamt	286.068	0,0	7,8	33,0	27,4	15,1	6,4	10,1	0,2

Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Analyse der Veränderung der Pflegegrade

Neubildungen und bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, sind Hauptgründe für die Erhöhung der Pflegegrade.

Inwieweit die Veränderung der Pflegegrade durch verschiedene Umstände begründet ist, zeigt Tabelle 3.10. Das Modell 1 gibt die Ergebnisse für alle Pflegebedürftigen wieder. Modell 2 zeigt die Ergebnisse für die inzident Pflegebedürftigen und Modell 3 die Ergebnisse für die prävalent Pflegebedürftigen. In den linearen Regressionsmodellen wird statistisch getrennt, welchen Effekt das Beobachtungsjahr, der Pflegegrad, die Versorgungsart, das Geschlecht, das Alter, die Vorerkrankungen, der Grund und die Dauer des Krankenhausaufenthalts sowie die Auslastung der pflegerischen Versorgungskapazitäten haben. Die Konstante spiegelt die Veränderung der Referenzkategorie wider. Im Jahr 2017 hatten Männer mit Pflegegrad 2 in informeller Pflege im Alter von 75 bis 84 Jahren ohne Vorerkrankungen, die wegen einer Neubildung im Krankenhaus behandelt wurden, nach dem Krankenhausaufenthalt einen im Durchschnitt um 0,12 erhöhten Pflegegrad (Modell 1). Die verschiedenen Untersuchungsjahre haben im ersten Modell keinen großen Effekt auf die Veränderung der Pflegegrade. Für inzident Pflegebedürftige erhöhte sich der Pflegegrad um zusätzliche 2,18 Grade. Mit höheren Pflegegraden gab es im Vergleich zu den Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 eine geringere Zunahme der Pflegegrade oder gar eine Abnahme. Die pflegerischen Versorgungsarten haben hingegen kaum einen Effekt auf die Veränderung der Pflegegrade. Bei Frauen kommt es in etwas geringerem Maße zu einer Steigerung der Pflegegrade ($-0,03$), und mit steigendem Alter

wird der Pflegegrad eher angehoben (+0,06 im Alter 85+ Jahre und –0,08 im Alter 0–14 Jahre). Jeder Tag, den der Krankenhausaufenthalt länger dauert, erhöht den nachfolgenden Pflegegrad um durchschnittlich ein hundertstel Pflegegrad. Auch die Vorerkrankungen haben jeweils nur geringe Effekte. Von Bedeutung ist hingegen der Grund des Krankenhausaufenthalts. Im Vergleich zur Referenzkategorie, der Neubildung, erhöhen sich nach fast allen anderen Krankenhausaufenthalten die Pflegegrade in geringerem Maße. Einzig die Krankenhausfälle mit bestimmten Zuständen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, erhöhen die Pflegegrade im Durchschnitt noch mehr (+0,18).

Tabelle 3.10: Veränderung des Pflegegrads im Entlassungsmonat im Vergleich zum Monat vor dem Krankenhausaufenthalt – lineare Regression

	Modell 1 alle Pflege- bedürftigen	Modell 2 nur inzident Pflegebedürftige	Modell 3 nur prävalent Pflegebedürftige
Referenz: 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen	0,12	2,67	0,03
Jahr			
2018	0,01	–0,04	0,02
2019	0,01	–0,08	0,02
2020	0,03	–0,10	0,04
2021	0,01	–0,15	0,03
2022	0,01	–0,19	0,03
Pflegeinzidenz im Monat der Krankenhausaufnahme			
Pflegeinzidenz	2,18	x	x
Pflegegrad im Vormonat des Krankenhausaufenthalts			
Pflegegrad 1	0,16	x	0,15
Pflegegrad 3	–0,07	x	–0,07
Pflegegrad 4	–0,14	x	–0,13
Pflegegrad 5	–0,15	x	–0,15
Pflegeleistung im Vormonat des Krankenhausaufenthalts			
Pflegesachleistung	0,00	x	0,00
ambulant betreute Wohngruppen	0,02	x	0,01
Behinderteneinrichtung	–0,01	x	–0,01
vollstationäre Dauerpflege	–0,01	x	–0,01
Geschlecht			
Frau	–0,03	–0,15	–0,01

	Modell 1 alle Pflege- bedürftigen	Modell 2 nur inzident Pflegebedürftige	Modell 3 nur prävalent Pflegebedürftige
Referenz: 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen	0,12	2,67	0,03
Alter			
0–14 Jahre	–0,08		–0,09
15–59 Jahre	–0,09	–0,07	–0,09
60–74 Jahre	–0,04		–0,05
85+ Jahre	0,06	0,10	0,06
Krankenhaustage			
Krankenhaustage	0,01	0,01	0,01
Auslastung pflegerischer Kapazität			
Auslastung vollstationärer Einrichtungen (in Prozent: Pflegebedürftige im Pflegeheim je Plätze im Pflegeheim)	0,00	0,00	0,00
Auslastung teilstationärer Einrichtungen (in Prozent: teilstationär versorgte Pflegebedürftige je teilstationäre Plätze in Pflegeeinrichtungen)	0,00	0,00	0,00
Verhältnis Pflegebedürftige in häuslicher Pflege zu ambulant tätigem Pflegefachpersonal	0,00	0,01	0,00
Diagnosekapitel in der ambulanten Versorgung			
I Infektionen	–0,01	–0,01	–0,01
II Neubildungen	0,00	0,10	0,00
III Krankheiten des Blutes		0,03	0,00
IV Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	–0,01	–0,03	0,00
V psychische und Verhaltensstörungen	0,01		0,01
VI Krankheiten des Nervensystems	0,00	–0,03	0,01
VII Krankheiten des Auges	–0,01	–0,05	–0,01
VIII Krankheiten des Ohres	0,00		0,00
IX Krankheiten des Kreislaufsystems	0,00	–0,04	0,00
X Krankheiten des Atmungssystems	–0,02	–0,07	–0,02
XI Krankheiten des Verdauungssystems	–0,01	–0,01	–0,01
XII Krankheiten der Haut und der Unterhaut	–0,01	–0,04	–0,01
XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	–0,02	–0,07	–0,01
XIV Krankheiten des Urogenitalsystems	–0,01	–0,03	–0,01
XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	–0,02		–0,02
XVI Zustände aus der Perinatalperiode	0,05	0,50	0,04
XVII Fehlbildungen und Chromosomenanomalien	–0,01	–0,04	–0,01

	Modell 1 alle Pflege- bedürftigen	Modell 2 nur inzident Pflegebedürftige	Modell 3 nur prävalent Pflegebedürftige
Referenz: 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen	0,12	2,67	0,03
XVIII Symptome und abnorme Befunde	0,01	0,01	0,01
XIX Verletzungen, Vergiftungen	–0,01	–0,02	–0,01
XX äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0,01	0,09	0,01
XXI Gesundheitsrisiken und Untersuchungen	–0,02	–0,07	–0,01
XXII Schlüsselnummern für besondere Zwecke			
Hauptdiagnosen im Krankenhausfall – Diagnosekapitel			
I Infektionen	–0,11	–0,37	–0,05
III Krankheiten des Blutes	–0,14	–0,46	–0,08
IV Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	–0,10	–0,46	–0,03
V psychische und Verhaltensstörungen	–0,22	–0,52	–0,15
VI Krankheiten des Nervensystems	–0,11	–0,40	–0,05
VII Krankheiten des Auges	–0,22	–0,80	–0,15
VIII Krankheiten des Ohres	–0,22	–0,86	–0,13
IX Krankheiten des Kreislaufsystems	–0,14	–0,53	–0,07
X Krankheiten des Atmungssystems	–0,11	–0,44	–0,05
XI Krankheiten des Verdauungssystems	–0,14	–0,43	–0,08
XII Krankheiten der Haut und der Unterhaut	–0,16	–0,58	–0,09
XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	–0,21	–0,78	–0,12
XIV Krankheiten des Urogenitalsystems	–0,11	–0,40	–0,05
XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	–0,17	–1,13	–0,10
XVI Zustände aus der Perinatalperiode	0,18		–0,10
XVII Fehlbildungen und Chromosomenanomalien	–0,11	–0,14	–0,07
XVIII Symptome und abnorme Befunde	–0,13	–0,47	–0,06
XIX Verletzungen, Vergiftungen	–0,11	–0,57	–0,04
XX äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität			
XXI Gesundheitsrisiken und Untersuchungen	–0,17	–0,36	–0,12
XXII Schlüsselnummern für besondere Zwecke	–0,20		

Anmerkung: Ausgewiesen sind nur signifikante Werte ($p < 0,05$); nicht berücksichtigte Variablen sind mit einem „x“ gekennzeichnet; ausführlichere Bezeichnung der Diagnosekapitel im Anhang; Referenzkategorie: Jahr 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen.

Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Frauen mit geringeren
Pflegegraden eingestuft
als Männer

Für prävalent Pflegebedürftige (Modell 3 in Tabelle 3.10) ist unter sonst gleichen Umständen der Pflegegrad in den Jahren nach 2017 etwas mehr gestiegen als im Jahr 2017. Bei den inzident Pflegebedürftigen (Modell 2 in Tabelle 3.10) ist bei sonst gleichen Umständen ein zunehmend geringerer Pflegegrad nach dem Krankenhausaufenthalt ermittelt worden. Im Vergleich zum Jahr 2017 lag er um 0,19 Grade darunter. Inzident pflegebedürftige Frauen (Modell 2) sind bei sonst gleichen Umständen um durchschnittlich 0,15 Grade geringer eingestuft worden. Die Effekte von Alter, Krankenhausaufenthalt und Auslastung der Pflegekapazitäten wirken für inzident Pflegebedürftige ebenso wie für die prävalent Pflegebedürftigen oder sind nicht signifikant.

Vorerkrankungen – also im Vorfeld ambulant diagnostizierte Erkrankungen – haben überwiegend den Effekt, dass die Pflegegrade tendenziell vermindert beziehungsweise weniger stark erhöht werden. Dieser Effekt ist bei den inzident Pflegebedürftigen ausgeprägter. Es gibt aber auch einige Vorerkrankungen, die besonders für inzident Pflegebedürftige zu einer höheren Eingruppierung führen. Dies sind vornehmlich Neubildungen (+0,10), Zustände aus der Perinatalperiode (+0,50) und äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (+0,09).

Bei den Krankenhausdiagnosen haben die Neubildungen für inzident Pflegebedürftige einen größeren Effekt auf den Pflegegrad als für prävalent Pflegebedürftige. Bei prävalent Pflegebedürftigen erhöhen die anderen Krankenhausursachen die Pflegegrade um 0,05 bis 0,15 weniger als Neubildungen (Modell 3). Bei inzident Pflegebedürftigen liegt der Unterschied der Effekte von Neubildungen zu den Effekten der meisten anderen Krankenhausursachen bei 0,4 bis 0,5 Grade.

Veränderung der Versorgungsart

Jede 7. inzident
pflegebedürftige Person
nutzt im Anschluss an
den Krankenhausauf-
enthalt Kurzzeitpflege.

Mehr als die Hälfte (53,5 Prozent) von denjenigen, die im zeitlichen Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt pflegebedürftig geworden sind, erhielten im Monat der Krankenhausentlassung ausschließlich informelle Pflege – also keine Pflegesachleistungen und keine Versorgung in ambulant betreuten Wohngruppen, in Behinderteneinrichtungen oder in vollstationärer Dauerpflege (Tabelle 3.11). Vier von zehn (39,8 Prozent) von denjenigen, die im Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt pflegebedürftig wurden, nutzten nach der Beendigung des Krankenhausaufenthalts Pflegesachleistun-

gen und 6,4 Prozent vollstationäre Dauerpflege. Zur Überbrückung wurde von jeder siebten (14,2 Prozent) inzident pflegebedürftigen Person im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt Kurzzeitpflege genutzt.

Tabelle 3.11: Versorgungsart im Monat der Entlassung aus dem Krankenhaus 2017–2022

Ausgangszustand	Zielzustand im Monat der Krankenhausesentlassung in Prozent						
	Anzahl pro Monat	informelle Pflege	Pflegesachleistung	ambulant betreute Wohngruppen	Behinderteneinrichtung	vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege
inzident pflegebedürftig	22.406	53,5	39,8	0,1	0,1	6,4	14,2
informelle Pflege im Vormonat	140.166	91,7	5,6	0,0	0,0	2,7	6,2
Pflegesachleistung im Vormonat	68.493	1,6	90,1	0,2	0,0	8,1	15,7
ambulant betreute Wohngruppen im Vormonat	1.654	0,2	0,4	97,6	0,1	1,9	2,0
Behinderteneinrichtung im Vormonat	5.080	0,3	0,2	0,0	98,3	1,1	0,8
vollstationäre Dauerpflege im Vormonat	48.269	0,6	0,9	0,0	0,0	98,4	0,6
insgesamt	286.068	49,6	27,6	0,6	1,8	20,4	8,0

Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Diejenigen, die schon als Pflegebedürftige ins Krankenhaus kommen, bleiben zum größten Teil (90,1 bis 98,4 Prozent) auch am Ende des Krankenhausaufenthalts in ihrer bisherigen Versorgungsart (Tabelle 3.11). Größere Veränderungen gibt es bei den Pflegebedürftigen in informeller Pflege und beim Bezug von Pflegesachleistungen. Aus der informellen Pflege gibt es häufig einen Wechsel in den Bezug von Pflegesachleistungen (5,6 Prozent) oder in die vollstationäre Dauerpflege (2,7 Prozent). Pflegebedürftige im Pflegesachleistungsbezug wechseln nach dem Krankenhausaufenthalt noch häufiger in die vollstationäre Dauerpflege (8,1 Prozent), aber auch zu einem merklichen Anteil in die informelle Pflege (1,6 Prozent). Auffällig ist bei Pflegebedürftigen im Pflegesachleistungsbezug auch die höhere Quote in der Nutzung der Kurzzeitpflege im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt. Dies kann mit der größeren Notwendigkeit einer Umorientierung in Zusammenhang stehen, die sich aus den größeren Übergangswahrscheinlich-

keiten in die vollstationäre Dauerpflege ergibt. Insgesamt sind Reduktionen der formellen Pflege im direkten Anschluss an den Krankenhausaufenthalt selten, aber nicht ausgeschlossen. So sind von denjenigen, die aus der vollstationären Versorgung ins Krankenhaus gekommen sind, immerhin 0,6 Prozent in die informelle Pflege gewechselt und 0,9 Prozent in den Bezug von Pflegesachleistungen. Dies kann Ausdruck einer verbesserten gesundheitlichen Lage sein, aber auch eine Konsequenz aus einer möglichen Unzufriedenheit mit der vollstationären Dauerpflege.

8,9 % der inzident Pflegebedürftigen nach einem Monat verstorben

Einen Monat später sind von den im Zusammenhang mit den Krankenhausaufenthalt inzident Pflegebedürftigen nur noch 50,4 Prozent informell und 28,4 Prozent unter Hinzuziehung ambulanter Pflegedienste versorgt. Sehr häufig ist nach einer zunächst ambulanten Versorgung dann aber doch der Wechsel in die vollstationäre Dauerpflege vollzogen worden. Nach einem Monat ist der Anteil von zunächst 6,4 Prozent auf 10,4 Prozent in vollstationärer Dauerpflege gestiegen, obwohl 8,9 Prozent der inzident Pflegebedürftigen bis dahin schon verstorben sind (Tabelle 3.12). In selteneren Fällen findet die Versorgung in ambulant betreuten Wohngruppen oder in Behinderteneinrichtungen statt. Nur in Ausnahmefällen ist die Pflegebedürftigkeit reversibel.

Tabelle 3.12: Versorgungsart einen Monat nach Krankenhausentlassung 2017–2022

Ausgangszustand	Zielzustand einen Monat nach der Krankenhausentlassung in Prozent								
	Anzahl pro Monat	ohne Pflegegrad	informelle Pflege	Pflegesachleistung	ambulant betreute Wohngruppen	Behinderteneinrichtung	vollstationäre Dauerpflege	tot	Status unbekannt
inzident pflegebedürftig	22.406	0,0	50,4	28,4	0,2	0,1	11,8	8,9	0,2
informelle Pflege im Vormonat	140.166	0,0	81,1	6,7	0,1	0,1	4,3	7,6	0,1
Pflegesachleistung im Vormonat	68.493	0,0	2,5	72,2	0,3	0,1	12,5	12,3	0,2
ambulant betreute Wohngruppen im Vormonat	1.654	0,0	0,2	0,5	85,0	0,1	2,7	11,1	0,3
Behinderteneinrichtung im Vormonat	5.080	0,1	0,5	0,4	0,0	94,7	1,6	2,6	0,1
vollstationäre Dauerpflege im Vormonat	48.269	0,0	0,7	1,0	0,1	0,0	82,7	15,4	0,2
insgesamt	286.068	0,0	44,4	23,0	0,6	1,7	20,0	10,1	0,2

Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Einen Monat nach dem Krankenhausaufenthalt ist etwa jede achte pflegebedürftige Person aus dem Sachleistungsbezug (12,3 Prozent), jede neunte aus ambulant betreuten Wohngruppen (11,1 Prozent) und mehr als jede siebte pflegebedürftige Person aus der vollstationären Dauerpflege (15,4 Prozent) verstorben (Tabelle 3.12). Aus der informellen Pflege ist es nur jede 13. Person (7,6 Prozent) und aus den Behinderteneinrichtungen nur 2,6 Prozent. Für einen Teil liegen keine Informationen vor, weil das Beobachtungsfenster abgeschnitten ist. Für die verbleibenden Pflegebedürftigen gibt es auch nach drei Monaten mehr Stabilität als Veränderung in der Versorgungsart. Veränderungen zielen dabei mehr auf eine Ausweitung der formellen Pflege – also Pflegesachleistung statt informelle Pflege oder vollstationäre Dauerpflege statt Pflegesachleistung – ab.

jede 7. pflegebedürftige Person aus dem Pflegeheim innerhalb eines Monats nach Krankenhausaufenthalt verstorben

Analyse der Unterbringung in Wohn- und Pflegeeinrichtungen (Behinderteneinrichtung, ambulant betreute Wohngruppe oder vollstationäre Dauerpflege)

Im linearen Regressionsmodell (Tabelle 3.13) wird analysiert, welchen Effekt das Beobachtungsjahr, der Pflegegrad, die Versorgungsart, das Geschlecht, das Alter, die Dauer des Krankenhausaufenthalts, die Auslastung der pflegerischen Versorgungskapazitäten, die Vorerkrankungen und der Grund des Krankenhausaufenthalts auf die Veränderung des Anteils in Wohn- und Pflegeeinrichtungen haben. Als Wohn- und Pflegeeinrichtungen sind hierbei Behinderteneinrichtungen, ambulant betreute Wohngruppen und vollstationäre Pflegeheime zusammengefasst. Ein positiver Wert spiegelt den Anteil wider, der durchschnittlich mehr als die Referenzkategorie von der ambulanten in die Wohn- und Pflegeeinrichtungen wechselt als umgekehrt. Ein negativer Wert spiegelt hingegen den Anteil wider, der mehr als die Referenzkategorie von Wohn- und Pflegeeinrichtungen in die häusliche Versorgung wechselt als umgekehrt. Die Konstante gibt die durchschnittliche Veränderung der Referenzkategorie an. Die Referenzgruppe bilden pflegebedürftige Männer ohne Vorerkrankungen im Alter von 75 bis 84 Jahren im Jahr 2017, die im Monat vor dem Krankenhausaufenthalt informelle Pflege bei Pflegegrad 2 erhielten und wegen einer Neubildung im Krankenhaus behandelt wurden. Für diese Gruppe ist im Vergleich zum Monat vor dem Krankenhausaufenthalt der Anteil in Wohn- und Pflegeeinrichtungen um 9,0 Prozentpunkte gestiegen.

In den Jahren 2018 bis 2020 gab es geringere Veränderungen in der Übergangsrate von 0,3 bis 0,7 Prozentpunkten in Wohn- und Pflegeeinrichtungen (Modell 1 in Tabelle 3.13). In den Jahren 2021 und 2022 gab es hingegen Erhöhungen des Anteils Pflegebedürftiger in Wohn- und Pflegeeinrichtungen um 1,7 und 1,9 Prozentpunkte. Erklärungen hierfür kann die große Zahl freigewordener Plätze in den Pflegeheimen durch die Übersterblichkeit in den Pflegeheimen in den Coronajahren in Zusammenhang mit der Möglichkeit, sich gegen COVID-19 impfen zu lassen, sein (Rothgang & Müller, 2022, S. 146 ff.).

Für inzident Pflegebedürftige steigt der Anteil derjenigen in nachfolgender Versorgung in Wohn- und Pflegeeinrichtungen um 3,7 Prozentpunkte mehr als für prävalent Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2, aber auch diejenigen mit Pflegegrad 3 bis 5 haben im Vergleich zu denjenigen mit Pflegegrad 2 noch zwischen 1,9 und 3,2 Prozentpunkte höhere Anteile in stationärer Versorgung. Für Pflegebedürftige im Sachleistungsbezug erhöht sich der Anteil mit nachfolgender Versorgung in Wohn- und Pflegeeinrichtungen im Vergleich zu den Pflegebedürftigen mit informeller Pflege um 3,7 Prozentpunkte. Für diejenigen mit stationärer Versorgung im Vorfeld des Krankenhausaufenthalts wird zwar eine deutliche Reduktion des Versorgungsanteils in Wohn- und Pflegeeinrichtungen von 6,9 Prozentpunkten nach dem Krankenhausaufenthalt angezeigt, aber zusammengenommen mit den üblicherweise gegebenen Bedingungen kommt es für sie im Durchschnitt zu kaum einer Veränderung (Modell 1 in Tabelle 3.13).

Bei sonst gleichen Bedingungen steigt der Anteil in Wohn- und Pflegeeinrichtungen für Frauen im Vergleich zu Männern um zusätzliche 0,5 Prozentpunkte. Dies entspricht der allgemeinen Tendenz, dass Frauen insgesamt besonders im höheren Alter häufiger im Pflegeheim versorgt werden als Männer (siehe Abbildung 2.2 in Kapitel 2.1.1). Die Wahrscheinlichkeit, in Wohn- und Pflegeeinrichtungen zu wechseln, steigt zudem mit dem Alter. Für Pflegebedürftige im Alter von über 85 Jahren liegt ihr Anteilswert um 1,9 Prozentpunkte über dem der 75- bis 84-Jährigen. Mit jedem Tag, den der Krankenhausaufenthalt länger dauert, steigert sich der Anteil der Pflegebedürftigen, die anschließend in Wohn- und Pflegeeinrichtungen versorgt werden, um 0,1 Prozentpunkte (Modell 1 in Tabelle 3.13).

Tabelle 3.13: Veränderung des Anteils in Wohn- und Pflegeeinrichtungen im Entlassungsmonat im Vergleich zum Monat vor dem Krankenhausaufenthalt – lineare Regression

	Modell 1 alle Pflege- bedürftigen	Modell 2 nur inzident Pflegebedürftige	Modell 3 nur prävalent Pflegebedürftige
Referenz: 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen	9,0	36,9	6,5
Jahr			
2018	0,3	–0,5	0,4
2019	0,4		0,4
2020	0,7		0,7
2021	1,7	1,7	1,7
2022	1,9	1,5	2,0
Pflegeinzidenz im Monat der Krankenhausaufnahme			
Pflegeinzidenz	3,7	x	x
Pflegegrad im Vormonat des Krankenhausaufenthalts			
Pflegegrad 1	–0,2	x	–0,2
Pflegegrad 3	1,9	x	1,9
Pflegegrad 4	3,2	x	3,2
Pflegegrad 5	3,0	x	3,0
Pflegeleistung im Vormonat des Krankenhausaufenthalts			
Pflegesachleistung	3,7	x	3,8
ambulant betreute Wohngruppen	–5,4	x	–5,3
Behinderteneinrichtung	–3,1	x	–2,9
vollstationäre Dauerpflege	–6,9	x	–6,9
Geschlecht			
Frau	0,5	0,7	0,5
Alter			
0–14 Jahre	–4,9	–9,4	–4,6
15–59 Jahre	–3,4	–2,7	–3,4
60–74 Jahre	–1,6	–1,7	–1,6
85+ Jahre	1,9	2,6	1,9
Krankenhaustage			
Krankenhaustage	0,1	0,2	0,1

	Modell 1 alle Pflege- bedürftigen	Modell 2 nur inzident Pflegerbedürftige	Modell 3 nur prävalent Pflegerbedürftige
Referenz: 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen	9,0	36,9	6,5
Auslastung pflegerischer Kapazität			
Auslastung vollstationärer Einrichtungen (in Prozent: Pflegebedürftige im Pflegeheim je Plätze im Pflegeheim)	0,0	–0,3	0,0
Auslastung teilstationärer Einrichtungen (in Prozent: teilstationär versorgte Pflegebedürftige je teilstationäre Plätze in Pflegeeinrichtungen)			0,0
Verhältnis Pflegebedürftige in häuslicher Pflege zu ambulant tätigem Pflegefachpersonal	–0,1	–0,2	–0,1
Diagnosekapitel in der ambulanten Versorgung			
I Infektionen	–0,3		–0,3
II Neubildungen	–0,4	–0,7	–0,3
III Krankheiten des Blutes	–0,3	–0,3	–0,3
IV Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	–0,1	–0,3	
V psychische und Verhaltensstörungen	0,8	0,9	0,8
VI Krankheiten des Nervensystems	–0,4	–0,3	–0,4
VII Krankheiten des Auges	–0,3	–0,5	–0,3
VIII Krankheiten des Ohres			
IX Krankheiten des Kreislaufsystems		–0,8	
X Krankheiten des Atmungssystems	–0,7	–1,1	–0,7
XI Krankheiten des Verdauungssystems	–0,2	–0,4	–0,2
XII Krankheiten der Haut und der Unterhaut	–0,3	–0,4	–0,3
XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	–0,5	–1,5	–0,4
XIV Krankheiten des Urogenitalsystems	–0,6	–0,9	–0,6
XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett			
XVI Zustände aus der Perinatalperiode	0,4	3,2	
XVII Fehlbildungen und Chromosomenanomalien	–0,1		–0,1
XVIII Symptome und abnorme Befunde	–0,2	–0,3	–0,1
XIX Verletzungen, Vergiftungen	–0,2		–0,2
XX äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität			0,2
XXI Gesundheitsrisiken und Untersuchungen	–1,0	–2,1	–0,8
XXII Schlüsselnummern für besondere Zwecke	0,1		0,1

	Modell 1 alle Pflege- bedürftigen	Modell 2 nur inzident Pflegebedürftige	Modell 3 nur prävalent Pflegebedürftige
Referenz: 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen	9,0	36,9	6,5
Hauptdiagnosen im Krankenhausfall – Diagnosekapitel			
I Infektionen	0,6	1,1	0,5
III Krankheiten des Blutes	–0,6	–1,5	–0,5
IV Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	1,5	2,0	1,5
V psychische und Verhaltensstörungen	2,5	5,5	2,4
VI Krankheiten des Nervensystems	0,4	0,6	0,4
VII Krankheiten des Auges	–1,8	–2,7	–1,7
VIII Krankheiten des Ohres	–1,4		–1,5
IX Krankheiten des Kreislaufsystems	–0,8	–1,5	–0,7
X Krankheiten des Atmungssystems			
XI Krankheiten des Verdauungssystems	–0,6	–0,5	–0,6
XII Krankheiten der Haut und der Unterhaut	–0,5		–0,5
XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	–1,7	–3,2	–1,5
XIV Krankheiten des Urogenitalsystems	0,5	1,6	0,4
XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett			
XVI Zustände aus der Perinatalperiode	–2,9	–6,1	
XVII Fehlbildungen und Chromosomenanomalien			
XVIII Symptome und abnorme Befunde			
XIX Verletzungen, Vergiftungen	0,7	–0,5	0,9
XX äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität			
XXI Gesundheitsrisiken und Untersuchungen	–1,1		–1,2
XXII Schlüsselnummern für besondere Zwecke			

Anmerkung: Ausgewiesen sind nur signifikante Werte ($p < 0,05$); nicht berücksichtigte Variablen sind mit einem „x“ gekennzeichnet; ausführlichere Bezeichnung der Diagnosekapitel im Anhang; Referenzkategorie: Jahr 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen.

Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

höchste Wahrscheinlichkeit für einen Wechsel in Wohn- und Pflegeeinrichtungen nach Krankenhausaufenthalt wegen psychischer oder Verhaltensstörungen

Vorerkrankungen, die zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für die Versorgung in Wohn- und Pflegeeinrichtungen nach einem Krankenhausaufenthalt führen, sind psychische und Verhaltensstörungen (+0,8 Prozentpunkte) und bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (+0,4 Prozentpunkte). Alle nach Hauptdiagnosen unterschiedenen Krankenhausfälle steigern letztlich die Wahrscheinlichkeit einer anschließenden Versorgung in Wohn- und Pflegeeinrichtungen. Auch wenn beispielsweise für Krankenhausfälle wegen bestimmter Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, der Wert $-2,9$ ausgegeben wird, bedeutet dies in Kombination mit dem Wert der Referenzkategorie eine Steigerung um 6,1 Prozentpunkte ($9,0 - 2,9 = 6,1$). Am stärksten, nämlich um zusätzliche 2,5 Prozentpunkte im Vergleich zu Neubildungen, steigt der Anteil der Pflegebedürftigen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen nach einem Krankenhausaufenthalt wegen psychischer oder Verhaltensstörungen (Modell 1 in Tabelle 3.13).

In den differenzierten Modellen für inzident und prävalent Pflegebedürftige zeigen sich bei einigen Merkmalen unterschiedliche Effekte (Modelle 2 und 3 in Tabelle 3.13). Für die Referenzkategorie in Modell 2 wird eine Veränderung des Anteils in Wohn- und Pflegeeinrichtungen von 36,9 Prozent ausgewiesen. Das ist der Anteil derer, die aus der Nichtpflegebedürftigkeit direkt in Wohn- und Pflegeeinrichtungen umziehen. Für prävalent Pflegebedürftige ist eine Steigerung von 6,5 Prozentpunkten für die Referenzkategorie ausgewiesen. Bei den prävalent Pflegebedürftigen ist aber schon ein Großteil in Wohn- und Pflegeeinrichtungen versorgt, und diese Veränderung kann sich nur durch den Umzug von häuslich versorgten Pflegebedürftigen in die Wohn- und Pflegeeinrichtungen ergeben. Die Effekte von Pflegegrad und Versorgungsart gestalten sich in Modell 3 ebenso wie im Gesamtmodell 1. Auch die weiteren Merkmale haben im Modell für die prävalent Pflegebedürftigen (Modell 3) kaum andere Effekte auf den Umzug in Wohn- und Pflegeeinrichtungen wie im Gesamtmodell 1.

Eine hohe Auslastung der Pflegekapazitäten korreliert mit einem geringeren Anteil in Wohn- und Pflegeeinrichtungen von inzident Pflegebedürftigen.

Etwas anders gestalten sich manche Effekte für die inzident Pflegebedürftigen (Modell 2). So ist der Alterseffekt auf den Anteil der anschließend in Wohn- und Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen größer als bei den prävalent Pflegebedürftigen. Die Zahl der Krankenhaustage hat ebenfalls einen größeren Effekt. Eine höhere Auslastung der Pflegekapazitäten hat für inzident Pflegebedürftige den Effekt, dass Umzüge in Wohn- und Pflegeeinrichtungen seltener sind.

Die Effekte der Vorerkrankungen unterscheiden sich für inzident Pflegebedürftige (Modell 3 in Tabelle 3.13) kaum von denselben Effekten für prävalent Pflegebedürftige (Modell 2). Einzig die Zustände aus der Perinatalperiode treten mit einem steigenden Effekt von 3,2 Prozentpunkten hervor. Dieser zusätzliche Effekt wird aber wieder aufgelöst, wenn dies auch der Grund für den Krankenhausaufenthalt ist (-6,1). Die Krankenhausdiagnosen, die den Umzug in Wohn- und Pflegeeinrichtungen am wahrscheinlichsten machen, sind die psychischen und Verhaltensstörungen. Für inzident Pflegebedürftige ist dieser Effekt noch einmal deutlich höher (+5,5) als für prävalent Pflegebedürftige (+2,4).

Analyse der Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt kann zur Überbrückung genutzt werden, um sich gegebenenfalls den Zugang zu einer anderen Versorgungsart zu organisieren. Hier stellen sich die Fragen, welche Gruppen Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen und unter welchen Bedingungen es zu Veränderungen in der anschließenden Versorgungsart kommt.

Von denjenigen, die in Verbindung mit einem Krankenhausaufenthalt pflegebedürftig werden, nutzen 14,2 Prozent im Monat der Entlassung aus dem Krankenhaus Kurzzeitpflege (Tabelle 3.11). Das sind monatlich 3.177 inzident Pflegebedürftige (Tabelle 3.15). Von den prävalent Pflegebedürftigen mit informeller Pflege nutzen 6,2 Prozent und von den prävalent Pflegebedürftigen mit Unterstützung durch Pflegedienste 15,7 Prozent im Monate der Entlassung aus dem Krankenhaus Kurzzeitpflege (Tabelle 3.11). Von den prävalent Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege sind es zusammen nach einem Krankenhausaufenthalt durchschnittlich pro Monat 19.429, die die Kurzzeitpflege nutzen. Von den prävalent Pflegebedürftigen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen wie ambulant betreute Wohngruppen, Behinderteneinrichtungen und vollstationären Pflegeheimen sind es lediglich 378 pro Monat (Tabelle 3.15). In der Summe liegt der Anteilswert bei den Pflegebedürftigen, die vor dem Krankenhausaufenthalt in Wohn- und Pflegeeinrichtungen versorgt wurden, unter einem Prozent (Tabelle 3.11).

In Tabelle 3.14 wird die Wahrscheinlichkeit analysiert, dass Pflegebedürftige nach einem Krankenhausaufenthalt eine Kurzzeitpflege durchlaufen. In das Analysemodell aufgenommen sind das Jahr der Krankenhausaufnahme, die vorherigen Versorgungsarten in

der Pflege, die Pflegegrade, das Geschlecht, das Alter, die Dauer des Krankenhausaufenthalts, die Auslastung der pflegerischen Versorgungsstrukturen, die Vorerkrankungen und die Hauptdiagnosen des Krankenhausfalls.

Die Wahrscheinlichkeit einer Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausfall ist unter sonst gleichen Bedingungen seit 2017 kontinuierlich zurückgegangen. Für die Referenzkategorie (Jahr 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen) ist zum Jahr 2017 ein Anteil von 20,6 Prozent im Modell 1 in Tabelle 3.14 ermittelt worden. Dieser Anteil geht bis 2022 um 5,6 Prozentpunkte zurück auf 15,0 Prozent.

Der Anteil der inzident Pflegebedürftigen mit anschließender Kurzzeitpflege liegt um 6,6 Prozentpunkte höher als für die Referenzkategorie, Pflegebedürftige mit informeller Pflege und Pflegegrad 2. Mit höherem Pflegegrad steigt auch die Wahrscheinlichkeit der Kurzzeitpflege. Mit den Pflegegraden 3 bis 5 ist der Anteil zwischen 1,9 und 2,5 Prozentpunkten höher als mit Pflegegrad 2. Mit Pflegegrad 1 ist er hingegen um 1,9 Prozentpunkte geringer. Gegenüber den Pflegebedürftigen in informeller Pflege haben die Pflegebedürftigen im Sachleistungsbezug einen um 6,5 Prozentpunkte höheren Anteil mit einer Kurzzeitpflege nach dem Krankenhausfall. Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, in Behinderteneinrichtungen und in vollstationärer Dauerpflege nutzen die Kurzzeitpflege deutlich seltener. Letzteres ist insbesondere darin begründet, dass Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege in der Regel in dieses Arrangement zurückkehren und daher keine Übergangszeit benötigen, um sich ein neues Versorgungsarrangement aufzubauen.

Unter sonst gleichen Bedingungen ist die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege für Frauen wahrscheinlicher als für Männer, was auch mit dem unterschiedlichen häuslichen Pflegepotenzial zusammenhängt. Durch ihre geringere Lebenserwartung können Männer ihre Frauen seltener pflegen als umgekehrt. Dies führt dazu, dass gegebenenfalls andere Versorgungsformen gewählt werden müssen, wobei die Kurzzeitpflege als Überbrückung dienen kann. Die gleiche Argumentation greift bei den Effekten des Alters. Mit höherem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit der Kurzzeitpflege bei anzunehmendem Rückgang des familialen Pflegepotenzials.

Tabelle 3.14: Anteile mit einer Kurzzeitpflege im Entlassungsmonat in Prozent – lineare Regression

	Modell 1 alle Pflege- bedürftigen	Modell 2 nur inzident Pflegebedürftige	Modell 3 nur prävalent Pflegebedürftige
Referenz: Jahr 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen	20,6	58,2	17,3
Jahr			
2018	–1,0	–2,6	–0,8
2019	–2,2	–5,3	–1,9
2020	–3,9	–9,0	–3,4
2021	–4,1	–9,3	–3,6
2022	–5,6	–13,5	–4,9
Pflegeinzidenz im Monat der Krankenhausaufnahme			
Pflegeinzidenz	6,6	x	x
Pflegegrad im Vormonat des Krankenhausaufenthalts			
Pflegegrad 1	–1,9	x	–1,9
Pflegegrad 3	1,9	x	1,8
Pflegegrad 4	2,5	x	2,5
Pflegegrad 5	2,1	x	2,1
Pflegeleistung im Vormonat des Krankenhausaufenthalts			
Pflegesachleistung	6,5	x	6,6
ambulant betreute Wohngruppen	–7,1	x	–7,0
Behinderteneinrichtung	–2,9	x	–2,8
vollstationäre Dauerpflege	–9,7	x	–9,6
Geschlecht			
Frau	1,1	2,3	0,9
Alter			
0–14 Jahre	–8,6	–18,2	–7,9
15–59 Jahre	–6,5	–8,6	–6,2
60–74 Jahre	–3,2	–3,9	–3,1
85+ Jahre	3,2	4,4	3,1
Krankenhaustage			
Krankenhaustage	0,2	0,3	0,2

	Modell 1 alle Pflege- bedürftigen	Modell 2 nur inzident Pflegebedürftige	Modell 3 nur prävalent Pflegebedürftige
Referenz: Jahr 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen	20,6	58,2	17,3
Auslastung pflegerischer Kapazität			
Auslastung vollstationärer Einrichtungen (in Prozent: Pflegebedürftige im Pflegeheim je Plätze im Pflegeheim)	–0,2	–0,5	–0,2
Auslastung teilstationärer Einrichtungen (in Prozent: teilstationär versorgte Pflegebedürftige je teilstationäre Plätze in Pflegeeinrichtungen)	0,0	0,0	
Verhältnis Pflegebedürftige in häuslicher Pflege zu ambulant tätigem Pflegefachpersonal	0,3	0,5	0,3
Diagnosekapitel in der ambulanten Versorgung			
I Infektionen	–0,4	–0,6	–0,4
II Neubildungen	–0,4	–0,6	–0,4
III Krankheiten des Blutes	–0,4		–0,5
IV Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	–0,2	–0,8	
V psychische und Verhaltensstörungen	0,7	0,9	0,8
VI Krankheiten des Nervensystems	–0,6	–0,9	–0,5
VII Krankheiten des Auges	–0,5	–1,1	–0,4
VIII Krankheiten des Ohres	–0,2	–0,6	–0,2
IX Krankheiten des Kreislaufsystems	0,2	–1,4	0,4
X Krankheiten des Atmungssystems	–1,3	–2,2	–1,2
XI Krankheiten des Verdauungssystems	–0,4	–0,8	–0,4
XII Krankheiten der Haut und der Unterhaut	–0,4	–0,6	–0,4
XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	–0,4	–1,8	–0,2
XIV Krankheiten des Urogenitalsystems	–0,9	–1,3	–0,9
XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett			
XVI Zustände aus der Perinatalperiode	0,6		0,4
XVII Fehlbildungen und Chromosomenanomalien	–0,1	–0,5	–0,1
XVIII Symptome und abnorme Befunde			0,2
XIX Verletzungen, Vergiftungen	–0,2		–0,2
XX äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität			
XXI Gesundheitsrisiken und Untersuchungen	–1,8	–3,5	–1,5
XXII Schlüsselnummern für besondere Zwecke	–0,2		–0,2

	Modell 1 alle Pflege- bedürftigen	Modell 2 nur inzident Pflegebedürftige	Modell 3 nur prävalent Pflegebedürftige
Referenz: Jahr 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen	20,6	58,2	17,3
Hauptdiagnosen im Krankenhausfall – Diagnosekapitel			
I Infektionen	1,3	1,9	1,2
III Krankheiten des Blutes	–1,9	–2,9	–1,9
IV Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	3,1	5,2	2,9
V psychische und Verhaltensstörungen	–1,5	–1,7	–1,5
VI Krankheiten des Nervensystems	–0,6	–1,3	–0,6
VII Krankheiten des Auges	–4,6	–8,7	–4,5
VIII Krankheiten des Ohres	–3,5	–6,8	–3,3
IX Krankheiten des Kreislaufsystems	–1,4	–2,4	–1,4
X Krankheiten des Atmungssystems	0,2		0,2
XI Krankheiten des Verdauungssystems	–1,2	–0,9	–1,2
XII Krankheiten der Haut und der Unterhaut	–1,6	–2,3	–1,7
XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	–1,8	–4,3	–1,6
XIV Krankheiten des Urogenitalsystems	0,7	1,6	0,5
XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett			
XVI Zustände aus der Perinatalperiode	–6,7	–10,7	
XVII Fehlbildungen und Chromosomenanomalien	–0,7		–0,6
XVIII Symptome und abnorme Befunde	0,5		0,4
XIX Verletzungen, Vergiftungen	5,4	7,4	5,2
XX äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität			
XXI Gesundheitsrisiken und Untersuchungen	–3,1	–3,0	–3,2
XXII Schlüsselnummern für besondere Zwecke			

Anmerkung: Ausgewiesen sind nur signifikante Werte ($p < 0,05$); nicht berücksichtigte Variablen sind mit einem „x“ gekennzeichnet; ausführlichere Bezeichnung der Diagnosekapitel im Anhang; Referenzkategorie: Jahr 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen.

Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Die Dauer des Krankenhausaufenthalts kann für die Schwere der Erkrankung sprechen, wegen der das Krankenhaus aufgesucht wurde. Die Dauer kann aber auch ein Indiz dafür sein, dass erst die nachfolgende Pflege neu strukturiert werden muss. Mit jedem Tag, den der Krankenhausaufenthalt länger dauert, steigt die Wahrscheinlichkeit der anschließenden Kurzzeitpflege, was sich durch beide genannten Faktoren erklären lässt.

Die allermeisten Vorerkrankungen verringern die Wahrscheinlichkeit einer Kurzzeitpflege nach dem Krankenhausaufenthalt. Einzig die psychischen und Verhaltensstörungen (+0,7), die Krankheiten des Kreislaufsystems (+0,2), und die Zustände aus der Perinatalperiode (+0,6) steigern die Wahrscheinlichkeit der Kurzzeitpflege (Modell 1 in Tabelle 3.14). Erfasste Vorerkrankungen sind immer auch ein Zeichen dafür, dass entsprechende Behandlungen schon vorgenommen wurden. Die Bekanntheit der Erkrankungen kann somit im Vorfeld schon für eventuelle Anpassungen der pflegerischen Versorgung gesorgt haben, so dass eine Überbrückung mit der Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt nicht mehr so häufig nötig ist.

Viele Erkrankungen, die einen Krankenhausaufenthalt begründen, treten aber eher plötzlich ein, und die pflegebedürftige Person und das Umfeld sind weniger darauf vorbereitet. Im Vergleich zu der Referenzkategorie, dem Krankenhausaufenthalt wegen Neubildungen, ist die Wahrscheinlichkeit einer Kurzzeitpflege im Anschluss bei den meisten Fällen teils deutlich geringer. Auch ein Krankenhausaufenthalt mit der häufig pflegebegründenden Diagnose psychische oder Verhaltensstörungen führt seltener zum Übergang in die Kurzzeitpflege. Deutlich größere Wahrscheinlichkeiten als bei Krankenhausaufenthalten wegen Neubildungen gibt es nur bei Krankenhausaufenthalten wegen Verletzungen, Vergiftungen und bestimmter anderer Folgen äußerer Ursachen, endokriner, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie bestimmter infektiöser und parasitärer Krankheiten (Modell 1 in Tabelle 3.14). Das sind in der Regel Erkrankungen, die nicht schleichend, sondern eher plötzlich auftreten.

Modell 3 in Tabelle 3.14 zeigt die Effekte ausschließlich für die prävalent Pflegebedürftigen. Außer dass mit dem Basiswert für die Referenzkategorie ein Anteil von 17,3 Prozent mit Kurzzeitpflege ausgewiesen wird, unterscheiden sich die Effekte für die prävalent Pflegebedürftigen kaum von den Effekten im Gesamtmodell.

Für die inzident Pflegebedürftigen (Modell 2 in Tabelle 3.14) gibt es aber an manchen Stellen andere Effekte als im Gesamtmodell. Für die Referenzkategorie wird mit 58,2 Prozent ein deutlich höherer Anteil mit anschließender Kurzzeitpflege ausgewiesen. Die Reduktion von bis zu 13,5 Prozentpunkten über die Jahre bis 2022 fällt deutlich größer aus als im Gesamtmodell. Für die Referenzkategorie wird somit für das Jahr nur noch ein Anteil von 44,7 Prozent ermittelt. Für inzident pflegebedürftige Frauen ist der Anteil mit einer Kurzzeitpflege nach dem Krankenhausaufenthalt sogar um 2,3 Prozentpunkte höher als für Männer. Das Alter hat einen bedeutend größeren Effekt als im Gesamtmodell.

Jeder Tag des Krankenhausaufenthalts erhöht für inzident Pflegebedürftige den Anteil mit anschließender Kurzzeitpflege um 0,3 Prozentpunkte. Mit jedem Prozentpunkt der Auslastung der stationären pflegerischen Versorgung sinkt der Anteil mit Kurzzeitpflege um 0,5 Prozentpunkte, wobei mit jeder ambulant pflegebedürftigen Person je ambulant tätigen Pflegefachkraft der Anteil der Kurzzeitpflege um 0,5 Prozentpunkte steigt (Modell 2 in Tabelle 3.14).

Ein Mangel an ambulanter Versorgungsstruktur steigert die Nutzung von Kurzzeitpflege.

Vorerkrankungen und Krankenhausdiagnosen haben für inzident Pflegebedürftige (Modell 2 in Tabelle 3.14) in aller Regel dieselbe Wirkrichtung wie im Gesamtmodell 1. Die Ausschläge sind meist etwas höher, was aber auch an dem deutlich höheren Ausgangswert von 58,2 Prozent für inzident Pflegebedürftige im Vergleich zu 17,3 Prozent für prävalent Pflegebedürftige liegt. Krankenhausfälle wegen Infektionen, Neubildungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten des Urogenitalsystems oder Verletzungen und Vergiftungen führen am meisten zur anschließenden Kurzzeitpflege.

Sehr wenige (8,8 Prozent) der inzident Pflegebedürftigen, die im Entlassungsmonat Kurzzeitpflege nutzen, wurden einen Monat später nur durch Angehörige versorgt (Tabelle 3.15). Mehr als ein Viertel von ihnen beziehen Pflegesachleistungen, aber etwa die Hälfte wechselt in die vollstationäre Dauerpflege. 11,9 Prozent sind dann sogar schon verstorben. Der Anteil der Verstorbenen liegt nach der Kurzzeitpflege somit um ein Drittel höher als bei der Gesamtheit der mit Krankenhausaufenthalt inzident Pflegebedürftigen, bei denen der Anteil der Verstorbenen bei 8,9 Prozent liegt (Tabelle 3.9). Auch wurde die formelle Pflege häufiger genutzt als in der Gesamtheit der mit Krankenhausaufenthalt

inzident Pflegebedürftigen (vergleiche Tabelle 3.12). Für inzident Pflegebedürftige mit Krankenhausaufenthalt ist die anschließende Kurzzeitpflege somit ein starkes Indiz für eine schwerere Pflegebedürftigkeit oder mangelnde familiäre Pflegekapazität.

**Kurzzeitpflege häufig
Überbrückung in andere
Versorgungsart**

Zwar findet sich ein Großteil der Pflegebedürftigen, die vor dem Krankenhausaufenthalt durch informelle Pflege, durch Pflegedienste, in ambulant betreuten Wohngruppen oder in Behinderteneinrichtungen versorgt wurden, auch nach der Kurzzeitpflege in der vorherigen Versorgungsart wieder, aber ein vergleichbar großer Anteil wechselte auch in die vollstationäre Dauerpflege. Umgekehrt ist aber auch der Übergang von vollstationärer Dauerpflege in die ambulante Versorgung über den Umweg der Kurzzeitpflege möglich – aber deutlich unwahrscheinlicher (Tabelle 3.15). Insgesamt sind die Wechsel nach einer Kurzzeitpflege in alle Richtungen häufiger als bei der Gesamtheit der Krankenhausfälle (vergleiche Tabelle 3.12). Die Kurzzeitpflege dient somit sehr häufig als Überbrückungszeit für den Übergang in eine neue Versorgungsart.

Tabelle 3.15: Versorgungsart einen Monat nach Entlassung aus dem Krankenhaus mit anschließender Kurzzeitpflege 2017–2022

Ausgangszustand	Zielzustand im Monat der Krankenhausentlassung in Prozent								
	Anzahl pro Monat	ohne Pflegegrad	informelle Pflege	Pflegesachleistung	ambulant betreute Wohngruppen	Behinderteneinrichtung	vollstationäre Dauerpflege	tot	Status unbekannt
inzident pflegebedürftig	3.177	0,0	8,8	28,7	0,2	0,0	50,1	11,9	0,3
informelle Pflege im Vormonat	8.694	0,0	38,1	12,3	0,2	0,0	36,6	12,3	0,3
Pflegesachleistung im Vormonat	10.735	0,0	1,6	41,3	0,2	0,0	43,7	12,8	0,3
ambulant betreute Wohngruppen im Vormonat	33	0,0	1,5	4,1	39,5	0,0	39,5	13,8	1,0
Behinderteneinrichtung im Vormonat	41	0,0	0,4	3,3	0,0	52,3	37,0	6,2	0,4
vollstationäre Dauerpflege im Vormonat	304	0,1	9,0	15,8	0,3	0,0	55,4	18,8	0,7

Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Die Bestimmungsfaktoren für den veränderten Anteil in stationäre Pflege nach der Kurzzeitpflege werden in Tabelle 3.16 dargestellt. Modelliert sind die Effekte für alle Pflegebedürftigen (Modell 1), für inzident Pflegebedürftige (Modell 2) und prävalent Pflegebedürftige (Modell 3). In das Analysemodell aufgenommen sind das Jahr der Krankenhausaufnahme, die vorherigen Versorgungsarten in der Pflege, die Pflegegrade, das Geschlecht, das Alter, die Dauer des Krankenhausaufenthalts, die Auslastung der pflegerischen Versorgungsstrukturen, die Vorerkrankungen und die Hauptdiagnosen des Krankenhaufenthalts. Die Todesfälle sind für diese Analyse ausgeschlossen.

Von den Pflegebedürftigen der Referenzkategorie, die im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt in Einrichtungen der Kurzzeitpflege versorgt werden, sind mehr als die Hälfte im Monat darauf in Wohn- und Pflegeeinrichtungen (Behinderteneinrichtungen, ambulant betreute Wohngemeinschaften oder vollstationäre Dauerpflege) untergebracht. Dieser Anteil erhöhte sich in den Coronajahren noch einmal deutlich um mehr als zehn Prozentpunkte. Inzident Pflegebedürftige haben einen um fast 20 Prozentpunkte erhöhten Anteil. Prävalent Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 1 und 3 bis 5 haben eine größere Wahrscheinlichkeit als Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2, nach dem Krankenhausaufenthalt in Wohn- und Pflegeeinrichtungen versorgt zu werden. Dabei ist der Umzug in solche Einrichtungen für Pflegebedürftige im Sachleistungsbezug (+9,2) wahrscheinlicher als für Pflegebedürftige in informeller Pflege (Modell 1 in Tabelle 3.16).

höhere Wahrscheinlichkeit eines Umzugs in eine Wohn- und Pflegeeinrichtung nach Kurzzeitpflege für inzident Pflegebedürftige als für prävalent Pflegebedürftige

Auch nach der Kurzzeitpflege ziehen Frauen häufiger als Männer in Wohn- und Pflegeeinrichtungen um. Die starke Altersabhängigkeit eines solchen Umzugs bleibt auch nach der Kurzzeitpflege erhalten. Jüngere Pflegebedürftige werden weiterhin eher in der eigenen Häuslichkeit versorgt (Modell 1 in Tabelle 3.16).

Die Dauer des Krankenhausaufenthalts hat für den Umzug in Wohn- und Pflegeeinrichtungen nach Kurzzeitpflege keinen signifikanten Effekt. Die pflegerische Versorgungsstruktur hat unterschiedliche Wirkrichtungen. Mit einer höheren Auslastung ist auch eine höhere Wahrscheinlichkeit eines Umzugs verbunden. Mit einer höheren Auslastung der ambulanten Versorgung verringert sich hingegen die Wahrscheinlichkeit (Modell 1 in Tabelle 3.16).

Tabelle 3.16: Veränderung des Anteils in Wohn- und Pflegeeinrichtungen im Monat nach der Kurzzeitpflege im Anschluss an die Krankenhausauflassung im Vergleich zum Monat vor dem Krankenhausaufenthalt – lineare Regression

	Modell 1 alle Pflegebe- dürftigen	Modell 2 nur inzident Pfe- gebedürftige	Modell 3 nur prävalent Pflegebedürftige
Referenz: Jahr 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen; ohne Todesfälle	51,4	104,6	46,4
Jahr			
2018	2,9		3,2
2019	5,8	4,3	6,1
2020	10,4	6,6	11,1
2021	15,7	9,1	16,7
2022	16,9	7,4	18,3
Pflegeinzidenz im Monat der Krankenhausaufnahme			
Pflegeinzidenz	19,5	x	x
Pflegegrad im Vormonat des Krankenhausaufenthalts			
Pflegegrad 1	14,0	x	14,0
Pflegegrad 3	7,4	x	7,5
Pflegegrad 4	13,3	x	13,4
Pflegegrad 5	10,5	x	10,6
Pflegeleistung im Vormonat des Krankenhausaufenthalts			
Pflegesachleistung	9,2	x	9,2
ambulant betreute Wohngruppen	–44,2	x	–44,2
Behinderteneinrichtung	–41,0	x	–40,4
vollstationäre Dauerpflege	–76,9	x	–77,1
Geschlecht			
Frau	0,7		0,7
Alter			
0–14 Jahre	–21,0		–21,1
15–59 Jahre	–4,8		–6,1
60–74 Jahre	–2,4	–2,5	–2,3
85+ Jahre	4,3	5,6	4,1
Krankenhaustage			
Krankenhaustage			

	Modell 1 alle Pflegebe- dürftigen	Modell 2 nur inzident Pfl- gebedürftige	Modell 3 nur prävalent Pflegebedürftige
Referenz: Jahr 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen; ohne Todesfälle	51,4	104,6	46,4
Auslastung pflegerischer Kapazität			
Auslastung vollstationärer Einrichtungen (in Prozent: Pflegebedürftige im Pflegeheim je Plätze im Pflegeheim)	0,2		0,3
Auslastung teilstationärer Einrichtungen (in Prozent: teilstationär versorgte Pflegebedürftige je teilstationäre Plätze in Pflegeeinrichtungen)	–0,1	–0,1	–0,1
Verhältnis Pflegebedürftige in häuslicher Pflege zu ambulant tätigem Pflegefachpersonal	–0,4		–0,5
Diagnosekapitel in der ambulanten Versorgung			
I Infektionen	–1,3	–1,9	–1,2
II Neubildungen	1,2		1,3
III Krankheiten des Blutes	–0,7		–0,7
IV Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten			
V psychische und Verhaltensstörungen	2,4	2,4	2,4
VI Krankheiten des Nervensystems	–2,5		–2,7
VII Krankheiten des Auges	–1,3	–1,4	–1,3
VIII Krankheiten des Ohres		–1,5	
IX Krankheiten des Kreislaufsystems	–2,3		–2,4
X Krankheiten des Atmungssystems	–1,9		–2,0
XI Krankheiten des Verdauungssystems			
XII Krankheiten der Haut und der Unterhaut	–1,2		–1,3
XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	–1,9	–2,9	–1,6
XIV Krankheiten des Urogenitalsystems	–2,1		–2,3
XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	–8,1		
XVI Zustände aus der Perinatalperiode			
XVII Fehlbildungen und Chromosomenanomalien	–0,6		
XVIII Symptome und abnorme Befunde	–1,3	–1,6	–1,2
XIX Verletzungen, Vergiftungen	–0,7		–0,8
XX äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität			
XXI Gesundheitsrisiken und Untersuchungen	–3,5	–4,1	–3,3
XXII Schlüsselnummern für besondere Zwecke			

	Modell 1 alle Pflegebe- dürftigen	Modell 2 nur inzident Pfe- gebedürftige	Modell 3 nur prävalent Pflegebedürftige
Referenz: Jahr 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen; ohne Todesfälle	51,4	104,6	46,4
Hauptdiagnosen im Krankenhausfall – Diagnosekapitel			
I Infektionen	–12,6	–11,2	–13,1
III Krankheiten des Blutes	–7,5		–8,1
IV Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	–10,1	–8,1	–10,6
V psychische und Verhaltensstörungen	–2,2		–3,2
VI Krankheiten des Nervensystems	–8,9	–4,7	–9,7
VII Krankheiten des Auges	–19,7	–28,2	–19,5
VIII Krankheiten des Ohres	–20,3	–23,7	–20,0
IX Krankheiten des Kreislaufsystems	–13,8	–12,8	–14,2
X Krankheiten des Atmungssystems	–13,2	–12,9	–13,5
XI Krankheiten des Verdauungssystems	–14,7	–13,3	–15,2
XII Krankheiten der Haut und der Unterhaut	–11,6		–12,6
XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	–22,1	–19,2	–22,8
XIV Krankheiten des Urogenitalsystems	–11,4	–9,6	–11,9
XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett			
XVI Zustände aus der Perinatalperiode			
XVII Fehlbildungen und Chromosomenanomalien	–17,5		–19,1
XVIII Symptome und abnorme Befunde	–11,2	–7,6	–12,0
XIX Verletzungen, Vergiftungen	–18,5	–18,3	–18,8
XX äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität			
XXI Gesundheitsrisiken und Untersuchungen	–14,2		–15,7
XXII Schlüsselnummern für besondere Zwecke			

Anmerkung: Ausgewiesen sind nur signifikante Werte ($p < 0,05$); nicht berücksichtigte Variablen sind mit einem „x“ gekennzeichnet; ausführlichere Bezeichnung der Diagnosekapitel im Anhang; Referenzkategorie: Jahr 2017, Pflegegrad 2, Mann, Alter 75–84 Jahre, keine der Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthalt mit Neubildungen; ohne Todesfälle.
Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Vorerkrankungen, die einen Umzug in Wohn- und Pflegeeinrichtungen wahrscheinlicher machen, sind Neubildungen (+1,2) und psychische und Verhaltensstörungen (+2,4). War Neubildung ursächlich für den Krankenhausfall mit anschließender Kurzzeitpflege, ist der Umzug wahrscheinlicher als bei allen anderen Krankenhausfällen. Die Anteile liegen bei anderen Hauptdiagnosen meist zwischen 10 und 20 Prozentpunkte niedriger (Modell 1 in Tabelle 3.16).

Für prävalent Pflegebedürftige (Modell 3 in Tabelle 3.16) unterscheiden sich die Effekte auf die pflegerische Versorgung nach der Kurzzeitpflege nicht sehr vom Gesamtmodell (Modell 1 in Tabelle 3.16). Für inzident Pflegebedürftige (Modell 2 in Tabelle 3.16) ist die höhere Wahrscheinlichkeit, überhaupt in Wohn- und Pflegeeinrichtungen umzuziehen, zu erwähnen. Zudem sind die Steigerungen in den Coronajahren nicht so ausgeprägt wie für die prävalent Pflegebedürftigen. Ansonsten streuen die Effekte teilweise mehr als im Gesamtmodell und sind teilweise auch nicht signifikant, was aber auch an den geringeren Fallzahlen in den einzelnen Subkategorien liegen kann.

3.3 Diskussion

3.3.1 Inzidente Pflegefälle im Krankenhaus

Für diejenigen Personen, die im Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt als pflegebedürftig eingestuft werden, stellen sich die Fragen nach der medizinischen Begründung des Krankenhausaufenthalts, nach der Verweildauer im Krankenhaus und nach der pflegerischen Versorgungsart nach dem Krankenhausaufenthalt.

Medizinische Begründung des Krankenhausaufenthalts

Etwa jede vierte Pflegeinzidenz beginnt mit einem Krankenhausfall (Tabelle 3.1). In den Jahren 2017 bis 2019 ist jeder dritte bis vierte Fall davon ein potenziell vermeidbarer Krankenhausfall gewesen. In den Coronajahren hat sich der Anteil auf jeden vierten bis jeden fünften Fall reduziert (vergleiche Tabelle 3.1 und Tabelle 3.3). Eine mögliche Erklärung für die allgemeine Reduktion der Krankenhausfälle in den Coronajahren ist, dass Krankenseinweisungen, die mit dem Risiko verbunden waren, dass das Virus bei Entlassung so in das Heim gelangt, wenn möglich vermieden wurden. Die Wahrschein-

lichkeit eines ASK oder PSK wurde aber noch mehr verringert als die Gesamtheit der Krankenhausfälle, was die geringere Schwere dieser Krankenhausfälle beziehungsweise die Vermeidbarkeit unterstreicht. In der Analyse der Pflegeinzidenz mit Krankenhausaufenthalt bestätigt sich diese Entwicklung. Unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen blieben die Wahrscheinlichkeiten einer Pflegeinzidenz mit Krankenhausaufenthalt in den Jahren 2017 bis 2022 sehr konstant, während die Wahrscheinlichkeit der potenziell vermeidbaren Krankenhausfälle in diesem Zusammenhang in den Coronajahren leicht zurückging (Tabelle 3.5).

Deutlich überproportional häufig sind für inzident Pflegebedürftige Krebserkrankungen die Ursache des Krankenhausaufenthalts. Überproportional häufig sind zudem Volumenmangel (Dehydratation), Delir, primäres Parkinson-Syndrom, Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, durch Bakterien oder Erregern verursachte Pneumonien, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, akutes Nierenversagen, Störungen des Ganges und der Mobilität sowie Frakturen (Tabelle 3.2).

Die Wahrscheinlichkeit einer Pflegeinzidenz in Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt ist für die älteste Altersgruppe (85+ Jahre) fast dreimal so hoch wie für die Altersgruppe 75 bis 84 Jahre. Für die jüngere Altersgruppe beträgt das Risiko im Vergleich zur Altersgruppe 75 bis 84 Jahre nur ein Zwanzigstel. Für Frauen ist die Wahrscheinlichkeit noch etwas geringer als für Männer (Tabelle 3.5).

Es gibt einige Vorerkrankungen, die die Pflegeinzidenz in Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt wahrscheinlicher machen. Dazu zählen Neubildungen, Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, psychische und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Nervensystems, Krankheiten des Kreislaufsystems, Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind, sowie äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität. Allen voran steigern aber bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, die Wahrscheinlichkeit (Tabelle 3.5).

Verweildauer im Krankenhaus

Eine längere Verweildauer im Krankenhaus kann ein Zeichen für eine schwerere Erkrankung sein. Sie kann aber auch ein Indiz dafür sein, dass anschließend notwendige Versorgungsmaßnahmen nicht im gewünschten Maße angeboten werden. Die Kurzzeitpflege hat dabei sehr oft eine Überbrückungsfunktion.

Die Verweildauer im Krankenhaus ist für inzident Pflegebedürftige um mehr als drei Tage länger als für prävalent Pflegebedürftige (Tabelle 3.6). Dieser Unterschied bestätigt sich auch im Regressionsmodell unter Kontrolle von Jahr, Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen und Krankenhausdiagnosen (Tabelle 3.7). Obwohl die Vorerkrankungen und die Hauptdiagnosen in die Berechnungsmodelle eingeschlossen wurden, lässt sich aus den Ergebnissen nicht ermitteln, ob die Begründung für eine längere Verweildauer nun im höheren Schweregrad der Krankheitsfälle oder in einer notwendigen Überbrückungszeit liegt. Diejenigen inzident Pflegebedürftigen, die im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt noch eine Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, haben eine um mehr als drei Tage längere Verweildauer im Krankenhaus. Die anschließende Kurzzeitpflege kann aber ebenso ein Zeichen für die Schwere der Erkrankung wie für eine nicht ausreichende pflegerische Versorgungskapazität oder Ausdruck von Suchprozessen sein, die längere Zeit in Anspruch nehmen. Je höher die Auslastung der ambulanten Versorgungskapazität ist, desto länger dauert unter sonst gleichen Bedingungen der Krankheitsfall (Modell 2 in Tabelle 3.7). Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass eine Überbrückung gebraucht wird, um anschließend möglichst in die ambulante Versorgung zu wechseln.

Versorgungsart der Langzeitpflege nach dem Krankenhausaufenthalt

Etwas über die Hälfte (53,5 Prozent) der mit Krankenhausaufenthalt inzident Pflegebedürftigen nutzt im Entlassungsmonat informelle Pflege, etwa vier von zehn (39,8 Prozent) nutzen einen Pflegedienst und 6,4 Prozent kommen in die vollstationäre Dauerpflege (Tabelle 3.11). Von 14,2 Prozent der aus dem Krankenhaus entlassenen Pflegebedürftigen wird im Entlassungsmonat Kurzzeitpflege genutzt, die vielfach zur Überbrückung eingesetzt wird, um die passende Versorgungsart zu finden. Einen Monat

später sind 8,9 Prozent der inzident Pflegebedürftigen verstorben. Die Anteile in der informellen Pflege reduzieren sich auf 50,4 Prozent und im Bezug von Sachleistungen auf 28,4 Prozent. Der Anteil in vollstationärer Pflege ist dann hingegen auf 11,8 Prozent gestiegen (Tabelle 3.12).

Der Anteil der inzident Pflegebedürftigen, die im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt in Wohn- und Pflegeeinrichtungen (vollstationäre Dauerpflege, Behinderteneinrichtungen, ambulant betreute Wohngruppen) umgezogen sind, lag in den Jahren 2021 und 2022 unter Kontrolle der weiteren Variablen um etwa 1,5 Prozentpunkte höher als im Jahr 2017 (Tabelle 3.13). Dies könnte mit der höheren Sterblichkeit im Pflegeheim in den Wintermonaten 2020 und 2021 (Rothgang & Müller, 2022, S. 150) und den damit frei werdenden Kapazitäten im Zusammenhang stehen.

Der Umzug in Wohn- und Pflegeeinrichtungen im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt ist für Frauen und ältere Pflegebedürftige unter Kontrolle der weiteren Variablen wahrscheinlicher als für Männer und jüngere Pflegebedürftige (Tabelle 3.13). Dies entspricht auch der Verteilung der Pflegebedürftigen nach Alter und Geschlecht, wie sie der Pflegestatistik zu entnehmen ist (Abbildung 2.2 in Kapitel 2.1.1.).

Für inzident Pflegebedürftige sind psychische und Verhaltensstörungen sowohl als Vorerkrankung als auch als Krankenhausdiagnose positiv mit der Wahrscheinlichkeit eines Umzugs in Wohn- und Pflegeeinrichtungen korreliert. Weitere Krankenhausdiagnosen, die noch stärker als Neubildungen zum Umzug nach dem Krankenhausaufenthalt führen, sind Infektionen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten des Nervensystems und Krankheiten des Urogenitalsystems (Tabelle 3.13).

14,2 Prozent der inzident Pflegebedürftigen nutzen nach dem Krankenhausaufenthalt die Kurzzeitpflege und damit mehr als doppelt so viel wie prävalent Pflegebedürftige mit informeller Pflege (Tabelle 3.11). Diese in der Regel als Überbrückung genutzte Leistung ist im Verlauf der Jahre 2017 bis 2022 von inzident Pflegebedürftigen immer weniger genutzt worden (Tabelle 3.14).

Frauen und ältere Pflegebedürftige nutzen die Kurzzeitpflege häufiger als Männer und jüngere Pflegebedürftige (Tabelle 3.14). Dies lässt sich mit dem unterschiedlichen häuslichen Partnerpflegepotenzial erklären, das vor allem aus der geringeren Lebenserwartung der Männer resultiert. Insbesondere Frauen im höheren Alter haben häufig keinen Partner mehr, der die Pflege übernehmen kann. Die Kurzzeitpflege dient dann als Überbrückung, um eine geeignete Versorgungsform zu finden.

Je geringer die Auslastung in der stationären Pflege und je höher die Auslastung in der ambulanten Pflege im Bundesland ist, desto wahrscheinlicher ist eine zwischenzeitliche Kurzzeitpflege (Tabelle 3.14). Dies spricht dafür, dass weniger auf einen geeigneten stationären Versorgungsplatz, sondern viel mehr auf eine ambulante Versorgungsmöglichkeit gewartet wird.

Nachdem inzident Pflegebedürftige nach dem Krankenhausaufenthalt die Kurzzeitpflege genutzt haben, findet sich die Hälfte von ihnen einen Monat später doch in der vollstationären Dauerpflege. Rund zwölf Prozent sind dann verstorben und rund 38 Prozent in häuslicher Pflege (Tabelle 3.15). Der mögliche Wunsch nach einer ambulanten Versorgung wird in den meisten Fällen somit nicht erfüllt.

Wenn der Weg nach dem Krankenhausaufenthalt über die Kurzzeitpflege geht, dann ist die Wahrscheinlichkeit bei einer Neubildung als Krankenhausdiagnose am größten, anschließend in eine Wohn- und Pflegeeinrichtung umzuziehen (Tabelle 3.16). Die Kurzzeitpflege im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt erscheint somit nicht nur als eine Maßnahme zur Überbrückung, bis eine geeignete Versorgungsform gefunden wird. Mit der deutlich längeren Krankenhausbauer (Tabelle 3.7) und den mit der Kurzzeitpflege verbundenen Erkrankungen ist die Kurzzeitpflege auch ein Indikator für die Schwere der Erkrankungen.

3.3.2 Krankenhausversorgung für prävalent Pflegebedürftige

Pflegebedürftigkeit begründet sich aus verschiedenen gesundheitsbedingten Einschränkungen. Verbunden damit ist also eine Vielzahl von Vorerkrankungen bei Pflegebedürftigen zu vermuten, die in dem Umfang bei den nicht Pflegebedürftigen nicht in dem Ausmaß gegeben sind. Die Krankenhausdiagnosen und die Verweildauern im Krankenhaus

könnten sich daher zwischen den nicht Pflegebedürftigen und den Pflegebedürftigen unterscheiden. Pflegebedürftige werden nach bisherigen Ergebnissen aber oftmals auch unnötig ins Krankenhaus eingewiesen. Verkürzte Krankenhausaufenthalte wie auch ambulant-sensitive oder Pflegeheim-sensitive Diagnosen beim Krankenhausaufenthalt können hierfür Indizien sein.

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt kann eine Änderung der Versorgungsart in der Langzeitpflege nötig werden, weil der Grund des Krankenhausaufenthalts eine schwerwiegende Erkrankung ist. Kapazitätsengpässe können dabei gewünschte Wechsel behindern.

Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts

In den Jahren 2017 bis 2019 hatten durchschnittlich pro Monat mehr als sieben Prozent der prävalent Pflegebedürftigen mindestens einen Krankenhausaufenthalt. In den Coronajahren ist dieser Anteilswert auf etwas über sechs Prozent zurückgegangen. Insgesamt lag die monatliche Wahrscheinlichkeit damit etwa viermal so hoch wie für nicht Pflegebedürftige (Tabelle 3.1). Allerdings unterscheiden sich Pflegebedürftige und nicht Pflegebedürftige in einer Reihe von Merkmalen – allen voran im Alter, in der Geschlechterverteilung und damit verbunden in den Vorerkrankungen. Unter Kontrolle dieser Merkmale bleibt dennoch ein Unterschied zwischen Pflegebedürftigen und nicht Pflegebedürftigen bestehen. Die monatliche Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt liegt für Pflegebedürftige je nach Versorgungsart zwischen 1,2 (Behinderteneinrichtung) und 5,3 Prozentpunkte (im Sachleistungsbezug) höher als für nicht Pflegebedürftige (Tabelle 3.4). Pflegebedürftige verursachen bei gleichen Bedingungen somit häufiger Krankenhausaufenthalte als nicht Pflegebedürftige.

Potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte

Die Wahrscheinlichkeit für einen potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalt ist für pflegebedürftige höher als für nicht pflegebedürftige Personen. Während für prävalent pflegebedürftige die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts etwa fünfmal so hoch ist wie für nicht pflegebedürftige Personen (Tabelle 3.1), ist die Wahrscheinlichkeit eines ASK oder PSK sogar etwa zehnmal so hoch (Tabelle 3.3).

In der Analyse der Wahrscheinlichkeiten von Krankenhausaufenthalten, ASK und PSK wurden teilweise unterschiedliche Bestimmungsgründe gefunden. Die potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalte (ASK und PSK) sind in den Jahren 2018 und 2019 ebenso etwas zurückgegangen wie die Krankenhausaufenthalte insgesamt (Tabelle 3.4). In den Coronajahren 2020 bis 2022 fällt der Rückgang in allen Fällen deutlicher aus (Tabelle 3.5).

Für die Wahrscheinlichkeit eines ASK werden für Pflegebedürftige in den verschiedenen Versorgungsarten und Pflegegraden ähnliche Effekte im Modell ermittelt wie für die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts überhaupt. Die Effekte aller Versorgungsarten sind für die PSK allerdings größer als für die ASK. Das heißt, der Unterschied zwischen Pflegebedürftigen und nicht Pflegebedürftigen hinsichtlich der Häufigkeit von PSK ist größer als der Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit von ASK. Die ASK und die PSK sind dabei nicht nur für Pflegebedürftige in Pflegeheimen überproportional häufig, sondern auch für alle anderen Pflegebedürftigen. Die PSK sind somit nicht nur Pflegeheim-sensitiv, sondern allgemein pflegesensitiv.

Dauer des Krankenhausaufenthalts

Die Krankenhausfälle dauern für prävalent Pflegebedürftige rund drei Tage länger und für inzident Pflegebedürftige rund fünf Tage länger als für nicht Pflegebedürftige (Tabelle 3.6). Dieser Unterschied kann wiederum durch die unterschiedliche Altersstruktur, Geschlechterverteilung und Krankengeschichte begründet sein. Aber auch im Regressionsmodell, in dem diese Faktoren sowie die Krankenhausdiagnosen kontrolliert wurden, zeigen sich Unterschiede in den Krankenhausaufenthalten. Für inzident Pflegebedürftige sind sie auch unter Kontrolle dieser Merkmale noch mehr als drei Tage länger und für prävalent Pflegebedürftige je nach Pflegegrad und Versorgungsart noch einen halben Tag bis zweieinhalb Tage länger als für nicht Pflegebedürftige. Für diejenigen, die im Anschluss noch eine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen haben, waren die Krankenhausaufenthalte durchschnittlich noch einmal mehr als sechs Tage länger als für nicht Pflegebedürftige.

Die durchschnittlich längere Krankenhausdauer für Pflegebedürftige – auch bei Kontrolle der Krankenhausdiagnosen – deutet darauf hin, dass die Behandlungen für Pflegebedürftige schwerwiegender sind als für nicht Pflegebedürftige. Die Multimorbidität – also das Vorliegen mehrerer Erkrankungen – ist bei Pflegebedürftigen sehr ausgeprägt (Rothgang et al., 2013, S. 158). Ein weiterer Faktor für eine längere Krankenhausdauer ist aber auch die gegebenenfalls notwendige Organisation anderer pflegerischer Versorgungsarten nach dem Krankenhausaufenthalt. Dies zeigt sich insbesondere bei der Verlängerung der Krankenhausaufenthalte, wenn anschließend eine Kurzzeitpflege genutzt wird. Diese wird in der Regel als Überbrückung in eine neue Versorgungsart verwendet. Wenn die Überbrückungsmöglichkeit mit der Kurzzeitpflege und auch die weiteren pflegerischen Versorgungsstrukturen nicht ausreichend vorhanden sind, können verlängerte Krankenhausaufenthalte die Folge sein. Der Auftrag, für eine ausreichende Pflegeinfrastruktur zu sorgen, liegt prinzipiell bei den Ländern (§ 9 SGB XI). Allerdings findet eine Bedarfsplanung analog zur Krankenhausplanung nicht statt.

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wurde im Jahr 2021 die Möglichkeit der Übergangspflege im Krankenhaus geschaffen. Es besteht für bis zu zehn Tagen ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus unter anderem dann, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung erforderliche Pflegeleistungen nach SGB XI nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können (§ 39e SGB V). Diese Leistung ist aber bislang noch selten genutzt worden. In den BARMER-Daten finden sich nur 78 Fälle für das Jahr 2022, was in der Hochrechnung für Deutschland 47 Fälle je Monat und somit 564 Fälle im gesamten Jahr bedeutet. Für eine vertiefende Analyse der Wirkung ist die Fallzahl damit noch zu gering. Allein die Schaffung dieser gesetzlichen Grundlage macht aber schon deutlich, dass hier ein entsprechendes Problembewusstsein vorhanden ist – auch wenn die gewählten Maßnahmen (noch) keinen Effekt zeigen.

Wechsel der Versorgungsart der Langzeitpflege nach dem Krankenhausaufenthalt

Für etwa 20 Prozent der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 vor dem Krankenhausaufenthalt kommt es im Monat der Krankenhauserlassung zu einer Erhöhung des Pflegegrads. Selbst bei den Pflegebedürftigen, die mit Pflegegrad 4 bereits sehr hoch eingestuft sind, werden immer noch fast vier Prozent im Entlassungsmonat höhergestuft (Ta-

belle 3.8). Eine Reduktion ist im Entlassungsmonat wie auch im Monat danach die große Ausnahme (Tabelle 3.8 und Tabelle 3.9). Der Anteil der Verstorbenen ist einen Monat nach dem Krankenhausaufenthalt mit 4,7 Prozent bis 18,2 Prozent je nach Pflegegrad und mit 8,9 Prozent für die inzident Pflegebedürftigen (Tabelle 3.9) deutlich höher als in der Gesamtheit der Pflegebedürftigen (Abbildung 2.16). In der Gesamtheit der Pflegebedürftigen liegen die monatlichen Mortalitätsraten für die Pflegegrade 1 und 2 unter einem Prozent und für Pflegegrad 5 um fünf Prozent. Die Krankenhausfälle sind also überwiegend nicht als Verschiebebahnhöfe aus der pflegerischen Versorgung zu bewerten, sondern als notwendige Maßnahmen in schwerwiegenden Krankheitsfällen.

Verbunden mit den Krankenhausfällen beziehungsweise mit den Erkrankungen, die den Krankenhausaufenthalten zugrunde liegen, sind im Anschluss auch Wechsel der pflegerischen Versorgungsart sehr wahrscheinlich. Schon im Monat der Krankenhausentlassung kommt es für 5,6 Prozent der bislang informell versorgten Pflegebedürftigen zur Inanspruchnahme eines Pflegedienstes und für 2,7 Prozent zum Umzug in ein Pflegeheim. Von den Pflegebedürftigen, die bislang durch Pflegedienste versorgt wurden, zogen sogar 8,1 Prozent schon im Entlassungsmonat in ein Pflegeheim um (Tabelle 3.11). 14,2 Prozent der inzident Pflegebedürftigen, 6,2 Prozent der informell Versorgten und 15,7 Prozent der Pflegebedürftigen im Pflegesachleistungsbezug nutzten im Entlassungsmonat die Kurzzeitpflege (Tabelle 3.11), was in mehr als der Hälfte der Fälle als Überbrückung in eine andere Versorgungsart angesehen werden kann (Tabelle 3.15).

Ob nach einem Krankenhausaufenthalt ein Umzug in eine Wohn- und Pflegeeinrichtung (vollstationäre Dauerpflege, Behinderteneinrichtung oder ambulant betreute Wohngruppen) stattfindet, ist von vielerlei Faktoren abhängig. Für Frauen und für ältere Pflegebedürftige ist der Umzug wahrscheinlicher (Tabelle 3.13). Eine Erklärung dafür liegt in dem unterschiedlichen häuslichen Pflegepotenzial. Durch die geringere Lebenserwartung der Männer reduziert sich für Frauen im höheren Alter die Chance auf Partnerpflege in der eigenen Häuslichkeit.

Auch die Angebotsstruktur hat einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit eines Umzugs in eine Wohn- und Pflegeeinrichtung. Dies trifft insbesondere für inzident Pflegebedürftige zu. Mit jedem Prozent höherer Auslastung in der vollstationären Versorgung im Bundes-

land sinkt der Anteil derjenigen, die in eine Wohn- und Pflegeeinrichtung wechseln, um 0,3 Prozent (Tabelle 3.13). Da die vollstationären Pflegeheime die häufigsten Wohn- und Pflegeeinrichtungen sind, kann dies als Indiz dafür gewertet werden, dass das Angebot an Pflegeheimen in vielen Bundesländern nicht ausreichend ist.

Je länger der Krankenhausaufenthalt für die Pflegebedürftigen dauert, desto wahrscheinlicher ist ein anschließender Umzug in eine Wohn- und Pflegeeinrichtung. Je Krankenhaustag steigt der Anteil um 0,1 bis 0,2 Prozent (Tabelle 3.13). Dieser Effekt der Krankenhausaufenthaltsdauer kann ein Zeichen für die Schwere der Erkrankungen sein, aber auch ein Indiz für eventuell notwendige Wartezeiten, um einen benötigten Pflegeheimplatz zu bekommen.

3.3.3 Pflegequalität und medizinische Versorgung

Zur Pflegequalität und Messung der Pflegequalität gibt es eine Reihe an Konzepten (Büschler & Blumenberg, 2018; Büschler et al., 2018a; Büschler et al., 2018b; Hensen, 2018; Luderer & Meyer, 2018; Neugebauer, 2018; Schwinger et al., 2023; Wingenfeld et al., 2018). Potenziell vermeidbare Krankenhausfälle müssen aber nicht zwangsläufig Folgen von Pflegefehlern sein. Auch unzureichende medizinische Versorgung und die Compliance der Pflegebedürftigen können eine Rolle spielen. Ebenso ist das individuelle Gesundheitsverhalten mitverantwortlich für die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts.

Krankenhausaufenthalte haben für Pflegebedürftige oftmals schwerwiegende Folgen. Stationäre Aufenthalte sind beispielsweise mit einem erhöhten Risiko für Stürze, Dekubitus, Delirien oder nosokomiale Infektionen assoziiert (Behrendt et al., 2021). Je höher die Anzahl der Krankenhaustage, desto geringer ist die Chance auf einen Erhalt beziehungsweise eine Verbesserung der Mobilität, desto geringer ist die Chance auf einen Selbstständigkeitserhalt bei Alltagsverrichtungen, desto höher ist das Risiko für einen neuen Dekubitus, desto höher ist das Risiko für einen unbeabsichtigten Gewichtsverlust (Görres et al., 2017, S. 135 ff.). Krankenhausaufenthalte sollten daher möglichst vermieden werden.

Pflegebedürftige haben seltener fachärztlichen Kontakt als nicht Pflegebedürftige mit gleichen Krankheitsbildern (Balzer et al., 2013; Kleina & Horn, 2015; Kleina et al., 2017; Schulz et al., 2021; Schulz et al., 2020a; Schulz et al., 2020b). Dies kann dann Ursache dafür sein, dass Veränderungen des Gesundheitszustands weniger erkannt werden, entsprechende Therapien weniger durchgeführt werden und dadurch schließlich Krankenhausaufenthalte häufiger sein können. Kommen solche geriatrischen Patientinnen und Patienten in die Notaufnahme, sind Diagnostik und Behandlung komplizierter und die Pflegebedürftigen können im Notfall schnell zu Hochrisikopatientinnen und -patienten werden (Singer et al., 2016). Eine verbesserte medizinische Versorgungsstruktur insbesondere für Pflegebedürftige in Pflegeheimen ist schon lange gefordert worden (Laag et al., 2014; Rothgang et al., 2014) und Leistungen für die ärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen sind auch entsprechend angepasst worden (Friedrich et al., 2023; Jacobs & Greß, 2017; Rothgang, 2017). Dennoch können einzelne medizinische Leistungen ausbleiben, wenn aufgrund der Multimorbidität andere Erkrankungen dringlicher behandelt werden müssen.

Zur Verringerung von gesundheitlichen Einschränkungen oder zur Verringerung von Pflegefehlern gibt es eine Reihe von Anleitungen und Leitlinien – allen voran die Expertenstandards in der Pflege. Hierzu zählen unter anderem die Dekubitusprophylaxe (DNQP, 2017b), das Schmerzmanagement (DNQP, 2020), die Sturzprophylaxe (DNQP, 2022), die Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (DNQP, 2015), das Ernährungsmanagement (DNQP, 2017a), die Erhaltung und Förderung der Hautintegrität (DNQP, 2023) und die Erhaltung und Förderung der Mobilität (DNQP, 2014). Ebenso sind die Handlungsempfehlungen, die im Projekt zu den Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfällen abgegeben wurden, logisch und sinnvoll. Gewünscht werden unter anderem qualifiziertes Personal, eine gute Kooperation und Kommunikation sowie innerhalb der Pflegeeinrichtungen eine verbesserte Infrastruktur, die Diagnostik und Behandlung vor Ort ermöglicht (Bohnet-Joschko, 2023; Pulst et al., 2021; Valk-Draad et al., 2023, S. 204 f.).

Ein Zusammenhang zwischen höherer Fachkraftquote, höherer Pflegekraftquote, besserer Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften und der Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen wurde unter anderem vom Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) anhand der Untersuchung von acht Pflegeheimen beschrieben (Schaeffer et al., 2012). Berichte aus den USA über den Zusammenhang von Personalausstattung und Pflegequalität legen ebenfalls nahe, nicht nur auf die Anzahl der Pflegestunden pro Pflegebedürftige zu achten, sondern auch auf die Qualifikation der Pflegekräfte (Greß & Stegmüller, 2018).

Alle diese Empfehlungen lassen sich aber nur umsetzen, wenn auch ausreichend Personal vorhanden ist.

Anhang

Anhang

Amtliche und halbamtliche Daten zur Pflegebedürftigkeit

Pflegestatistik

berücksichtigter
Personenkreis der
Pflegestatistik

Die Pflegestatistik nach § 109 SGB XI wird seit 1999 zweijährlich im Dezember erhoben und bezieht sich auf das gesamte Versorgungssystem in Deutschland. Sie beruht auf zwei Erhebungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder: einer Erhebung bei den Leistungsanbietern (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) über erbrachte Leistungen und die personelle Ausstattung der Einrichtungen sowie einer Erhebung bei den Kostenträgern (den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen) über die Leistungsgewährung und die Leistungsempfängerinnen und -empfänger. Die Pflegestatistik dient vor allem dazu, die Situation in den Pflegeheimen und den ambulanten Diensten zu beschreiben (Statistisches Bundesamt, 2022c). Sie berichtet vollständig über die Leistungserbringer, die Versicherten der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) und berücksichtigt auch die Personen in stationärer Pflege, bei denen der Pflegegrad noch nicht festgestellt wurde. Es fehlen allerdings Informationen über die Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.

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

Berechnung der
Vollzeitäquivalente

Die Berechnung der VZÄ wird entsprechend den Vorgaben des Statistischen Bundesamts (Statistisches Bundesamt, 2022c) durchgeführt: vollzeitbeschäftigt (Faktor 1), teilzeitbeschäftigt über 50 Prozent (Faktor 0,75), teilzeitbeschäftigt mit 50 Prozent und weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt (Faktor 0,45), geringfügig beschäftigt (Faktor 0,25), in Ausbildung (Faktor 0,5), freiwilliges soziales Jahr (Faktor 1), Zivildienst und Bundesfreiwilligendienst (Faktor 1) und Praktikum außerhalb einer Ausbildung (Faktor 0,5).

Kassenstatistik der sozialen Pflegeversicherung (SPV)

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

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

Leistungsempfänger-
statistik PG 2

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

Finanzstatistik der
Pflegekassen PV 45

Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)

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

in aller Regel verzögert. Die Statistik der PKV bietet vor allem Informationen zur Finanzentwicklung der PPV.

Begutachtungen in der SPV

Medizinischer Dienst Bund (MD-Bund)

Der MD-Bund ist seit 1. Januar 2022 Rechtsnachfolger des Medizinischen Diensts des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS) und führt seither intern Statistiken über die Zahl und die Art der Begutachtungen. Die Begutachtungsstatistik des MD-Bund wird jährlich erhoben und liefert Informationen darüber, wie viele Personen mit welchem Pflegegrad begutachtet wurden. Diese Statistik bezieht sich ebenso wie die Kassenstatistik nur auf die Versicherten der SPV. Unterschieden wird dabei zwischen Erstbegutachtungen, Widerspruchsbegutachtungen und Änderungs- oder Wiederholungsbegutachtungen. Weitere Unterscheidungsmerkmale sind die Begutachtungsergebnisse in Form von Pflegegraden sowie Alter, Geschlecht, Empfehlungen zu rehabilitativen Maßnahmen und pflegebegründende Diagnosen. Die Standardberichterstattung ist deutlich eingeschränkt worden, aber erforderliche Daten können direkt beim MD-Bund angefragt werden.

Begutachtungen in der PPV

MEDICPROOF

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

BARMER-Daten

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

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

Zuordnung von Pflegeleistungen und Pflegegraden

Die Schweregrade der Pflegebedürftigkeit werden in diesem Report als Pflegegrade dargestellt. Bis zum 31. Dezember 2016 galten die Pflegestufen und die Einordnung als Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) als Gradmesser. Verbleibende Kodierungen in den Daten wurden entsprechend dem Überleitungsschlüssel aus § 140 SGB XI in Pflegegrade umkodiert.

Umkodierung in
Pflegegrade

In den Auswertungen erfolgt eine Zuordnung zum Leistungsbezug und zum Pflegegrad dann, wenn innerhalb eines Monats eine entsprechende Leistung bezogen wurde beziehungsweise ein Pflegegrad vorlag. Die Zuordnung erfolgt hierarchisch für die Pflegegrade und die Pflegeleistungen. Liegen im Monat zwei verschiedene Pflegegrade vor, wird der höhere verwendet. Die Leistungen werden in folgender Weise hierarchisch überschrieben: vollstationäre Dauerpflege, Pflege in Behinderteneinrichtungen, Pflegesachleistungen vor Pflegegeld. Das Vorliegen eines Pflegegrads ist aber Voraussetzung für die Berücksichtigung. Kurze Lücken in der Erfassung der Pflegegrade von bis zu einem Monat sind durch die vorherigen Pflegegrade aufgefüllt worden. Für Episoden mit ausgewiesenen Pflegegraden 2 bis 5 sind Nachträge beim Pflegegeldbezug vorgenommen worden, wenn keine Einträge bezüglich Pflegegeld, Pflegesachleistung, vollstationärer Dauerpflege oder Hilfe für Pflegebedürftige in Behinderteneinrichtungen vorlagen. Umgekehrt sind Pflegegeldeinträge für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 gelöscht worden.

Zuordnung zum
Leistungsbezug

Selektionen

Für die Auswertungen sind die zugrunde liegenden Daten verwendet worden, wenn gültige Werte bezüglich Geburtsjahr und Geschlecht vorlagen und als Wohnort eine Region in Deutschland angegeben ist. Für die Inzidenzbestimmung und die Verläufe inzidenter Fälle sind weitere Selektionen notwendig. Alle Versicherten außer den 0- bis 1-Jährigen muss-

nur mit gültigen Werten
und Vorversichertenzeit

ten für jeden Beobachtungsmonat eine Vorversicherenzzeit von mindestens einem Jahr aufweisen. Als inzidenter Fall ist eine Pflegeepisode in den Auswertungen dann bewertet, wenn in den zurückliegenden zwölf Monaten vor Beginn der Pflegebedürftigkeit keine Episode einer vorangegangenen Pflegebedürftigkeit und kein Anspruch wegen eingeschränkter Alltagskompetenz vorgelegen hat. Damit in allen Auswertungen die Ausgangspopulation dieselbe ist, wurden diese Selektionen durchgängig verwendet.

Hochrechnung und Gewichtung

Hochrechnung nach
Alter, Geschlecht und
Bundesland

Ein häufig genannter Einwand in Bezug auf die Eignung der Routinedaten für Analysen bezieht sich auf die Repräsentativität der Daten für Deutschland. So unterscheidet sich die Alters- und Geschlechterstruktur der Versicherten teilweise von der Struktur der Bevölkerung Deutschlands. Zur Lösung dieses Problems wurden bei aggregierten Analysen die Ergebnisse nach Alter, Geschlecht und Bundesland auf die Bevölkerung Deutschlands der jeweiligen Jahre (Statistisches Bundesamt, 2023b) hochgerechnet. Dennoch können auch darüber hinaus Unterschiede zur Bevölkerung in Deutschland bestehen, die in erster Linie durch eine unterschiedliche Morbiditätsstruktur in den unterschiedlichen Krankenkassen begründet liegen (Hoffmann & Koller, 2017).

Limitierungen der BARMER-Daten

Hochrechnungen der
BARMER-Daten weisen
geringere Fallzahlen aus.

Die Hochrechnungen zur Zahl der Pflegebedürftigen unterscheiden sich von den Angaben in der Pflegestatistik. Während in der Pflegestatistik 2021 4.961.146 Pflegebedürftige ausgewiesen werden (Statistisches Bundesamt, 2022d), beläuft sich die Hochrechnung der BARMER-Daten auf 4.518.379 Pflegebedürftige. Das ist eine um fast neun Prozent geringere Fallzahl. Die Pflegestatistik unterschätzte aber in den Jahren 2017 und 2019 die Zahl der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1. Für das Jahr 2019 weist die Pflegestatistik 298.117 Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 aus. Das BMG ermittelt aus der Kassenstatistik und den Mitteilungen der PPV 462.653 Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 (BMG, 2020). Die Hochrechnungen mit den BARMER-Daten kommen für das Jahr 2019 auf 431.797 Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1. Dies ist zwar eine um fast sieben Prozent geringere Schätzung als vom BMG, zeigt aber deutlich die Unterschätzung der Pflegestatistik in den Vorjahren auf. Die Unterschätzung mit den BARMER-Daten resultiert daher

etwas mehr aus den Ergebnissen bei den Pflegegraden 2 bis 5. Ein Teil der Unterschätzung ist jedoch ein Artefakt und resultiert daraus, dass die Hochrechnungen im Jahresdurchschnitt erfolgen, während die Daten der Pflegestatistik vom Dezember des Erhebungsjahres stammen.

Erfassung der ambulanten und stationären Diagnosestellungen

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

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

Die Benennungen der häufigsten ICD-Dreisteller in der Krankenhausversorgung sind in Tabelle A 1 aufgeführt. Hierbei handelt es sich um die häufigsten Diagnosen inzident Pflegebedürftiger, prävalent Pflegedürftiger oder alle Versicherten.

Tabelle A 1: Dreisteller der ICD-10-Kodes der häufigsten Krankenhausfälle von allen Versicherten, inzident Pflegebedürftigen oder prävalent Pflegebedürftigen

ICD-Kode	Bezeichnung
A09	sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
A41	sonstige Sepsis
C18	bösartige Neubildung des Kolons
C25	bösartige Neubildung des Pankreas
C34	bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
C50	bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
C61	bösartige Neubildung der Prostata

ICD-Kode	Bezeichnung
C67	bösartige Neubildung der Harnblase
C79	sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
E11	Diabetes mellitus, Typ 2
E86	Volumenmangel
F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F10	psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F20	Schizophrenie
F33	rezidivierende depressive Störung
G20	primäres Parkinson-Syndrom
G40	Epilepsie
G45	zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome
I10	essenzielle (primäre) Hypertonie
I20	Angina pectoris
I21	akuter Myokardinfarkt
I25	chronische ischämische Herzkrankheit
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
I50	Herzinsuffizienz
I63	Hirnfarkt
I70	Atherosklerose
J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
J44	sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung
J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen
K40	Hernia inguinalis
K56	paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
K57	Divertikelkrankheit des Darmes
K80	Cholelithiasis
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenks]
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenks]
M51	sonstige Bandscheibenschäden
M54	Rückenschmerzen
N13	obstruktive Uropathie und Refluxuropathie

ICD-Kode	Bezeichnung
N17	akutes Nierenversagen
N39	sonstige Krankheiten des Harnsystems
R26	Störungen des Ganges und der Mobilität
R55	Synkope und Kollaps
S06	intrakranielle Verletzung
S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarms
S52	Fraktur des Unterarms
S72	Fraktur des Femurs

Tabelle A 2: Benennung und Beschreibung der Diagnosekapitel

Kapitelnummer	Kurzbeschreibung
I	bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
II	Neubildungen
III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
IV	endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
V	psychische und Verhaltensstörungen
VI	Krankheiten des Nervensystems
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems
X	Krankheiten des Atmungssystems
XI	Krankheiten des Verdauungssystems
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
XVI	bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
XVII	angeborene Fehlbildungen, Deformationen und Chromosomenanomalien

Kapitel- nummer	Kurzbeschreibung
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
XX	äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
XXII	Schlüsselnummern für besondere Zwecke

Ergebnistabellen

Tabelle A 3: Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht.
Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend (zu Abbildung 2.1)

Alters- gruppe	Männer					Frauen				
	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
0–4	2	8	10	3	1	2	6	6	2	1
5–9	4	20	22	6	2	3	11	10	4	2
10–14	5	23	22	7	3	3	11	10	4	2
15–19	3	14	13	6	3	2	8	7	3	2
20–24	2	9	8	4	3	2	6	5	3	2
24–29	2	6	6	3	3	2	5	4	2	2
30–34	3	7	6	3	3	3	6	5	3	2
35–39	3	7	5	3	2	4	7	5	3	2
40–44	4	8	6	3	2	5	9	6	3	2
45–49	5	11	7	3	2	6	13	8	3	2
50–54	9	19	12	5	3	11	24	14	5	2
55–59	15	32	21	8	4	17	37	22	8	4
60–64	19	45	30	12	5	21	49	29	10	4
65–69	21	55	39	16	6	27	65	37	13	5
70–74	23	70	51	21	7	39	96	53	19	8
75–79	25	82	64	27	9	57	143	81	32	13
80–84	43	144	111	47	15	115	313	175	71	27
85–89	31	115	91	39	12	83	291	188	81	31
90–94	11	53	46	21	6	28	148	126	65	25
95+	1	10	11	6	2	4	37	46	32	13

Quelle: Statistisches Bundesamt (2022d, 2023b); eigene Berechnungen

Tabelle A 4: Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil an allen Pflegebedürftigen innerhalb der Altersgruppe in Prozent (zu Abbildung 2.1)

Alters- gruppe	Männer					Frauen				
	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
0-4	10,2	34,5	39,7	13,1	2,5	10,4	33,9	37,8	14,9	3,1
5-9	8,1	36,4	40,9	11,0	3,6	11,0	36,3	34,8	12,4	5,4
10-14	8,7	37,9	36,7	11,9	4,7	10,9	37,1	31,9	12,9	7,2
15-19	7,8	35,7	33,3	15,1	8,1	9,2	33,9	31,3	15,2	10,4
20-24	8,5	32,5	30,3	16,6	12,1	10,3	31,4	29,3	15,7	13,3
24-29	11,6	30,4	28,5	16,1	13,4	12,2	31,1	27,9	15,4	13,3
30-34	13,3	31,0	26,7	15,8	13,2	15,0	32,3	26,2	14,6	11,9
35-39	16,1	33,5	24,7	14,8	10,9	17,6	35,0	24,7	13,1	9,6
40-44	18,0	35,8	25,0	13,0	8,2	18,6	38,5	25,1	11,1	6,6
45-49	18,5	37,8	25,4	11,5	6,8	19,4	40,5	25,0	10,1	5,1
50-54	18,9	39,7	25,3	10,5	5,5	19,5	41,8	25,2	9,0	4,4
55-59	18,7	40,0	26,2	10,3	4,8	19,1	42,7	25,3	8,8	4,1
60-64	17,3	40,6	26,9	10,7	4,4	18,6	43,5	25,2	8,8	3,9
65-69	15,4	40,6	28,3	11,4	4,4	18,3	44,1	25,1	8,9	3,6
70-74	13,5	40,4	29,5	12,2	4,3	18,3	44,4	24,7	9,0	3,5
75-79	12,1	39,5	30,7	13,3	4,5	17,4	44,1	24,8	9,7	3,9
80-84	12,0	40,0	30,8	13,1	4,1	16,4	44,7	25,0	10,1	3,9
85-89	10,6	40,1	31,7	13,5	4,0	12,3	43,2	27,9	12,1	4,5
90-94	8,0	38,5	33,7	15,5	4,3	7,0	37,8	32,2	16,7	6,3
95+	4,8	32,8	36,8	19,9	5,7	3,1	28,1	34,6	24,0	10,1

Quelle: Statistisches Bundesamt (2022d, 2023b); eigene Berechnungen

Tabelle A 5: Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung innerhalb der Altersgruppe in Prozent (zu Abbildung 2.1)

Alters- gruppe	Männer					Frauen				
	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
0–4	0,1	0,4	0,5	0,2	0,0	0,1	0,3	0,3	0,1	0,0
5–9	0,2	1,0	1,1	0,3	0,1	0,2	0,6	0,5	0,2	0,1
10–14	0,3	1,2	1,1	0,4	0,1	0,2	0,6	0,5	0,2	0,1
15–19	0,2	0,7	0,7	0,3	0,2	0,1	0,4	0,4	0,2	0,1
20–24	0,1	0,4	0,3	0,2	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1
24–29	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
30–34	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
35–39	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1
40–44	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2	0,4	0,2	0,1	0,1
45–49	0,2	0,4	0,3	0,1	0,1	0,3	0,5	0,3	0,1	0,1
50–54	0,3	0,6	0,4	0,2	0,1	0,4	0,8	0,5	0,2	0,1
55–59	0,4	0,9	0,6	0,2	0,1	0,5	1,1	0,7	0,2	0,1
60–64	0,6	1,5	1,0	0,4	0,2	0,7	1,6	0,9	0,3	0,1
65–69	0,9	2,3	1,6	0,7	0,3	1,0	2,5	1,4	0,5	0,2
70–74	1,2	3,6	2,6	1,1	0,4	1,8	4,3	2,4	0,9	0,3
75–79	1,8	5,7	4,5	1,9	0,6	3,2	8,1	4,6	1,8	0,7
80–84	3,0	9,9	7,6	3,2	1,0	5,7	15,5	8,6	3,5	1,3
85–89	4,6	17,3	13,7	5,8	1,7	7,5	26,2	16,9	7,3	2,7
90–94	5,4	25,9	22,7	10,4	2,9	5,9	31,7	27,0	14,0	5,3
95+	3,9	27,0	30,3	16,4	4,7	3,0	26,6	32,8	22,7	9,6

Quelle: Statistisches Bundesamt (2022d, 2023b); eigene Berechnungen

**Tabelle A 6: Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht.
Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend (zu Abbildung 2.2)**

Altersgruppe	Männer						Frauen					
	Pfleggeld	Pflegedienst	stat. Dauerpflege	Kurzzeitpflege	landesrechtliche oder keine Leistungen mit Pflegegrad 1	teilstationäre Pflege mit Pflegegrad 1	Pfleggeld	Pflegedienst	stat. Dauerpflege	Kurzzeitpflege	landesrechtliche oder keine Leistungen mit Pflegegrad 1	teilstationäre Pflege mit Pflegegrad 1
0-4	21	1	0	0	2	0	14	1	0	0	2	0
5-9	48	2	0	0	4	0	25	1	0	0	3	0
10-14	53	2	0	0	5	0	26	1	0	0	3	0
15-19	35	1	0	0	3	0	20	1	0	0	2	0
20-24	23	1	0	0	2	0	15	1	0	0	2	0
24-29	16	1	0	0	2	0	13	1	0	0	2	0
30-34	16	2	0	0	3	0	13	2	0	0	3	0
35-39	15	2	1	0	3	0	14	2	1	0	3	0
40-44	16	3	1	0	4	0	16	3	1	0	4	0
45-49	18	4	2	0	5	0	21	4	1	0	6	0
50-54	28	7	5	0	8	0	35	8	3	0	10	0
55-59	45	13	10	0	14	0	52	14	6	0	15	0
60-64	59	18	15	0	17	0	64	20	10	0	19	0
65-69	75	23	20	0	18	0	80	28	15	0	24	0
70-74	98	30	23	1	20	0	112	45	24	1	34	0
75-79	117	40	27	1	22	0	156	74	45	1	47	0
80-84	193	79	49	2	37	0	317	173	113	4	94	0
85-89	143	72	45	2	25	0	282	179	143	4	66	0
90-94	62	37	27	1	9	0	146	105	117	3	21	0
95+	12	9	8	0	1	0	39	34	55	1	3	0

Quelle: Statistisches Bundesamt (2022d, 2023b); eigene Berechnungen

**Tabelle A 7: Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht.
Anteil an allen Pflegebedürftigen innerhalb der Altersgruppe in Prozent
(zu Abbildung 2.2)**

Altersgruppe	Männer						Frauen					
	Pflegegeld	Pflegedienst	stat. Dauerpflege	Kurzzeitpflege	landesrechtliche oder keine Leistungen mit Pflegegrad 1	teilstationäre Pflege mit Pflegegrad 1	Pflegegeld	Pflegedienst	stat. Dauerpflege	Kurzzeitpflege	landesrechtliche oder keine Leistungen mit Pflegegrad 1	teilstationäre Pflege mit Pflegegrad 1
0–4	86,1	3,8	0,2	0,0	9,9	0,0	84,8	4,9	0,5	0,0	9,8	0,0
5–9	88,8	3,1	0,1	0,0	7,9	0,0	85,4	3,8	0,1	0,0	10,7	0,0
10–14	88,4	3,0	0,1	0,0	8,5	0,0	85,6	3,5	0,1	0,0	10,7	0,0
15–19	88,7	3,4	0,1	0,0	7,7	0,0	86,7	4,0	0,2	0,0	9,0	0,0
20–24	86,4	4,7	0,7	0,0	8,2	0,0	83,9	5,3	0,7	0,1	10,0	0,0
24–29	80,3	7,1	1,3	0,1	11,2	0,0	79,0	7,9	1,3	0,0	11,7	0,0
30–34	75,7	9,2	2,3	0,0	12,6	0,0	74,2	9,6	2,0	0,1	14,2	0,0
35–39	70,4	10,8	3,8	0,1	15,0	0,0	69,3	11,4	2,9	0,1	16,3	0,0
40–44	66,3	11,9	5,0	0,0	16,7	0,0	67,4	11,9	3,4	0,0	17,2	0,0
45–49	62,7	13,3	6,9	0,1	17,1	0,0	64,6	13,4	4,2	0,1	17,7	0,0
50–54	58,3	14,9	9,4	0,2	17,2	0,0	61,5	14,9	5,7	0,1	17,8	0,0
55–59	55,1	15,9	12,0	0,2	16,8	0,0	58,9	16,5	7,4	0,1	17,2	0,0
60–64	53,8	16,6	13,9	0,3	15,4	0,0	56,7	17,7	9,0	0,2	16,4	0,0
65–69	54,8	17,0	14,4	0,3	13,5	0,0	54,3	19,2	10,2	0,3	15,9	0,0
70–74	57,1	17,2	13,4	0,4	11,9	0,0	52,0	20,7	11,3	0,4	15,6	0,0
75–79	56,6	19,2	13,2	0,5	10,4	0,0	48,1	23,0	13,9	0,5	14,5	0,0
80–84	53,6	21,9	13,7	0,6	10,2	0,0	45,2	24,7	16,1	0,5	13,4	0,1
85–89	49,8	25,1	15,7	0,6	8,8	0,0	41,8	26,6	21,2	0,6	9,8	0,1
90–94	45,6	27,3	20,1	0,7	6,3	0,0	37,3	26,7	29,9	0,7	5,3	0,0
95+	38,5	29,7	27,5	0,9	3,4	0,0	29,6	25,7	41,9	0,7	2,2	0,0

Quelle: Statistisches Bundesamt (2022d, 2023b); eigene Berechnungen

Tabelle A 8: Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung innerhalb der Altersgruppe in Prozent (zu Abbildung 2.2)

Altersgruppe	Männer						Frauen					
	Pflegegeld	Pflegedienst	stat. Dauerpflege	Kurzzeitpflege	landesrechtliche oder keine Leistungen mit Pflegegrad 1	teilstationäre Pflege mit Pflegegrad 1	Pflegegeld	Pflegedienst	stat. Dauerpflege	Kurzzeitpflege	landesrechtliche oder keine Leistungen mit Pflegegrad 1	teilstationäre Pflege mit Pflegegrad 1
0-4	1,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
5-9	2,4	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	1,3	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0
10-14	2,7	0,1	0,0	0,0	0,3	0,0	1,4	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0
15-19	1,8	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
20-24	1,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
24-29	0,6	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,5	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
30-34	0,6	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,5	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
35-39	0,6	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,5	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
40-44	0,6	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,6	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0
45-49	0,7	0,2	0,1	0,0	0,2	0,0	0,9	0,2	0,1	0,0	0,2	0,0
50-54	0,9	0,2	0,1	0,0	0,3	0,0	1,1	0,3	0,1	0,0	0,3	0,0
55-59	1,3	0,4	0,3	0,0	0,4	0,0	1,5	0,4	0,2	0,0	0,4	0,0
60-64	2,0	0,6	0,5	0,0	0,6	0,0	2,1	0,7	0,3	0,0	0,6	0,0
65-69	3,1	1,0	0,8	0,0	0,8	0,0	3,1	1,1	0,6	0,0	0,9	0,0
70-74	5,1	1,5	1,2	0,0	1,1	0,0	5,0	2,0	1,1	0,0	1,5	0,0
75-79	8,2	2,8	1,9	0,1	1,5	0,0	8,9	4,2	2,6	0,1	2,7	0,0
80-84	13,2	5,4	3,4	0,1	2,5	0,0	15,6	8,6	5,6	0,2	4,6	0,0
85-89	21,5	10,8	6,8	0,3	3,8	0,0	25,3	16,1	12,8	0,4	5,9	0,0
90-94	30,7	18,3	13,5	0,5	4,2	0,0	31,3	22,5	25,1	0,6	4,5	0,0
95+	31,7	24,5	22,6	0,7	2,8	0,0	28,0	24,3	39,6	0,6	2,1	0,0

Quelle: Statistisches Bundesamt (2022d, 2023b); eigene Berechnungen

Tabelle A 9: Pflegebedürftige nach Versorgungsart und Pflegegrad in den Jahren 2017 bis 2022. Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend (zu Abbildung 2.4)

		ohne Hauptleis- tungen	Pflegegeld	Pflege- sachleis- tungen	Behinder- teneinrich- tung	stat. Dauer- pflege	Summe
2017	1	146	0	1	0	3	151
	2	0	790	354	71	148	1.363
	3	0	400	220	40	216	875
	4	0	157	109	27	214	506
	5	0	61	48	11	135	255
2018	1	309	0	2	0	5	316
	2	0	875	369	72	143	1.457
	3	0	459	237	41	238	974
	4	0	165	109	27	221	522
	5	0	61	47	12	130	250
2019	1	431	0	1	0	6	438
	2	0	970	381	70	139	1.559
	3	0	516	252	41	249	1.058
	4	0	175	111	28	227	541
	5	0	62	48	13	130	253
2020	1	521	0	0	0	5	527
	2	0	1.077	387	69	129	1.662
	3	0	584	271	43	253	1.151
	4	0	189	118	29	229	566
	5	0	64	50	14	129	258
2021	1	621	0	0	0	6	627
	2	0	1.209	391	68	125	1.793
	3	0	661	288	44	257	1.250
	4	0	203	124	31	230	588
	5	0	66	53	15	127	261
2022	1	723	0	0	0	6	730
	2	0	1.359	397	69	123	1.949
	3	0	748	306	47	266	1.368
	4	0	219	127	33	232	611
	5	0	69	53	17	122	260

Quelle: BARMER-Daten 2017–2022, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Verzeichnisse

Verzeichnisse

Abkürzungsverzeichnis und Glossar

AEntG	Arbeitnehmer-Entsendegesetz vom 20. April 2009
ASK	ambulant-sensitive Krankenhausfälle
bad	Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGBl	Bundesgesetzblatt
bifg	BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EEE	einrichtungseinheitlicher Eigenanteil
FDZ-StaBu	Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV Spitzenverband Bund
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz vom 11. Juli 2021
ICD	Internationale Klassifikation der Erkrankungen

KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MD	Medizinischer Dienst
MD-Bund	Medizinischer Dienst Bund
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen
PEA	Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
PKV	Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
PPV	private Pflegepflichtversicherung
PSG II	Zweites Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015
PSK	Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle
PUEG	Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz vom 19. Juni 2023
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SPV	soziale Pflegeversicherung
TNS	TNS Infratest. Ehemaliges Marktforschungsinstitut – zeitweise Tochterfirma von Taylor Nelson Sofres
vdek	Verband der Ersatzkassen
VZÄ	Vollzeitäquivalente
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil und Gesamteigenanteil ohne Ausbildungskosten	29
Abbildung 1.2:	Bundesdurchschnittliche (gewogene) Eigenanteile in vollstationärer Pflege ohne und mit Leistungszuschlägen nach § 43c SGB XI	31
Abbildung 1.3:	Inflationsrate und Verbraucherpreisindex für Deutschland	35
Abbildung 2.1:	Absolute und relative Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2021	46
Abbildung 2.2:	Absolute und relative Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2021	49
Abbildung 2.3:	Pflegebedürftige nach Versorgungsart in den Jahren 2017 bis 2022	50
Abbildung 2.4:	Pflegebedürftige nach Versorgungsart und Pflegegrad in den Jahren 2017 bis 2022	52
Abbildung 2.5:	Ergänzende und ersetzende Pflegeleistungen je Monat	53
Abbildung 2.6:	Leistungen hinsichtlich der Wohnsituation	54
Abbildung 2.7:	Anteil Verstorbener mit Pflegeleistungen, hochgerechnet auf die Verstorbenen der BRD des jeweiligen Jahres	56
Abbildung 2.8:	Anteil jemals Pflegebedürftiger im Sinne des SGB XI nach Sterbealter und Geschlecht der Jahre 2018, 2020 und 2022	57
Abbildung 2.9:	Anteile verstorbener Männer und Frauen nach höchstem Pflegegrad im Pflegeverlauf in den Sterbejahren 2017 bis 2022	59
Abbildung 2.10:	Anteil der Verstorbenen mit ausgewählten Leistungen der Pflegeversicherung innerhalb der zwei Jahre vor dem Versterben 2017 bis 2022	60
Abbildung 2.11:	Anteil der Verstorbenen nach dem maximalen Professionalisierungsgrad der Versorgungsart innerhalb der zwei Jahre vor dem Versterben 2017 bis 2022	62
Abbildung 2.12:	Ergebnisse von Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch die MD und die Knappschaft	65
Abbildung 2.13:	Pflegeeintritte und Inzidenz nach Alter und Geschlecht im Jahr 2022	68

Abbildung 2.14:	Pflegeeintritte nach Pflegegrad in den Jahren 2017 bis 2022	69
Abbildung 2.15:	Pflegeeintritte nach Versorgungsart in den Jahren 2017 bis 2022	71
Abbildung 2.16:	Monatliche Übergänge in die verschiedenen Pflegegrade in den Jahren 2017 bis 2022 in Prozent	73
Abbildung 2.17:	Monatliche Übergänge in die verschiedenen Versorgungsarten in den Jahren 2017 bis 2022 in Prozent	74
Abbildung 2.18:	Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigen, im nächsten Monat verstorben oder aus dem Leistungsbezug ausgetreten zu sein, nach Jahren und bisheriger Pflegedauer	76
Abbildung 2.19:	Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigen, im nächsten Monat verstorben oder aus dem Leistungsbezug ausgetreten zu sein, nach Alter, Geschlecht und bisheriger Pflegedauer im Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2022	77
Abbildung 2.20:	Anteile verstorbener Männer und Frauen nach Pflegedauern in Monaten vor Eintritt des Todes in den Jahren 2018 bis 2022	79
Abbildung 2.21:	Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen in den Monaten seit Pflegebeginn (Survivalfunktion) der Inzidenzjahre 2017 bis 2021	80
Abbildung 2.22:	Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen in den Monaten seit Pflegebeginn (Survivalfunktion) der Inzidenzjahre 2017, 2019 und 2021 nach Pflegegraden bei Pflegeeintritt	82
Abbildung 2.23:	Survivalfunktion im Pflegeheim bei Heimeintritt in den Jahren seit 2017	83
Abbildung 2.24:	Survivalfunktion im Pflegeheim bei Heimeintritt in den Jahren 2017, 2019 und 2021 nach Pflegegraden bei Heimeintritt	84
Abbildung 2.25:	Zahl der an der Pflege beteiligten Privatpersonen 1998, 2010, 2016 und 2018 in Prozent	104
Abbildung 2.26:	Anzahl monatlicher Beitragszahlungen zur Rentenversicherung für Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht der Pflegebedürftigen 2017 und 2022	106
Abbildung 3.1:	Schematische Darstellung des Auswertungsvorhabens	128

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Zentrale Vorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung im Koalitionsvertrag und die zu ihrer Umsetzung ergriffenen Maßnahmen	27
Tabelle 1.2:	Versicherungsleistungen bei vollstationärer Pflege nach § 43 SGB XI in Euro pro Monat und Entlastung der Pflegebedürftigen durch das PUEG	31
Tabelle 1.3:	Entlastung der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 bis 5 durch den Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI in Prozent des Eigenanteils und in Euro pro Monat ab dem 1. Januar 2024	32
Tabelle 1.4:	Kumulierte Entlastung der Pflegebedürftigen durch das PUEG	33
Tabelle 1.5:	Kumulierte Steigerung der Entlohnung von 2012 bis 2021	33
Tabelle 2.1:	Anzahl der Pflegebedürftigen nach Datenquelle 2017–2022	43
Tabelle 2.2:	Entwicklung der Zahl der Leistungsberechtigten mit Pflegegrad 1, 2017–2021	44
Tabelle 2.3:	Anzahl der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad 2017, 2019, 2021 ...	44
Tabelle 2.4:	Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad 2017–2021	45
Tabelle 2.5:	Anzahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart 2017, 2019 und 2021	47
Tabelle 2.6:	Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart 2017–2021	48
Tabelle 2.7:	Anzahl der Begutachtungen der MD und der Knappschaft nach Gutachtenart in Tausend	64
Tabelle 2.8:	Begutachtungen durch MEDICPROOF in den Jahren 2017 bis 2022	67
Tabelle 2.9:	Personal im Pflegedienst nach Beschäftigungsverhältnis und nach Tätigkeitsbereich in den Jahren 2017, 2019 und 2021	88
Tabelle 2.10:	Personal im Pflegedienst nach Qualifikation 2021	89
Tabelle 2.11:	Anzahl der Pflegeheime nach Pflegeangebot	92
Tabelle 2.12:	Anzahl der verfügbaren Heimplätze in Tausend	93
Tabelle 2.13:	Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich	95

Tabelle 2.14:	Personal im Pflegeheim nach Qualifikation 2021	97
Tabelle 2.15:	Personal nach Qualifikationsniveau in ausschließlich teilstationären, ausschließlich vollstationären Einrichtungen und in Mischformen 2021	99
Tabelle 2.16:	Entwicklung der durchschnittlichen monatlichen Pflegekosten, Versicherungsleistungen und Eigenanteile in der stationären Pflege in Euro	102
Tabelle 2.17:	Maximale Leistungen der Pflegeversicherung seit 2017	110
Tabelle 2.18:	Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung	113
Tabelle 2.19:	Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung	115
Tabelle 2.20:	Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege“ – Pflegebedürftige und Nettoausgaben	117
Tabelle 2.21:	Leistungsausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2021	119
Tabelle 3.1:	Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts in Prozent je Monat nach Pflegebedürftigkeit, Alter und Geschlecht	132
Tabelle 3.2:	Verteilung der häufigsten Krankenhausdiagnosen von allen Versicherten, inzident oder prävalent Pflegebedürftigen in den Jahren 2017 bis 2022	134
Tabelle 3.3:	Wahrscheinlichkeit eines ambulant-sensitiven Krankenhausfalls oder eines Pflegeheim-sensitiven Krankenhausfalls in Prozent je Monat nach Pflegebedürftigkeit	137
Tabelle 3.4:	Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts je Monat – lineare Regression	139
Tabelle 3.5:	Wahrscheinlichkeit einer Pflegeinzidenz verbunden mit einem Krankenhausaufenthalt je Monat – lineare Regression	142
Tabelle 3.6:	Durchschnittliche Krankenhausaufenthaltsdauern in Tagen nach Pflegebedürftigkeit, Alter und Geschlecht	145
Tabelle 3.7:	Lineares Regressionsmodell zur Dauer des Krankenhausaufenthalts	146
Tabelle 3.8:	Pflegegrad im Monat der Entlassung aus dem Krankenhaus 2017–2022	153

Tabelle 3.9:	Pflegegrad einen Monat nach Krankenhausentlassung 2017–2022	154
Tabelle 3.10:	Veränderung des Pflegegrads im Entlassungsmonat im Vergleich zum Monat vor dem Krankenhausaufenthalt – lineare Regression	155
Tabelle 3.11:	Versorgungsart im Monat der Entlassung aus dem Krankenhaus 2017–2022	159
Tabelle 3.12:	Versorgungsart einen Monat nach Krankenhausentlassung 2017–2022	160
Tabelle 3.13:	Veränderung des Anteils in Wohn- und Pflegeeinrichtungen im Entlassungsmonat im Vergleich zum Monat vor dem Krankenhaus- aufenthalt – lineare Regression	163
Tabelle 3.14:	Anteile mit einer Kurzzeitpflege im Entlassungsmonat in Prozent – lineare Regression	169
Tabelle 3.15:	Versorgungsart einen Monat nach Entlassung aus dem Krankenhaus mit anschließender Kurzzeitpflege 2017–2022	174
Tabelle 3.16:	Veränderung des Anteils in Wohn- und Pflegeeinrichtungen im Monat nach der Kurzzeitpflege im Anschluss an die Krankenhaus- entlassung im Vergleich zum Monat vor dem Krankenhausaufent- halt – lineare Regression	176
Tabelle A 1:	Dreisteller der ICD-10-Kodes der häufigsten Krankheitsfälle von allen Versicherten, inzident Pflegebedürftigen oder prävalent Pflegebedürftigen	199
Tabelle A 2:	Benennung und Beschreibung der Diagnosekapitel	201
Tabelle A 3:	Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend (zu Abbildung 2.1)	203
Tabelle A 4:	Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil an allen Pflegebedürftigen innerhalb der Altersgruppe in Prozent (zu Abbildung 2.1)	204
Tabelle A 5:	Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung innerhalb der Altersgruppe in Prozent (zu Abbildung 2.1)	205

Tabelle A 6:	Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht. Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend (zu Abbildung 2.2)	206
Tabelle A 7:	Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil an allen Pflegebedürftigen innerhalb der Altersgruppe in Prozent (zu Abbildung 2.2)	207
Tabelle A 8:	Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung innerhalb der Altersgruppe in Prozent (zu Abbildung 2.2)	208
Tabelle A 9:	Pflegebedürftige nach Versorgungsart und Pflegegrad in den Jahren 2017 bis 2022. Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend (zu Abbildung 2.4)	209

Literaturverzeichnis

- bad – Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. (2023). Stellungnahme des Bundesverbandes Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG). Bearbeitungsstand vom 20.02.2023. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/PUEG/bundesverband_ambulante_dienste_und_stationaere_einrichtungen_e._v..pdf [9.10.2023]
- Balzer, K., Butz, S., Bentzel, J., Boulkhemair, D. & Lühmann, D. (2013). Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. HTA-Bericht 125. Köln.
- Baumol, W. J. (1967). Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis. *American Economic Review*, 57, 415–426.
- Behrendt, S., Schwinger, A., Tsiasioti, C., Stammann, C., Willms, G., Hasseler, M., Studinski, E., Özdes, T., Krebs, S. & Klauber, J. (2021). Multisektorale Schnittstelle: Hospitalisierungen von Pflegeheimbewohnenden mit Schwerpunkt Sturz. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers, & C. Mostert (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2021. Schwerpunkt: Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt* (S. 251–265). Berlin.
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.) (2022). ICD-10-GM Version 2022. Systematisches Verzeichnis. Stand: 16. September 2022.
- Blum, K. (2014). Entlassmanagement im Krankenhaus. Abschlussbericht der DKI-Krankenhausbefragung im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Vortragsfolien. Düsseldorf. Verfügbar unter: https://www.dki.de/fileadmin/publikationen/entlassmanagement_im_krankenhaus_1_.pdf [13.11.2023]
- Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M. & Steffen, P. (2018). *Krankenhaus Barometer 2018*. Düsseldorf. Verfügbar unter: https://www.dki.de/fileadmin/publikationen/2018_11_kh_barometer_final_2_.pdf [13.11.2023]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2017). Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2017 an die Pflegeversicherung im Überblick. Stand 17. Februar 2017. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungen/Leistungsbetraege_2017.pdf [03.11.2017]

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2018). Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2018 an die Pflegeversicherung im Überblick. Stand 26. Januar 2018. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungen/Leistungsbetaeae_2018.pdf [03.05.2018]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2019). Pflegeleistungen zum Nachschlagen. 5. aktualisierte Auflage, Stand März 2019. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/190329_Pflegeleistungen_2019.pdf [09.05.2019]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand 28. Juli 2020. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_Juli_2020_bf.pdf [19.09.2020]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2021). Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2021 an die Pflegeversicherung im Überblick. Stand 5. Mai 2021. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungen/Leistungsuebersicht_2021_Stand_05.05.2021.pdf [15.07.2022]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2022a). Pflegeleistungen zum Nachschlagen. 10. aktualisierte Auflage, Stand Januar 2022. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/BMG_Ratgeber-Pflegeleistungen_zum_Nachschlagen_bf_neu.pdf [15.07.2022]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2022b). Soziale Pflegeversicherung. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung nach Altersgruppen und Geschlecht am 1.7.2021. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/2021_Versicherte_bf.pdf [23.08.2022]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2022c). Tarifliche Bezahlung in der Altenpflege verpflichtend. Gehaltssteigerungen um bis zu 30 Prozent. In BMG (Hrsg.). Berlin: BMG.

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2023a). Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/03-Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung__2022_bf.pdf [21.08.2023]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2023b). Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihen 1995 bis 2022) am Jahresende nach Pflegestufen und Pflegegraden. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Pflegestufen_Pflegegraden_2022.pdf [04.10.2023]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2023c). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand Februar 2023. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_pv_bf.pdf [17.04.2023]
- Bohnet-Joschko, S. (2023). Handlungsempfehlungen zur Vermeidung Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle. Witten/Herdecke. Verfügbar unter: https://www.pflegeheim-sensitive-krankenhaesfaelle.de/_files/ugd/088084_184ebafb88d54453b53503bedeea6ac6.pdf [20.02.2023]
- Bohnet-Joschko, S., Valk-Draad, M. P., Schulte, T. & Groene, O. (2022). Nursing home-sensitive conditions: analysis of routine health insurance data and modified Delphi analysis of potentially avoidable hospitalizations [version 2; peer review: 2 approved]. *F1000Research*, 10 (1223). doi: <https://doi.org/10.12688/f1000research.73875.2>.
- bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (2023). Stellungnahme des Bundesverbandes Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG). Bearbeitungsstand vom 20.02.2023. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/PUEG/bundesverband_privater_anbieter_sozialer_dienste_e_v..pdf [9.10.2023]

- Broge, B., Kleine-Budde, K., Pollmann, T., Blum, K. & Finger, B. (2019). Ergebnisbericht: EMSE – Entwicklung und Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein sektorenübergreifendes Entlassmanagement. Berlin.
- Büscher, A. & Blumenberg, P. (2018). Expertenstandards als Instrument der Qualitätssicherung. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.). Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege (S. 63–70). Berlin, Heidelberg.
- Büscher, A., Wingefeld, K. & Igl, G. (2018a). Weiterentwicklung der gesetzlichen Qualitätssicherung in der Sozialen Pflegeversicherung. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.). Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege (S. 37–44). Berlin, Heidelberg.
- Büscher, A., Wingefeld, K., Wibbeke, D., Loetz, F., Rode, M., Gruber, E. M. & Stomberg, D. (2018b). Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht. Osnabrück.
- Carstensen, J., Seibert, H. & Wiethölter, D. (2022). Entgelte von Pflegekräften 2021. 12. Oktober 2022. Nürnberg. Verfügbar unter: https://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2021.pdf [09.10.2023]
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2015). Expertenstandard. Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. 1. Aktualisierung 2015 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Auszug. Osnabrück. Verfügbar unter: https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Pflege_von_Menschen_mit_chronischen_Wunden/ChronWu_Akt_Auszug.pdf [22.09.2023]
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2017a). Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. 1. Aktualisierung 2017 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Auszug. Osnabrück. Verfügbar unter: https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Ernaehrungsmanagement_in_der_Pflege/Ernaehrung_Akt_Auszug.pdf [22.09.2023]

- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2020). Expertenstandard. Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Auszug. Osnabrück. Verfügbar unter: https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Schmerzmanagement_2020/Schmerz-Akt2020_Auszug.pdf [22.09.2023]
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2022). Expertenstandard. Sturzprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung 2022 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Auszug. Osnabrück. Verfügbar unter: https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Sturzprophylaxe_in_der_Pflege/Sturz_2Akt_Auszug.pdf [22.09.2023]
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2023). Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Hautintegrität in der Pflege. Auszug. Osnabrück. Verfügbar unter: https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Haut/Haut_SD_Auszug.pdf [22.09.2023]
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2014). Expertenstandard nach § 113a SGB XI. Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege Abschlussbericht. Entwurf. Osnabrück.
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2017b). Expertenstandard. Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung 2017 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Auszug aus der Buchveröffentlichung. Osnabrück.
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2019). Expertenstandard. Entlassmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Auszug aus der Veröffentlichung. Osnabrück.
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2022). Rentenversicherung in Zeitreihen. Ausgabe 2022. DRV-Schriften Band 22. Berlin. Verfügbar unter: https://deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/rv_in_zeitreihen.pdf%3Bjsessionid%3D74FCC68D2A76E9DF83AC232392C454F7.delivery2-7-replication?__blob=publicationFile&v=1 [15.05.2023]
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2023). Versicherte 2021. Band 220. Berlin.

- Evans, M. & Szepan, N.-M. (2023). Über den Applaus hinaus. G+G Gesundheit und Gesellschaft, 2023 Verfügbar unter: <https://archiv.gg-digital.de/2023/04/ueber-den-applaus-hinaus/index.html> [31.10.2023]
- FDZ-StaBu – Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2023). Pflegestatistik 2017–2021. doi: 10.21242/22411.2021.00.02.1.1.0.
- Friedrich, A.-C., Czwikla, J., Schulz, M., Wolf-Ostermann, K. & Rothgang, H. (2023). Ärztliche Versorgung mit oder ohne Kooperationsvertrag? Eine Querschnittsuntersuchung in stationären Pflegeeinrichtungen in Bremen und Niedersachsen. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 177, 57–64.
- Geiss, S., Pupeter, M. & Schneekloth, U. (2019). Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 2: Allgemeine Befragungen. München.
- GKV-SV – GKV Spitzenverband Bund (2023). Gemeinsame Empfehlungen nach § 113c Absatz 4 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI i. V. m. § 113c Absatz 5 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 22.02.2023. Berlin. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/rahmenvertraege_richtlinien_und_bundesempfehlungen/2023_02_22_Empfehlungen_nach_113c_Abs_4_SGB_XI.pdf [25.08.2023]
- GKV-SV – GKV Spitzenverband Bund, KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung & DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2022). Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) in der Fassung der 9. Änderungsvereinbarung vom 07.12.2022. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/entlassmanagement/9_AendVb_Rahmenvertrag_Entlassmanagement_01.01.2023_Lesefassung_ohne_Anlagen.pdf [20.03.2023]

- GKV-SV – GKV Spitzenverband Bund & MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2020a). Gemeinsame Verlautbarung von GKV-Spitzenverband und MDS zum Umgang mit der Pflegebegutachtung und den Qualitätsprüfungen während der aktuell beschlossenen Kontaktbeschränkungen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie vom 5.11.2020. Essen. Verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/2020-11-05_Verlautbarung_v._GKV-SV_und_MDS_01.pdf [29.01.2021]
- GKV-SV – GKV Spitzenverband Bund & MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2020b). Verlängerung der gemeinsamen Verlautbarung von GKV-Spitzenverband und MDS vom 1. Dezember 2020 zum Umgang mit der Pflegebegutachtung und den Qualitätsprüfungen aufgrund der weitergehenden Kontaktbeschränkungen von Bund und Ländern zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie. 22.12.2020. Essen. Verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/201222_FIN_Verlaengerung_Verlautbarung.pdf [29.01.2021]
- GKV-SV – GKV Spitzenverband Bund & MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2021). Fortgeltung der gemeinsamen Verlautbarung von GKV-Spitzenverband und MDS zum Umgang mit der Pflegebegutachtung und den Qualitätsprüfungen aufgrund der Beibehaltung der Kontaktbeschränkungen von Bund und Ländern zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie. 26.02.2021. Essen. Verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/2021-02-26_Verlaengerung_Verlautbarung.pdf [02.03.2021]
- Görres, S., Rothgang, H., Fünfstück, M., Schmidt, S., Seibert, K., Siltmann, S., Meyer, J., Bendig, J., Brannath, W. & Hasseler, M. (2017). Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP). Abschlussbericht. Bremen. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/indikatoren/20170320_Erganzt_Abschlussbericht_MoPIP_Universitat_Bremen.pdf [25.07.2019]
- Greß, S. & Stegmüller, K. (2018). Personalausstattung, Personalbemessung und Qualität in der stationären Langzeitpflege. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.). Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege (S. 155–162). Berlin, Heidelberg.

- Hensen, P. (2018). Qualität und Qualitätsmessung in der Pflege – Theoretische Grundlagen und methodische Zugänge. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege* (S. 3–14). Berlin, Heidelberg.
- Hoffmann, F. & Koller, D. (2017). Verschiedene Regionen, verschiedene Versichertenpopulationen? Soziodemografische und gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Krankenkassen. *Das Gesundheitswesen*, 79 (1), 1–9.
- Jacobs, K. & Greß, S. (2017). Schnittstellenprobleme bei der gesundheitlichen Versorgung von Pflegebedürftigen. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2017. Die Versorgung der Pflegebedürftigen* (S. 205–215). Stuttgart.
- Kleina, T. & Horn, A. (2015). Gesundheitsförderung bei Pflegebedürftigkeit – Potenziale und Herausforderungen in der stationären Langzeitversorgung. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß & A. Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2015* (S. 97–107). Stuttgart.
- Kleina, T., Horn, A., Suhr, R. & Schaeffer, D. (2017). Zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Das Gesundheitswesen*, 79 (5), 382–387.
- Laag, S., Müller, T. & Mruck, M. (2014). Verantwortung gemeinsam tragen – die ärztliche Versorgung von Pflegeheimpatienten braucht eine Neuordnung. In U. Repschläger, C. Schulte & N. Osterkamp (Hrsg.). *BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2014. Beiträge und Analysen* (S. 292–309). Wuppertal.
- Lingnau, R., Blum, K., Willms, G., Pollmann, T., Gohmann, P. & Broge, B. (2021). Entlassmanagement – Status quo und Lösungsansätze zur Verbesserung. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers & C. Mostert (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2021. Schwerpunkt: Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt* (S. 83–97). Berlin.
- Luderer, C. & Meyer, G. (2018). Qualität und Qualitätsmessung in der Pflege aus ethischer Perspektive. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege* (S. 15–21). Berlin, Heidelberg.
- Matzk, S., Tsiassioti, C., Behrendt, S., Jürchott, K. & Schwinger, A. (2022). Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.). *Pflege-Report 2022. Spezielle Versorgungslagen in der Langzeitpflege* (S. 251–286). Berlin.

- MD-Bund – Medizinischer Dienst Bund (2023). Begutachtungen 2022. Daten auf Anfrage.
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2020). Medizinische Dienste starten ab Oktober mit Hausbesuchen und Qualitätsregelprüfungen in der Pflege. Pressemitteilung vom 18. September 2020. Essen. Verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/20-09-18_PM_Start_Wiederaufnahme_Hausbesuch_u_QPR_01.pdf [29.01.2021]
- MEDICPROOF (2023). Zahlen, Daten, Fakten 2022. Köln. Verfügbar unter: https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/ZDF/ZDF-2022.pdf [20.07.2023]
- Neugebauer, F. (2018). Risikomanagement und Patientensicherheit im Kontext von Pflege. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege* (S. 53–62). Berlin, Heidelberg.
- PKV – Verband der privaten Krankenversicherung (2023). PKV Zahlenportal. Verfügbar unter: <https://www.pkv-zahlenportal.de> [02.05.2023]
- Pulst, A., Fassmer, A. M. & Schmiemann, G. (2021). Unplanned hospital transfers from nursing homes: who is involved in the transfer decision? Results from the HOMERN study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33, 2231–2241.
- Roth, G. & Rothgang, H. (2001). Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34 (4), 292–305.
- Rothgang, H. (2017). Sicherung und Koordination der (zahn)ärztlichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2017. Die Versorgung der Pflegebedürftigen* (S. 95–105). Stuttgart.
- Rothgang, H. (2023). Zur Notwendigkeit einer Finanz- und Strukturreform der Pflegeversicherung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 66, 498–507.
- Rothgang, H. & Domhoff, D. (2019). Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Working Paper Forschungsförderung Nummer 150. Düsseldorf. Verfügbar unter: https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_150_2019.pdf [17.10.2019]
- Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S. & Unger, R. (2011). *BARMER GEK Pflegereport 2011. Schwerpunktthema: Zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz*. St. Augustin.

- Rothgang, H. & Kalwitzki, T. (2021). Pflegeversicherungsreform 2021 – Was muss geschehen und was geht noch? Gesundheits- und Sozialpolitik, 75 (2), 6–15.
- Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2015). BARMER GEK Pflegereport 2015. Schwerpunkt: Pflegen zu Hause. Siegburg.
- Rothgang, H., Kalwitzki, T. & Preuß, B. (2021). Evaluation des Bremischen Wohn- und Betreuungsgesetzes (BremWoBeG) sowie der Personalverordnung zum Bremischen Wohn- und Betreuungsgesetz (BremWoBeGPersV). Abschlussbericht. Bremen. Verfügbar unter: https://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=49cb206782.pdf&filename=Abschlussbericht_Eva_BremWoBeG.pdf [25.08.2023]
- Rothgang, H., Krawietz, J., Kalwitzki, T. & Preuß, B. (2023, im Erscheinen). Landespflegebericht Bremen 2023. Kommunale Pflegeberichterstattung der Städte Bremen und Bremerhaven. Bremen.
- Rothgang, H. & Müller, R. (2018). BARMER Pflegereport 2018. Schwerpunkt Gesundheit pflegender Angehöriger. Berlin.
- Rothgang, H. & Müller, R. (2019). BARMER Pflegereport 2019. Ambulantisierung der Pflege. Berlin.
- Rothgang, H. & Müller, R. (2021). BARMER Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegeformen und Zukunftstrends. Berlin.
- Rothgang, H. & Müller, R. (2022). BARMER Pflegereport 2022. Stationäre Versorgung und COVID-19. Berlin.
- Rothgang, H., Müller, R., Mundhenk, R. & Unger, R. (2014). BARMER GEK Pflegereport 2014. Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger. Siegburg.
- Rothgang, H., Müller, R. & Preuß, B. (2020). BARMER Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen. Berlin.
- Rothgang, H., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2017). BARMER Pflegereport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5. Siegburg.
- Rothgang, H., Müller, R. & Unger, R. (2013). BARMER GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Rehabilitation und Pflege. Siegburg.
- Rothgang, H., Schmid, A., Maaß, L., Preuß, B. & Wagner, C. (2019). Abschlussbericht zum Projekt „Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 4: Statistische Untersuchung“, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.

- Schaeffer, D., Wingenfeld, K., Kleina, T., Brause, M. & Horn, A. (2012). Qualität und Gesundheit in der stationären Altenhilfe – eine empirische Bestandsaufnahme. Abschlussbericht zum ZQP-Projekt. Berlin.
- Schneekloth, U., Geiss, S., Pupeter, M., Rothgang, H., Kalwitzki, T. & Müller, R. (2017). Abschlussbericht. Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. München.
- Schulz, M., Czwikla, J., Schmidt, A., Tsiasioti, C., Schwinger, A., Gerhardus, A., Schmiemann, G., Wolf-Ostermann, K. & Rothgang, H. (2021). Fachärztliche Unterversorgung bei Heimbewohnern – Prävalenzstudie und Hochrechnung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 54, 479–484. doi: <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01865-z>.
- Schulz, M., Czwikla, J., Tsiasioti, C., Schwinger, A., Gand, D., Schmiemann, G., Schmidt, A., Wolf-Ostermann, K., Kloep, S., Heinze, F. & Rothgang, H. (2020a). Differences in medical specialist utilization among older people in need of long-term care – results from German health claims data. *International Journal for Equity in Health*, 19 (22). doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-1130-z>.
- Schulz, M., Tsiasioti, C., Czwikla, J., Schwinger, A., Gand, D., Schmidt, A., Schmiemann, G., Wolf-Ostermann, K. & Rothgang, H. (2020b). Claims data analysis of medical specialist utilization among nursing home residents and community-dwelling older people. *BMC Health Services Research*, 20 (690). doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05548-0>.
- Schwinger, A., Behrendt, S., Tsiasioti, C., Stieglitz, K., Breitzkreuz, T., Grobe, T. & Klauber, J. (2018a). Qualitätsmessung mit Routinedaten in deutschen Pflegeheimen: Eine erste Standortbestimmung. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege* (S. 97–125). Berlin, Heidelberg.
- Schwinger, A., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. & Jacobs, K. (Hrsg.) (2023). *Pflege-Report 2023. Versorgungsqualität von Langzeitgepflegten*. Berlin.
- Schwinger, A., Rothgang, H. & Kalwitzki, T. (2018b). „Die Pflegeversicherung boomt“: Mehrausgaben der Pflegeversicherung – Retrospektive und Projektion. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik*, 21 (6), 13–22.
- Singler, K., Dormann, H., Dodt, C., Heppner, H. J., Püllen, R., Burkhardt, M., Swoboda, W., Roller-Wirnsberger, R. E., Pinter, G., Mrak, P. & Münzer, T. (2016). Der geriatrische Patient in der Notaufnahme. *Notfall & Rettungsmedizin*, 19 (6), 496–499.

- Specht-Leible, N., Bender, M. & Oster, P. (2003). Die Ursachen der stationären Aufnahme von Alten- und Pflegeheimbewohnern in einer Geriatrischen Klinik. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36 (4), 274–279.
- Statistisches Bundesamt (2022a). Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege insgesamt, nach Ort der Leistungserbringung und Geschlecht im Zeitvergleich am 31.12. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Tabellen/liste-hilfe-pflege.html> [10.08.2023]
- Statistisches Bundesamt (2022b). Grunddaten der Krankenhäuser 2021 – Fachserie 12, Reihe 6.1.1, berichtigte Version vom 21. April 2023. Wiesbaden. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611217004.pdf?__blob=publicationFile [15.05.2023]
- Statistisches Bundesamt (2022c). Pflegestatistik 2021 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2022d). Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Standardtabellen.
- Statistisches Bundesamt (2022e). Statistik der Kriegsopferfürsorge. Ausgaben und Einnahmen. Empfänger/-innen 2020. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2022f). Wirtschaftsrechnungen. Laufende Wirtschaftsrechnungen. Einkommen, Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte – Fachserie 15 Reihe 1 – 2021. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2023a). Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe in Deutschland im Laufe des Berichtsjahres. Länderübersicht über die Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege sowie Ort der Leistungserbringung. Datentabellen ab 2017 auf Anfrage. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2023b). Bevölkerung zum Stichtag 31.12. Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität (Grundlage Zensus 2011) 2011–2022. Verfügbar unter: <http://gbe-bund.de> [21.07.2023]
- Statistisches Bundesamt (2023c). Gestorbene: Deutschland, Jahre, Geschlecht, Altersjahre. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de> [18.07.2023]

- Statistisches Bundesamt (2023d). Sonderauswertung Sterbefälle 2016–2023. Fallzahlen nach Tagen, Wochen, Monaten, Altersgruppen, Geschlecht und Bundesländern für Deutschland. 2023-07-11. Wiesbaden. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle-pdf.pdf?__blob=publicationFile [18.07.2023]
- Statistisches Bundesamt (2023e). Verbraucherpreisindex: Deutschland, Monate. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=61111-0002&startjahr=1991#abreadcrumb> [09.10.2023]
- Sundmacher, L., Schüttig, W. & Faisst, C. (2015). Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland. Berlin. Verfügbar unter: https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Forschungsfoerderung/2012/Sundmacher_LMU__Muenchen.pdf [13.11.2023]
- Swart, E., Ihle, P., Gothe, H. & Matusiewicz, D. (Hrsg.) (2014). Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven (2. Aufl.). Bern.
- Valk-Draad, M. P., Bohnet-Joschko, S. & PSK-Studiengruppe (2023). Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle und Ansätze zur Verringerung der Hospitalisierung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern. Bundesgesundheitsblatt, 66, 199–211. doi: <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03654-4>.
- vdek – Verband der Ersatzkrankenkassen (2020). SPV – Finanzierung der vollstationären Pflege. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und Eigenanteil in EUR. 1. Juli 2020. Berlin. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/daten/f_pflegeversicherung/spv_pflegekosten_eigenanteil_nach_pflegestufen_saeulen.jpg [27.09.2020]
- vdek – Verband der Ersatzkrankenkassen (2021). Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in Euro je Monat nach Bundesländern von 2018 bis 2021. Berlin. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung/_jcr_content/par/download/file.res/entwicklung_eigenbeteiligung_stationaere_pflege_2018_2021.pdf [21.01.2022]

- vdek – Verband der Ersatzkrankenkassen (2023). Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in Euro je Monat nach Aufenthaltsdauer. 1. Juli 2023 – Bundesgebiet. Berlin. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/daten/f_pflegeversicherung/BUND_finanz_belastung_nach_aufenthaltsdauer_07_2023.jpg [09.08.2023]
- Wingenfeld, K., Stegbauer, C., Willms, G., Voigt, C. & Woitzik, R. (2018). Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege. Abschlussbericht: Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung. Bielefeld.

Autorenverzeichnis

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

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

