



Bundesministerium
für Gesundheit

**Wissenschaftliche Evaluation
der Umstellung des Verfahrens
zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
(§ 18c Abs. 2 SGB XI)**

Abschlussbericht:
Statistische Untersuchung
(Los 4)

Abschlussbericht zum Projekt

Wissenschaftliche Evaluation der Um- stellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(§ 18c Abs. 2 SGB XI)

Los 4: Statistische Untersuchung

im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Bremen, 23.07.2019, überarbeitet 17.12.2019

Projektkoordination und Studienzentrum:

Prof. Dr. Heinz Rothgang,
SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik,
Universität Bremen

Kontaktadresse:

SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
Mary-Somerville-Straße 3
28359 Bremen
Tel.: +49 (0)421 218-58557
E-Mail: rothgang@uni-bremen.de

Studienteam:

Dr. Achim Schmid
Laura Maaß, M.A. Public Health
Benedikt Preuß, B.A. Pflegewissenschaft
Christian Wagner, B.A. Public Health

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis.....	XIII
1 Einleitung	1
2 Methodische Vorgehensweise.....	4
2.1 Beschreibung der Datengrundlage	4
2.1.1 Amtliche Statistiken	4
2.1.2 Kassendaten und Daten der Medizinischen Dienste.....	6
2.2 Durchführung eigener Erhebungen	8
2.2.1 Befragung der Anbieter für Pflegekurse.....	8
2.2.2 Befragung der Sozialhilfeträger (SHT)	11
2.2.3 Befragung der regionalen Netzwerke	12
2.3 Entwicklung von Referenzmodellen	13
3 Ergebnisse	15
3.1 Entwicklung der Empfängerzahlen und der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung	15
3.1.1 Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen insgesamt.....	17
3.1.2 Entwicklung nach Sektoren	25
3.1.3 Entwicklung der Leistungsausgaben der SPV	29
3.1.4 Entwicklung einzelner Leistungen	33
3.1.5 Referenzmodell SPV	46
3.1.6 Überleitungsfälle	54
3.1.7 Zusammenfassung	60
3.2 Entwicklung der Empfängerzahlen und Finanzen der Sozialhilfe	62
3.2.1 Entwicklung der Empfängerzahlen	64
3.2.2 Referenzmodell der Empfängerzahlen der Hilfe zur Pflege.....	86
3.2.3 Entwicklung der Ausgaben.....	93
3.2.4 Referenzmodell der Ausgaben für Hilfe zur Pflege	106
3.2.5 Empfänger*innen und Ausgaben der Hilfe zur Pflege im Jahr 2017	110
3.2.6 Gleichzeitiger Bezug von Pflegeleistungen und Eingliederungshilfe	113
3.2.7 Inanspruchnahme anderer Sozialhilfeleistungen	116
3.2.8 Entwicklung der Anträge auf Hilfe zur Pflege	126

3.2.9	Zusammenfassung	129
3.3	Vergütung von Pflegeheimen und Eigenanteile.....	133
3.3.1	Vergleich von Pflegestatistik und vdek-Daten	133
3.3.2	Entwicklung der Vergütung in Pflegeheimen	136
3.3.3	Entwicklung der Eigenanteile nach Pflegestufen	151
3.3.4	Referenzmodell Vergütung und Eigenanteile	154
3.3.5	Besitzstandsschutz.....	157
3.3.6	Zusammenfassung	161
3.4	Unterstützung der informellen Pflege	164
3.4.1	Entwicklung der sozialen Absicherung von pflegenden Angehörigen	164
3.4.2	Unterstützung durch Regionale Netzwerke und Pflegekurse	169
3.4.3	Entlastungsangebote	190
4	Zusammenfassung.....	210
5	Literatur.....	215

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen anteilig nach Pflegestufen bzw. Pflegegraden.....	19
Abbildung 2:	Entwicklung der Prävalenzen nach Pflegestufen bzw. -graden	20
Abbildung 3:	Anteil der Leistungsempfänger*innen nach Geschlecht.....	21
Abbildung 4:	Entwicklung des Anteils der männlichen Leistungsempfänger nach Pflegestufen	22
Abbildung 5:	Altersspezifische Prävalenz im Jahr 2000 nach Pflegestufen.....	23
Abbildung 6:	Altersspezifische Prävalenz im Jahr 2016 nach Pflegestufen.....	24
Abbildung 7:	Altersspezifische Prävalenz im Jahr 2018 nach Pflegegraden.....	24
Abbildung 8:	Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen nach Sektor	26
Abbildung 9:	Anteil der Leistungsempfänger*innen im ambulanten Sektor nach Pflegestufen bzw. -grade	27
Abbildung 10:	Entwicklung des Case-Mix im ambulanten Sektor.....	28
Abbildung 11:	Entwicklung des Case-Mix im stationären Sektor.....	29
Abbildung 12:	Entwicklung der Leistungsausgaben der SPV	30
Abbildung 13:	Entwicklung der ambulanten und teilstationären Leistungsausgaben der SPV	31
Abbildung 14:	Entwicklung der vollstationären Leistungsausgaben der SPV	32
Abbildung 15:	Entwicklung der sonstigen Leistungsausgaben der SPV	33
Abbildung 16:	Entwicklung der Leistungsempfänger*innen im ambulanten Sektor	34
Abbildung 17:	Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen des Pflegegelds nach Pflegestufen bzw. -grade	35
Abbildung 18:	Entwicklung der Ausgaben der SPV für Pflegegeld.....	36
Abbildung 19:	Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen der Pflegesachleistungen nach Pflegestufen bzw. -graden	37
Abbildung 20:	Entwicklung der Ausgaben der SPV für Pflegesachleistungen	38
Abbildung 21:	Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen der Kombinationsleistungen nach Pflegestufen bzw. -graden	39
Abbildung 22:	Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen von Pflegesach- und Kombinationsleistungen nach Pflegestufen bzw. -graden	40

Abbildung 23:	Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen der Tages- und Nachtpflege nach Pflegestufen bzw. –graden	41
Abbildung 24:	Entwicklung der Ausgaben der SPV für Tages- und Nachtpflege.....	42
Abbildung 25:	Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen der Kurzzeitpflege nach Pflegestufen bzw. –graden	43
Abbildung 26:	Entwicklung der Ausgaben der SPV für Kurzzeitpflege	44
Abbildung 27:	Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen der Verhinderungspflege nach Pflegestufen bzw. –graden	45
Abbildung 28:	Entwicklung der Ausgaben der SPV für Verhinderungspflege	46
Abbildung 29:	Identifikation des demographischen Einflusses.....	47
Abbildung 30:	Identifikation des Einflusses der Gesetzesänderungen 2008 bis 2016	48
Abbildung 31:	Referenzmodell Leistungsempfänger*innen der SPV	49
Abbildung 32:	Referenzmodell Leistungsausgaben der SPV	52
Abbildung 33:	Referenzmodell Leistungsausgaben SPV insgesamt	53
Abbildung 34:	Entwicklung der Überleitungsfälle nach Sektoren	55
Abbildung 35:	Entwicklung der für die Kostenkalkulation relevanten Überleitungsfälle.....	59
Abbildung 36:	Entwicklung des Anteils der für die Kostenkalkulation relevanten Überleitungsfälle an allen Pflegebedürftigen.....	59
Abbildung 37:	Prognostizierte Entwicklung der Mehrkosten für Überleitung nach § 140 SGB XI	60
Abbildung 38:	Entwicklung der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege nach Versorgungsart.....	66
Abbildung 39:	Entwicklung der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen.....	67
Abbildung 40:	Entwicklung der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege mit Häuslicher Pflegehilfe und Pflegegeld	68
Abbildung 41:	Entwicklung der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege in von Einrichtungen.....	69
Abbildung 42:	Verteilung der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege nach Versorgungsart.....	70
Abbildung 43:	Verteilung der HZP-Empfänger*innen von Pflegegeld nach Pflegestufen bzw. –graden.....	71

Abbildung 44:	Verteilung der HzP-Empfänger*innen von Häuslicher Pflegehilfe nach Pflegegraden im Jahr 2017	72
Abbildung 45:	Verteilung der HzP-Empfänger*innen nach Pflegestufen bzw. -graden im vollstationären Bereich	73
Abbildung 46:	Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen nach SPV-Statistik und PKV-Zahlenberichten	74
Abbildung 47:	Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen nach Pflegestatistik.....	75
Abbildung 48:	Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege an allen ambulant versorgten Pflegebedürftigen nach SPV-Statistik und PKV-Zahlenberichten	76
Abbildung 49:	Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege an allen ambulant versorgten Pflegebedürftigen nach Pflegestatistik.....	76
Abbildung 50:	Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege an allen vollstationär versorgten Pflegebedürftigen nach SPV-Statistik und PKV-Zahlenberichten	77
Abbildung 51:	Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege an allen vollstationär versorgten Pflegebedürftigen nach Pflegestatistik.....	78
Abbildung 52:	Anteil der vollstationär versorgten Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege mit zusätzlichen Pflegeleistungen eines anderen Trägers.....	79
Abbildung 53:	Anteil der ambulant versorgten Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege mit zusätzlichen Pflegeleistungen eines anderen Trägers im Jahr 2017	80
Abbildung 54:	Vergleich der Entwicklung der Empfängerzahlen von Hilfe zur Pflege mit Empfängerzahlen der Sozialen und Privaten Pflegepflichtversicherung	81
Abbildung 55:	Altersstruktur der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege	82
Abbildung 56:	Altersstruktur der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege in ambulanten Settings.....	83
Abbildung 57:	Altersstruktur der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege in stationären Settings.....	83
Abbildung 58:	Verteilung der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege nach Geschlecht.....	84
Abbildung 59:	Verteilung der männlichen Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege nach Ort der Leistungserbringung.....	85
Abbildung 60:	Verteilung der weiblichen Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege nach Ort der Leistungserbringung	85

Abbildung 61:	Darstellung des demographischen Effekts auf die Entwicklung der HzP-Empfängerzahlen	87
Abbildung 62:	Darstellung des Gesamtreformeffekts auf die Entwicklung der HzP-Empfängerzahlen	88
Abbildung 63:	Darstellung der spezifischen Reformeffekte auf die Entwicklung der HzP-Empfängerzahlen	89
Abbildung 64:	Gesamtdarstellung der quantifizierten Effekte auf die Entwicklung der HzP-Empfängerzahlen	90
Abbildung 65:	Gesamtdarstellung des HzP-Referenzmodells für den ambulanten Bereich	91
Abbildung 66:	Gesamtdarstellung des HzP-Referenzmodells für den stationären Bereich.....	92
Abbildung 67:	Entwicklung der Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege	95
Abbildung 68:	Entwicklung der Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege in Einrichtungen	96
Abbildung 69:	Entwicklung der Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen.....	97
Abbildung 70:	Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege nach Ort der Leistungserbringung	98
Abbildung 71:	Bruttoausgaben pro Empfänger*in von Hilfe zur Pflege nach Versorgungssektor	100
Abbildung 72:	Bruttoausgaben pro Empfänger*in von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen.....	101
Abbildung 73:	Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege für Häusliche Pflegehilfe und Pflegegeld	102
Abbildung 74:	Verteilung der Bruttoausgaben von Hilfe zur Pflege für Pflegegeld nach Pflegestufen bzw. -graden.....	103
Abbildung 75:	Verteilung der Bruttoausgaben von Hilfe zur Pflege für vollstationäre Pflege nach Pflegestufen bzw. -graden.....	104
Abbildung 76:	Anteil der Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege an Gesamtausgaben von Pflegeversicherung und Sozialhilfe	105
Abbildung 77:	Anteil der Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege an Gesamtausgaben der Sozialhilfe mit und ohne Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.....	106
Abbildung 78:	Referenzmodell der Gesamtnettoausgaben der Hilfe zur Pflege	107
Abbildung 79:	Referenzmodell der Gesamtnettoausgaben der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen.....	108

Abbildung 80:	Referenzmodell der Gesamtnettoausgaben der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen.....	109
Abbildung 81:	Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege nach Leistungsarten und Pflegegraden im Jahr 2017	110
Abbildung 82:	Anteil der Pflegegrade 2 bis 5 an den Empfängerzahlen von Hilfe zur Pflege ausgewählter Leistungen im Jahr 2017.....	111
Abbildung 83:	Bruttoausgaben für Hilfe zur Pflege nach Leistungsarten und Pflegegrade im Jahr 2017.....	112
Abbildung 84:	Anteil der Pflegegrade 2 bis 5 der Bruttoausgaben ausgewählter Leistungen für Hilfe zur Pflege im Jahr 2017.....	112
Abbildung 85:	Pro-Kopf-Ausgaben für Hilfe zur Pflege nach Leistungsarten und Pflegegraden im Jahr 2017	113
Abbildung 86:	Hochrechnung der Empfängerzahl der Eingliederungshilfe auf Basis der Stichprobe und Vergleich mit Statistik der Eingliederungshilfe	114
Abbildung 87:	Entwicklung der Personen mit Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe und anderen Pflegeleistungen.....	115
Abbildung 88:	Sozialhilfebezug besonderer Fälle ohne Pflegestufe und ohne eingeschränkte Alltagskompetenz im Jahr 2016.....	117
Abbildung 89:	Sozialhilfebezug besonderer Fälle mit Pflegegrad im Jahr 2017.....	118
Abbildung 90:	Sozialhilfebezug besonderer Fälle ohne Pflegegrad im Jahr 2017	119
Abbildung 91:	Sozialhilfebezug besonderer Fälle mit Pflegegrad im Jahr 2018.....	120
Abbildung 92:	Sozialhilfebezug besonderer Fälle ohne Pflegegrad und ohne Übergangsregelung im Jahr 2018	121
Abbildung 93:	Entwicklung der Empfängerzahl von Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes und Hilfe in sonstigen Lebenslagen	122
Abbildung 94:	Entwicklung der Ausgaben für Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes und Hilfe in sonstigen Lebenslagen.....	123
Abbildung 95:	Übersicht über den Verlauf der Fallbeispiele im Rahmen der Aktenziehung	123
Abbildung 96:	Anteil der Sozialhilfeträger, der den (sozialhilferechtlichen) Leistungsbedarf nicht für alle von ihm betreuten HzP-Empfänger*innen mit Pflegegrad 1 außerhalb von Einrichtungen mit Leistungen des 7. Kapitels SGB XII decken konnte.....	124

Abbildung 97:	Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege mit Pflegegrad 1 und weiterem pflegerischen oder anderweitigem sozialhilfrechtlichen Bedarf....	125
Abbildung 98:	Häufigkeit der zusätzlichen Leistungen zur Bedarfsdeckung der Pflegebedürftigen des Pflegegrad 1	126
Abbildung 99:	Hochrechnung der gestellten und bewilligten Anträge auf Hilfe zur Pflege auf Basis der Stichprobe	128
Abbildung 100:	Entwicklung der Bewilligungsquote der Anträge auf Hilfe zur Pflege auf Basis der Stichprobe	129
Abbildung 101:	Entwicklung der Gesamtheimentgelte in Standardpflegeheimen	137
Abbildung 102:	Entwicklung der Pflegesätze in Standardpflegeheimen.....	139
Abbildung 103:	Entwicklung der monatlichen Eigenanteile in Standardpflegeheimen	141
Abbildung 104:	Entwicklung der monatlichen einrichtungseinheitliche Eigenanteile: Median, Mittelwert, 1. und 3. Quartil sowie 5. und 95. Perzentil.....	141
Abbildung 105:	Einrichtungseinheitliche Eigenanteile: Median, Mittelwert, 1. und 3. Quartil sowie 5. und 95. Perzentil in den Ländern	142
Abbildung 106:	Entwicklung der Entgelte für Unterkunft in Standardpflegeheimen	144
Abbildung 107:	Entwicklung der Entgelte für Verpflegung in Standardheimen.....	146
Abbildung 108:	Entwicklung der gesondert in Rechnung gestellten Entgelte für nicht geförderte Investitionskosten in Standardpflegeheimen	148
Abbildung 109:	Entwicklung der Kosten für Ausbildung in Standardpflegeheimen	149
Abbildung 110:	Entwicklung der Vergütung in Sonderpflegeheimen.....	151
Abbildung 111:	Durchschnittliche Entlastung bzw. Belastung bei den Pflegesätzen von Standard- und Sonderpflegeheimen für Pflegestufe I.....	152
Abbildung 112:	Durchschnittliche Entlastung bzw. Belastung von Standard- und Sonderpflegeheimen Pflegestufe II.....	153
Abbildung 113:	Durchschnittliche Entlastung bzw. Belastung von Standard- und Sonderpflegeheimen Pflegestufe III	154
Abbildung 114:	Referenzmodell Eigenanteile der Pflegekosten mit PSG I	155
Abbildung 115:	Referenzmodell Eigenanteile insgesamt mit PSG I	156
Abbildung 116:	Referenzmodell Gesamtheimentgelt mit PSG I.....	157
Abbildung 117:	Entwicklung der Kosten für Besitzstandsschutz vollstationär.....	158
Abbildung 118:	Prognostizierte Entwicklung der Ausgaben für Besitzstandsschutz.....	160
Abbildung 119:	Entwicklung des Eigenanteils an den Pflegekosten.....	162

Abbildung 120:	Entwicklung des Eigenanteils am Gesamtheimentgelt	163
Abbildung 121:	Rentenversicherte Pflegepersonen im Jahresverlauf und Ausgaben für die soziale Sicherung von Pflegepersonen.....	165
Abbildung 122:	Pro-Kopf-Ausgaben der SPV für die soziale Sicherung der Pflegepersonen	166
Abbildung 123:	Rentenversicherte Pflegepersonen im Laufe des Jahres nach Geschlecht	168
Abbildung 124:	Absolute Verteilung der Pflege-/Demenznetzwerke in Deutschland nach Landkreisen bzw. kreisfreien Städten. Stand: Dezember 2018	172
Abbildung 125:	Gesamtausgaben für die finanzielle Förderung von Netzwerken nach § 45c Abs. 9 SGB XI sowie der Zahl der deutschlandweit geförderten Netzwerke	173
Abbildung 126:	Themen, welche die Netzwerke in ihrer Arbeit aufgriffen	175
Abbildung 127:	Partner innerhalb der Netzwerke	176
Abbildung 128:	Finanzierung der Netzwerke in 2016 und in 2018.....	177
Abbildung 129:	Entwicklung der Ausgaben für Pflegekurse in Millionen Euro nach § 45 SGB XI.	179
Abbildung 130:	Geographische Verteilung der Anbieter von häuslichen Schulungen in 2018 (n = 69).....	182
Abbildung 131:	Geographische Verteilung der Anbieter von Kleingruppen-Kursen in 2018 (n = 56)	183
Abbildung 132:	Zahl der Kursanbieter nach Kursformat und Rahmenvertrag mit den Pflegekassen in 2017	185
Abbildung 133:	Anzahl der durchgeführten Kleingruppen-Kurse sowie der Anzahl der Leistungsanbieter, welche keine Kleingruppen-Kurse durchgeführt haben von 2014 bis 2017 (ganzjährig) und der ersten Jahreshälfte aus 2018 (01. Januar – 30. Juni 2018) mit einer Prognose für die Gesamtzahl der Kurse in 2018.	187
Abbildung 134:	Anzahl der in einem Kleingruppen-Kurs geschulten pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen von 2014 bis 2017 (ganzjährig) und der ersten Jahreshälfte aus 2018 (01. Januar – 30. Juni 2018) mit einer Prognose für die Gesamtzahl der Kursteilnehmer*innen in 2018.	188
Abbildung 135:	Anzahl der durchgeführten häuslichen Schulungen sowie der Anzahl der Leistungsanbieter, welche keine häuslichen Schulungen durchgeführt haben von 2014 bis 2017 (ganzjährig) und der ersten Jahreshälfte aus 2018	

	(01. Januar – 30. Juni 2018) mit einer Prognose für die Gesamtzahl der Schulungen in 2018.	189
Abbildung 136:	Entwicklung von Ausgaben für die Sammelkategorie „Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen“.	191
Abbildung 137:	Vergleich Meldungen aller Pflegekassen an das BMG hinsichtlich des Umwandlungsanspruchs in 2016 - 2018, der Meldungen der BARMER und der Hochrechnung des SOCIUM auf der Grundlage der BARMER-Daten.	192
Abbildung 138:	Nutzungsmonate der BARMER für Pflegeleistungen nach §§36, 37, 39, 41 und 42 SGB XI insgesamt sowie dem Anteil dieser Nutzungsmonate, in denen zusätzlich der Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (2016) bzw. § 45a SGB XI (2017) bezogen wurde.	194
Abbildung 139:	Nutzungsmonate und Ausgaben in 1.000 Euro der BARMER für den Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (2016) und § 45a SGB XI (2017).	195
Abbildung 140:	Nutzungsmonate der BARMER für den Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (2016) und § 45a SGB XI (2017) in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI.	196
Abbildung 141:	Ausgaben der BARMER für den Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (2016) und § 45a SGB XI (2017) in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI.	197
Abbildung 142:	Nutzungsmonate der BARMER für den Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (2016) und § 45a SGB XI (2017) in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI nach Pflegestufe* bzw. Pflegegrad.	198
Abbildung 143:	Ausgaben der BARMER für den Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (2016) und § 45a SGB XI (2017) in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI nach Pflegestufe* bzw. Pflegegrad.	199
Abbildung 144:	Nutzungsmonate der BARMER für den Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (2016) und § 45a SGB XI (2017) in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI nach Geschlecht.	200
Abbildung 145:	Nutzungsmonate der BARMER für den Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (2016) und § 45a SGB XI (2017) nach Altersgruppe.	201
Abbildung 146:	Nutzungsmonate der BARMER für Pflegeleistungen nach §§ 36, 37 und 42 SGB XI insgesamt sowie dem Anteil dieser Nutzungsmonate, in denen zusätzlich der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI bezogen wurde.	203

Abbildung 147:	Nutzungsmonate und Ausgaben der BARMER für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI.....	204
Abbildung 148:	Nutzungsmonate der BARMER für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI.	204
Abbildung 149:	Ausgaben der BARMER für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI.	205
Abbildung 150:	Nutzungsmonate der BARMER für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI nach Pflegestufe bzw. Pflegegrad.....	205
Abbildung 151:	Ausgaben der BARMER für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI nach Pflegestufe bzw. Pflegegrad.....	206
Abbildung 152:	Nutzungsmonate der BARMER für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI nach Geschlecht.....	207
Abbildung 153:	Nutzungsmonate der BARMER für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI nach Altersgruppe.....	208
Abbildung 154:	Ausgaben der BARMER für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI nach Altersgruppe.....	209

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen nach Pflegestufen/ -graden in Tausend	18
Tabelle 2:	Entwicklung der Leistungsempfänger*innen nach Leistung und Jahr (inkl. „sog. PS 0“).....	25
Tabelle 3:	Zuordnung der Leistungsausgaben zur Berechnung der Pro-Kopf-Ausgaben	30
Tabelle 4:	Ergebnisse des Referenzmodells für die Leistungsempfängerzahlen der SPV	50
Tabelle 5:	Ergebnisse des Referenzmodells zur Zahl der SPV-Leistungsempfänge*innen	51
Tabelle 6:	Ergebnisse des Referenzmodells zu den Leistungsausgaben der SPV	52
Tabelle 7:	Ergebnisse des Referenzmodells der Leistungsausgaben der SPV insgesamt	54
Tabelle 8:	Anzahl der Leistungsempfänger*innen 2016	55
Tabelle 9:	Überleitungsfälle ab 01.01.2017	56
Tabelle 10:	Entwicklung der Überleitungsfälle nach Sektoren und Pflegegraden	57
Tabelle 11:	Verteilung der Wiederbegutachtungen 2017 nach Pflegegraden und Sektoren	58
Tabelle 12:	Verteilung der Wiederbegutachtungen 2017 nach Pflegegraden und Sektoren inkl. Versterben	58
Tabelle 13:	Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege am Jahresende nach Versorgungsart von 1994 bis 2017	65
Tabelle 14:	Einflüsse auf die HzP-Empfängerzahlen des Referenzmodells in Prozent:	93
Tabelle 15:	Einflüsse auf die HzP-Empfängerzahlen des Referenzmodells in absoluten Werten.....	93
Tabelle 16:	Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege von 1994 bis 2017	94
Tabelle 17:	Einflüsse auf die HzP-Gesamtnettoausgaben anhand des Referenzmodells in Prozent	109
Tabelle 18:	Einflüsse auf die HzP-Gesamtnettoausgaben anhand des Referenzmodells in Mio. Euro	110
Tabelle 19:	Vergleich der Neuzugänge zur SPV bzw. Hilfe zur Pflege anteilig an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen am Jahresende	127

Tabelle 20:	Vergleich von Pflegestatistik und vdek-Daten	135
Tabelle 21:	Gesamtheimentgelte nach Bundesländern	138
Tabelle 22:	Pflegesätze nach Bundesländern.....	140
Tabelle 23:	Eigenanteile nach Bundesländern	143
Tabelle 24:	Kosten für Unterkunft nach Bundesländern	145
Tabelle 25:	Entgelte für Verpflegung nach Bundesländern.....	147
Tabelle 26:	Entgelte für nicht geförderte Investitionskosten nach Bundesländern.....	148
Tabelle 27:	Ausbildungsvergütung nach Bundesländern.....	150
Tabelle 28:	Empfänger*innen und Ausgaben für Besitzstandsschutz vollstationär nach Bundesländern	159
Tabelle 29:	Anzahl Netzwerke pro Bundesland absolut und pro 1 Mio. Einwohner*innen. Stand: Dezember 2018	171
Tabelle 30:	Gesamtausgaben und Netzwerke nach Bundesländern, welche in 2018 und vom 01. Januar bis 31. Mai 2019 Fördergelder nach § 45c Abs. 9 XI in Anspruch genommen haben.....	174
Tabelle 31:	Anbieter Kleingruppen-Kurse und Anbieter häuslicher Schulungen gemäß § 45 SGB XI nach Bundesländern absolut und bezogen auf 1 Mio. Einwohner.....	184
Tabelle 32:	Nutzungsmonate der BARMER für den Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (2016) und § 45a SGB XI (2017) in der Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI nach Altersgruppen.	200
Tabelle 33:	Gesamtausgaben der BARMER für den Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (2016) und § 45a SGB XI (2017) in der Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI nach Altersgruppen.	201

1 Einleitung

Der vorliegende Abschlussbericht stellt die Ergebnisse des Projekts „Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) Los 4: Statistische Untersuchung“ dar. Die Studie wurde vom SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen durchgeführt. Die weiteren Lose wurden von der Prognos AG, dem Kantar TNS Institut und dem IGES Institut bearbeitet. Um Doppelungen zu vermeiden und Synergien zu nutzen, haben sich die Lose kontinuierlich abgestimmt. Im Fokus der statistischen Untersuchung in Los 4 steht dabei die *quantitative Darstellung* von Entwicklungen und Effekten, die mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbunden sind.

Die drei Pflegestärkungsgesetze können zusammen mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz als große Pflegereform betrachtet werden, deren Ziel es war, Pflegebedürftigen Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) und der Sozialhilfe (SGB XII) entsprechend der somatischen und kognitiven Einschränkung ihrer Selbständigkeit zu gewähren (Rothgang u.a. 2015; Rothgang u.a. 2016: 21). Damit reagierte der Gesetzgeber auf die Probleme einer zu eng gefassten und vorrangig somatisch begründeten Definition der Pflegebedürftigkeit. Während das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (PBB) im SGB XI verankert, gewährleistet das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) insbesondere auch die Übernahme des PBB in das Sozialhilferecht (SGB XII).

Mit dem *neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff* ändert sich das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit grundlegend: Wurden zuvor drei Pflegestufen unterschieden und zusätzlich – seit Inkrafttreten der entsprechenden Regelungen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes zum 01.01.2002 – die eingeschränkte Alltagskompetenz berücksichtigt, wird Pflegebedürftigkeit nunmehr in fünf Pflegegrade eingeteilt, die Schweregrade der Beeinträchtigung der Selbständigkeit umfassend betrachten. Neben der Neuerung einer pflegefachlich begründeten Einstufung in Pflegegrade für den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe sind auch die damit verbundenen großzügigen Leistungshöhen und eine großzügige Überleitung bereits anerkannter Pflegebedürftiger von Pflegestufen in Pflegegrade zu berücksichtigen (Rothgang/Kalwitzki 2015; Rothgang u.a. 2015: 36ff.). Im Ergebnis werden im ambulanten Bereich mehr als 95 % der bisherigen Leistungsempfänger*innen besser und niemand schlechter gestellt, während im stationären Bereich Besitzstandsschutzregeln dafür sorgen, dass kein*e pflegebedürftige*r Heimbewohner*in durch die Überleitung in Pflegegrade schlechter gestellt wird (Rothgang u.a. 2015: 55ff.). Nachteile können jedoch im stationären Bereich für Neufälle unter den Pflegebedürftigen entstehen, die nach altem Recht in Pflegestufe I eingestuft worden wären. Der mit dem PSG II eingeführte einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), entkoppelt den von den Bewohner*innen oder ggfs. ihren Sozialhilfeträgern zu zahlenden Anteil der Pflegekosten vom Grad der Pflegebedürftigkeit. Dadurch werden Bewohner*innen mit einem höheren Grad der Pflegebedürftigkeit im Vergleich zum Status

quo ante entlastet, während der Eigenanteil für niedrige Pflegegrade gegenüber der alten Regelung tendenziell ansteigt (Rothgang u.a. 2015: 52f.).

Ferner bekräftigen die Pflegestärkungsgesetze den Grundsatz „*ambulant vor stationär*“. Zum einen geschieht dies dadurch, dass zu erwartende Mehrausgaben vorwiegend im ambulanten Sektor vertortet werden können (Rothgang u.a. 2015: 56). Zum anderen unterstützen verschiedene Maßnahmen die häusliche Pflege durch professionelle Dienstleister sowie Angehörige. So zielen Regelungen des PSG II auf die Optimierung der Vernetzung von Pflegeanbietern und anderen Einrichtungen, die therapeutische Aufgaben für ambulant versorgte Pflegebedürftige übernehmen. Dazu können Netzwerke seit dem 01.01.2017 eine finanzielle Förderung der Pflegekassen erhalten. Des Weiteren sollen die Pflegekassen unentgeltliche Schulungskurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegenden durchführen. Ziel der Kurse ist, das soziale Pflegeengagement zu fördern, die Betreuung und Pflege zu erleichtern und pflegebedingte Belastungen der Pflegenden zu minimieren. Überdies sorgt die erweiterte Anrechnung von Pflegezeiten durch die Rentenversicherung dafür, dass die Pflegekassen für mehr Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter Rentenversicherungsbeiträge entrichten.

Zielsetzung des vorliegenden Berichts ist es, die mittels aktueller Daten sowie ergänzender Erhebungen ermittelten Wirkungen des Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetzes darzustellen und mit den intendierten Effekten der Reform zu vergleichen. Hierbei geht es zum einen um die Entwicklung der *Leistungsempfängerzahlen* und die Entwicklung der Inanspruchnahme unterschiedlicher *Leistungsarten*. Dies gilt sowohl für Empfänger*innen und Leistungen der Pflegeversicherung als auch der Sozialhilfeleistungen des SGB XII. Ein zentrales Erkenntnisinteresse gilt dabei der Frage, wie sich die häusliche Pflege und das Verhältnis von ambulanten zu stationären Leistungen entwickelt haben. Von ebenso großem Interesse ist die *finanzielle Wirkung* der Pflegestärkungsgesetze. Dabei geht es sowohl darum, die Konsequenzen der Neuerungen für die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der Pflegeversicherung zu ermitteln als auch deren Folgen für die Sozialhilfeträger im Rahmen der Hilfe zur Pflege abzuschätzen. Darüber hinaus wird die Entwicklung der *Vergütung* in der vollstationären Pflege sowie der damit verbundenen *Eigenanteile* in Folge der Pflegereformen berichtet.

Eine besondere Herausforderung ist es dabei, den reinen *Policy-Effekt* zu identifizieren und damit die konkreten Auswirkungen des Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetzes von säkularen Trends und demographischen Entwicklungen zu trennen.

Der Abschlussbericht ist folgendermaßen aufgebaut: Zunächst werden die zugrunde gelegten Statistiken und die Methodik der Auswertung sowie Methoden der Erhebung und deren Auswertung beschrieben (Kapitel 2). Im Ergebnisbericht (Kapitel 3) werden Entwicklungen zu Empfängerzahlen und Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung sowie der Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe untersucht. Jeweils steht die Frage im Vordergrund, welche Auswirkungen dem Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetz zugeschrieben werden können. Zu diesem Zweck wurde ein *Referenzmodell* entwickelt, das die kontrafaktische Entwicklung ohne Pflegereform abschätzt. Ferner werden die Auswirkungen der Pflegereformen auf die Vergütung in stationären Einrichtungen und

insbesondere der Entwicklung der Eigenanteile behandelt und die Unterstützung informeller Pflege durch Maßnahmen wie die Verbesserung der Anrechnung von Rentenversicherungsbeiträgen für erwerbsfähige Pflegepersonen, die Unterstützung von pflegenden Angehörigen durch regionale Netzwerke und Pflegekurse oder Entlastungsangebote. Im abschließenden Kapitel werden die hier im Vordergrund stehenden quantitativen Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze zusammengefasst (Kapitel 3.4).

2 Methodische Vorgehensweise

Im Folgenden wird die Methodik der Studie näher beschrieben. Dazu werden die für die weitere Analyse zugrunde gelegten Statistiken aufgeführt (Unterkapitel 2.1), die eigenen Erhebungsverfahren (Unterkapitel 2.2) erläutert und die Verfahren zur Gewinnung von kontrafaktischen Referenzmodellen mit deren Hilfe der Policy-Effekt isoliert werden kann, dargestellt (Unterkapitel 2.3).

2.1 Beschreibung der Datengrundlage

Für die Analyse der genannten Fragestellungen bedient sich die vorliegende Studie verschiedener Statistiken. Neben amtlichen Statistiken (Pflegestatistik, Sozialhilfestatistik, Daten der sozialen Pflegeversicherung) (Abschnitt 2.1.1) wurden Routinedaten der BARMER, vom vdek dankenswerter Weise zur Verfügung gestellte Daten zur Vergütung in stationären Einrichtungen, Begutachtungsdaten des MDK und Daten der Privaten Pflegepflichtversicherung (Abschnitt 2.1.2) untersucht.

2.1.1 Amtliche Statistiken

Leistungstagestatistik PG 1

Die gesetzlichen Pflegekassen in Deutschland erheben quartalsweise Daten zu den erbrachten Leistungen für ambulante und stationäre Pflege. Dabei wird zwischen den Leistungsarten Pflegegeld, Pflegesachleistung, Kombination von Geld- und Sachleistungen, Tages- und Nachtpflege, häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson, Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflege, Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, stundenweise Verhinderungspflege und Pflegezeit (die beiden letzten werden seit 2017 erhoben) unterschieden. Diese werden differenziert nach Pflegestufen (PS) sowie dem Vorliegen von eingeschränkter Alltagskompetenz (EA) (PS 0¹ mit EA, PS I, PS I mit EA, PS II, PS II mit EA, PS III) bzw. Pflegegraden (PG). Nach Aussagen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) können diese Daten aufgrund von unterjährigen Schwankungen allerdings nur jahresweise sinnvoll ausgewertet werden. Zur Auswertung werden die Leistungstage eines Jahres erfasst und anschließend durch die Anzahl der Tage in diesem Jahr geteilt. Die Daten sind somit als *Jahresdurchschnitte* zu sehen und beschreiben die jeweilige durchschnittliche Anzahl der Leistungsempfänger*innen an einem Tag in diesem Jahr. Zu beachten ist, dass es bei der Leistungstagestatistik zu Mehrfachzählungen kommt, da die Empfänger*innen von Tages- und Nachtpflege, häuslicher Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson sowie von stationärer Pflege in Behindertenheimen gleichzeitig weitere Leistungen beziehen können. Laut BMG sind

¹ Die sogenannte Pflegestufe 0 ist keine PS im Sinne des SGB XI. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) wurden im Jahr 2008 Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz auch auf Personen ausgeweitet, die keine Pflegestufe haben. Der Bezug dieser Leistungen bei fehlender PS wird als PS 0 bezeichnet.

Daten vor dem Jahr 2000 „nicht aussagefähig, weil sich in ihnen anfängliche Antragsstaus widerspiegeln“. Basis der vorliegenden Untersuchung sind daher Zeitreihen der Jahre von 2000 bis 2018, die die Entwicklung der jahresdurchschnittlichen Empfängerzahlen der Leistungsarten aufgeteilt nach PS und PG abbilden.

Leistungsempfängerstatistik PG 2

In der Leistungsempfängerstatistik PG 2 werden zu den Stichtagen 30. Juni und 31. Dezember eines jeden Jahres alle Leistungsempfänger*innen von SGB XI-Leistungen erfasst. Diese werden nach ambulanten und stationären Leistungen unterteilt. Außerdem werden Angaben zu Pflegestufe (Erfassung von Pflegestufe 0 ab 2008) bzw. Pflegegrad sowie Altersgruppen (Unterteilung in 17 Altersgruppen) dargestellt. Für das vorliegende Projekt wurden die vom BMG zur Verfügung gestellten Daten des zweiten Stichtages im Jahr (31. Dezember) aus den Jahren 2000 bis 2018 verwendet, um Zeitreihen zu bilden. Für die Jahre 2017 und 2018 wurden die Leistungsempfänger*innen der SPV, die zu Beginn des Jahres 2017 ohne Neubegutachtung durch die Überleitungsregeln des § 140 SGB XI in Pflegegrade überleitet wurden, gesondert aufgeführt.

Finanzstatistik der Pflegekassen PV 45

In der Finanzstatistik der Pflegekassen PV 45 werden jährliche Ausgaben und Einnahmen der Pflegekassen erhoben und durch das BMG veröffentlicht. Für die vorliegende Untersuchung sind vor allem die Leistungsausgaben von Bedeutung. Dabei wird zwischen den Kategorien Geldleistung, Pflegesachleistung, Verhinderungspflege, Tages-/Nachtpflege, Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen, Kurzzeitpflege, Soziale Sicherung der Pflegeperson, Hilfsmittel/Wohnumfeldverbesserung, vollstationäre Pflege, vollstationäre Pflege in Behindertenheimen, stationäre Vergütungszuschläge, Pflegeberatung und sonstige Leistungsausgaben unterschieden.

PKV-Daten

Daten zur Entwicklung der Empfänger*innen von Pflegeleistungen der Privaten Pflegepflichtversicherung entstammen den jährlich erscheinenden PKV-Zahlenberichten. Die Gesamtempfängerzahlen der Jahre 1995 und 1996 wurden, ebenso wie eine Aufschlüsselung der Pflegebedürftigen in stationärer und ambulanter Versorgung der Jahre 2000 bis 2004, vom Verband der Privaten Krankenversicherung zur Verfügung gestellt. Des Weiteren wurden die Ausgaben der Privaten Pflegepflichtversicherung ohne Abschlusskosten im Zeitraum von 1995 bis 2017 vom BMG zur Verfügung gestellt.

Sozialhilfestatistik

Im Hinblick auf die Entwicklungen der Hilfe zur Pflege wurden die amtlichen Statistiken der Sozialhilfe über die Ausgaben und Einnahmen (Fachserie 13 Reihe 2.1) sowie der Empfänger*innen von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII (Fachserie 13 Reihe 2.3) herangezogen. Mit der Statistik über die Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe lässt sich die finanzielle Entwicklung der Hilfe zur Pflege abbilden und analysieren. Die Statistik der Empfänger von Leistungen

nach dem 5. bis 9. Kapitel des SGB XII bietet Daten zur Entwicklung der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zu Pflege. Weitere Angaben beruhen auf unveröffentlichten Daten des Statistischen Bundesamts im Rahmen der Sozialhilfestatistik und werden als solche gekennzeichnet. Sofern nicht anders angegeben, werden bei den Empfängerzahlen die Werte zum Stichtag 31.12. verwendet.

Pflegestatistik

In der Pflegestatistik werden Informationen über Pflegebedürftige, Pflegeheime und ambulante Dienste einschließlich ihres Personals erfasst. Zudem sind in der Pflegestatistik auch Pflegesätze nach Leistungsart und Pflegestufe bzw. Pflegegrad sowie die Kosten von Unterkunft und Verpflegung verbucht. Die Daten werden seit 1999 von den Statistischen Ämtern der Bundesländer und des Bundes in einem zweijährigen Rhythmus erhoben. Grundlage sind Befragungen der Pflegeeinrichtungen sowie der Spitzenverbände der Pflegekassen und der privaten Pflegeversicherung, die Auskunft über die Empfänger*innen von Pflegegeldleistungen geben. Erhebungsstichtag sind der 15. Dezember für ambulante und stationäre Einrichtungen bzw. der 31. Dezember für Pflegegeldempfänger*innen (Statistisches Bundesamt 2017c: 4). Anders als in der PG 1, PG 2 und der PV 45 inkludiert die Pflegestatistik auch die Versicherten der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV).

Statistik der Rentenversicherung

Um Entwicklungen zur Zahl der Pflegepersonen zu erfassen, wurden Daten der Rentenversicherung (Statistikportal: <https://statistik-rente.de/drv/> sowie unveröffentlichte Tabellen zur Anzahl und Geschlecht der Pflegepersonen im Jahresverlauf, die auf Anfrage übermittelt wurden) herangezogen.

2.1.2 Kassendaten und Daten der Medizinischen Dienste

In dieser Studie wurden weiterhin Routinedaten der BARMER, vom Verband der Ersatzkassen (vdek) für die Kassen gesammelte Vergütungsdaten und Begutachtungsdaten der MDK-Gemeinschaft genutzt.

BARMER-Routinedaten

Die Routinedaten der BARMER umfassen Individualdaten von rund 8 Millionen Versicherten². Diese Daten bieten detaillierte Angaben zu Pflegeleistungen, Pflegeverläufen und sozio-demographischen Merkmalen. Die Stammdaten der BARMER enthalten grundlegende demographische Informationen zu Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnregion und Mitgliedschaftszeiten. Die Pflegedaten der BARMER bieten tagesgenaue Informationen über die Leistungen der SPV nach SGB XI. Angegeben sind die Leistungsarten und Pflegestufen mit Beginn und Ende des jeweiligen Leistungsbezugs (Rothgang u.a. 2016: 139f.). Routinedaten kommen dann zum Einsatz, wenn die amtlichen

² Nach der Fusion der BARMER GEK mit der Deutsche BKK firmiert die Kasse seit dem 1.1.2017 als BARMER. Um die Reformfolgen analysieren zu können, nutzen wir die Daten der Versicherten, die vor der Fusion der BARMER GEK angehörten, so dass längere Zeitreihen vorliegen und Verzerrungen durch Neuzugänge aufgrund von Kassenfusionen vermieden werden können.

Statistiken keine ausreichenden Informationen bieten, etwa bei der Evaluation der Umwandlung von Pflegesachleistungen in niedrigschwellige Betreuungsleistungen. Bei diesen Analysen ist zu beachten, dass in den Entgeltdaten der BARMER Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI nicht explizit erfasst werden. Aus diesem Grund wird in den Analysen nur zwischen Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) und Pflegegeld (§ 37 SGB XI) unterschieden.

Von 2015 auf 2016 stellte die BARMER die Codierung der Daten um. Besonders in 2016 kam es so zu Fehlcodierungen des Umwandlungsanspruchs und Entlastungsbetrags, indem fortlaufende Betreuungsleistungen als Umwandlungsanspruch und anders herum codiert wurden. Die hiervon betroffenen Codes (2 von 3) wurden nicht in die Auswertung eingeschlossen. Die präsentierten Zahlen fallen daher unwesentlich geringer aus als die von der BARMER direkt an das BMG übermittelten Werte. Insgesamt weist die BARMER aber nach Angaben des BMG deutlich höhere Ausgaben für den Umwandlungsanspruch aus als vergleichbare Pflegekassen. Auch die Hochrechnung der BARMER-Werte für den Umwandlungsanspruch führt zu etwa um den Faktor 1,7 höheren Ergebnissen als die Summe der Meldungen aller Pflegekassen an das BMG. Die Abweichungen können verschiedene Ursachen haben. Die Validität der BARMER-Daten und der verwendeten Codes wurden überprüft. Hierbei konnten keine Fehler festgestellt werden. Inwiefern es bei den BARMER-Daten zu einer Überschätzung oder bei anderen Pflegekassen möglicherweise zu einer systematischen Unterschätzung der Ausgaben kommt, müsste von den jeweiligen Datenproduzenten näher untersucht werden. In besonderem Maße zu berücksichtigen ist, dass der Umwandlungsanspruch eine neue Leistung ist und insgesamt noch sehr selten in Anspruch genommen wird. Die Inanspruchnahme hängt darüber hinaus von den lokalen Angebotsstrukturen und den jeweiligen länderspezifischen Bestimmungen ab. Aus diesem Grund wurde in den Datenanalysen auf eine Veröffentlichung der hochgerechneten Werte verzichtet und das SOCIUM rät von einer Hochrechnung der in Kapitel 3.4 vorgestellten Zahlen ab.

Daten des Verbands der Ersatzkassen

Dem Verband der Ersatzkassen (vdek) werden durch seine Landesvertretungen Daten aller Pflegeheime in Deutschland zur Verfügung gestellt. Diese Daten dienen vor allem Abrechnungszwecken, werden der Öffentlichkeit aber auch mittels des „Pflegelotsen“ zugänglich gemacht. Sie beinhalten pflegeheimbezogenen Informationen zu Pflegesätzen, den Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen sowie der Anzahl der vollstationären Plätze. Seit 2017 werden außerdem die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE) aufgeführt. Für diese Evaluation hat der vdek dankenswerterweise quartalsweise Daten für die Jahre 2014 bis 2019 für alle Pflegeheime in Deutschland zur Verfügung gestellt. Unterschieden wird bei den Pflegesätzen zwischen Standardpflegesätzen und Pflegesätzen für Sonderbereiche (z. B. Menschen mit Demenz oder Menschen mit apallischem Syndrom). Es können je Heim mehrere Pflegesätze vereinbart werden (z. B. wenn ein Heim einen Sonderbereich für eine bestimmte Klientel ausgewiesen hat), ebenso gibt es Pflegeheime, die ausschließlich Plätze mit Standardpflegesätzen vorhalten (dies ist die Regel) oder Pflegeheime, die ausschließlich Sonderpflegesätze vereinbart haben. Bei den vorliegenden Daten des vdek handelt es sich um einen „lebenden“ Datensatz, der kontinuierlich bei Unstimmigkeiten o.ä. aktualisiert

wird. Der Datensatz kann nur Ergebnisse darstellen, die durch händische Eingabe zur Verfügung stehen. So kommt es in Einzelfällen zu Duplikaten, trotz vorheriger Suche und Eliminierung von Duplikaten durch den vdek. Unrealistische Werte oder offensichtliche Fehleingaben wurden, wo möglich, korrigiert.

Begutachtungsstatistiken der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK)

Die MDK-Begutachtungsstatistiken geben Aufschluss über die Entwicklung der Zugänge zur sozialen Pflegeversicherung. Dabei werden Erstbegutachtungen, Widerspruchs-, Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen dargestellt. Die Ergebnisse der Begutachtungen werden als Empfehlungen formuliert, denen die Pflegekasse in der Regel folgt. Aus diesem Grund werden die positiven Ergebnisse der Erstbegutachtung als Zugänge (inzidente Fälle) zur SPV interpretiert. Die Begutachtungsstatistik gibt außerdem einen Überblick über die Schwere der Pflegebedürftigkeit bei Erstbegutachtungen, da eine Unterscheidung nach PS und PG erfolgt.

2.2 Durchführung eigener Erhebungen

Da nicht alle Fragen mit den zur Verfügung stehenden Daten und Statistiken zufriedenstellend beantwortet werden können, wurden weiterhin eigene Befragungen von Anbietern von Pflegekursen (Abschnitt 2.2.1), Sozialhilfeträgern (Abschnitt 2.2.2) und Netzwerken (Abschnitt 2.2.3) durchgeführt.

2.2.1 Befragung der Anbieter für Pflegekurse

Gemäß § 45 SGB XI haben die Pflegekassen unentgeltliche Schulungskurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegende durchzuführen. Diese Kurse sollen das soziale Pflegeengagement fördern, die Betreuung und Pflege erleichtern und pflegebedingte Belastungen (seelisch und körperlich) der Pflegenden minimieren. Die Kurse werden online, als Kleingruppen-Kurse oder bei den zu Pflegenden zu Hause (im Folgenden „häusliche Schulung“) durchgeführt. Den Kassen ist es erlaubt, die Pflegekurse allein oder in Kooperation mit anderen Pflegekassen anzubieten bzw. die Kurse von geeigneten Leistungsanbietern durchführen zu lassen.

Eine ursprünglich geplante Befragung der Pflegekassen zu Angebot und Nutzung der Kurse sowie der finanziellen Belastung wurde nach *Pretests* mit einzelnen Pflegekassen verworfen, weil die vorliegende Fragestellung von den meisten Pflegekassen nicht oder nicht in ausreichender Detailtiefe beantwortet werden konnte. Pretests und Rückmeldungen von den Kassen legten die alternative Strategie nahe, die relevanten Informationen über die Leistungsanbieter von Pflegekursen zu gewinnen.

Entwicklung eines Online-Fragebogens für die Befragung der Pflegekursanbieter

In Zusammenarbeit mit den auf Seite 10 genannten Wohlfahrtsverbänden, der Techniker Krankenkasse und dem AOK-Bundesverband sowie einem Anbieter von Pflegekursen entstand ein Online-

Fragebogen, der von den Dienstleistern beantwortet werden sollte, die Pflegekurse oder häusliche Schulungen anboten. Mit diesem Vorgehen sollte näherungsweise untersucht werden, wie viele Pflegekurse seit 2014 angeboten wurden, da die Statistik der Pflegekassen einzig die Gesamtausgaben für Pflegekurse seit 2007 beinhaltet, diese jedoch nicht ins Verhältnis zu den durchgeführten Kursen bzw. geschulten Personen setzt. Der betreffende Fragebogen liegt dem BMG vor.

Durchführung eines Pretests mit einem Dachverband und einem Kursanbieter

Mit der freundlichen Unterstützung der Referentin für Altenhilfe des AWO Bundesverbandes sowie *Mein pflegezentrum Bad Schwartau e.V. / Entyre GmbH* erfolgten am 14.08.2018 und am 05.09.2018 zwei Pretests des Fragebogens. Aufgrund der Rückmeldungen wurden einige Formulierungen des Fragebogens verändert.

Durchführung der Befragung

Die Befragung der Pflegekursanbieter fand vom 01.11.2018 bis zum 31.03.2019 statt. Die Verzögerung des Startes entstand durch Rechercheprobleme bei der Suche nach Anbietern von Pflegekursen sowie längeren Wartezeiten bei der Rückmeldung einiger Pflegekassen hinsichtlich ihrer Vertragspartner. Vorbereitend für die Befragung wurden alle Dachverbände sowie private Anbieter von Pflegekursen kontaktiert und über die Befragung informiert. Der Link zum Fragebogen wurde anschließend innerhalb der Verbände mit einem Anschreiben von den Dachverbänden an ihre Mitglieder weitergeleitet. Anbieter, welche keinem Verband angehörten, erhielten den Link zum Fragebogen direkt vom SOCIUM. Im Anschreiben sowie im Fragebogen wurde eine Ansprechperson bei koordinierenden sowie inhaltlichen Fragen genannt, so dass Probleme bei der Beantwortung individuell behoben werden konnten.

Eine Ermittlung der genauen Zahl der Anbieter von Pflegekursen ist aus verschiedenen Gründen nicht möglich. Zum einen ist dies darin begründet, dass die Pflegekassen *Rahmenverträge* mit den Dachverbänden der Leistungserbringer abschließen und nur selten mit einzelnen Dienstleistern (z. B. wenn es sich bei diesen um selbstständige Anbieter handelt, die in keinem Dachverband organisiert sind). Innerhalb dieser Rahmenverträge können anschließend alle Mitglieder des Verbandes selbstständig Pflegekurse zu den vereinbarten Konditionen anbieten und mit den Vertragspartnern (Pflegekassen) abrechnen. Die Dachverbände führen in diesem Prozess jedoch keine Listen darüber, welche ihrer Mitglieder Pflegekurse anbieten. Möglich war nur eine Auflistung aller privater Anbieter sowie der Dachverbände, die einen Rahmenvertrag mit den einzelnen Pflegekassen haben. Diese kann näherungsweise zur Bestimmung der genauen Kursanbieterzahlen genutzt werden. Hier ist jedoch zu beachten, dass dezentral organisierte Pflegekassen unterschiedliche Verträge mit verschiedenen Anbietern abschließen können. Aufgrund dieser Problematik konnte nicht bestimmt werden, wie viele Pflegekurse insgesamt in Deutschland seit 2014 angeboten wurden. Die nachstehende Liste bietet aus diesem Grund nur eine grobe Orientierung, welche Institutionen in Deutschland Pflegekurse anbieten und mit mindestens einer Pflegekasse hierfür in 2018 einen Rahmenvertrag nach § 45 SGB XI haben.

- Anbieterverbände
 - Arbeitgeber- und Berufsverband privater Pflege
 - Anbieter Verband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V.
 - Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V.
 - Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V.
 - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
 - Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe
 - Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e.V.
 - Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Bremen e.V.
 - Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe
- Wohlfahrtsverbände
 - Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.
 - Deutsches Rotes Kreuz e.V.
 - Deutscher Caritasverband
 - Diakonisches Werk
 - Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband e.V.
 - Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V.
- Weitere Anbieter
 - Angehörigenschule für pflegende Angehörige & ehrenamtliche Helfende
 - Deutsche Alzheimergesellschaft
 - Hamburger Angehörigenschule
 - Hannelore-Kohl-Stiftung
 - Kinaesthetics Deutschland
 - Kompass, Schulung und Beratung im Gesundheitswesen
 - PREMIO Pflege Ressourcen Management Information
 - spectrumK
 - Specht Orientierung und Unterstützung in der Pflege
 - Töchter & Söhne Digitale Helfer
 - Medicproof (häusliche Schulungen für PKV-Versicherte)
 - Mein pflegezentrum Bad Schwartau e.V. / Entyre GmbH
 - Pflegekassen selbst (Online-Kurse wie z.B. Techniker Krankenkasse, DAK Gesundheit, KKH-Pflegecoach sowie Kleingruppen-Kurse von z.B. einigen AOKen)
 - WDS.care
 - Wörheide-Konzepte
 - Zentrum ÜBERLEBEN gGmbH. Psychologische Online-Beratung pflegen-und-leben.de.

2.2.2 Befragung der Sozialhilfeträger (SHT)

Mit der Befragung der SHT werden zwei Ziele verfolgt. Zum einen soll ein Einblick in Entwicklungen des Jahres 2018 gewonnen werden, aus denen Rückschlüsse auf die finanzielle Belastung der SHT gezogen werden können. Die Sozialhilfestatistik stellt solche Informationen regelmäßig erst zum Juli bzw. September und damit nach Projektende zur Verfügung. Zum anderen sollen Fragestellungen bearbeitet werden, die sich nicht auf Grundlage der amtlichen Statistiken beantworten lassen:

- Wie hat sich das Antragsaufkommen bei den Trägern der Sozialhilfe entwickelt?
- Wie viele Leistungsberechtigte haben sowohl Pflegeleistungen (nach SGB XI und/oder SGB XII) und Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sechsten Kapitel des SGB XII erhalten?
- Wie viele Personen ohne Pflegegrad erhalten Leistungen nach §§ 70, 73 SGB XII?
- Wie viele Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 erhalten neben Pflegeleistungen noch weitere Leistungen nach anderen Vorschriften des SGB XII?

Koordinierung der Online-Befragung der Sozialhilfeträger mit anderen Losen

In Absprache mit dem Auftraggeber und auf Wunsch der kommunalen Spitzenverbände wurde zur Entlastung der Träger die Befragung in Kooperation mit den Auftragnehmern der Lose 3 und 5 (IGES Institut und Prognos AG) durchgeführt. Für die Befragung wurden zwei Fragebögen erstellt, ein Fragebogen mit dem Schwerpunktthema Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung, der zweite Fragebogen mit dem Schwerpunktthema Hilfe zur Pflege. Die Erstellung dieser Fragebögen erfolgte mithilfe von Onlinetools des IGES-Instituts sowie des SOCIUM. Die Befragung erfolgte vom 28.01.2019 bis zum 22.03.2019. Alle örtlichen sowie überörtlichen Träger der Sozialhilfe in Deutschland wurden angeschrieben und um Teilnahme gebeten. Die Befragungen wurden vom BMG, BMAS und den kommunalen Spitzenverbänden ausdrücklich unterstützt, die auch um Teilnahme geworben haben.

Entwicklung eines Online-Fragebogens für die Befragung der Sozialhilfeträger

Die Entwicklung des Online-Fragebogens hat in Zusammenarbeit mit dem Amt für Soziale Dienste der Stadt Bremen stattgefunden. So konnte gewährleistet werden, dass die Fragen bzw. Daten auch technisch (Kompatibilität der Statistikprogramme) und inhaltlich zu beantworten waren. Inhaltlich soll der Fragebogen zum einen die Daten der Sozialhilfestatistik für das Jahr 2018, getrennt nach Leistungsart, ergänzen. Weiterhin soll die Entwicklung der Antragsaufkommen der Jahre 2015 bis 2018 zeigen, welchen Einfluss das PSG II auf die Inanspruchnahme der Sozialhilfe hat. Im Vorfeld der Gesetzesänderung gab es Befürchtungen, dass Hilfebedürftige ohne Eingruppierung in eine Pflegestufe infolge des PSG II durch das Sicherungsnetz der Sozialhilfe fallen. Um diese Bedenken zu überprüfen, wurden in einer Aktenziehung Personen, die 2016 keine Pflegestufe hatten, aber trotzdem Leistungen nach SGB XII erhielten, nachverfolgt und deren Leistungsbezug im Jahr 2017 erfragt. Ebenso sollte nachvollzogen werden, ob Leistungsempfänger*innen mit PG 1 gleichzeitig Leistungen nach SGB XII erhalten. Die Abstimmung des Fragebogens erfolgte abschließend mit

dem Deutschen Städtetag, dem Deutschen Landkreistag, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS), dem BMAS und dem BMG. Der Fragebogen liegt dem BMG vor.

Durchführung eines Pretests mit einem Sozialhilfeträger

Mit der freundlichen Unterstützung von Vertretern des Amts für Soziale Dienste erfolgte ein Pretest am 21.08.2018 in Bremen. Die Ergebnisse des Pretests und Hinweise auf Änderungen wurden im Fragebogen berücksichtigt und dem Auftraggeber mitgeteilt. Für weitere Pretests wurden am 03.09.2018 18 Träger für Sozialhilfe in acht Bundesländern sowohl in städtischen als auch ländlichen Gebieten angeschrieben. Von vier Trägern der Sozialhilfe in vier Bundesländern kamen Rückmeldungen bzgl. des Pretests. Diese Ergebnisse wurden ebenfalls bei der weiteren Modifizierung des Fragebogens berücksichtigt.

Durchführung der Befragung

Die Befragung wurde nach Verzögerungen durch die Koordinierung unter den verschiedenen Akteuren – ausschlaggebend war, dass den von Los 3 (IGES) angestrebten Fragestellungen erst nach mehreren Änderungen von den kommunalen Spitzenverbänden zugestimmt wurde – und in Absprache mit dem Auftraggeber vom 28.01.2019 bis zum 22.03.2019 durchgeführt. Dazu erfolgte zunächst eine Kontaktaufnahme aller Landkreise, der kreisfreien Städte sowie der überörtlichen Träger der Sozialhilfe in Deutschland per Post. Als Adressaten dienten die jeweiligen Landräte, Bürgermeister und Leitungen der überörtlichen Träger, die darum gebeten wurden, die entsprechenden Informationen und Empfehlungen für die Befragung an die zuständige Stelle weiterzuleiten. Im Anschreiben sowie im Fragebogen (beide Dokumente liegen dem BMG vor) wurde eine Ansprechperson bei koordinierenden sowie inhaltlichen Fragen genannt, so dass Probleme bei der Beantwortung individuell behoben werden konnten.

2.2.3 Befragung der regionalen Netzwerke

Mit der Befragung der regionalen Netzwerke soll zunächst ermittelt werden, wie viele Netzwerke derzeit in Deutschland tätig sind, da hierzu deutschlandweit keine Daten vorliegen. Ferner soll die Befragung bestimmen, wie viele dieser Netzwerke die Förderung nach § 45c Abs. 9 SGB XI in Höhe von 20.000 Euro pro Landkreis/kreisfreie Stadt und pro Netzwerk seit der Einführung in 2017 nutzen, und wie sie diese Fördermöglichkeit bewerten.

Entwicklung eines Online-Fragebogens und Pretest mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.

Da die Zahlen zur Nutzung der Fördermöglichkeit beim Bundesversicherungsamt erfragt werden konnten, beschäftigte sich der Online-Fragebogen primär um die thematische Ausrichtung der Netzwerke sowie ihre Einschätzung zur Fördermöglichkeit nach § 45c Abs. 9 SGB XI. Hierfür wurde mit der freundlichen Unterstützung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. ein Fragebogen entwickelt und getestet.

Durchführung der Befragung

Um zu erfassen, wie viele Netzwerke in Deutschland tätig sind, wurden alle Landkreise und kreisfreien Städte sowie die Pflegestützpunkte, Alzheimer Gesellschaften und Demenz-Servicestellen kontaktiert und befragt, ob in ihrer Region ein nach § 45c Abs. 9 SGB XI förderfähiges Netzwerk aktiv ist. Diese Recherche gestaltete sich als zeitintensiver als zunächst angenommen, da es sich um den Titel „Netzwerk“ um keinen geschützten Begriff handelt, der folglich in verschiedensten Kontexten verwendet wird. Ebenfalls gibt es bis auf Rheinland-Pfalz (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. 2019) keine landesweite Übersicht über die aktiven Netzwerke. Hinzu kamen Verzögerungen durch lange Rückmeldezeiten in den Ämtern, weshalb die Befragung aller Netzwerke erst zum 01.11.2018 starten konnte und anschließend bis zum 31.03.2019 dauerte. Die Netzwerke wurden hierfür direkt kontaktiert und erhielten ein Anschreiben sowie den Link zum Online-Fragebogen.

2.3 Entwicklung von Referenzmodellen

Zur Ermittlung des Policy-Effekts auf die Entwicklung der Leistungsempfänger*innen der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der Hilfe zur Pflege (HzP) sowie der Ausgabeneffekte wurden einfache *Referenzmodelle* gebildet, die eine kontrafaktische Situation ohne das PSG II beschreiben. Um den Einfluss der Bevölkerungsentwicklung zu kontrollieren, wurden Prävalenzen zugrunde gelegt. Für diese Berechnungen wurde eine Darstellung der Bevölkerung in Deutschland nach Altersgruppen und Geschlecht für die Jahre 2000 bis 2020 verwendet. Dazu wurden folgende Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes zugrunde gelegt:

- Fortschreibung des Bevölkerungsstandes Tabelle Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre, Geschlecht (Statistisches Bundesamt 2018a)
- Bevölkerungsentwicklung bis 2060. Ergebnisse der 13. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung Aktualisierte Rechnung auf Basis 2015 (Statistisches Bundesamt 2017a)
- Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Rückgerechnete und fortgeschriebene Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011 (Statistisches Bundesamt 2016).

Die Altersstruktur sowie die Verteilung nach Geschlecht liegen in den Daten der Fortschreibung des Bevölkerungsstandes vor. Da beim Zensus 2011 eine Differenz von ca. 1,5 Mio. Einwohner*innen in Deutschland aufgetreten ist, wurde vom Statistischen Bundesamt eine Rückrechnung der Gesamtbevölkerung vorgenommen. Für die Jahre 2000 bis einschließlich 2010 wurden Altersstruktur und Verteilung nach Geschlecht der Fortschreibung des Bevölkerungsstandes auf die rückgerechnete Gesamtbevölkerungszahl Deutschlands bezogen. Für die Jahre 2011 bis einschließlich 2016 konnten die Ergebnisse der Fortschreibung des Bevölkerungsstandes genutzt werden. Für die

Jahre 2017 bis 2020 werden die Bevölkerungsdaten der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung genutzt.³ Hierbei wurde auf die aktualisierte Variante 2-A zurückgegriffen. Ein Vergleich der verschiedenen Varianten hat gezeigt, dass sich die Ergebnisse bei Verwendung anderer Varianten der Bevölkerungsvorausberechnung für den in diesem Projekt fokussierten Zeitraum nicht nennenswert unterscheiden.

Um die Einflüsse des demographischen Wandels zu kontrollieren, wurde eine indirekte Altersstandardisierung durchgeführt. Dazu wurde die Altersverteilung in Deutschland aus dem Jahr 2000 als Standardbevölkerung genutzt.

Auf Basis der so bereinigten Daten wurde die Entwicklung der Empfängerzahlen anhand der vor den jeweiligen Reformen vorliegenden Trends linear fortgeschrieben und mit den tatsächlichen Entwicklungen verglichen. Auf Basis der Empfängerzahlen und der jeweiligen durchschnittlichen Prokopf-Ausgaben wurden die finanziellen Folgen für SPV und Sozialhilfeträger abgeschätzt. Mit Hilfe der Referenzmodelle können die beobachteten Entwicklungen so anteilig der demographischen Alterung, den vor PSG II und III intervenierenden Reformen und PSG II und III selbst zugeschrieben werden.

³ Die ersten Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung wurden auf einer Pressekonferenz am 27. Juni 2019 der Öffentlichkeit vorgestellt. Damit kam diese Vorausberechnung zu spät, um noch im Rahmen dieses Berichts berücksichtigt werden zu können.

3 Ergebnisse

Kapitel 3 präsentiert die Ergebnisse der vorliegenden Studie zu den Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze (PSG) II und III. Zunächst werden die *Entwicklungen der Leistungsempfängerzahlen und Ausgaben in der sozialen Pflegeversicherung* berichtet und die den Reformen zuzuordnenden Effekte auf Empfängerzahlen und Finanzen abgeschätzt (Unterkapitel 3.1). Zudem wird dabei auf die Entwicklung der Überleitungsfälle eingegangen. Im Zentrum des Unterkapitels 3.2 stehen die *Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze auf Leistungsbezieher*innen und Ausgaben der Sozialhilfeträger* im Rahmen der Hilfe zur Pflege. Unterkapitel 3.2 analysiert die *Vergütung in Einrichtungen der vollstationären Pflege*. Im Vordergrund steht dabei die Entwicklung der von den Pflegebedürftigen selbst oder über die Sozialhilfe zu tragenden Finanzierungsanteile, die sowohl durch die Leistungsausweitungen im Zuge der Reformen als auch durch den Übergang zu einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen (EEE) beeinflusst wurden. Zuletzt geht der Bericht auf verschiedene *Maßnahmen zur Unterstützung informeller Pflege* ein (Unterkapitel 3.3).

Die einzelnen Kapitel folgen einem einheitlichen Aufbau, in dem zunächst eine Einordnung der Reform und die Erwartungen durch die Gesetzesänderung erläutert werden. Anschließend folgen Zahlenberichte zum Verständnis der Reformeffekte, in denen längerfristige Entwicklungen mit dem Einschnitt der PSG II und III gegenübergestellt werden. Der konkrete Einfluss der PSG II und III wird dann wo immer möglich anhand der Referenzmodelle identifiziert.

3.1 Entwicklung der Empfängerzahlen und der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung

Im Zentrum des PSG II steht die Definition eines *neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs* (PBB), der in § 14 SGB XI gesetzlich verankert ist. Das Begutachtungsinstrument (BI) zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit orientiert sich an der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Personen (BMG 2017) und nicht mehr am Zeitaufwand für bestimmte pflegende Tätigkeiten. Pflegebedürftigkeit wird umfassend unter Beachtung körperlicher, geistiger und/oder psychischer Beeinträchtigungen begutachtet. Dadurch erhalten vor allem die Menschen mit Demenz einen gleichberechtigten Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung. Durch die Ausweitung der drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade wurde eine differenzierte Erfassung des pflegerischen Bedarfs und entsprechend individuelle, passgenaue Pflege angestrebt.

Das PSG II schließt damit eine Entwicklung ab, die schon mit der Berücksichtigung eines höheren Pflegeaufwands bei kognitiven Einschränkungen (Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, PEA) durch das 2002 in Kraft getretene Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) begann und sich mit neu geschaffenen Ansprüchen und Leistungsausweitungen im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) und Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) fortgesetzt hat (Rothgang u.a. 2015: 25f.). Das PSG II impliziert für bereits Pflegebedürftige weitere Leistungserhöhungen für Leistungen gemäß §§ 36, 37, 38a, 41, 42 und 43 SGB XI, während Gruppen, denen nach alter Einstufung keine

Leistungen zugestanden hätten, nunmehr über den Entlastungsbetrag in Pflegegrad 1 profitieren. In der stationären Pflege bringt das PSG II neben Leistungsausweitungen eine Neuorganisation der von den Pflegebedürftigen zu entrichtenden pflegebedingten Eigenanteile. Diese werden als einrichtungseinheitliche Eigenanteile (EEE) vom Grad der Pflegebedürftigkeit entkoppelt (siehe Unterkapitel 3.2 für Details).

Durch das PSG II ist einerseits mit einer Ausweitung des Nutzerkreises der Leistungen zu rechnen. Infolge der Anhebung der Leistungshöhen wurde erwartet, dass diese zu einem deutlichen Anstieg der Gesamtausgaben für die SPV führen werde. Entsprechend des Forschungsauftrags werden die Entwicklung der Empfängerzahlen und Ausgaben insgesamt sowie für einzelne Leistungsarten in diesem Kapitel nachgezeichnet. Dabei wird der reine Policy-Effekt des PSG II über ein Referenzmodell isoliert und in Relation zu den Auswirkungen der Reformen im Vorfeld des PSG II sowie der demographischen Entwicklung gesetzt. Bei den finanziellen Reformfolgen ist insbesondere zu berücksichtigen, dass die Ausgaben in den ersten Jahre noch durch großzügige Überleitungsregelungen (§ 140 SGB XI) geprägt sind (Rothgang u.a. 2015).

Neben der Attribuierung der unterschiedlichen Faktoren wird danach gefragt, inwieweit mit den Reformen im Sinne des Grundsatzes ambulanten Leistungen Vorrang zu gewähren (§ 3 SGB XI), eine Stärkung der ambulanten Pflege einhergeht. Durch die Erhöhung der Pflegesachleistungen sollte die Inanspruchnahme formeller Pflegeangebote ausgeweitet werden. Erste Befunde weisen darauf hin, dass diese Möglichkeit nicht in vollem Maß genutzt und stattdessen durch höhere Pflegegeldanteile substituiert werden (Rothgang 2018; Schwinger u.a. 2018). Hier ist zu fragen, inwieweit sich die ersten Befunde empirisch bestätigen lassen. Im stationären Sektor sind mit den EEE neue finanzielle Anreize verbunden. Während hohe Pflegegrade deutlich von geringeren pflegebedingten Kosten profitieren, schlagen für die niedrigeren Pflegegrade höhere Ausgaben zu Buche, auch wenn ein Großteil der Betroffenen aktuell noch durch den Besitzstandschutz von höheren Zahlungen verschont bleibt. Mittelfristig könnten die finanziellen Anreize die Konzentration der hohen Pflegegrade in stationären Einrichtungen verstärken.

Nachfolgend wird zunächst anhand der Leistungsempfängerstatistik PG 2 der SPV die Entwicklung der Empfängerzahlen nach Pflegestufen bzw. Pflegegraden für den Zeitraum 2000 bis 2018 dargestellt (Abschnitt 3.1.1) und anschließend die Entwicklung nach Sektoren betrachtet (Abschnitt 3.1.2). Anschließend erfolgt die Darstellung der Finanzausgaben über eben diesen Zeitraum anhand der Finanzstatistik PV 45 (Abschnitt 3.1.3). Die Entwicklung einzelner Leistungen im ambulanten und teilstationären Bereich wird anhand der Leistungstagestatistik PG 1 sowie unter Zuhilfenahme der Finanzstatistik PV 45 dargestellt (Abschnitt 3.1.4). Die Ausgaben der SPV werden, wenn möglich, differenziert nach Leistungsart dargestellt und verglichen, um zu zeigen, wie sich die Leistungsempfängerzahlen sowie Ausgaben je nach Sektor, aber auch nach einzelnen Leistungen vor und nach dem PSG II entwickelt haben. Bei der Analyse der Daten werden Entwicklungen auch in Hinblick auf Geschlecht sowie Alter der Empfänger*innen betrachtet. Mit Hilfe der Referenzmodelle, welche auf den zuvor berichteten Entwicklungen aufbauen, wird dann der Policy-Effekt iden-

tifiziert (Abschnitt 3.1.5). Eine gesonderte Betrachtung wird für die Entwicklung der Überleitungsfälle vorgenommen (Abschnitt 3.1.6). Abschließend folgt eine zusammenfassende Interpretation der Ergebnisse im Vergleich zu den erwarteten Veränderungen (Abschnitt 3.1.7).

3.1.1 Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen insgesamt

Daten der Leistungsempfänger*innen der SPV⁴ liegen für die Jahre 2000 bis 2018 vor. Die Entwicklung zeigt einen absoluten Anstieg von 1,82 Mio. Leistungsempfänger*innen im Jahr 2000 auf 2,96 Mio. Leistungsempfänger*innen⁵ im Jahr 2016 (Tabelle 1). Dies entspricht einem Gesamtanstieg von 62,2 % und einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von 3,1 % (geometrisches Mittel⁶). Der Anstieg vom Jahr 2016 auf 2017 liegt mit 13,0 % mehr als dreimal so hoch wie im Durchschnitt der Periode von 2000 bis 2016. Bezogen im Jahr 2017 insgesamt 3,34 Mio. Menschen Leistungen der SPV, stieg diese Zahl 2018 um 10,3 % auf 3,69 Mio. Leistungsempfänger*innen.

Die Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen von 2000 bis 2016 anhand der *Pflegestufen* beschreibt einen deutlich höheren Anstieg in PS I (durchschnittlich 3,8 %) im Vergleich zur PS II (durchschnittlich 1,3 %) und PS III (durchschnittlich 1,2 %). Die seit Juli 2008 eingeführte sogenannte PS 0 für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz verzeichnet den größten relativen Anstieg. Der sprunghafte Anstieg im ersten Jahr nach Neueinführung der PS 0 ist teilweise darauf zurückzuführen, dass die Regelung erst in der zweiten Jahreshälfte 2008 in Kraft trat. Die Anzahl der Neufälle im Jahr 2008 ist entsprechend geringer. Absolut macht die Gruppe der Leistungsempfänger*innen der PS 0 in jedem Jahr die kleinste Gruppe aus.

Mit Inkrafttreten des PSG II ändert sich der Case-Mix durch Einführung der Pflegegrade. Dieser wird außerdem durch die Übergangsregelung nach § 140 SGB XI beeinflusst (siehe Abschnitt 3.1.6). Die Entwicklung von 2017 auf 2018 zeigt, dass die Gruppe der Personen mit PG 1 am deutlichsten ansteigt (79,0 %), PG 2 und PG 3 verzeichnen mit 7,0 % und 9,4 % ebenfalls einen nennenswerten Anstieg. Die Gruppe der Leistungsempfänger*innen mit PG 4 bleibt nahezu konstant (1,2 %) und die Gruppe mit PG 5 wird sogar um 2,8 % kleiner. Bereits vor dem PSG II konnte beobachtet werden, dass der Anstieg der Zahl der Leistungsempfänger*innen negativ mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit korreliert war. Dieser Effekt ist 2018 aber deutlich ausgeprägter. Hier wird zusätzlich sichtbar, dass „Altfälle“ im Vergleich zu einer Neubegutachtung „zu hoch“ übergeleitet wurden und nachfolgende Kohorten dann einen durchschnittlich niedrigeren Pflegegrad aufweisen. Insgesamt belegen die Ergebnisse den erwarteten Anstieg der Leistungsempfängerzahlen. Welchen Anteil das PSG II daran hat und welcher Anteil auf säkulare Trends zurückgeht, wird in Abschnitt 3.1.5 untersucht.

⁴ Wird die Quelle der Daten nicht explizit genannt, handelt es sich nachfolgend regelmäßig um Daten, die das BMG zur Bearbeitung dieser Studie zur Verfügung gestellt hat.

⁵ Leistungsempfänger*innen der Pflegestufe 0 werden hier und im Folgenden bei Darstellungen aller Leistungsempfänger*innen mit einbezogen, da sie nach Inkrafttreten des PSG II zu den Pflegebedürftigen der SPV zählen.

⁶ Da es sich hier um Wachstumsprozesse handelt, wird zur Ermittlung der durchschnittlichen jährlichen Veränderungen regelmäßig das geometrische Mittel verwendet.

Tabelle 1: Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen nach Pflegestufen/ -graden in Tausend

Jahr	PS 0	Veränderung zum Vorjahr in %	PS I	Veränderung zum Vorjahr in %	PS II	Veränderung zum Vorjahr in %	PS III	Veränderung zum Vorjahr in %	Veränderung zum Vorjahr in %	insgesamt	Veränderung zum Vorjahr in %
2000			893		683		246			1.822	
2001			917	2,7	680	-0,6	244	-1,1		1.840	1,0
2002			956	4,3	686	0,9	247	1,5		1.889	2,7
2003			971	1,6	679	-0,9	245	-0,8		1.895	0,3
2004			992	2,1	686	0,9	249	1,5		1.926	1,6
2005			1.011	2,0	688	0,4	253	1,6		1.952	1,4
2006			1.034	2,3	683	-0,7	252	-0,2		1.969	0,9
2007			1.078	4,3	693	1,4	259	2,5		2.029	3,0
2008	7		1.137	5,5	713	2,8	264	2,3		2.120	4,5
2009	31	369,1	1.221	7,5	743	4,3	276	4,3		2.271	7,1
2010	42	35,3	1.259	3,1	751	1,0	278	1,0		2.329	2,6
2011	44	6,0	1.299	3,2	742	-1,1	276	-0,9		2.362	1,4
2012	57	28,3	1.356	4,4	757	1,9	283	2,7		2.453	3,9
2013	104	83,1	1.410	4,0	780	3,0	289	2,0		2.583	5,3
2014	144	39,2	1.467	4,0	803	3,0	299	3,4		2.713	5,0
2015	171	18,3	1.538	4,9	823	2,5	304	1,6		2.836	4,5
2016	207	21,4	1.613	4,9	836	1,6	300	-1,2		2.956	4,3
Ø ⁷				3,8		1,3		1,2			3,1
% Δ ⁸			80,7		22,4		21,8			62,2	
	PG 1		PG 2		PG 3		PG 4		PG 5		
2017	195		1.460		941		512		234	3.341	13,0
2018	348	79,0	1.562	7,0	1.029	9,4	518	1,2	227	3.685	10,3

Quelle: eigene Berechnungen und Darstellung nach Leistungsempfängerstatistik PG 2 der Jahre 2000 bis 2018

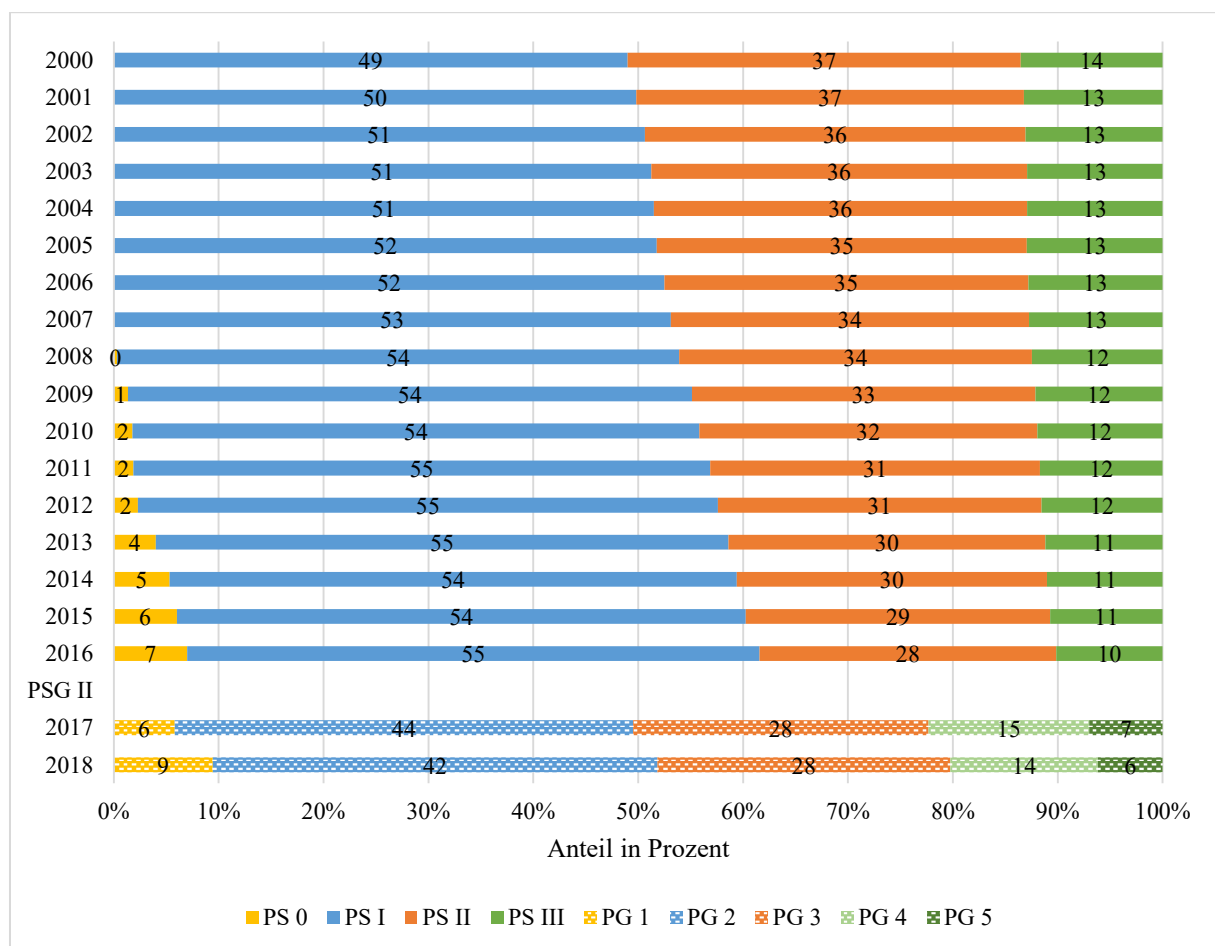
Abbildung 1 verdeutlicht, dass der Anteil der Leistungsempfänger*innen mit PS I von 49 % im Jahr 2000 auf 55 % im Jahr 2016 ansteigt. Die Anteile der PS II und PS III nehmen im gleichen Zeitraum ab. 2017 zeigt sich, dass mehr als ein Fünftel (22 %) der Leistungsempfänger*innen den PG 4 und 5 zugeordnet sind und somit unter „schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten“ (PG 4) bzw. „schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung“ (PG 5) leiden (§ 15 SGB XI). PG 2 und 3 machen zusammen mit 72 % den größten Anteil der Leistungsempfänger*innen in 2017 aus. Diese haben laut SGB XI „erhebliche bzw. schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten“ (ebd.). Die Leistungsempfänger*innen des PG 1 machen 2017 einen geringen Anteil aus (6 %). Diese Gruppe von Personen mit „geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten“ (ebd.) erhält erst seit 2017 Leistungen der Pflegekassen. Aus diesem Grund gibt es keine prävalenten Leistungsfälle, die aus dem Jahr 2016 übergeleitet wurden. Es handelt sich somit ausschließlich um inzidente Fälle, was zu ihrem relativ geringen Anteil beiträgt. Die Entwicklung zum Jahr 2018 zeigt, dass vor allem der Anstieg der Leistungsempfängerzahlen mit PG 1 zu einer

⁷ Geometrisches Mittel der Jahre 2000-2016.

⁸ Steigerung der Fallzahl von 2000 bis 2016 in Prozent des Ausgangswertes.

leichten Verschiebung des Case-Mix führt. Diese nehmen nun knapp 10 % aller Leistungsempfänger*innen ein und enthalten neben Neuzugängen 2018 auch Bestandsfälle des Vorjahres. Die Anteile der PG 2, PG 4 und PG 5 nehmen geringfügig ab. Weiterhin dominieren PG 2 und PG 3 mit rund 70 % aller Leistungsempfänger*innen deutlich. Die Überrepräsentierung von höheren PG aufgrund der großzügigen Überleitungsregelungen (Rothgang u.a. 2015) ist leicht rückläufig. Schon die Pflegegradstruktur von 2017 unterscheidet sich deutlich von den auf Basis der Erprobungsstudie (Kimmel u.a. 2015) prognostizierten reinen Überleitungsfällen, die ca. 30 % der Pflegebedürftigen in PG 4 und 5 verorteten (Rothgang u.a. 2015: 40). Die 2018 vorherrschende Pflegegradstruktur weist höhere Anteile in PG 1 und 2 und spiegelbildlich geringere Anteile der schwereren Pflegegrade auf.

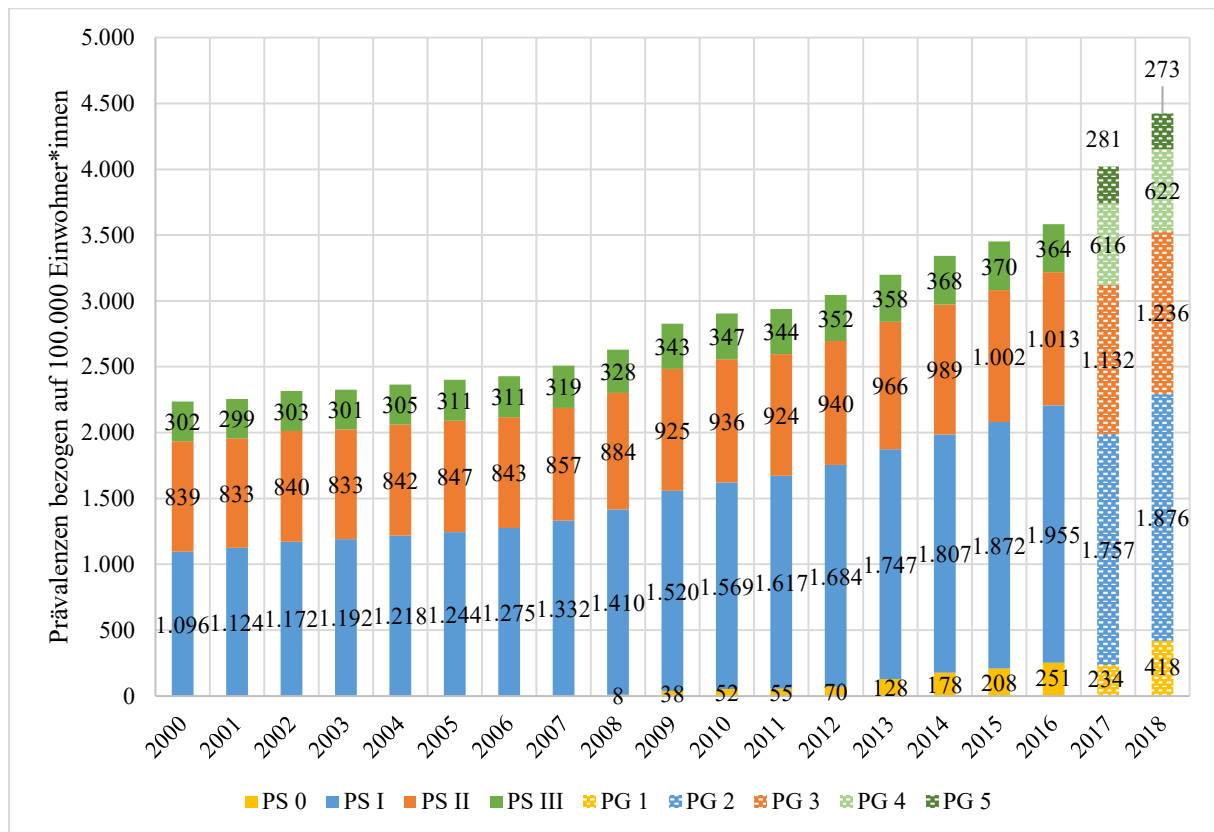
Abbildung 1: Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen anteilig nach Pflegestufen bzw. Pflegegraden



Quelle: Leistungsempfängerstatistik PG 2 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Wird die Entwicklung der Gesamtbevölkerungszahl berücksichtigt, ergibt sich ein Anstieg der *Prävalenzen* von 2.220/100.000 Einwohner*innen im Jahr 2000 auf 3.570/100.000 Einwohner*innen im Jahr 2016. Der Anstieg ist auch hier am deutlichsten in der PS I zu beobachten (Abbildung 2). Die Gesamtprävalenz steigt im Jahr 2017 auf 4.022/100.000 Einwohner*innen und im Jahr 2018 auf 4.425/100.000 Einwohner*innen.

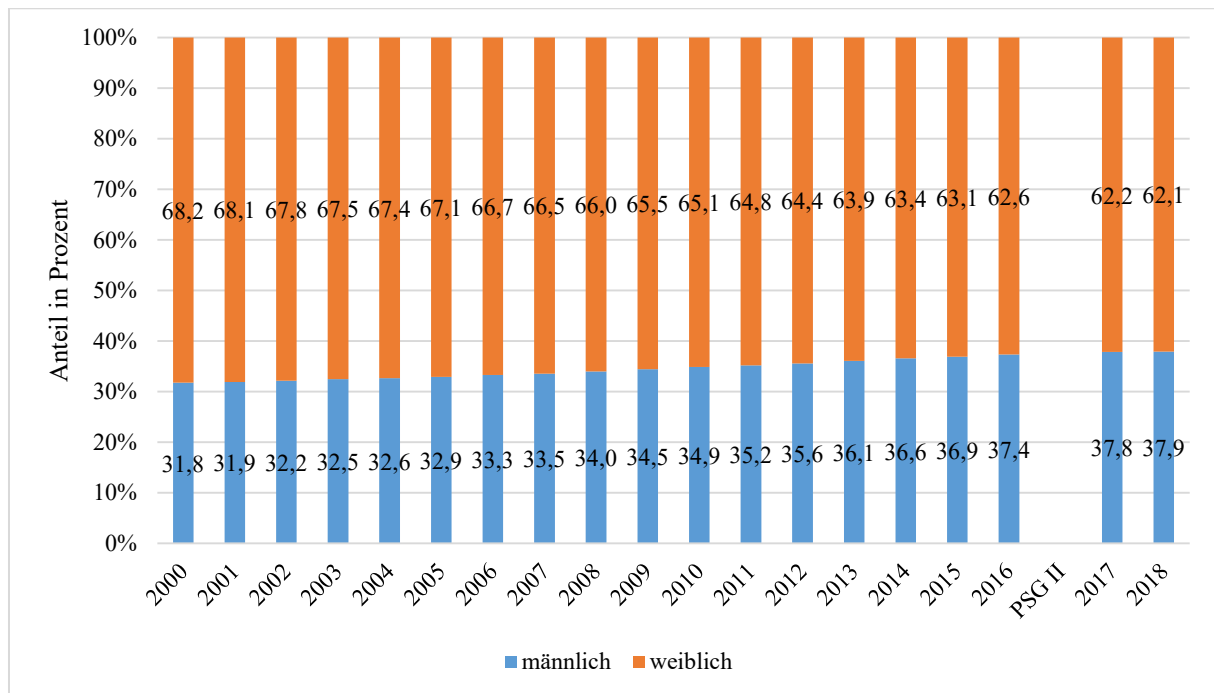
Abbildung 2: Entwicklung der Prävalenzen nach Pflegestufen bzw. -graden



Quelle: Leistungsempfängerstatistik PG 2 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Ein Vergleich der Entwicklung der Leistungsempfänger*innen nach Geschlecht zeigt auf, dass der Anteil der Männer, die Leistungen der SPV erhalten, in den Jahren 2000 bis 2018 von 31,8 % auf 37,9 % steigt (Abbildung 3). Der höhere Frauenanteil ist mit der höheren Lebenserwartung der Frauen und der positiven Korrelation zwischen Alter und Pflegebedürftigkeit zu erklären.

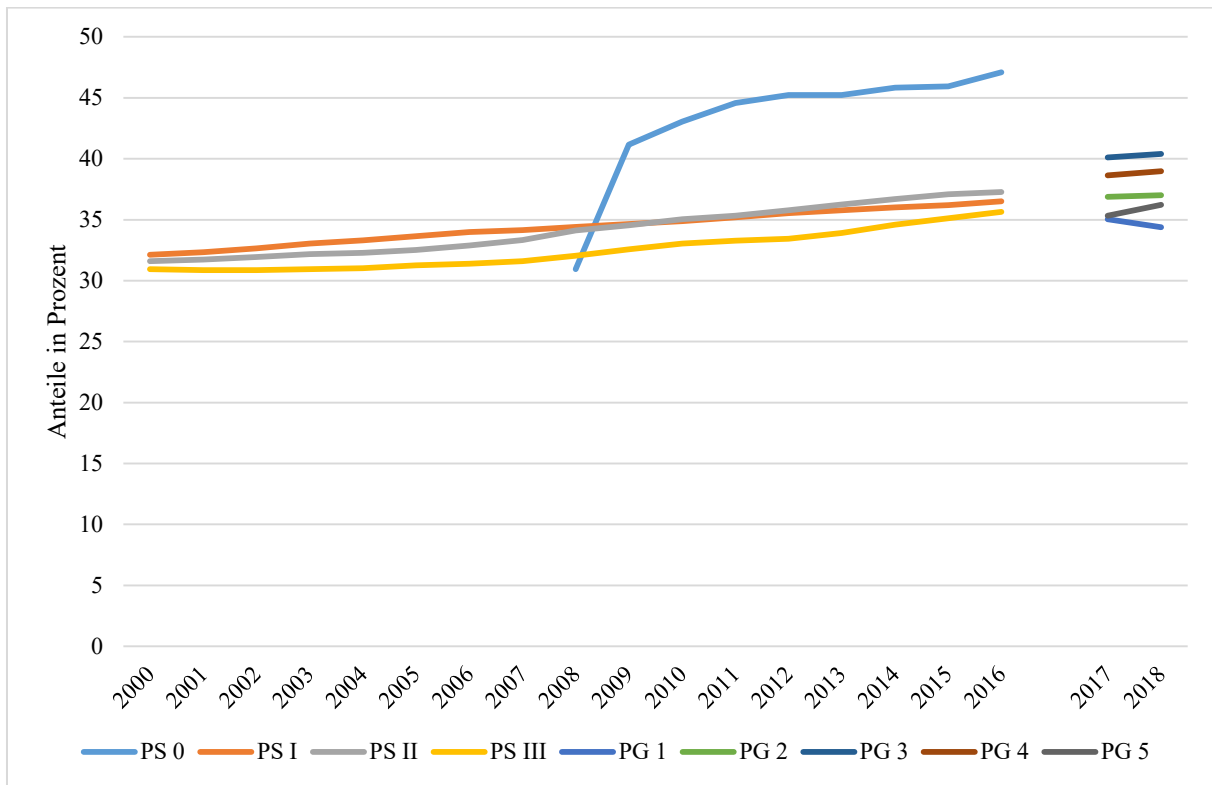
Abbildung 3: Anteil der Leistungsempfänger*innen nach Geschlecht



Quelle: eigene Berechnungen und Darstellung nach Leistungsempfängerstatistik PG 2 der Jahre 2000 bis 2018

Differenziert nach Pflegestufen zeigt sich ein weitgehend gleichmäßiger Trend, der die Anteile von männlichen und weiblichen Leistungsempfänger*innen in allen Pflegestufen im Zeitraum von 2000 bis 2016 zugunsten der Männer verschiebt (Abbildung 4). Der Anteil der Männer steigt in PS I, PS II und PS III von etwa 30 % auf mehr als 35 % an. Das Verhältnis von gut ein Drittel männlichen und knapp zwei Dritteln weiblichen Pflegebedürftigen findet sich gleichermaßen in den PS I bis III. PS 0 bildet eine Besonderheit, da ein deutlich stärkerer Anstieg des Männeranteils zu verzeichnen ist und im Jahr 2016 ein fast ausgeglichenes Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen Leistungsempfänger*innen vorliegt. Im Jahr 2016 liegt der Anteil der Männer in PS 0 bei 47,1 %. Da Pflegebedürftige in PS 0 im Schnitt jünger sind, macht sich die höhere Lebenserwartung von Frauen hier nicht in einem höheren Anteil an Pflegebedürftigen bemerkbar. Die Verteilung der Geschlechter in den Jahren 2017 und 2018 in Bezug auf die PG fällt gleichmäßiger aus.

Abbildung 4: Entwicklung des Anteils der männlichen Leistungsempfänger nach Pflegestufen

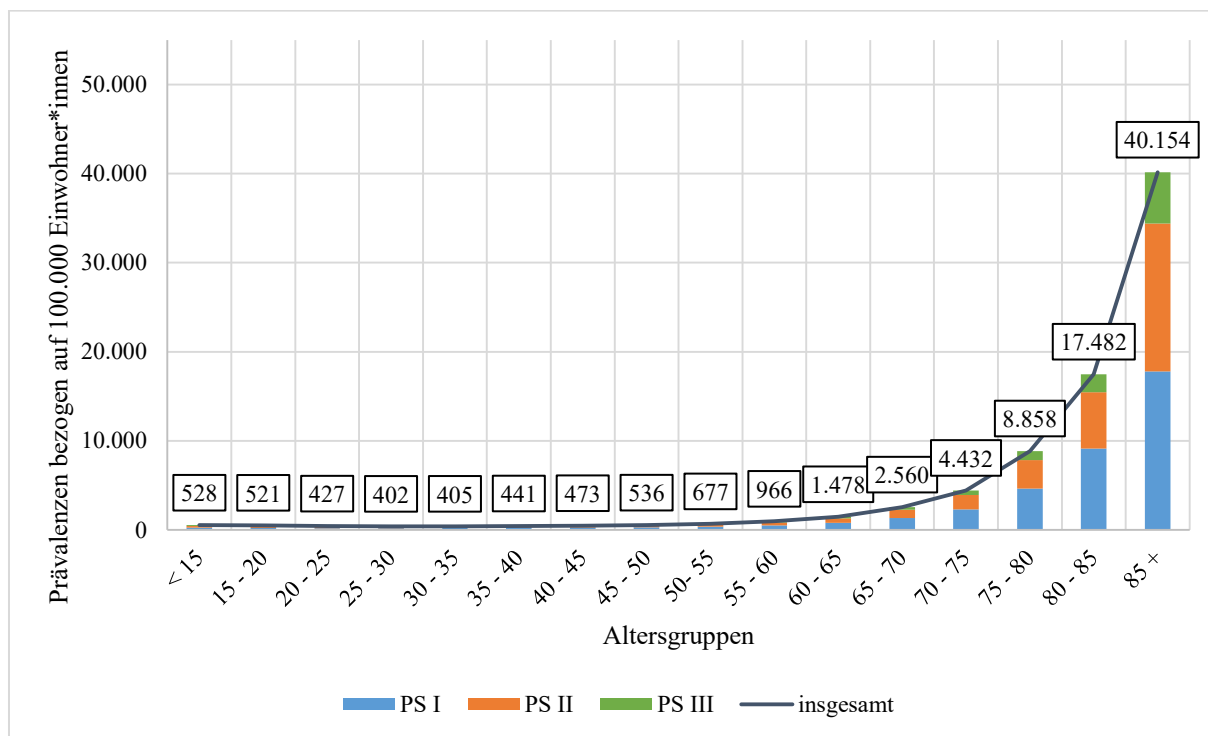


Quelle: Leistungsempfängerstatistik PG 2 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Im Vergleich der altersspezifischen Prävalenzen der Jahre 2000, 2016 und 2018 (Abbildung 5, Abbildung 6 und Abbildung 7) wird deutlich, dass nicht nur der demographische Wandel zum Anstieg der Leistungsempfängerzahlen führt. Auch der Anteil der Pflegebedürftigen innerhalb der Altersgruppen steigt an. Dies steht im Widerspruch zu der in der Literatur vertretenen These, dass aufgrund einer Kompression der Morbidität mit einem Rückgang der altersspezifischen Pflegebedürftigkeit zu rechnen sei (vgl. Unger 2010; Unger 2016; Ziegler/Doblhammer 2008 für einen Überblick). Dies dürfte insbesondere auf Leistungsausweitungen zurückzuführen sein, die zu höheren Antragstellerzahlen geführt haben. Dieser Effekt konnte schon in Bezug auf das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (Rothgang u.a. 2010: 14; Rothgang u.a. 2014: 79ff.) gezeigt werden. Er zeigt sich nun verschärft für das PSG II: Für alle Altersgruppen über 65 ist der Anstieg der altersspezifischen Prävalenzen von 2016 auf 2017 höher als der kumulierte Anstieg in den 16 Jahren von 2000 bis 2016 zuvor, und in allen Altersklassen ist der Anstieg der altersspezifischen Prävalenzen im letzten Beobachtungsjahr um ein Vielfaches höher als die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate im Zeitraum von 2000 bis 2016. Die mit dem PSG II einhergehenden Leistungsausweitungen bzw. verbesserten Zugangskriterien im Rahmen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gehen somit mit einem deutlicheren Anstieg der altersspezifischen Prävalenzen in allen Altersgruppen einher und unterstützen die These, dass Verbesserungen im Leistungsrecht hauptverantwortlich für die steigenden Prävalenzen sind. Als Erklärung für die ansteigenden Prävalenzen sind außerdem Verschiebungen innerhalb der Altersgruppe denkbar. So könnte

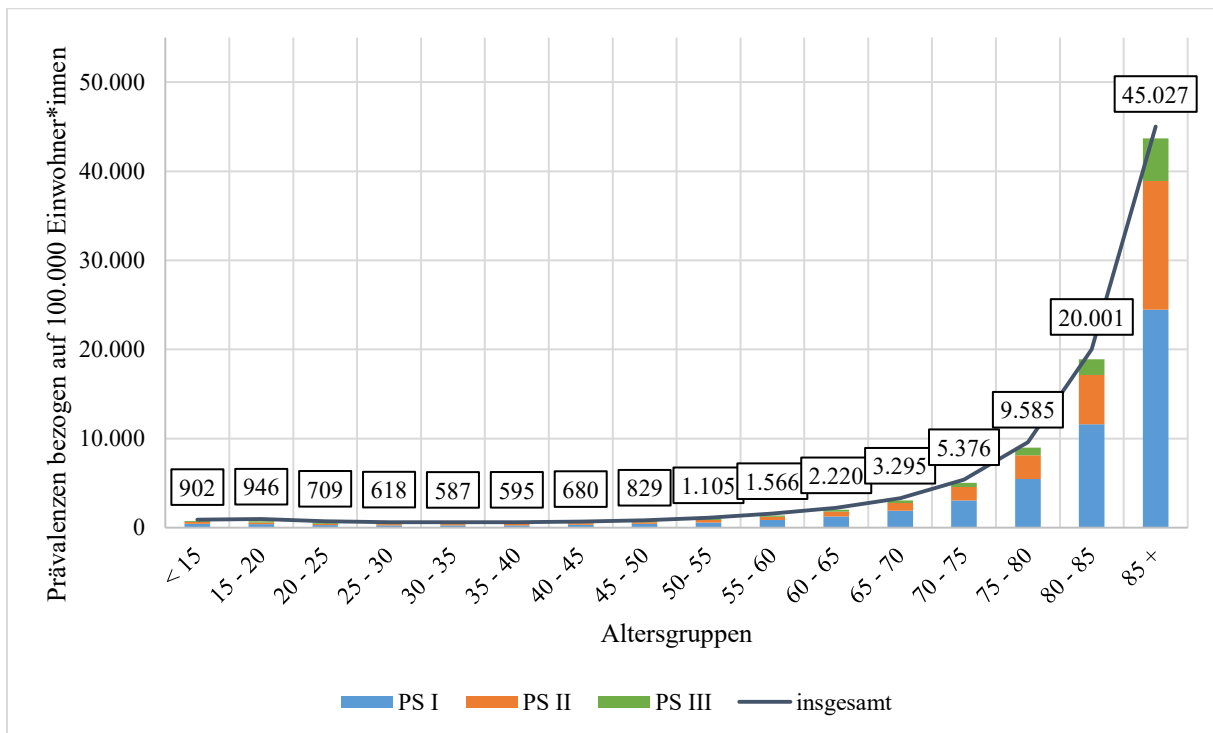
im Jahr 2000 die Gruppe der 80-85-Jährigen im Durchschnitt deutlich jünger sein, als die gleiche Gruppe im Jahr 2016. Vor allem in der Gruppe der Personen, die 85 Jahre und älter sind, ist dies aufgrund der zunehmend höheren Lebenserwartung in der Bevölkerung anzunehmen. Diese Überlegungen sind anhand der vorliegenden Daten nicht prüfbar, da keine Leistungsempfängerzahlen für jedes Jahr vorliegen.

Abbildung 5: Altersspezifische Prävalenz im Jahr 2000 nach Pflegestufen



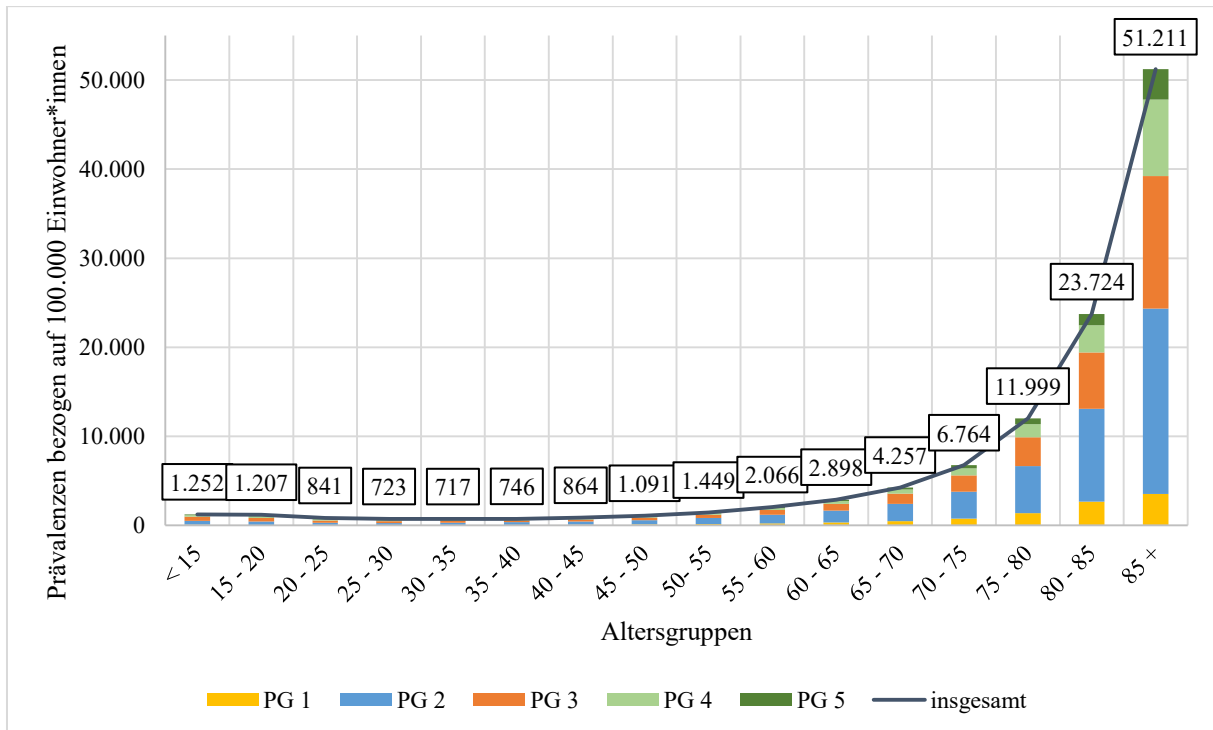
Quelle: Leistungsempfängerstatistik PG 2 der Jahre 2000 bis 2018; eigene Berechnungen und Darstellung

Abbildung 6: Altersspezifische Prävalenz im Jahr 2016 nach Pflegestufen



Quelle: Leistungsempfängerstatistik PG 2 der Jahre 2000 bis 2018; eigene Berechnungen und Darstellung

Abbildung 7: Altersspezifische Prävalenz im Jahr 2018 nach Pflegegraden



Quelle: Leistungsempfängerstatistik PG 2 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

3.1.2 Entwicklung nach Sektoren

Von 2000 bis 2016 ist ein Anstieg der Leistungsempfängerzahlen sowohl im ambulanten Bereich von 1,3 Mio. auf 2,2 Mio. (Gesamtanstieg von 71,9 %) als auch im stationären Sektor von 561.000 auf 789.000 (Gesamtanstieg von 40,5 %) zu beobachten (Tabelle 2). In den Jahren 2017 und 2018 setzt sich der Anstieg *im ambulanten Sektor* fort. Hier ist mit 18,1 % (2017 zu 2016) bzw. 13,5 % (2018 zu 2017) ein deutlich größerer Anstieg als im Durchschnitt der Jahre zuvor zu verzeichnen. *Im stationären Sektor* sinken die Leistungsempfängerzahlen 2017 zum ersten Mal seit 2000 geringfügig (um 1,1 %) und stagnieren im Jahr 2018. Der Anteil des ambulanten Sektors wächst somit seit 2007 und erreicht im Jahr 2018 einen Anteil von knapp 80 % bezogen auf die Gesamtzahl der Leistungsempfänger*innen (Abbildung 8). Diese Verschiebung in den ambulanten Sektor entspricht dem in § 3 SGB XI normierten Grundsatz „ambulant vor stationär“. Sie korrespondiert mit im PSG II enthaltenen Leistungsausweitungen insbesondere im ambulanten Bereich (Rothgang 2018; Schwinger u.a. 2018).

Tabelle 2: Entwicklung der Leistungsempfänger*innen nach Leistung und Jahr (inkl. „sog. PS 0“)

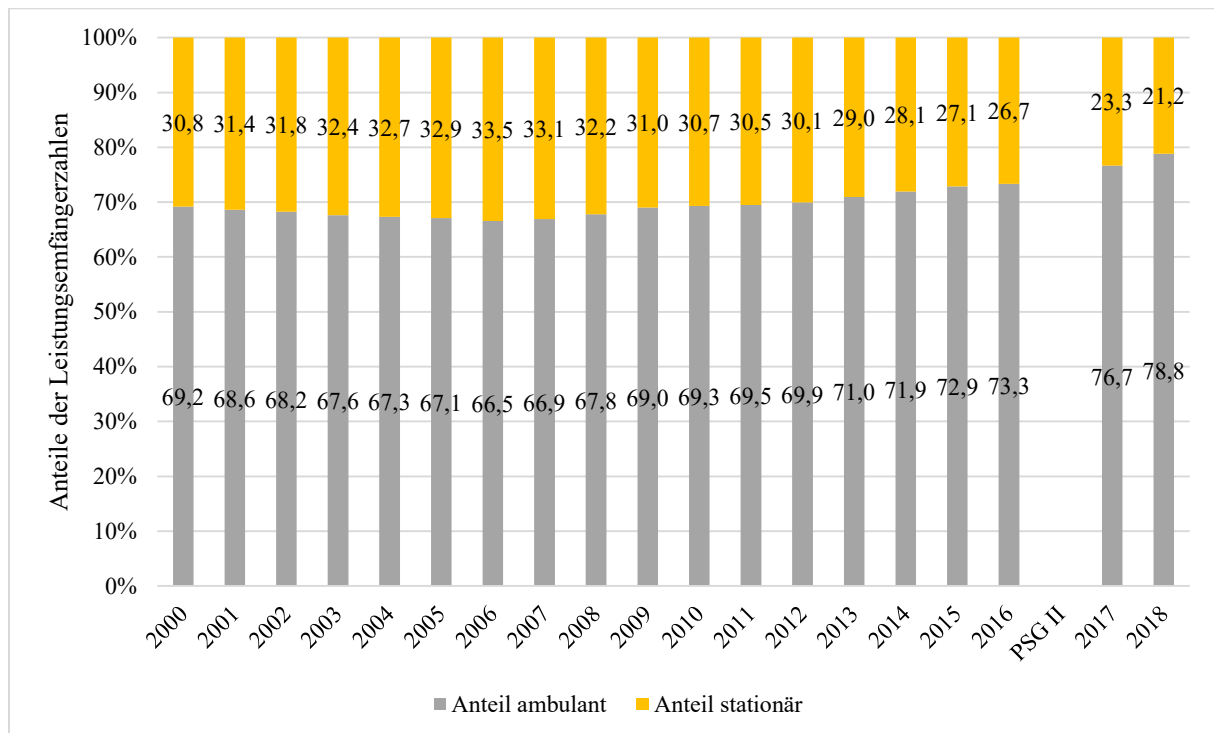
Jahr	insgesamt	Veränderung zum Vorjahr in %	ambulant	Veränderung zum Vorjahr in %	stationär	Veränderung zum Vorjahr in %
2000	1.822		1.261		561	
2001	1.840	1,0	1.262	0,1	578	3,0
2002	1.889	2,7	1.289	2,2	600	3,8
2003	1.895	0,3	1.281	-0,6	614	2,4
2004	1.926	1,6	1.297	1,2	629	2,4
2005	1.952	1,4	1.310	1,0	642	2,2
2006	1.969	0,9	1.310	0,1	659	2,6
2007	2.029	3,0	1.358	3,6	671	1,8
2008	2.120	4,5	1.437	5,8	683	1,8
2009	2.271	7,1	1.567	9,0	704	3,1
2010	2.329	2,6	1.614	3,0	715	1,6
2011	2.361	1,4	1.641	1,6	721	0,8
2012	2.453	3,9	1.716	4,6	737	2,3
2013	2.583	5,3	1.833	6,8	750	1,8
2014	2.713	5,0	1.951	6,5	762	1,5
2015	2.836	4,5	2.066	5,9	770	1,0
2016	2.956	4,3	2.168	4,9	789	2,5
Ø ⁹		3,1		3,4		2,1
% Δ ¹⁰	62,2		71,9		40,5	
2017	3.341	13,0	2.561	18,1	779,9	-1,1
2018	3.685	10,3	2.905	13,5	780,1	0,02

Quelle: Leistungsempfängerstatistik PG 2 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

⁹ Geometrisches Mittel, durchschnittliche jährliche Veränderungen zwischen 2000 und 2016.

¹⁰ Steigerung der Fallzahl in Prozent des Ausgangswertes.

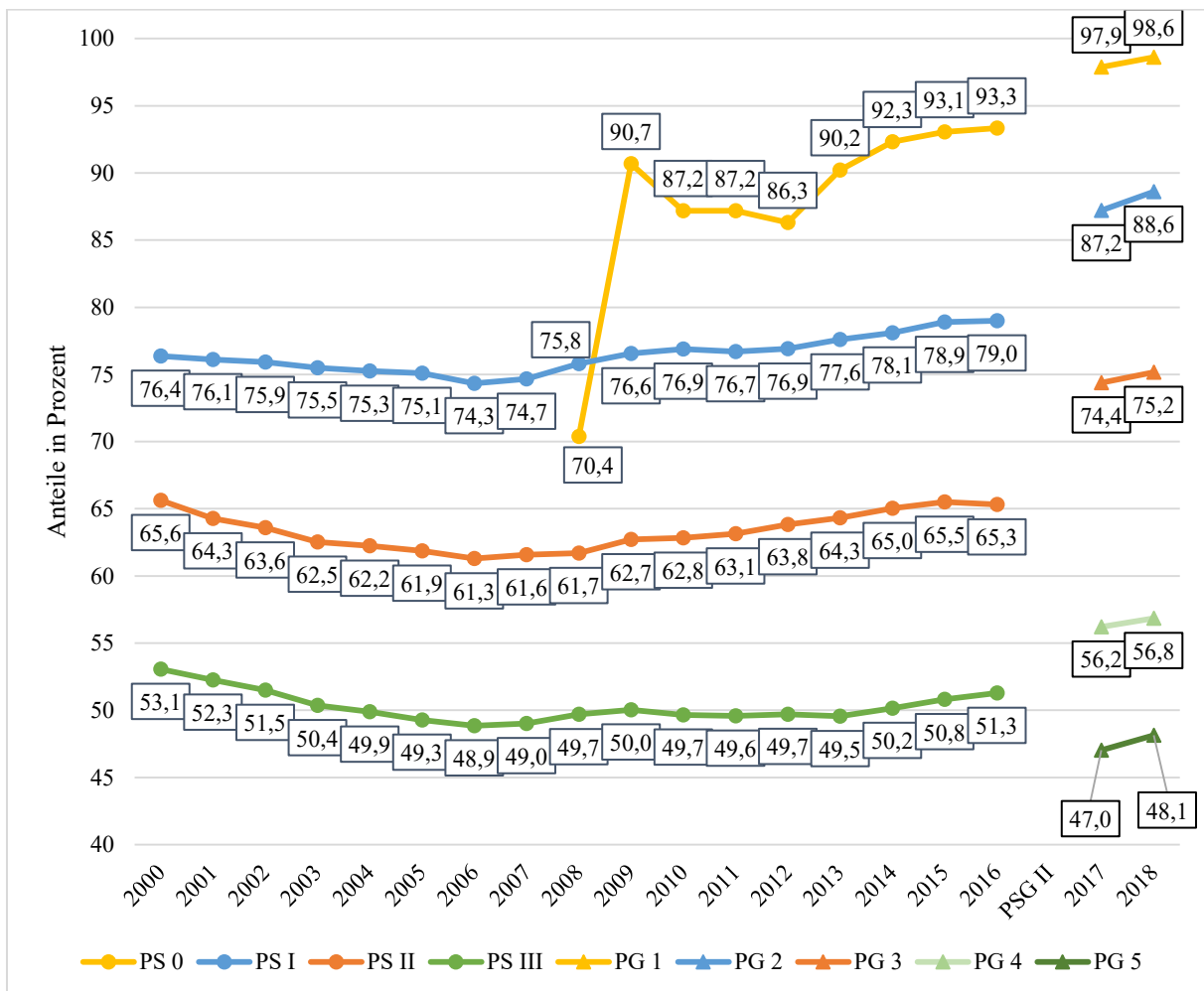
Abbildung 8: Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen nach Sektor



Quelle: eigene Berechnungen und Darstellung nach Leistungsempfängerstatistik PG 2 der Jahre 2000 bis 2018

Werden die Leistungsempfänger*innen nach Sektoren und Ausmaß der Pflegebedürftigkeit betrachtet, fällt auf, dass die *Versorgungsform* vom Grad der Pflegebedürftigkeit abhängt. Abbildung 9 zeigt, welcher Anteil der Pflegebedürftigen je PS bzw. PG im ambulanten Sektor versorgt wird: Mit steigendem Pflegebedarf sinkt der Anteil der Personen, die ambulant versorgt werden. Ab 2000 wird zudem ein über alle PS kontinuierlicher Rückgang der Versorgung im ambulanten Bereich deutlich. Dieser Trend kehrt sich im Jahr 2007 um, und es erfolgt nun ein Anstieg der ambulanten Versorgung über alle PS. Der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und der Versorgungsform setzt sich auch nach dem Inkrafttreten des PSG II fort.

Abbildung 9: Anteil der Leistungsempfänger*innen im ambulanten Sektor nach Pflegestufen bzw. -grade

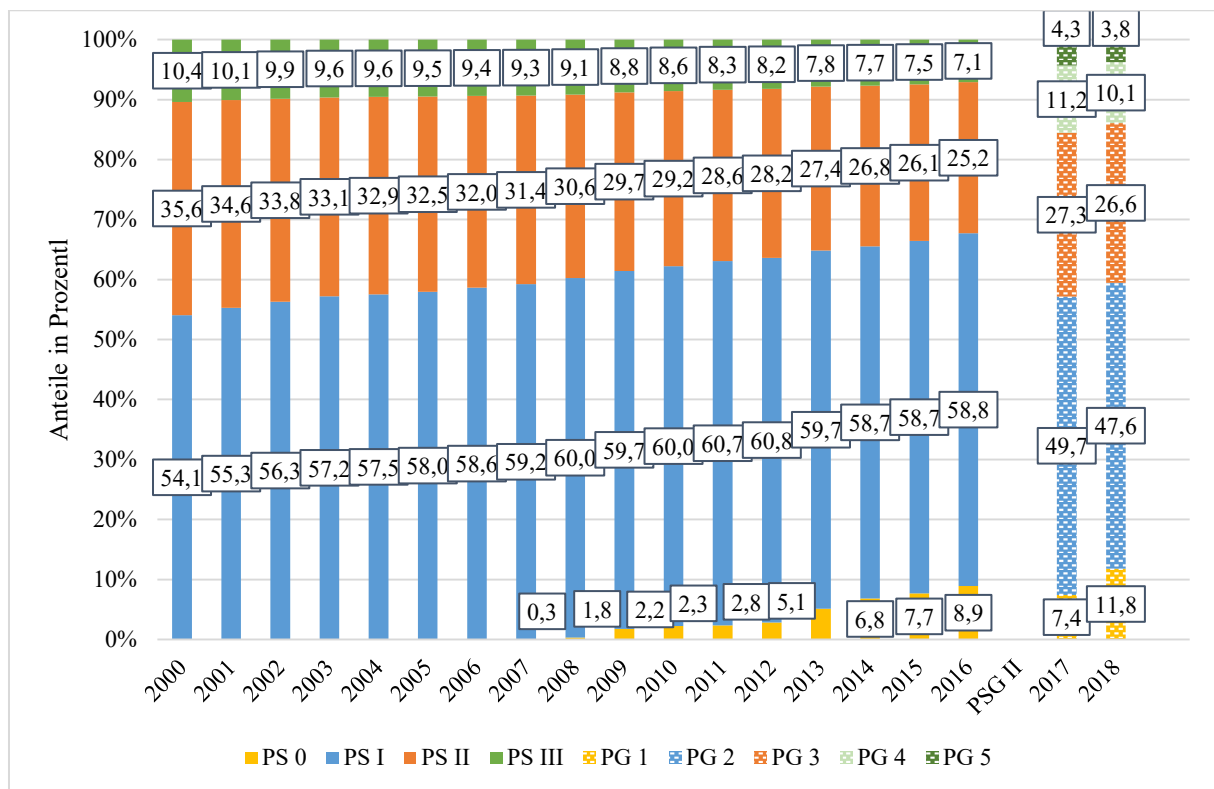


Quelle: Leistungsempfängerstatistik PG 2 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Wichtige Hinweise für die Versorgung liefert auch die Betrachtung des *Case-Mix* nach Versorgungssektoren. Die Zuordnung zu den Sektoren erfolgt anhand der Leistungsempfängerstatistik PG 2. Darin werden Leistungsempfänger*innen getrennt nach ambulanten und stationären Sektor aufgeführt.

Im *ambulanten Sektor* ist seit 2000 ein Rückgang des Anteils der Personen mit PS II und PS III zu sehen, sodass im Jahr 2016 der Anteil der Personen mit PS 0 und PS I bei fast 70 % lag (Abbildung 10). Im Jahr 2017 haben 57 % der Empfänger*innen im ambulanten Bereich PG 1 oder PG 2. Durch den Anstieg der Leistungsempfänger*innen mit PG 1 steigt der Anteil der Leistungsempfänger*innen mit PG 1 und PG 2 auf fast 60 % im Jahr 2018. Die Anteile von PG 3, PG 4 und PG 5 nehmen in diesem Zeitraum ab.

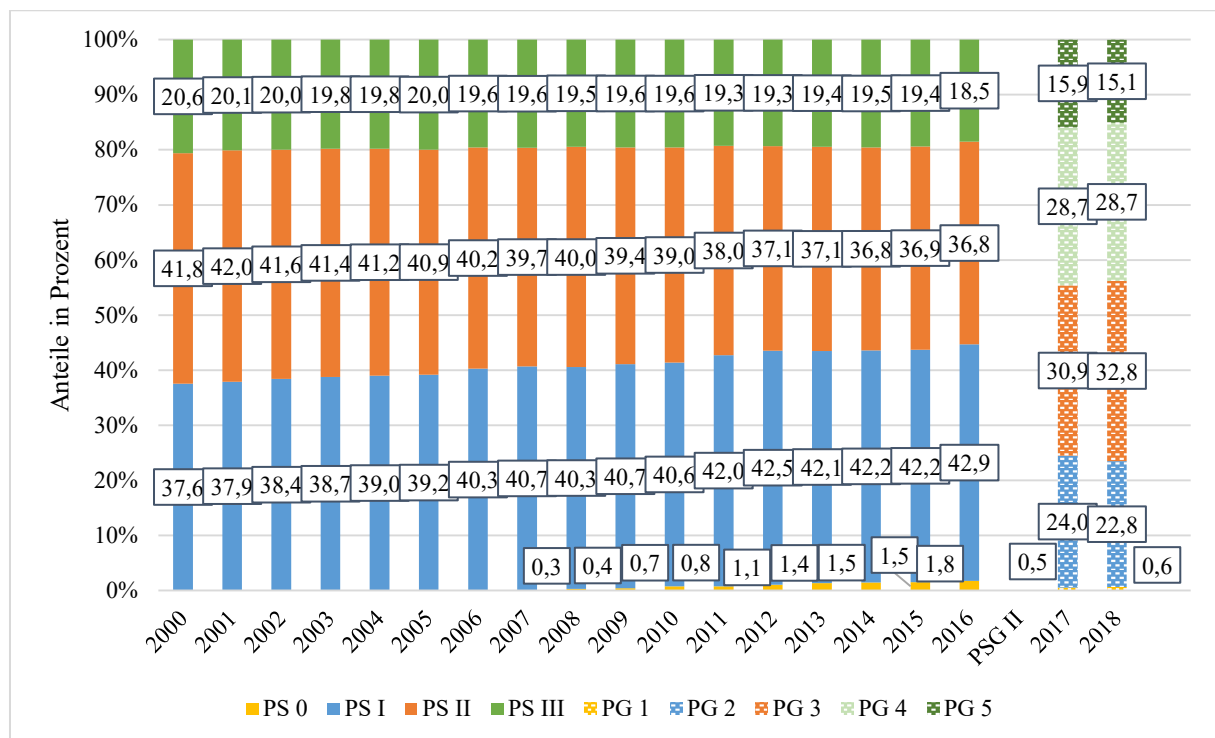
Abbildung 10: Entwicklung des Case-Mix im ambulanten Sektor



Quelle: Leistungsempfängerstatistik PG 2 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Im stationären Sektor ist der Anteil der Empfänger*innen mit PS 0 und PS I im betrachteten Zeitraum geringer (Abbildung 11). Er steigt von 2000 bis 2016 von rund 38 % auf knapp 43 % an. Personen mit PS III haben einen recht konstanten Anteil von ca. 19 %. Der Anteil der Personen mit PG 4 und PG 5 nimmt 2017 und 2018 knapp 45 % ein. In PG 3 zeigt sich ein Anstieg von 1,9 Prozentpunkten zwischen 2017 und 2018. PG 1 spielt in der stationären Versorgung keine Rolle. Der starke Anteil an Personen mit hohem Pflegegrad kann zum einen auf die großzügige Überleitung zurückgeführt werden. Zum anderen bestehen mit der Einführung der EEE finanzielle Anreize, die eine Konzentration hoher Pflegegrade in vollstationärer Pflege begünstigen. Erste Analysen, die darauf hinweisen, dass sich diese Anreize langfristig im Case-Mix niederschlagen (Rothgang 2018), werden insofern bekräftigt als dass der Anteil von PG 2 in Heimen bereits leicht rückläufig ist (Abbildung 11).

Abbildung 11: Entwicklung des Case-Mix im stationären Sektor

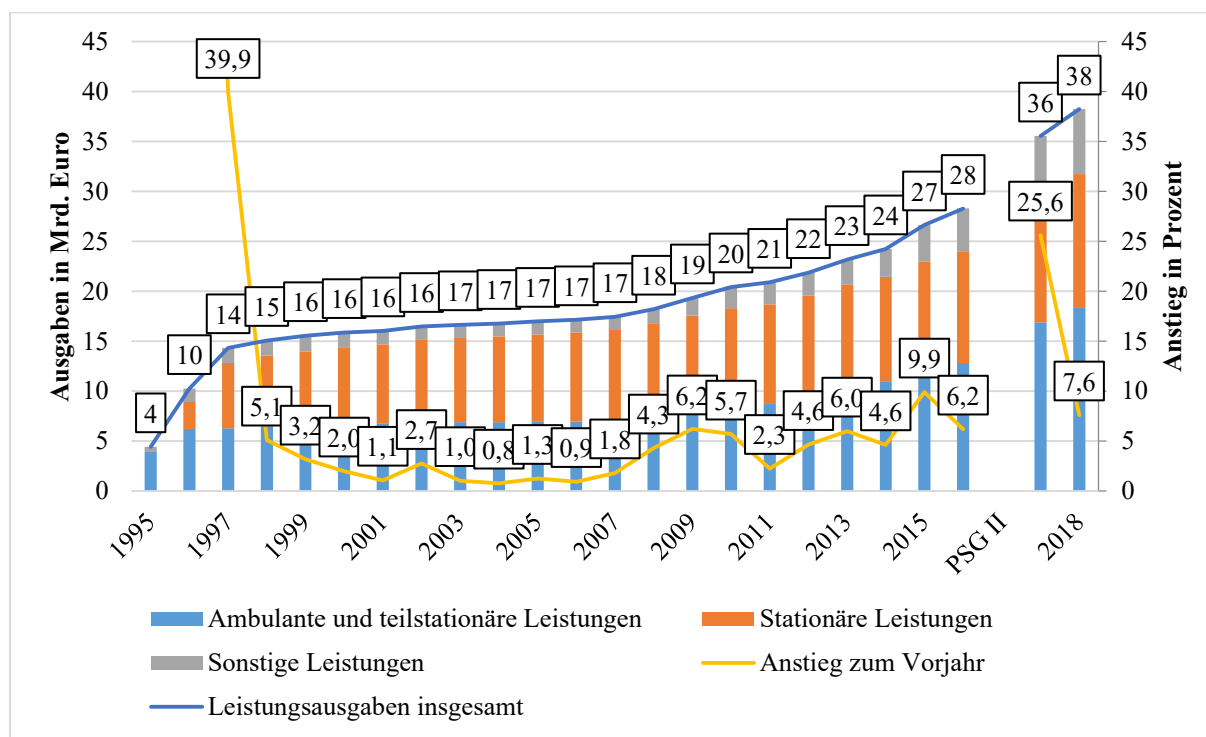


Quelle: eigene Berechnungen und Darstellung nach Leistungsempfängerstatistik PG 2 der Jahre 2000 bis 2018

3.1.3 Entwicklung der Leistungsausgaben der SPV

Die Leistungsausgaben der SPV steigen seit 1995 kontinuierlich an. Während sie im Jahr 1995 noch bei gut 4 Mrd. Euro liegen, erreichen sie im Jahr 2018 knapp 40 Mrd. Euro (Abbildung 5). Nachdem es in den ersten Jahren nach Einführung der SPV zunächst zu einem starken Anstieg kommt, belaufen sich die jährlichen Ausgaben in den Jahren zwischen 2000 und 2007 auf rund 16 -17 Mrd. Euro mit nur sehr geringem Anstieg. Mit Inkrafttreten des PfwG im Jahr 2008 beginnt eine Phase, in der die Leistungsausgaben kontinuierlich deutlich ansteigen. Dies setzt sich bis zum Jahr 2016 fort, anschließend folgt ein Sprung der Leistungsausgaben um mehr als 25 % im Jahr 2017. Im Jahr 2018 steigen die Ausgaben um weitere 8 %. Der deutliche Anstieg der SPV-Ausgaben im Zuge des PSG II war angesichts der für die meisten Nutzer*innen angehobenen Leistungsbeträge sowie des gewachsenen Nutzerkreises zu erwarten und bekräftigt die im Vorfeld getätigte Bewertung des PSG II als sehr großzügige Reform (Rothgang u.a. 2015: 12ff.).

Abbildung 12: Entwicklung der Leistungsausgaben der SPV



Quelle: Finanzstatistik PV 45 der Jahre 1995 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Auch hier ist eine Differenzierung nach Leistungssektoren instruktiv. Tabelle 3 zeigt dabei, welche Leistungen, welchem Sektor zugeordnet wurden. Dabei wird für ambulante und stationäre Leistungen die Zuordnung der Leistungstagestatistik PG 1 zu Grunde gelegt. Alle weiteren Leistungen werden unter sonstigen Leistungen zusammengefasst.

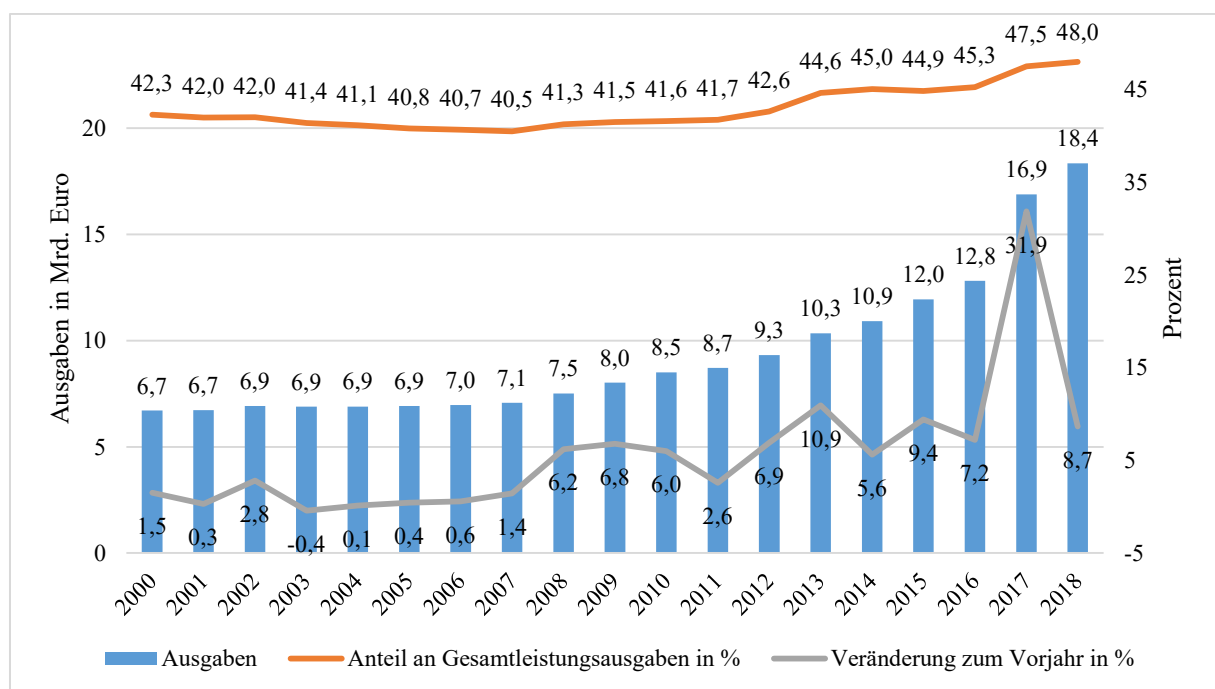
Tabelle 3: Zuordnung der Leistungsausgaben zur Berechnung der Pro-Kopf-Ausgaben

SGB XI	Leistung	Ambulant	Stationär	Sonstige
§ 36	Pflegesachleistung	X		
§ 37	Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	X		
§ 38	Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)	X		
§ 39	Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	X		
§ 41	Tages- und Nachtpflege	X		
§ 42	Kurzzeitpflege	X		
§ 43	Vollstationäre Pflege		X	
§ 43a	Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen		X	
§ 7a	Pflegeberatung			X
§ 40	Hilfsmittel/ Wohnumfeldverbesserungen			X
§ 43b/§ 87b	Stationäre Vergütungszuschläge			X
§ 44	Soziale Sicherung der Pflegeperson			X
§ 45a, b	Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen			X
	Sonstige Leistungsausgaben			X

Quelle: eigene Klassifikation.

Die Leistungsausgaben *im ambulanten Sektor* sind in den Jahren 2000 bis 2016 von knapp sieben auf etwa 13 Mrd. Euro gestiegen (Abbildung 13). Dies entspricht einem Anstieg von mehr als 91 %. Durchschnittlich liegt der Anstieg bei 3,7 % jährlich. Dabei kann der Übergang von 2007 auf 2008 als Wendepunkt angesehen werden: Bis 2007 lag der jährliche Ausgabenanstieg in der Regel unter, seit 2008 fast durchgängig über dem durchschnittlichen Anstieg. Im Jahr 2017 erfolgte eine deutliche Ausgabensteigerung von 31,9 % auf fast 17 Mrd. Euro, im Jahr 2018 steigen die Ausgaben um weitere 8,7 %. Der Anteil der Leistungsausgaben des ambulanten Sektors an allen Leistungsausgaben sinkt von 42,3 % im Jahr 2000 zunächst auf 40,5 % im Jahr 2007. Anschließend steigt ab 2008 der auf den ambulanten Sektor entfallende Teil der Gesamtausgaben bis 2016 auf 45,3 %, dann aber sogar auf 48,0 % im Jahr 2018.

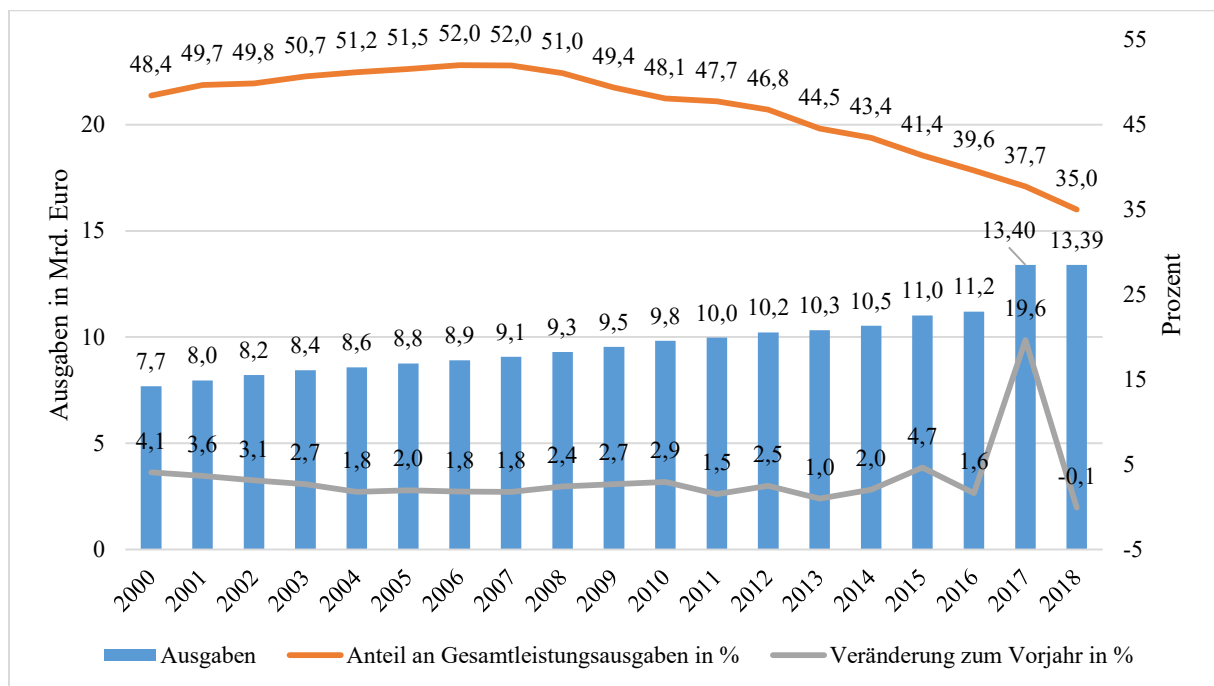
Abbildung 13: Entwicklung der ambulanten und teilstationären Leistungsausgaben der SPV



Quelle: Finanzstatistik PV 45 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Die *Ausgaben für stationäre Leistungen* steigen von knapp 8 Mrd. im Jahr 2000 auf mehr als 13 Mrd. Euro im Jahr 2018 an (Abbildung 14). Im Jahr 2017 ist ein besonders großer Anstieg der Ausgaben von knapp 20 % zu beobachten, der – angesichts der rückläufigen Fallzahlen (siehe Tabelle 2) – ausschließlich auf höhere Sozialversicherungsleistungen pro Heimbewohner*in zurückzuführen ist. Im Jahr 2018 sinken die Ausgaben für stationäre Leistungen dann erstmals. Der Anteil an den Gesamtleistungsausgaben steigt in den ersten Jahren des betrachteten Zeitraums zunächst auf 52 % an und nimmt dann ab dem Jahr 2008 kontinuierlich bis auf 35 % im Jahr 2018 ab.

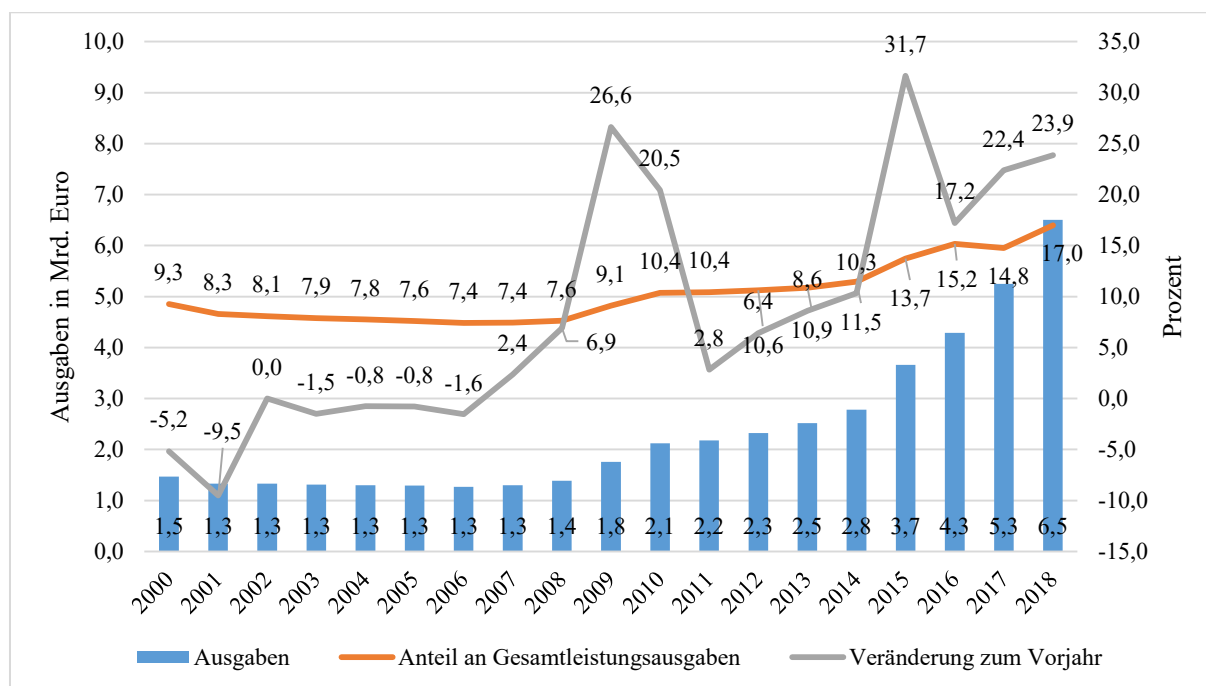
Abbildung 14: Entwicklung der vollstationären Leistungsausgaben der SPV



Quelle: eigene Berechnungen und Darstellung nach Finanzstatistik PV 45 der Jahre 2000 bis 2018

Die *Ausgaben für sonstige Leistungen* sinken von 1,5 Mrd. Euro im Jahr 2000 zunächst auf 1,3 Mrd. Euro im Jahr 2007 und steigen dann auf 6,5 Mrd. Euro im Jahr 2018 an (Abbildung 15). Der Anstieg ist in den Jahren 2009/10 und 2015 bis 2018 besonders hoch. Dies sind Jahre, in denen die Effekte des PfWG und der ersten beiden Pflegestärkungsgesetze sichtbar werden. Der Anteil der sonstigen Leistungsausgaben an den gesamten Leistungsausgaben liegt bis 2009 unter 10 %, steigt dann an und erreicht im Jahr 2018 einen Anteilswert von 17,0 %.

Abbildung 15: Entwicklung der sonstigen Leistungsausgaben der SPV



Quelle: Finanzstatistik PV 45 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

3.1.4 Entwicklung einzelner Leistungen

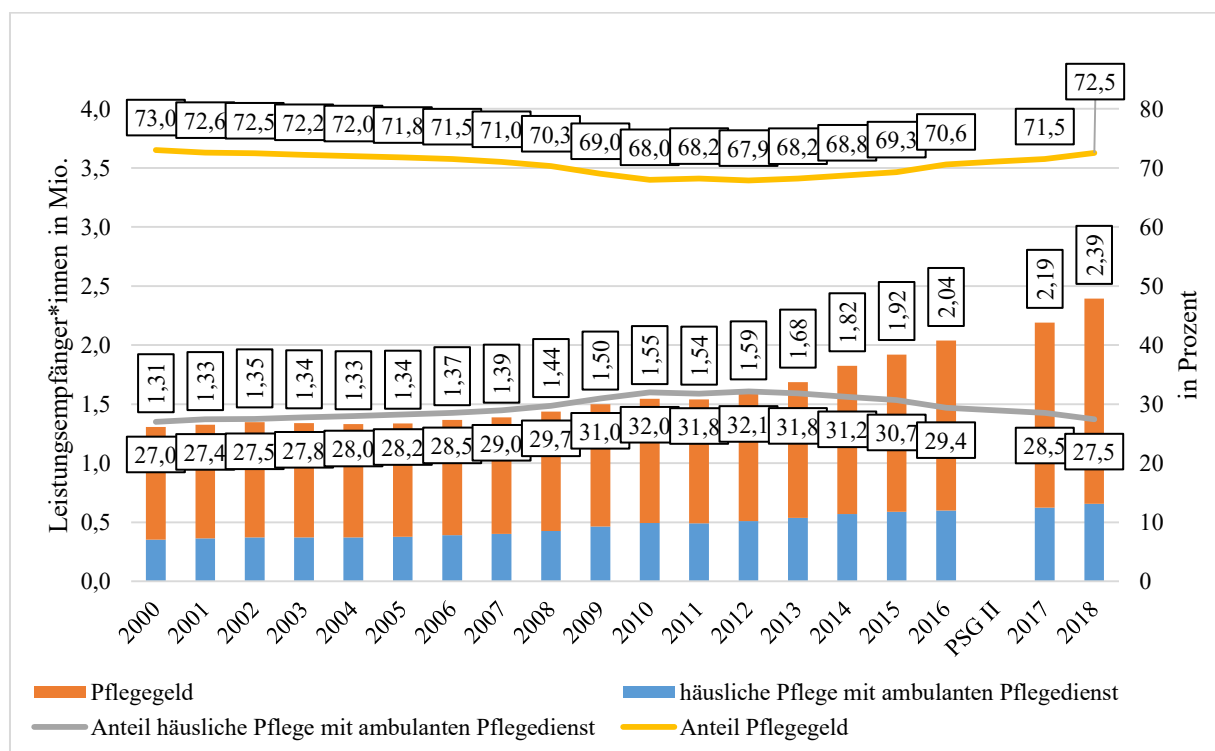
Nachfolgend wird die Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen anhand der *Leistungstagestatistik PG I* dargestellt. Dabei wird gleichzeitig die Ausgabenentwicklung anhand der *Finanzstatistik PV 45* abgebildet. Die Entwicklungen der Leistungen werden jeweils für die Jahre 2000 bis 2018 dargestellt. Wie oben beschrieben, werden in der Leistungstagestatistik die Leistungsempfängerzahlen anhand von Leistungstagesdurchschnitten errechnet. Somit ergibt sich die durchschnittliche Zahl der Leistungsempfänger*innen einer Leistungsart an einem Tag, aber nicht die Anzahl der Leistungsfälle. Diese Betrachtung eignet sich besonders zum Vergleich der Nutzung der einzelnen Leistungen und deren Entwicklung. Die Ausgabenentwicklung der einzelnen Leistungen wird zum einen als Gesamtausgaben dargestellt, zum anderen werden die Ausgaben pro Leistungstag aufgeführt. Daraus lassen sich Schlüsse auf Leistungssteigerungen ziehen.

Zum *ambulanten Sektor* werden in dieser Statistik die Leistungen Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kombination von Geld und Sachleistungen, Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson, Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege gezählt. Zum *stationären Sektor* zählen vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Ab dem Jahr 2017 werden außerdem die Leistungen „stundenweise Verhinderungspflege“ und „Pflegezeit“ gesondert ausgewiesen. Stundenweise Verhinderungspflege wird dabei nachfolgend zum ambulanten Sektor gezählt. Die Leistung „Pflegezeit“ wird nicht von den pflegebedürftigen Personen selbst, sondern von ihren Pflegepersonen in Anspruch genommen. Aus diesem Grund werden die Nutzer der Pflegezeit nicht mit zu den Leistungsempfängerzahlen hinzuaddiert. Personen mit Pflegegrad 1

haben außer dem Entlastungsbeitrag keinen Anspruch auf ambulante Leistungen der SPV. Aus diesem Grund werden sie in den folgenden Darstellungen nicht abgebildet.

Zunächst wird die Entwicklung der primären Leistungen im ambulanten Sektor – Pflegegeld, Pflegesachleistung und Kombinationsleistungen – und deren Verhältnis betrachtet, da die Leistungen Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege in der Regel ergänzend hinzugezogen werden. Empfänger*innen von Kombinationsleistungen werden zusammen mit den Sachleistungsempfänger*innen in der Gruppe ‚häusliche Pflege mit ambulanten Pflegedienst‘ zusammengefasst. Die *Inanspruchnahme* der *primären Leistungen* im Zeitraum von 2000 bis 2016 steigt insgesamt von rund 1,3 Mio. Empfänger*innen auf knapp 2,4 Mio. Empfänger*innen (Abbildung 16). Dabei fällt auf, dass die Empfängerzahl bis 2008 relativ konstant bleibt, es dann zunächst zu einem moderaten Anstieg kommt und die Empfängerzahl dann ab 2013 stark zunimmt. Dies ist auf die gesetzlichen Entwicklungen (PfWG, PNG und PSG I-III) zurückzuführen.

Abbildung 16: Entwicklung der Leistungsempfänger*innen im ambulanten Sektor



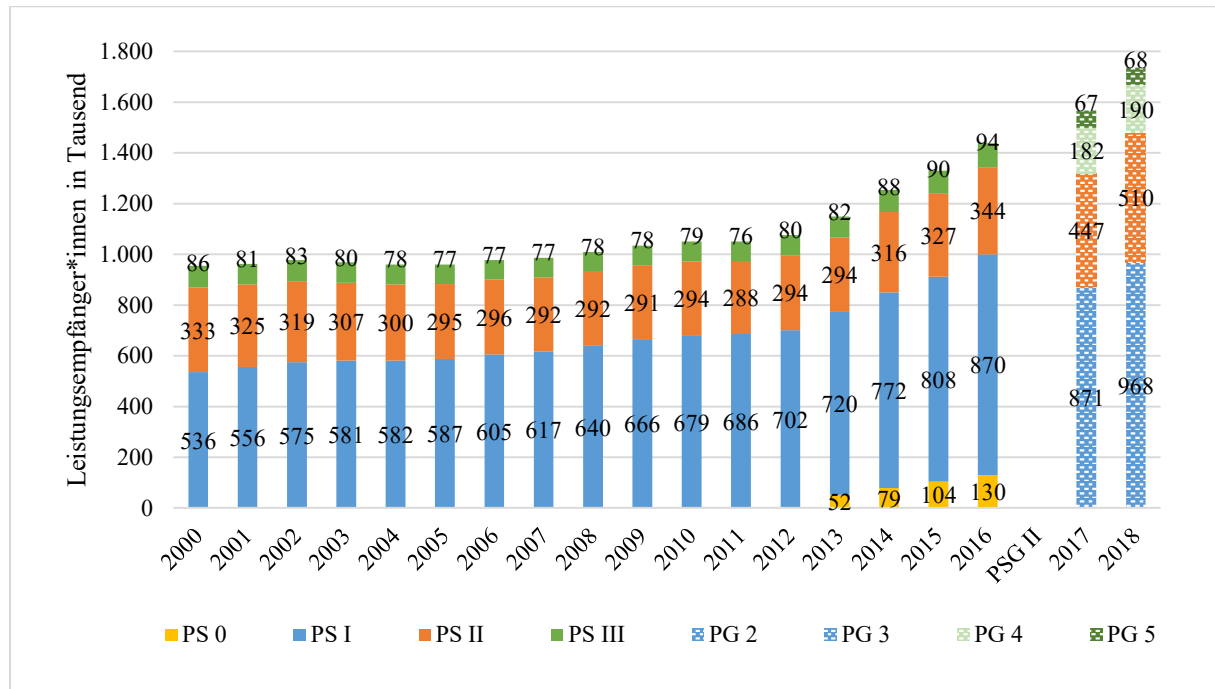
Quelle: Leistungstagestatistik PG 1 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Pflegegeld

Die *Inanspruchnahme* von Pflegegeld steigt in den Jahren 2000 bis 2016 von knapp 1 Mio. Leistungsempfänger*innen auf mehr als 1,5 Mio. an (Abbildung 17). Der Großteil der Empfänger*innen hatte in diesem Zeitraum PS I. In den Jahren 2017 und 2018 steigt die Zahl der Empfänger*innen zunächst auf 1,6 Mio. und dann weiter auf gut 1,7 Mio., von denen mehr als die Hälfte der Leistungsempfänger*innen PG 2 zugeordnet werden. PG 5 spielt kaum eine Rolle. Der Pflegeaufwand in PG 5 dürfte die Möglichkeiten rein informeller Pflege in der Regel übersteigen, so dass für

diese Fälle zumindest ergänzend professionelle Pflege nachgefragt wird und in stärkerem Maße Pflegesachleistungen in Anspruch genommen werden.

Abbildung 17: Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen des Pflegegelds nach Pflegestufen bzw. –grade

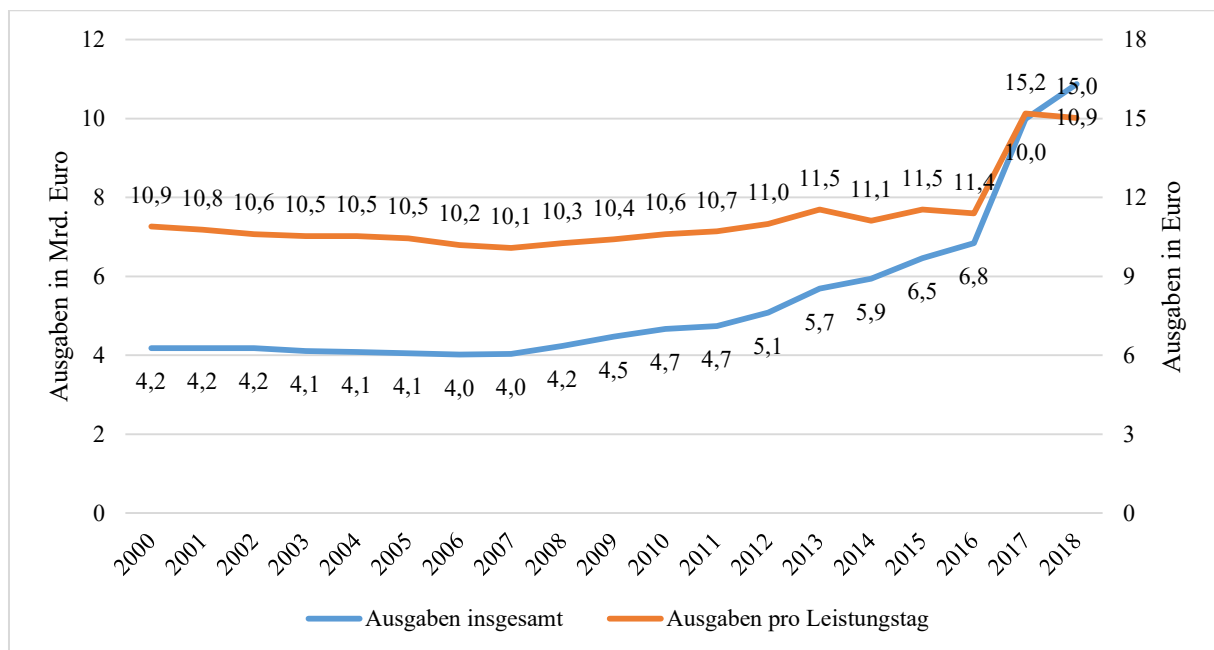


Quelle: Leistungstagestatistik PG 1 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Die *Ausgaben für Pflegegeld* steigen von 4,2 Mrd. Euro im Jahr 2000 auf 10,9 Mrd. Euro im Jahr 2018 an (Abbildung 18). Bis zum Jahr 2008 bleiben die Ausgaben recht konstant und steigen dann zunächst langsam, vom Jahr 2016 auf 2017 sprunghaft und von 2017 auf 2018 moderat an. Neben dem Mengeneffekt – also dem Anstieg der absoluten Leistungsempfängerzahl – spielt auch der Case-Mix sowie die Leistungshöhe und der Leistungsmix – also der Anteil des bezogenen Pflegegelds bei Kombinationsleistungen – eine Rolle beim Anstieg der Ausgaben für Pflegegeld. Das PSG II nimmt Einfluss auf den Case-Mix, durch die Einführung der Pflegegrade und die Überleitungsregelung nach § 140 SGB XI, und auf die Leistungshöhen, da es hier zu Steigerungen kam.

Da das Verhältnis von Pflegesachleistungen und Pflegegeld bei Bezieher*innen von Kombinationsleistungen aus den gegebenen Daten nicht zu eruieren ist, werden die Leistungstage zu gleichen Teilen (je 50 %) zu Pflegegeld und Pflegesachleistungen hinzugezählt. Die Ausgaben pro Leistungstag für Pflegegeld haben sich von 2000 bis 2016 kaum verändert und belaufen sich auf ca. 11 Euro pro Tag. Im Jahr 2017 kommt es zu einem sprunghaften Anstieg auf ca. 15 Euro. Dieses Niveau wird im Jahr 2018 beibehalten. Der deutliche Anstieg der Ausgaben pro Leistungstag und der Anstieg der Leistungsempfängerzahlen lassen annehmen, dass der Anstieg der Gesamtausgaben vor allem durch die Erhöhung der Leistungen bzw. die Veränderung im Case-Mix zu erklären ist.

Abbildung 18: Entwicklung der Ausgaben der SPV für Pflegegeld

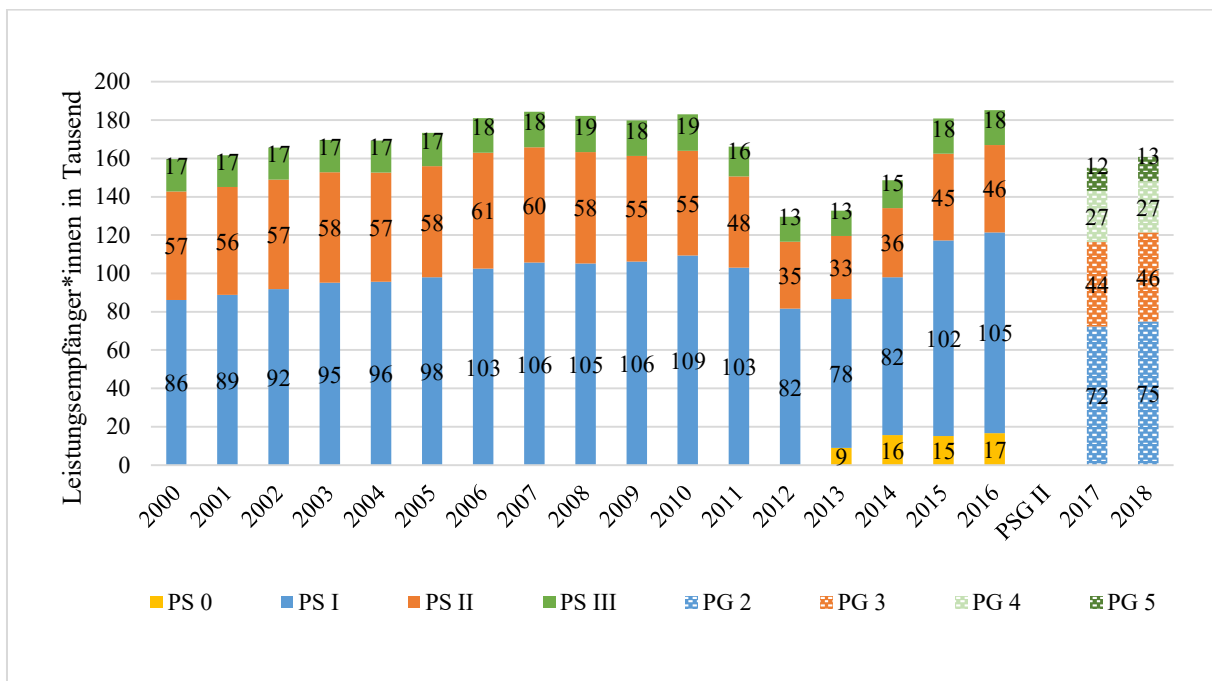


Quelle: Leistungstagestatistik PG 1 sowie der Finanzstatistik PV 45 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Pflegesachleistung

In der Entwicklung *der Inanspruchnahme* von Pflegesachleistungen fällt ein deutlicher Rückgang der Leistungsempfängerzahlen im Jahr 2012 und erneut im Jahr 2017 auf (Abbildung 19). Insgesamt sinkt die Zahl der Pflegesachleistungsempfänger*innen im Zeitraum von 2000 bis 2018 in geringem Maße. Diese Veränderungen können mit den Leistungssteigerungen erklärt werden, die in den Jahren 2012 und 2017 erfolgt sind. Personen, die bis zu diesem Zeitpunkt Leistungen durch einen Pflegedienst erhalten haben, können nun theoretisch mehr Leistungen eines Pflegedienstes beziehen. Wird jedoch unterstellt, dass die bisherigen Leistungen durch den Pflegedienst ausreichend und der Bezug von Mehrleistungen nicht interessant bzw. notwendig sind, können die nun entstehenden Reserven der Pflegesachleistungen anteilig als Pflegegeld bezogen werden. Dies führt zu einem zu höheren Ausgaben beim Pflegegeld, andererseits werden diese Personen nun nicht mehr als Bezieher*innen von Pflegesachleistungen aufgeführt, sondern fallen in die Kategorie der Kombinationsleistungsempfänger*innen. Tatsächlich steigt die Zahl der Kombinationsleistungsempfänger*innen entsprechend. Werden Kombinationsleistungs-empfänger*innen und Sachleistungsempfänger*innen zusammengezählt (Abbildung 22), verschwinden die in Abbildung 19 erkennbaren Einbrüche weitgehend. 2011 ergibt sich zwar immer noch ein minimaler Fallzahlrückgang der aber schon 2012 wieder überkompensiert wird, so dass die Fallzahl für 2012 höher liegt als für 2010.

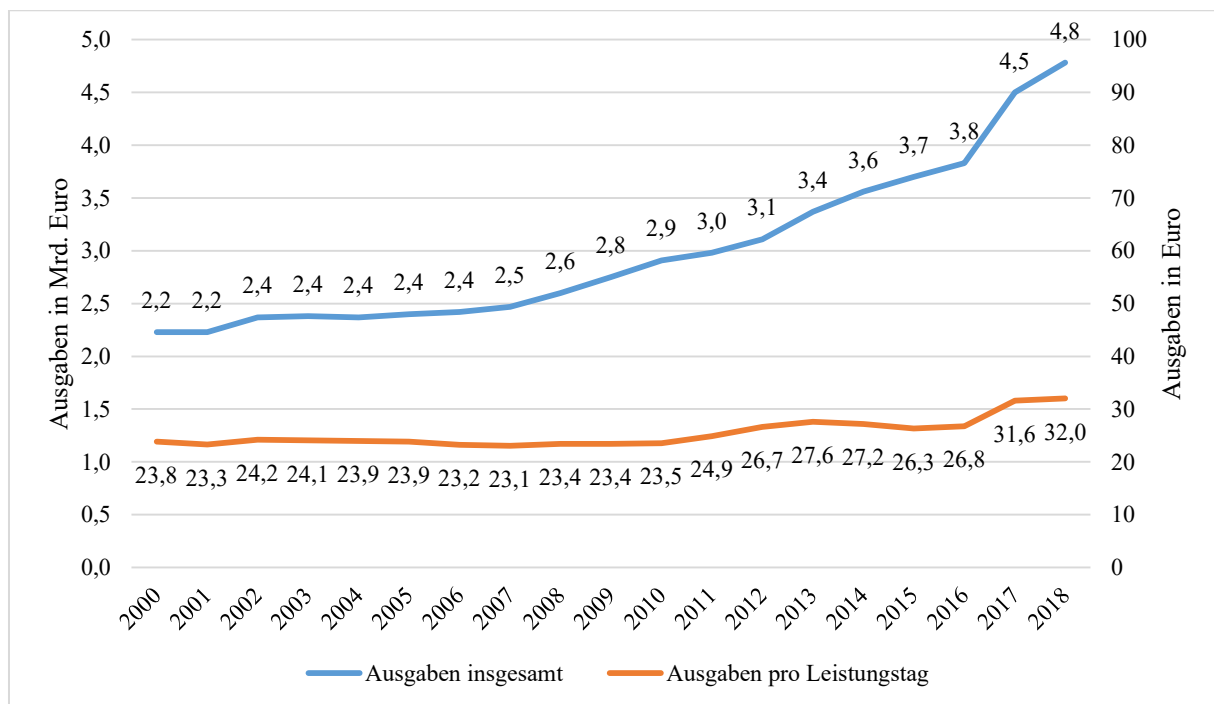
Abbildung 19: Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen der Pflegesachleistungen nach Pflegestufen bzw. -graden



Quelle: Leistungstagestatistik PG 1 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Die *Ausgaben für Pflegesachleistungen* stagnieren von 2000 bis 2007 zunächst nahezu und steigen dann ab 2008 bis 2018 kontinuierlich auf 4,8 Mrd. Euro an (Abbildung 20). Der Anstieg zum Jahr 2017 ist deutlich größer, als in den Jahren zuvor. Die *Ausgaben pro Leistungstag* liegen in den Jahren 2000 bis 2010 bei rund 23 Euro. Dann kommt es zunächst zu einem leichten Anstieg in den folgenden drei Jahren und einem erneuten Rückgang von 2014 bis 2016. Ab 2017 kommt es zu einer Niveauverschiebung auf rund 32 Euro. Die Ausgaben insgesamt steigen dabei etwa im selben Umfang wie die Ausgaben pro Leistungstag (ca. 18 %). Der Ausgabenanstieg ist demnach auf höhere Leistungsbeträge zurückzuführen.

Abbildung 20: Entwicklung der Ausgaben der SPV für Pflegesachleistungen

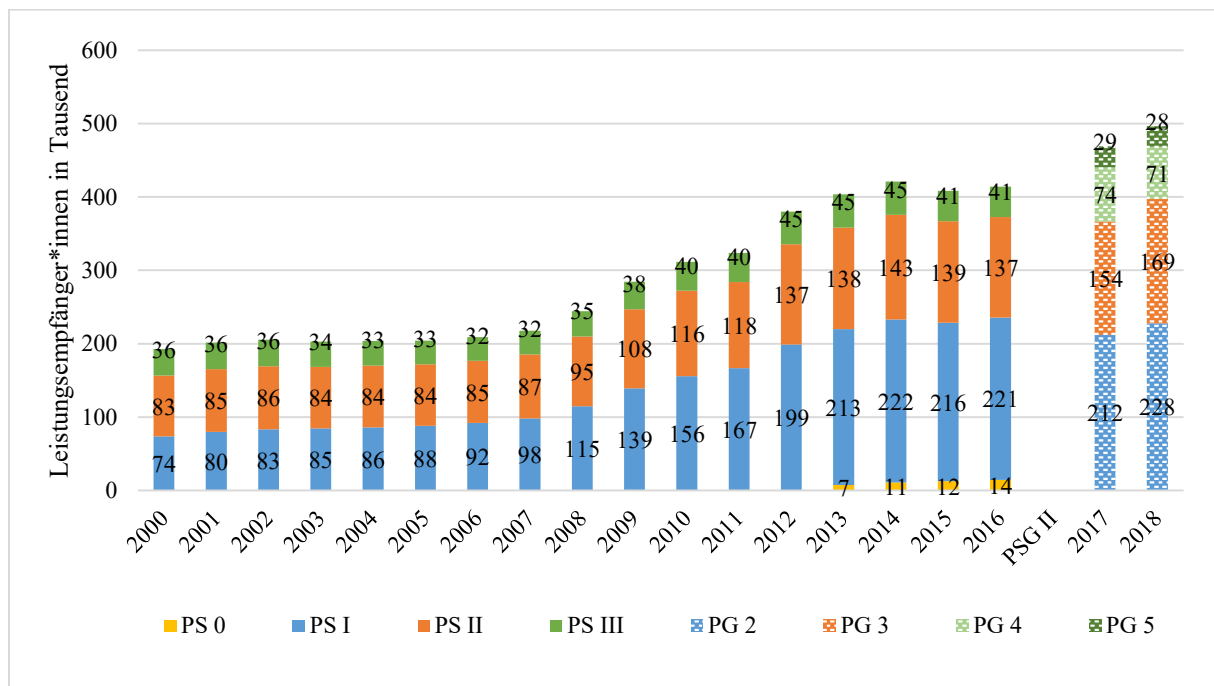


Quelle: Leistungstagestatistik PG 1 sowie der Finanzstatistik PV 45 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Kombinationsleistungen

Die *Anzahl der Leistungsempfänger*innen*, die sowohl von Pflegepersonen als auch von ambulanten Pflegediensten versorgt werden, steigt von etwa 200 Tsd. Personen im Jahr 2000 auf knapp 500 Tsd. Personen im Jahr 2018 (Abbildung 21). Diese Leistungen werden im Jahr 2018 hauptsächlich von Personen mit PG 2, PG 3 und PG 4 bezogen.

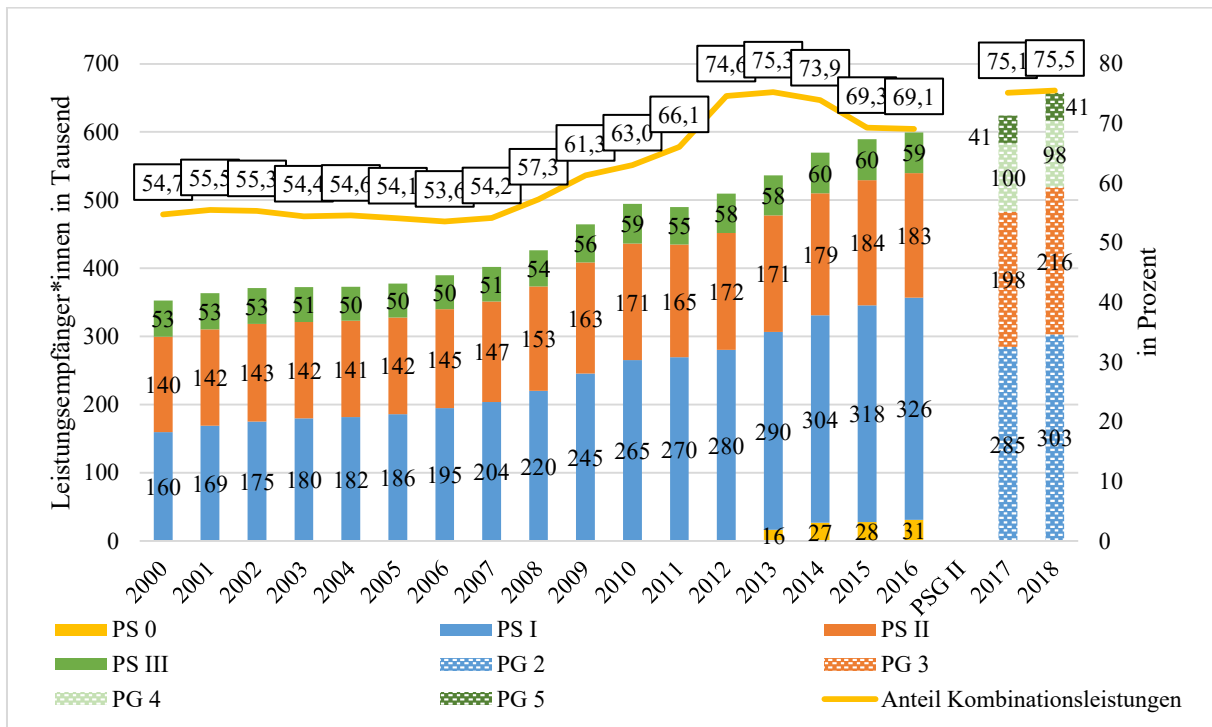
Abbildung 21: Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen der Kombinationsleistungen nach Pflegestufen bzw. -graden



Quelle: Leistungstagestatistik PG 1 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Wie bereits beschrieben kann die Entwicklung der Leistungsempfänger*innen, die von *ambulanten Pflegediensten* versorgt werden, nur sinnvoll dargestellt werden, wenn Empfänger*innen von Pflegesachleistungen und Kombinationsleistungen zusammen betrachtet werden. Von 2000 bis 2018 ist dabei ein nahezu kontinuierlicher Anstieg der Leistungsempfängerzahlen von ca. 350 Tsd. Personen auf ca. 650 Tsd. Personen zu erkennen (Abbildung 22). Es wird auch deutlich, dass der Anteil der Personen mit Kombinationsleistungen an allen Pflegebedürftigen, die ambulanten Pflegedienste zu Lasten der SPV nutzen, von gut 50 % auf mehr als 75 % ansteigt. Vorwiegend wird es sich dabei um Personen handeln, die ihre höheren Leistungsansprüche an Pflegesachleistungen durch Pflegegeld substituieren. Dies kann zum einen darin begründet sein, dass im individuellen Fall keine größere Nachfrage nach professioneller Pflege besteht. Zum anderen können regional auch Schwierigkeiten, geeignete professionelle Pflege zu finden, zu einer Inanspruchnahme von Pflegegeld anstelle von Pflegesachleistungen führen.

Abbildung 22: Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen von Pflegesach- und Kombinationsleistungen nach Pflegestufen bzw. -graden

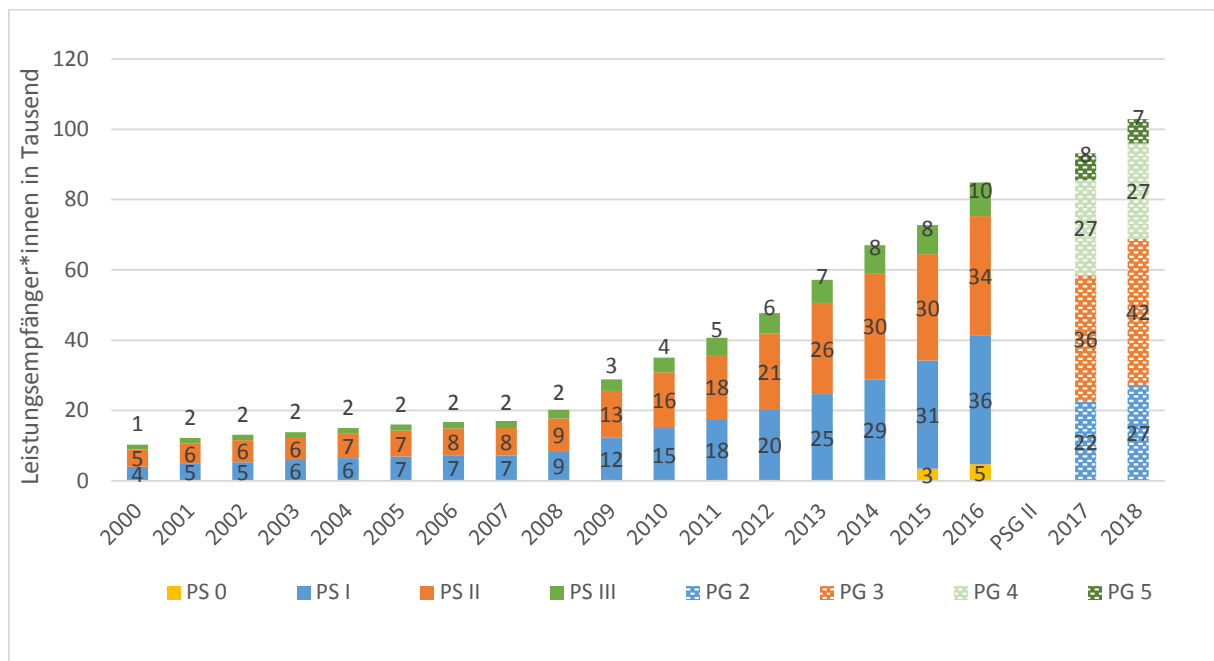


Quelle: Leistungstagestatistik PG 1 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Tages- und Nachtpflege

Die durchschnittliche *Anzahl der Leistungsempfänger*innen* von Tages- und Nachtpflege steigt in den Jahren zwischen 2000 und 2018 von ca. 10.000 auf mehr als 100.000 an (Abbildung 23). 2017 und 2018 sind mehr als die Hälfte der Nutzer*innen in Pflegegrade 3 oder 4. Personen mit Pflegegrade 5 nutzen die Leistung nur in geringem Maße. Bemerkenswert ist, dass der Anteil der Nutzer*innen in Pflegegrad 2 deutlich niedriger ist als der Anteil in Pflegestufe I zuvor. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der Teil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I, der erhebliche Einschränkungen der Alltagskompetenz aufgewiesen hat, in Pflegegrad 3 übergeleitet wurde.

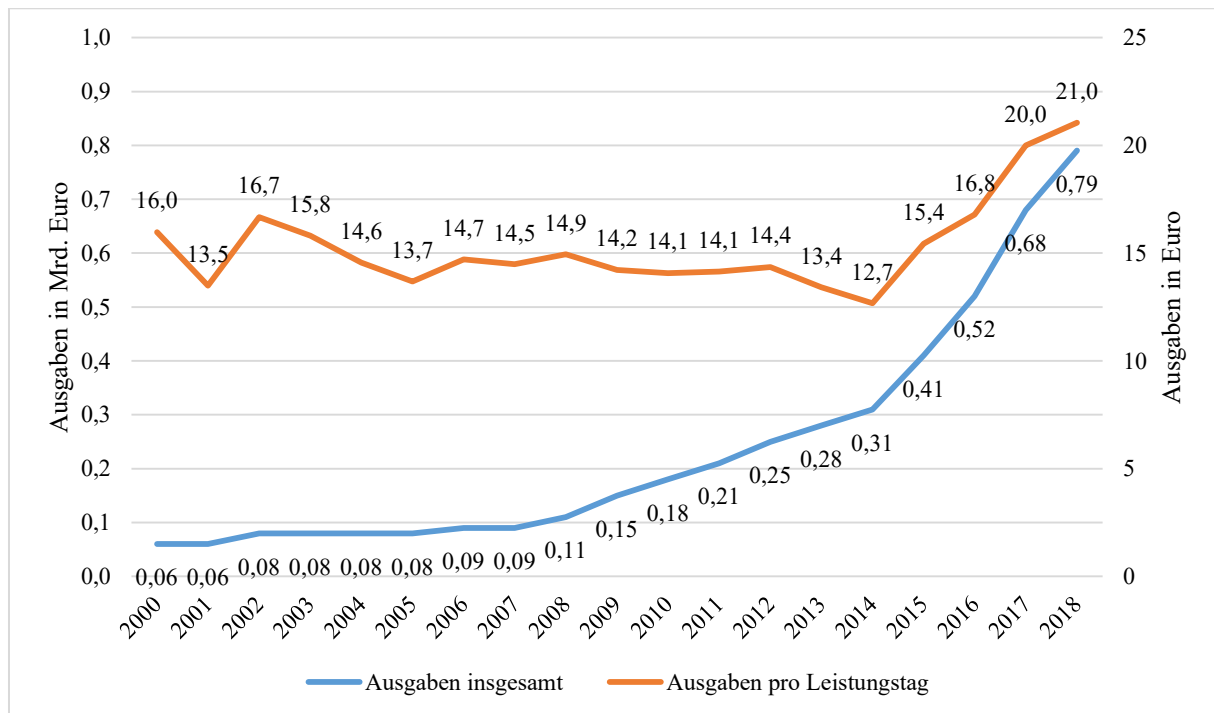
Abbildung 23: Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen der Tages- und Nachtpflege nach Pflegestufen bzw. -graden



Quelle: nach Leistungstagestatistik PG 1 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Die *Gesamtausgaben* für Tages- und Nachtpflege verzehnfachen sich im Zeitraum 2000 bis 2018. Der Ausgabenanstieg verschärft sich ab dem Jahr 2009 und dann insbesondere ab 2015 deutlich (Abbildung 24). Die Ausgaben pro Leistungstag sinken zunächst von 2000 bis 2015 und steigen dann bis 2018 auf mehr als 20 Euro pro Leistungstag. Der Anstieg der Gesamtausgaben ist mit Leistungsausweitungen im Rahmen des PFWG und der Anstieg der Ausgaben pro Leistungstag mit dem PSG I in Verbindung zu setzen. Die Steigerung der Gesamtausgaben geht mit einer Mengenausweitung durch verbesserte Anrechnungsmöglichkeiten auf 150 % der Pflegesachleistungen im Jahr 2008 einher. Die anrechnungsfreie Inanspruchnahme ab 2015 lässt die Ausgaben pro Leistungstag steigen, da mehr Leistungen im Rahmen der Tagespflege in Anspruch genommen werden können.

Abbildung 24: Entwicklung der Ausgaben der SPV für Tages- und Nachtpflege

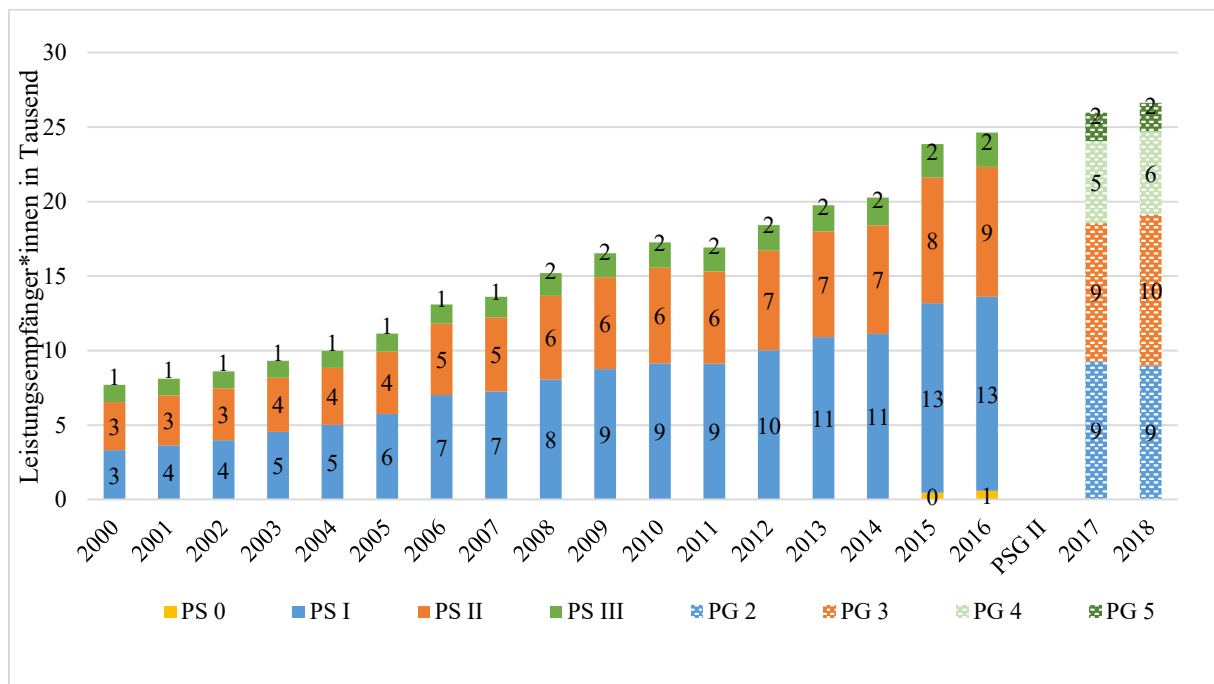


Quelle: Leistungstagestatistik PG 1 sowie der Finanzstatistik PV 45 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Kurzzeitpflege

Die durchschnittliche *Anzahl der Leistungsempfänger*innen* von Kurzzeitpflege steigt von 2000 bis 2018 von ca. 7.000 auf knapp 26.000 Empfänger*innen pro Tag an (Abbildung 25). Der Anstieg ist von 2000 bis 2010 zunächst konstant. Es kommt dann zu einer kurzen Unterbrechung des Wachstums und ab 2012 erneut zu einem Wachstum bis 2014. Im Jahr 2015 steigt die Zahl der Leistungsempfänger*innen deutlich. Dies dürfte insbesondere ein Effekt der besseren Kombinierbarkeit mit Verhinderungspflege aufgrund der entsprechenden Neuregelungen des Ersten Pflegestärkungsgesetzes sein.

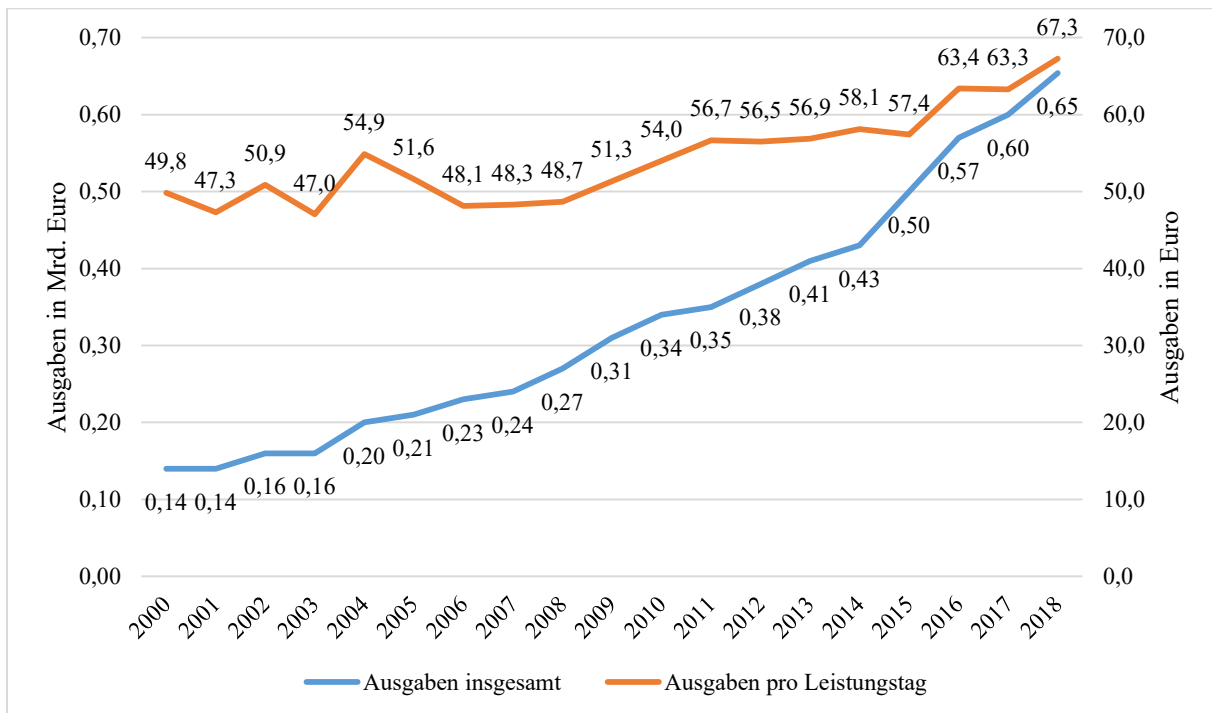
**Abbildung 25: Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen der Kurzzeitpflege nach Pflege-
stufen bzw. -graden**



Quelle: Leistungstagestatistik PG 1 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Die Ausgaben für Kurzzeitpflege wuchsen von 140 Mio. Euro im Jahr 2000 auf 650 Mio. Euro im Jahr 2018 (Abbildung 26). Die Ausgaben pro Leistungstag steigen dabei recht kontinuierlich von knapp 50 Euro auf ca. 67 Euro an.

Abbildung 26: Entwicklung der Ausgaben der SPV für Kurzzeitpflege

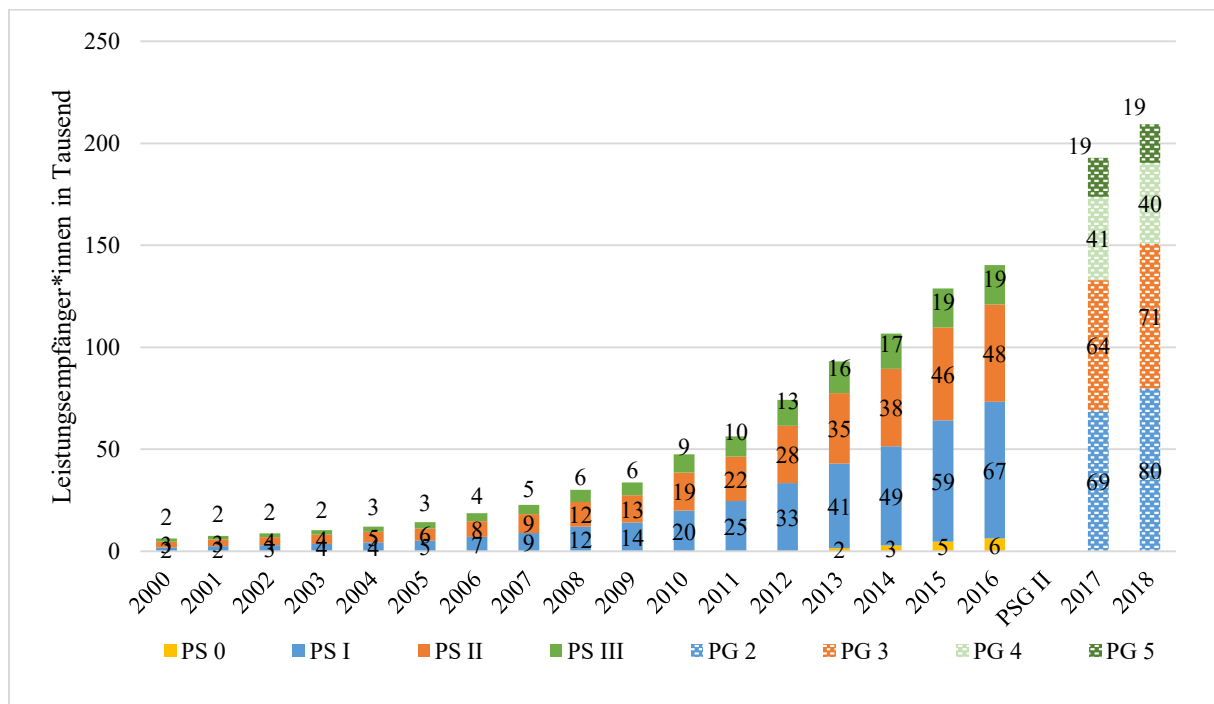


Quelle: Leistungstagestatistik PG 1 sowie der Finanzstatistik PV 45 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Verhinderungspflege

Die Zahl der Leistungsempfänger*innen für Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (Verhinderungspflege) steigt vom Jahr 2000 bis 2018 von ca. 6.000 auf mehr als 210.000 (Abbildung 27). Ein hoher Anstieg wird zunächst im Jahr 2015 und noch deutlicher im Jahr 2017 verzeichnet. Der Anstieg im Jahr 2015 ist mit den veränderten Bedingungen zur Kombination mit der Kurzzeitpflege im Rahmen des PSG I in Verbindung zu setzen. Der Einfluss des PSG II auf die Empfänger*innen von Verhinderungspflege wird in Abschnitt 3.1.5 noch einmal näher betrachtet. Mit einbezogen sind Fälle der stundenweise Verhinderungspflege.

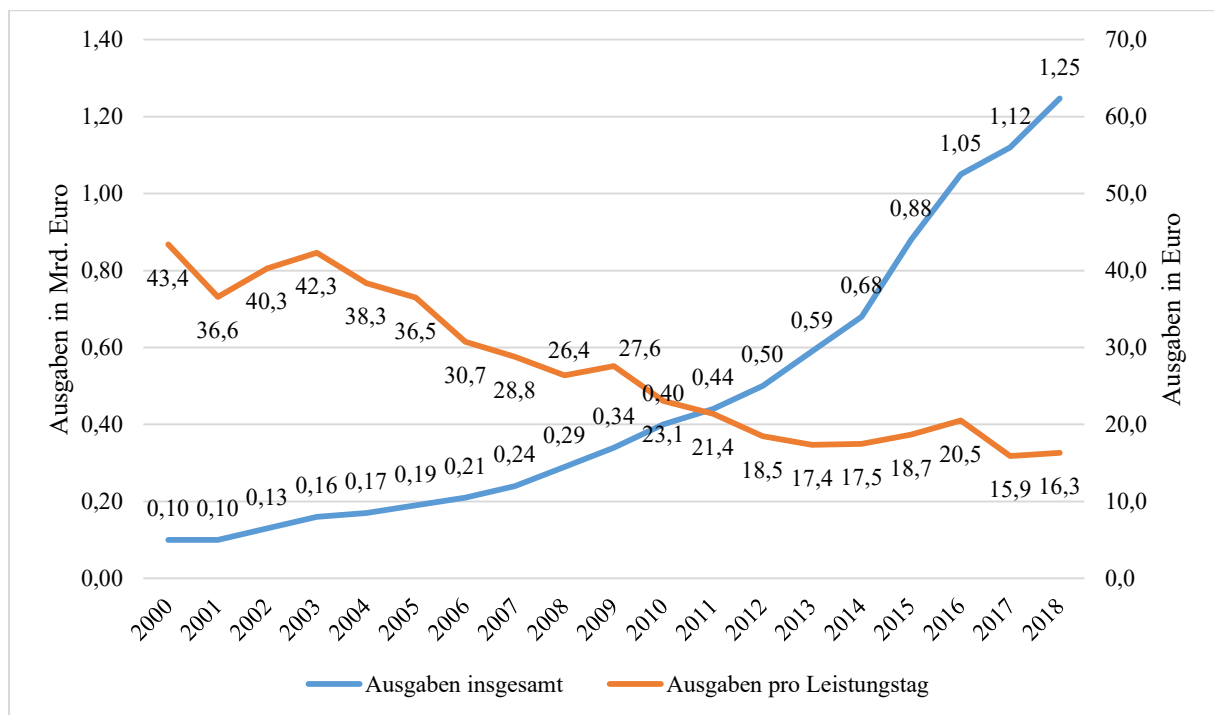
Abbildung 27: Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen der Verhinderungspflege nach Pflegestufen bzw. -graden



Quelle: Leistungstagestatistik PG 1 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Die stundenweise Verhinderungspflege ermöglicht unter bestimmten Voraussetzungen den Bezug von Verhinderungspflege bei gleichzeitigem Bezug von Pflegegeld. Seit dem Jahr 2017 wird sie in der Statistik gesondert aufgeführt. Die stundenweise Verhinderungspflege nimmt mit mehr als 160.000 Leistungsempfänger*innen (ca. 83 %) 2017 und ca. 190.000 (90 %) im Jahr 2018 einen großen Anteil an den Leistungsempfänger*innen von Verhinderungspflege ein (Abbildung 28). Die Leistung wird hauptsächlich von Personen mit Pflegegrad 2 und Pflegegrad 3 genutzt. Die Gesamtausgaben für Verhinderungspflege steigen konstant von ca. 100 Mio. Euro im Jahr 2000 auf ca. 1,25 Mrd. Euro im Jahr 2018 an. Es fällt auf, dass die Ausgaben pro Leistungstag im gleichen Zeitraum von ca. 43 Euro auf ca. 16 Euro sinken. Die steigende Nutzung stundenweiser Verhinderungspflege reduziert so die Ausgaben pro Leistungstag, und die höheren Gesamtausgaben können ausschließlich auf eine dies überkompensierende stärkere Inanspruchnahme der Verhinderungspflege (Mengeneffekt) zurückgeführt werden.

Abbildung 28: Entwicklung der Ausgaben der SPV für Verhinderungspflege



Quelle: Leistungstagestatistik PG 1 sowie der Finanzstatistik PV 45 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

3.1.5 Referenzmodell SPV

Anhand modellhafter Überlegungen soll abgebildet werden, welchen Einfluss das PSG II auf die oben beschriebenen Entwicklungen von Empfängerzahlen und Leistungsausgaben hat. Dazu werden zunächst Faktoren betrachtet, die neben dem PSG II Einfluss auf die Entwicklung haben. Zu den Einflussfaktoren zählen der Bevölkerungsumfang und dessen Struktur nach Alter und Geschlecht und die sozialrechtlichen Änderungen vor Inkrafttreten des Zweiten und Dritten Pflege-stärkungsgesetzes.

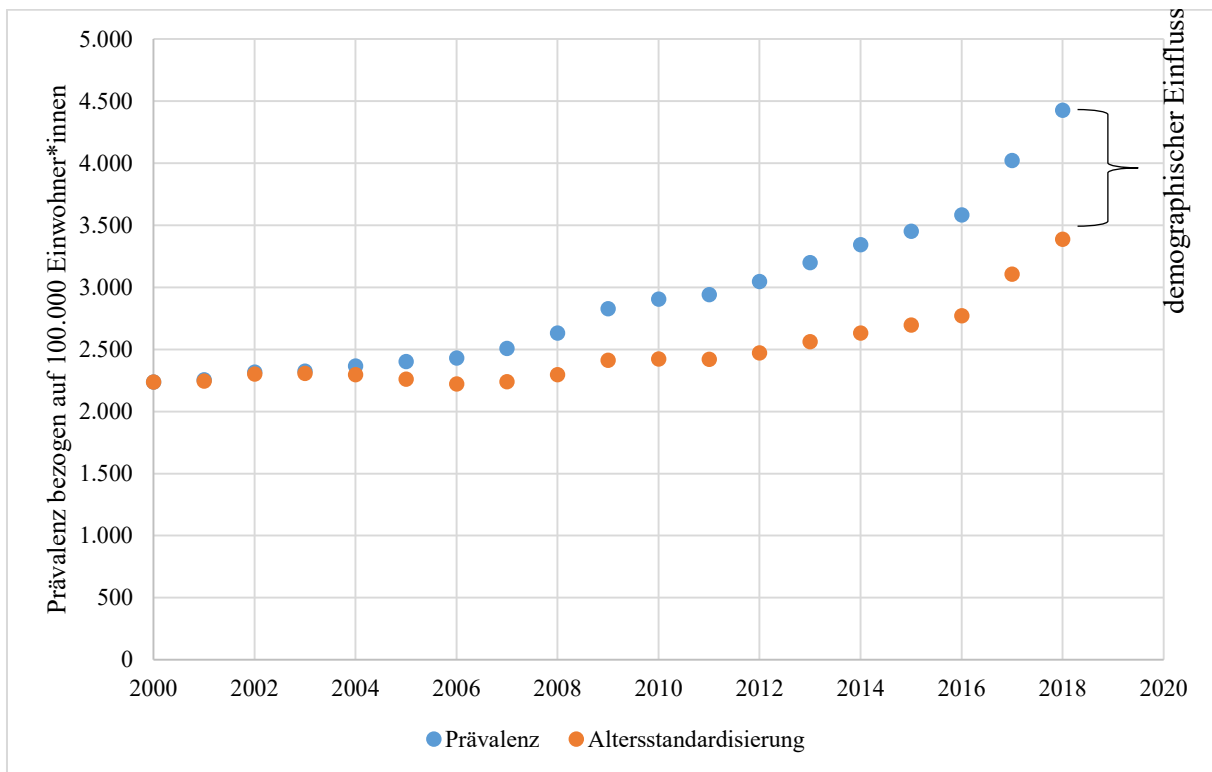
Einfluss des demographischen Wandels

Die Leistungsempfänger*innen müssen zunächst in Bezug zur Entwicklung der Gesamtbevölkerung gesetzt werden. Dazu werden Prävalenzen berechnet. Insbesondere muss aber der Einfluss der demographischen Alterung im Zeitverlauf kontrolliert werden. Dazu wird eine Altersstandardisierung vorgenommen. Die altersstandardisierte Prävalenz bildet ab, wie sich die Prävalenzen weiterentwickelt hätten, wenn sich die Altersstruktur des Jahres 2000 nicht verändert hätte.

Anhand eines Vergleichs von Prävalenzen und altersstandardisierten Prävalenzen wird deutlich, dass der Anstieg der Leistungsempfängerzahlen bis 2008 zunächst mit dem demographischen Wandel und der Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung in Deutschland zu erklären ist, da die altersstandardisierte Prävalenz konstant bleibt, die tatsächliche Prävalenz aber ansteigt (so auch Rothgang u.a. 2015: 76ff.). Der anschließende Anstieg der altersstandardisierten Prävalenzen (ab

2009) kann nicht mit dem demographischen Wandel begründet werden. Hier wird der Einfluss der seit 2008 einsetzenden Gesetzesänderungen im SGB XI deutlich. Diese haben den Zugang zu SGB XI-Leistungen erleichtert. Dies führt dazu, dass auch die vom demographischen Einfluss bereinigten altersstandardisierten Prävalenzen ab 2009 ansteigen (Abbildung 29).

Abbildung 29: Identifikation des demographischen Einflusses

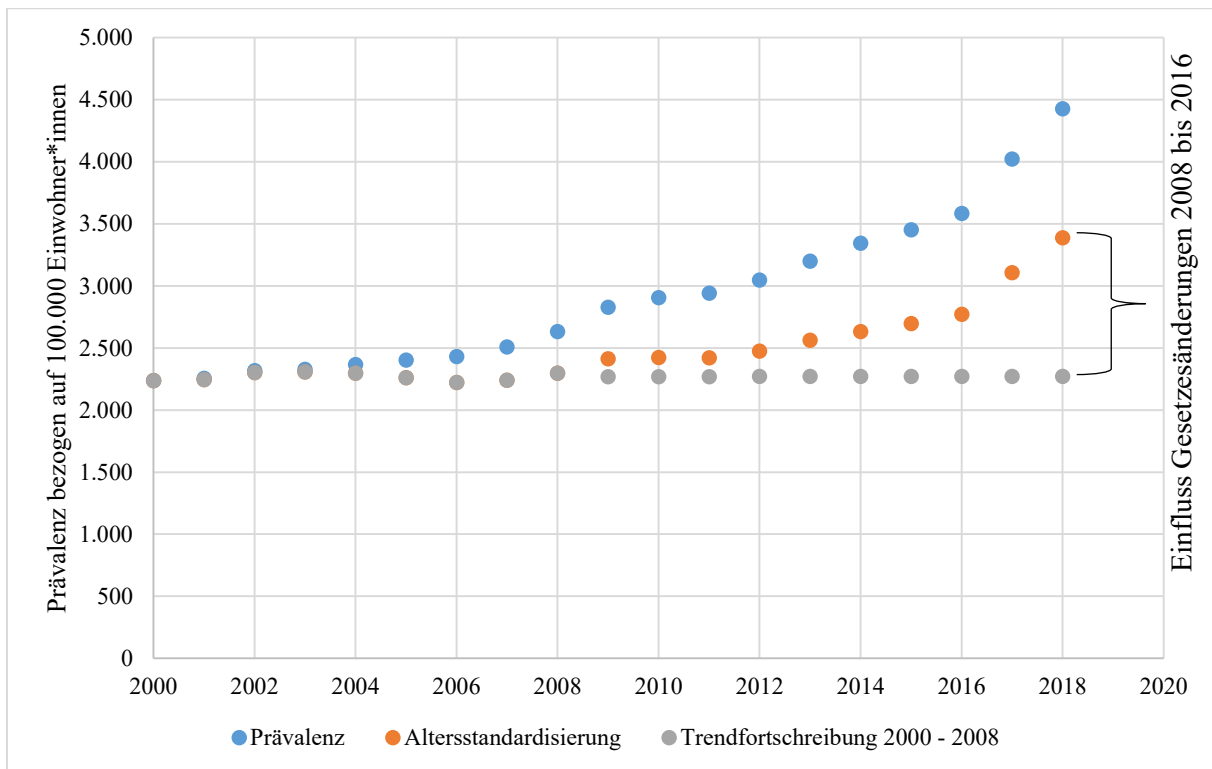


Quelle: Leistungsempfängerstatistik PG 2 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Einfluss der Gesetzesänderungen von 2008 bis 2016

Für die Modellrechnung stellt sich die Frage, wie sich die Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen im Jahr 2017 und 2018 *ohne* die Umsetzung des PSG II und PSG III fortgesetzt hätte. Dazu wird die nahezu konstante Entwicklung der altersstandardisierten Prävalenzen von 2000 bis 2008 als linearer Trend fortgeschrieben. Dieser Trend beschreibt die Entwicklung der Prävalenzen bereinigt um den demographischen Einfluss und den Einfluss der Gesetzesänderungen ab 2008. Dieser Trend wird mit der grauen Punktserie beschrieben (Abbildung 30). Ein Vergleich der altersstandardisierten Prävalenz und der Trendfortschreibung 2000 bis 2008, zeigt den Einfluss durch die verschiedenen Gesetzesänderungen (PFWG, PNG, PSG I), welche zu einem Anstieg der altersstandardisierten Prävalenzen führen.

Abbildung 30: Identifikation des Einflusses der Gesetzesänderungen 2008 bis 2016

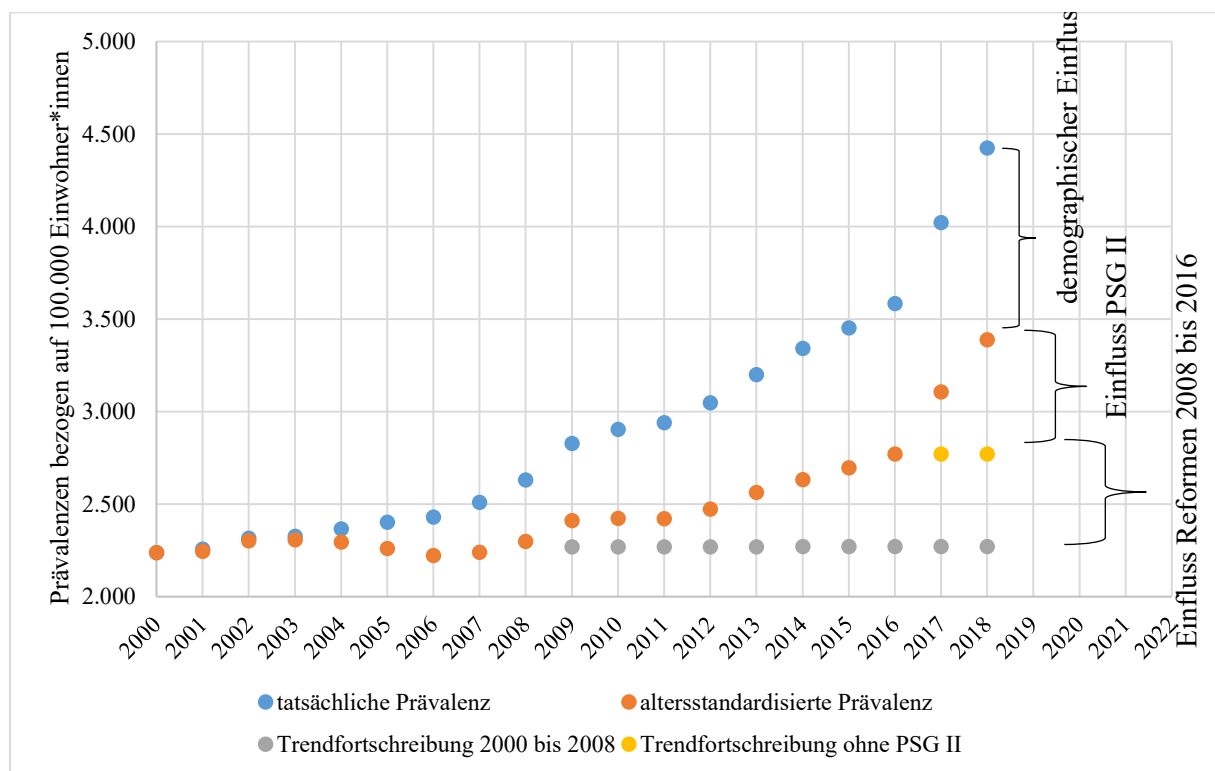


Quelle: Leistungsempfängerstatistik PG 2 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Einfluss des PSG II

Um abschließend den Einfluss des PSG II zu beziffern, muss ab 2017 der Einfluss der Gesetzesänderungen von 2008 bis 2016 bereinigt werden. Dazu wird die Fortschreibung des Trends vor 2009 (graue Punktreihe) angenommen und an das Niveau der altersstandardisierten Prävalenz von 2016 angeglichen. Die gelben Punkte beschreiben die Weiterführung der Prävalenzen ab 2017 unter der Annahme, dass ein linearer Trend wie vor 2009 vorliegt (Abbildung 31). Es ist davon auszugehen, dass Effekte des PSG I zu diesem Zeitpunkt keinen Einfluss mehr auf die Prävalenzen haben. Die Differenz zwischen dieser Trendfortschreibung und der altersstandardisierten Prävalenz stellt den Policy-Effekt des PSG II dar.

Abbildung 31: Referenzmodell Leistungsempfänger*innen der SPV



Quelle: Leistungsempfängerstatistik PG 2 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Anteil an der Gesamtveränderung seit 2000 kann der prozentuale Anteil der Einflussfaktoren für die Jahre 2017 und 2018 berechnet werden. Für die *Zahl der Leistungsempfänger*innen* von SPV-Leistungen insgesamt liegt der Einfluss der Demographie im Jahr 2017 bei 52,2 %, der Einfluss der Gesetzesänderungen 2008 bis 2016 bei 28,5 % und der Einfluss des PSG II bei 19,2 %, im Jahr 2018 steigt der Anteil des Einflusses des PSG II auf 28,7 % (Tabelle 4). Langfristig betrachtet stellt der demographische Wandel den stärksten Faktor für den Anstieg der Empfängerzahlen dar. Kurzfristig sorgt das PSG II für einen erheblichen Zuwachs an Leistungsempfänger*innen.

Durch Kombination von Leistungsempfängerstatistik (PG 2-Statistik) und Leistungstagestatistik (PG 1-Statistik) kann das Referenzmodell für den ambulanten sowie stationären Sektor, aber auch für die Veränderung der Zahl der Leistungsempfänger*innen für Einzelleistungen berechnet werden. In Tabelle 4 werden die entsprechenden Ergebnisse dargestellt. Es wird deutlich, dass das PSG II je nach Sektor und SPV-Leistung unterschiedlich großen Einfluss ausgeübt hat. Werden alle Leistungen betrachtet, kann das PSG II – im Rahmen des Referenzmodells – im Jahr 2017 für 19,2 % und im Jahr 2018 für 28,7 % der Gesamtveränderungen der Empfängerzahlen verantwortlich gemacht werden. Betrachtet man nur die Empfänger*innen ambulanter Leistungen ist der Einfluss des PSG II mit 22,5 % im Jahr 2017 und 32,6 % im Jahr 2018 größer. Das PSG II trägt demnach zu einer Stärkung der ambulanten Pflege bei.

Bei Betrachtung *einzelner ambulanter Leistungen*, zeigen sich große Einflüsse des PSG II vor allem für Verhinderungspflege und Pflegegeld. Für reinen Pflegesachleistungsbezug kann kein eindeuti-

ger Effekt beziffert werden. Die demographiebereinigte Entwicklung schwankt in den maßgeblichen Jahren vor der Reform so stark, dass kein verlässlicher Trend projiziert werden kann. Dies hängt damit zusammen, dass Sachleistungsbezieher*innen aus ihrer Empfängergruppe ausscheiden, sobald sie zusätzlich Pflegegeld in Anspruch nehmen. Leistungsausweitungen bei Sachleistungen führen zunächst zu sinkenden Empfängerzahlen, weil diese die höheren Beträge nicht ausschöpfen wollen oder können und damit als Empfänger*innen von Kombinationsleistungen erfasst werden. Erst mit Verzögerung nehmen die Zahlen von reinen Sachleistungsempfänger*innen dann wieder zu. Analysiert man alle Empfänger*innen, die mit Hilfe eines Pflegedienstes versorgt wurden (also Pflegesach- und Kombinationsleistungen), ergeben sich stabilere Trends. Hier ist infolge des PSG II insgesamt ein Anstieg zu beobachten, der moderat ausfällt. Stärkeren Einfluss als das PSG II hatten die kumulierten Effekte vorheriger Reformen. In beiden Fällen schlagen sich die höheren Pflegesachleistungen stärker in der Zunahme der Kombinationsleistungsbezieher nieder.

Die Entwicklungen bei *teilstationären Leistungen* (Tages- und Nachtpflege) sind vor allem durch die Veränderung der Anrechnungsregeln in PNG sowie PSG I geprägt, die Zahl der Leistungsempfänger*innen steigen aber auch infolge des PSG II weiter. Bei der Kurzzeitpflege fällt auf, dass die Empfängerzahlen fast ausschließlich von der Demographie beeinflusst werden. Der Einfluss des PSG II wirkt sich im Jahr 2018 auf die Empfängerzahlen dieser Leistung sogar leicht negativ aus. Merklichen negativen Effekt hat das PSG II auch auf die Zahl der Empfänger*innen vollstationärer Leistungen.

Tabelle 4: Ergebnisse des Referenzmodells für die Leistungsempfängerzahlen der SPV

Einfluss auf die Empfängerzahlen in Prozent durch:

Leistung	Demographie		Reformen 2008-2016		PSG II		Summe	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Jahr								
Alle Leistungen	52,2	48,2	28,5	23,2	19,2	28,7	100	100
Ambulante Leistungen	41,7	38,9	35,8	28,5	22,5	32,6	100	100
Pflegegeld	44,7	41,6	41,8	33,9	13,5	24,5	100	100
Pflegesach- und Kombi- nationsleistungen	57,1	55,1	36,6	32,5	6,2	12,3	100	100
Verhinderungspflege	28,2	28,9	46,1	42,2	25,7	28,8	100	100
Kurzzeitpflege	96,2	104,8	-0,7	-0,7	4,4	-4,1	100	100
Tages- und Nachtpflege	29,4	29,8	63,0	56,0	7,6	14,3	100	100
Stationäre Leistungen	89,9	91,2	14,2	14,0	-4,2	-5,2	100	100

Quelle: eigene Berechnungen, basierend auf dem Vergleich der tatsächlichen Werte mit den Referenzmodellen

Zur Veranschaulichung lassen sich mit Hilfe der berechneten Prävalenzen und Annahmen des Referenzmodells Leistungsempfängerzahlen berechnen. Unter der Annahme, es wäre seit 2000 zu keinen gesetzlichen Änderungen und zu keinen demographischen Veränderungen gekommen, läge die Zahl der Leistungsempfänger*innen im Jahr 2017 um 1,5 Mio. und im Jahr 2018 um 1,8 Mio. niedriger (Tabelle 5). Die Änderungen des PSG II erhöhte im Jahr 2017 nach diesem Modell die Leistungsempfängerzahl um rund 280 Tsd. Personen, im Jahr 2018 um rund 514 Tsd. Personen. Im ambulanten Bereich ist ein Anstieg der Leistungsempfängerzahlen von ca. 299 Tsd. Personen im Jahr 2017 und rund 545 Tsd. Personen im Jahr 2018 direkt auf das PSG II zurückzuführen. Im

stationären Bereich wirkt sich das PSG II negativ auf die Leistungsempfängerzahl aus. Im Jahr 2017 wären ohne das PSG II knapp 10 Tsd. Personen mehr Leistungsempfänger*innen, im Jahr 2018 rund 12 Tsd. Personen. Die Inanspruchnahme stationärer Leistungen bleibt also hinter dem zu erwartenden linearen Trend zurück. Die Anreizwirkung des PSG II sorgt dafür, dass stationäre durch ambulante Leistungen substituiert werden. Die mit dem PSG II eingeführten einrichtungseinheitlichen Eigenanteile, die in Abschnitt 3.3.2 näher untersucht werden, könnten hierzu beigetragen haben, weil sie relativ höhere Eigenleistungen für niedrige Pflegegrade in vollstationärer Pflege erfordern.

Tabelle 5: Ergebnisse des Referenzmodells zur Zahl der SPV-Leistungsempfänge*innen

(Geschätzte) absolute Änderung der Empfängerzahlen durch								
In Tsd.	Alle Faktoren		Demographie		Reformen 2008-16		PSG II	
Jahr	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Alle Leistungen	1.455	1.794	760	864	415	416	280	514
Ambulant	1.327	1.671	553	650	476	477	299	545
Stationär	230	235	207	215	33	33	-10	-12

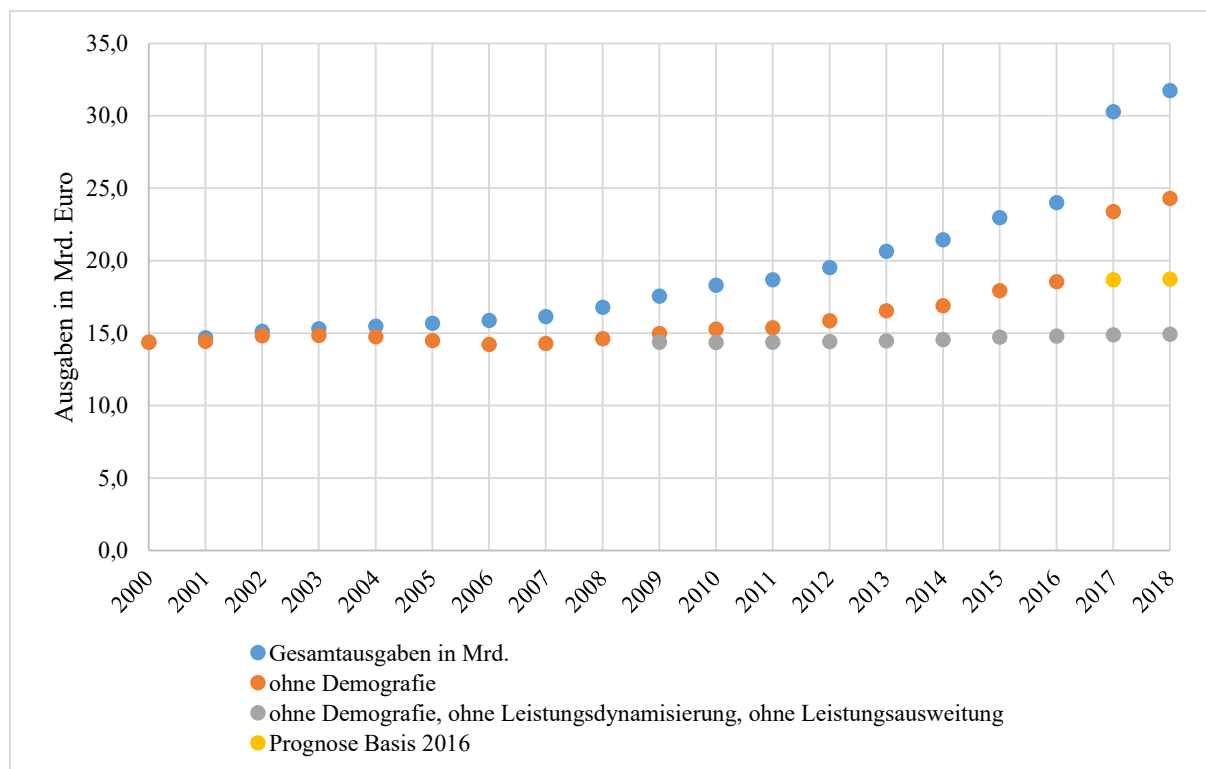
Quelle: eigene Berechnungen, basierend auf dem Vergleich der tatsächlichen Werte mit den Referenzmodellen

Ein entsprechendes Referenzmodell kann ebenso für die *Ausgaben* ausgewählter Leistungen erstellt werden (Abbildung 32). Dabei werden Ausgaben der Finanzstatistik PV 45 für Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Tages- und Nachtpflege, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflege und vollstationäre Pflege in Behindertenheimen berücksichtigt. Weitere Ausgabenposten (Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen, Soziale Sicherung der Pflegepersonen, Hilfsmittel/Wohnumfeldverbesserung, Stationäre Vergütungszuschläge, Pflegeberatung und Sonstige Leistungsausgaben) können auf diese Weise nicht modelliert werden, da keine Empfängerzahlen für diese Posten vorliegen und somit keine Prävalenzberechnung und Altersstandardisierung möglich ist.

Für die oben zuerst genannten Ausgabenposten, für die Empfängerzahlen vorliegen, lässt sich anhand der altersstandardisierten Prävalenzen und der Prokopfausgaben des Jahres 2000 eine kontrafaktische Entwicklung der Ausgaben ohne demographischen Einfluss darstellen (orangene Punkte). Da die Leistungen, die diesen Ausgaben zugrunde liegen, ab 2008 dynamisiert sind, werden ab 2009 die Prokopfausgaben der jeweiligen Jahre als Faktor genutzt, um die Gesamtausgaben ohne demographischen Einfluss zu berechnen. Um die Ausgaben ohne den Einfluss der ab 2008 einsetzenden Gesetzesänderungen darzustellen, wurden die Prokopfausgaben aus dem Jahr 2000 auf die um demographische sowie gesetzliche Einflüsse bereinigten Leistungsempfängerzahlen bezogen (graue Punkte). Die Fortschreibung ohne PSG II erfolgt anhand der Prokopfausgaben des Jahres 2016, also mit Einflüssen durch die Gesetzesänderungen von 2008 bis 2016 und den fortgeschriebenen Empfängerzahlen (gelbe Punkte). Die Prokopfausgaben werden durch die Leistungshöhe sowie den vorliegenden Case-Mix bestimmt. Die hier vorgenommene Altersstandardisierung kontrolliert lediglich die demographisch bedingten Prävalenzen, nicht etwaige Verschiebungen des Case-Mix im Zuge der demographischen Alterung. Derartige potenzielle Effekte auf die Prokopfausgaben werden in dem vorliegenden Modell nicht kontrolliert und sind in den Ausgabensteigerungen

enthalten, die den Reformen zugeordnet werden. Die finanziellen Auswirkungen der Reformen werden also für die betreffenden Ausgabenposten um den Anteil überschätzt, der auf eine möglicherweise auftretende, altersbedingte Verschiebung des Case-Mix zurückzuführen wäre.

Abbildung 32: Referenzmodell Leistungsausgaben der SPV



Quelle: Leistungsempfängerstatistik PG 2, Leistungstagestatistik PG 1 und Finanzstatistik PV 45 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Bezogen auf alle oben aufgeführten Leistungen, für die demographiebereinigte Empfängerzahlen vorliegen, bewirkt das PSG II Mehrausgaben von rund 4,7 Mrd. Euro im Jahr 2017 und rund 5,6 Mrd. Euro im Jahr 2018 (Tabelle 6). Die Mehrausgaben schlagen sich vor allem im ambulanten Sektor nieder. Im Jahr 2018 handelt es sich um die kumulierten Ausgaben, also inklusive der Mehrausgaben des Jahres 2017. In Bezug auf die durch alle Faktoren beeinflussten Mehrausgaben von rund 15,4 Mrd. Euro im Jahr 2017 entspricht der Anteil des PSG II 30,6 %. Für 2018 steigt dieser Wert sogar auf 33,1 %.

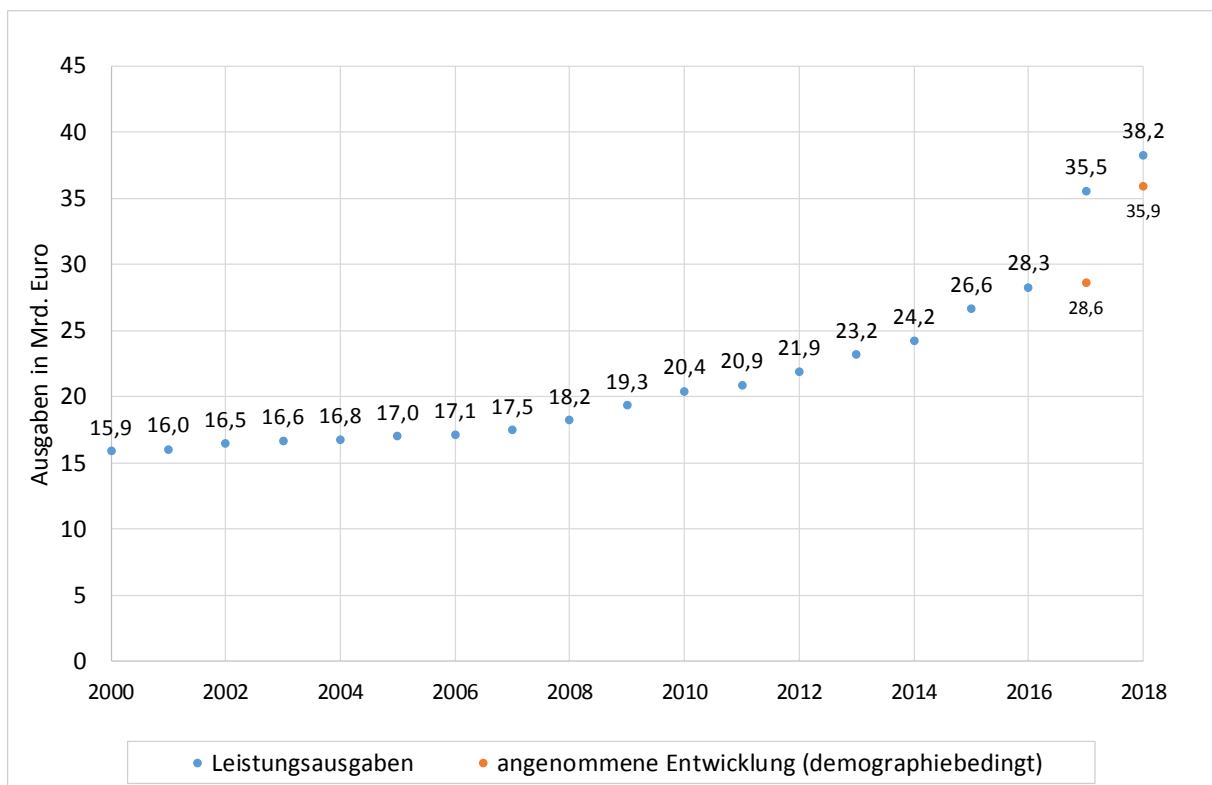
Tabelle 6: Ergebnisse des Referenzmodells zu den Leistungsausgaben der SPV

(Geschätzte) absolute Änderung der Ausgaben durch								
In Mrd. Euro	Alle Faktoren		Demographie		Reformen 2008-16		PSG II	
Jahr	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Alle Leistungen	15,4	16,8	6,9	7,4	3,8	3,8	4,7	5,6
Ambulant	10,3	11,8	3,6	4,1	3,5	3,5	3,1	4,1
Stationär	5,9	5,9	3,6	3,7	0,7	0,7	1,6	1,5

Quelle: eigene Berechnungen, basierend auf dem Vergleich der tatsächlichen Werte mit den Referenzmodellen

Eine Abschätzung des Einflusses des PSG II auf *alle Leistungsausgaben* der SPV ist wie folgt möglich: Als Referenzzeitraum ohne Reformeffekte wird die Vor-Reform-Ära von 2000 bis 2006 gewählt. In diesem Zeitraum liegen die durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten der Leistungsausgaben bei rund 1,01 %. Dieser Anstieg wird als demographisch bedingt interpretiert. Unter der Annahme, dass in den Jahren 2016-2018 die gleiche demographische Entwicklung zu verzeichnen ist und der Einfluss des PSG I sowie aller weiteren Gesetzesänderungen verebbt ist, ist basierend auf den Ausgaben des Jahres 2016 im Jahr 2017 von Leistungsausgaben von 28,6 Mrd. Euro auszugehen (Abbildung 33). Wären im Jahr 2018 bereits alle Einflüsse des PSG II vergangen und es würde ein rein demographisch bedingter Anstieg erfolgen, lägen die Ausgaben bei 35,9 Mrd. Euro.

Abbildung 33: Referenzmodell Leistungsausgaben SPV insgesamt



Quelle: Finanzstatistik PV 45 der Jahre 2000 bis 2018, eigene Berechnungen und Darstellung

Tatsächlich lagen die Leistungsausgaben im Jahr 2017 bei 35,5 Mrd. Euro und im Jahr 2018 bei 38,2 Mrd. Euro. Der Anstieg um 7,25 Mrd. Euro im Jahr 2017 und um weitere 2,70 Mrd. Euro im Jahr 2018 ist demnach größtenteils dem PSG II zuzuordnen. Lediglich 0,29 Mrd. Euro der Mehrkosten im Jahr 2017 und 0,36 Mrd. Euro im Jahr 2018 sind auf demographische Effekte zurückzuführen (Tabelle 7). Absolut nimmt der Anstieg der Leistungsausgaben im Jahr 2018 deutlich ab. Der Anteil des Einflusses des PSG II liegt weiterhin bei über 85 %. Bezogen auf die absolute Veränderung der Leistungsausgaben von 2000 bis 2017, die bei rund 19,6 Mrd. Euro liegt (Abschnitt 3.1.3), nimmt das PSG II im Jahr 2017 einen Anteil von 35,4 % ein.

Tabelle 7: Ergebnisse des Referenzmodells der Leistungsausgaben der SPV insgesamt**(Geschätzte) Änderung der Ausgaben durch:**

	PSG II		Demographie		insgesamt
	in Mrd. Euro	anteilig in %	in Mrd. Euro	anteilig in %	in Mrd. Euro
2017	6,96	96,0	0,29	4,0	7,25
2018	2,34	86,7	0,36	13,3	2,70

Quelle: eigene Berechnungen, basierend auf dem Vergleich der tatsächlichen Werte mit den Referenzmodellen

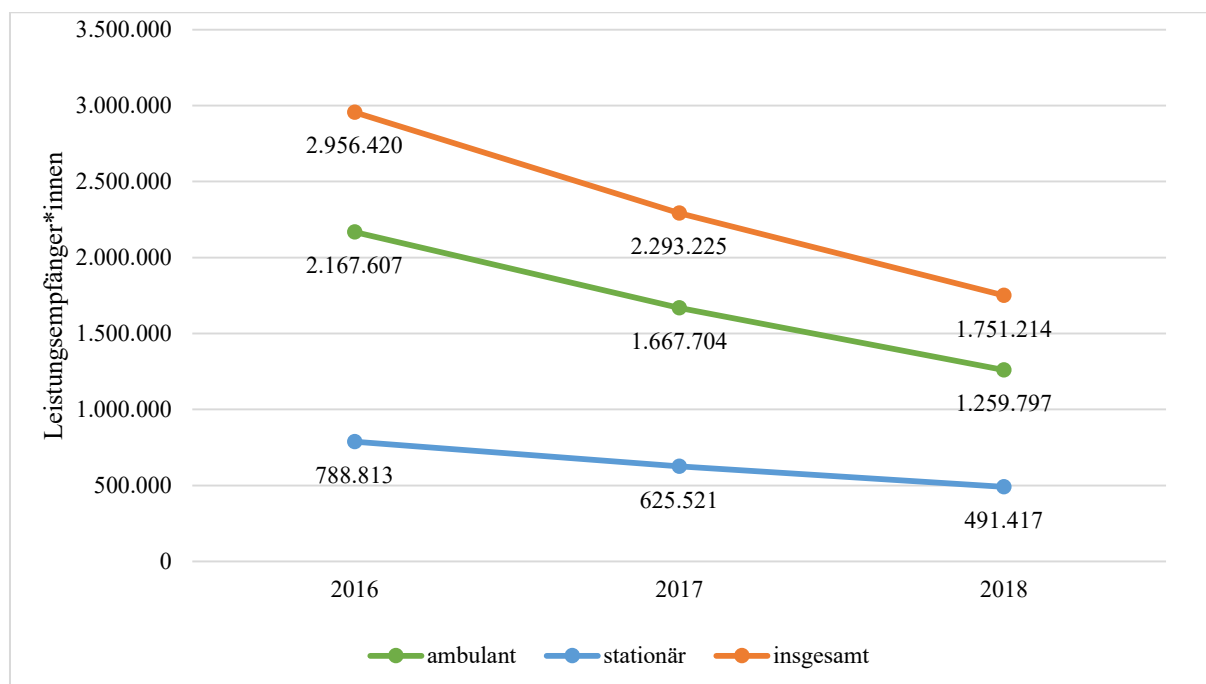
Die finanziellen Auswirkungen in den hier betrachteten Jahren kurz nach der Reform sind auch durch die als großzügig eingeschätzten Überleitungen (Rothgang u.a. 2015) bestimmt. In dem Maße, in dem Überleitungsfälle durch Neubegutachtung oder Versterben aus ihrem Pflegegrad oder dem Leistungsbezug ausscheiden, werden sich die Prokopfausgaben reduzieren und werden die langfristigen finanziellen Effekte sichtbar.

3.1.6 Überleitungsfälle

Entwicklung der Überleitungsfälle

Neben der Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen insgesamt, spielt auch die Entwicklung der Überleitungsfälle (Personen, die nach Überleitungsregelung § 140 SGB XI in die PG übergeleitet wurden) für die weitere Entwicklung in der SPV und deren Ausgaben eine Rolle. Durch die Überleitungsregelung nach § 140 SGB XI wurden alle Personen, die am Ende des Jahres 2016 (31.12.2016) in eine Pflegestufe (inkl. PS 0) eingestuft waren oder einen Antrag auf Einstufung gestellt hatten, automatisch im Jahr 2017 einem Pflegegrad zugeordnet. Dabei wurde berücksichtigt, ob bei den Personen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt (§ 140 SGB XI). Die Anzahl der Überleitungsfälle kann aus der Leistungsempfängerstatistik PG 2 geschlossen werden. Alle Leistungsempfänger*innen am Ende des Jahres 2016 sind im Jahr 2017 Überleitungsfälle (2,96 Mio. Personen). In der Leistungsempfängerstatistik PG 2 sind für das Jahr 2017 und 2018 die Überleitungsfälle, die am 31.12. noch zu diesen zählen, ausgewiesen. Am Ende des Jahres 2017 gibt es 3,15 Mio. Leistungsempfänger*innen (ohne PG 1, da es sich hierbei nicht um Überleitungsfälle handeln kann), davon sind 2,29 Mio. Überleitungsfälle. Im Jahr 2018 sinkt die Zahl der Überleitungsfälle auf 1,75 Mio. Leistungsempfänger*innen (Abbildung 34). Es kommt demnach von Ende 2016 bis Ende 2018 zu einer Reduktion um 40,8 % aller Überleitungsfälle, 59,2 % der Überleitungsfälle bestehen im Jahr 2018 noch. Der Rückgang ist mit 41,9 % im ambulanten Sektor etwas größer als im stationären Sektor (37,7 %). Der Rückgang nimmt im ambulanten, wie stationären Sektor von 2017 auf 2018 zu. Im Jahr 2017 reduzieren sich die Überleitungsfälle 23,1 % (ambulant) bzw. 20,7 % (stationär), im Jahr 2018 kommt es zur Reduktion um 24,5 % (ambulant) bzw. 21,4 % (stationär).

Abbildung 34: Entwicklung der Überleitungsfälle nach Sektoren



Quelle: eigene Darstellung nach Leistungsempfängerstatistik PG 2

Neben der Entwicklung der reinen Zahl aller Überleitungsfälle ist auch deren nach Sektoren differenzierter Pflegegrad relevant. Da keine Daten zur Verteilung der Überleitungsfälle nach Pflegegrad am Anfang des Jahres 2017 vorliegen, werden Abschätzungen zur Verteilung der Pflegestufen ohne und mit EA-Merkmale in den primären Leistungen Pflegesachleistungen, Pflegegeld und vollstationäre Pflege des Jahres 2016 zu Rate gezogen (Rothgang 2018). Anhand dessen waren im Jahr 2016 2,7 Mio. Personen pflegebedürftig (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Anzahl der Leistungsempfänger*innen 2016

Anzahl der Leistungsempfänger*innen 2016				
	Pflegesachleistung	Pflegegeld	vollstationäre Pflege	insgesamt
PS 0 + EA	23.840	136.662		160.502
PS I	155.971	749.771	140.666	1.046.408
PS I + EA	59.362	231.345	119.826	410.533
PS II	60.558	239.550	79.277	379.385
PS II + EA	49.500	173.171	203.854	426.525
PS III	14.816	45.736	7.191	67.743
PS III + EA	22.223	68.605	136.622	227.450
Härtefall	2.144		394	2.538
Härtefall + EA			7.477	7.477
Summe	388.414	1.644.840	695.307	2.728.561

Quelle: Rothgang 2018, eigene Berechnung

Da es sich hier um Jahresdurchschnittszahlen handelt wurden diese Zahlen für die tatsächlichen Leistungsempfängerzahlen am Ende des Jahres 2016 entsprechend hochgerechnet und Pflegesachleistungen und Pflegegeld als ambulante Leistungsempfänger*innen zusammengefasst. Daraus ergibt sich durch Überleitung nach Regelung des § 140 SGB XI die Anzahl und Verteilung der Überleitungsfälle am 01.01.2017 und deren Entwicklung in den Jahren 2017 und 2018 anhand der Leistungsempfängerstatistik PG 2 (vgl. Tabelle 9). Es fällt auf, dass im ambulanten Setting die Empfängerzahl des Pflegegrad 5 am Anfang des Jahres 2017 geringer ausfällt als am Jahresende. Dies kann nicht der Realität entsprechen. Die Überleitungsfälle im ambulanten Sektor im Pflegegrad 5 wurden demnach unterschätzt.

Tabelle 9: Überleitungsfälle ab 01.01.2017

			01.01.2017	31.12.2017	31.12.2018
ambulant	Pflegegrade	PG 1			
		PG 2	1.136.699	768.015	525.918
		PG 3	629.855	545.238	439.507
		PG 4	301.938	254.343	210.551
		PG 5	99.115	99.688	83.393
	zusammen		2.167.607	1.667.284	1.259.369
stationär	Pflegegrade	PG 1			
		PG 2	159.583	127.857	89.455
		PG 3	225.879	193.930	157.020
		PG 4	239.427	195.274	157.808
		PG 5	163.925	108.417	87.108
	zusammen		788.813	625.478	491.391
insgesamt	Pflegegrade	PG 1			
		PG 2	1.296.282	895.872	615.373
		PG 3	855.733	739.168	596.527
		PG 4	541.364	449.617	368.359
		PG 5	263.040	208.105	170.501
	zusammen		2.956.420	2.292.762	1.750.760

Quelle: eigene Berechnung nach Tabelle 8 und Leistungsempfängerstatistik PG 2

Tabelle 10 zeigt den prozentualen Rückgang der Überleitungsfälle nach Sektoren und Pflegegraden in den Jahren 2017 und 2018 und über den gesamten Zeitraum (2016-2018).

Tabelle 10: Entwicklung der Überleitungsfälle nach Sektoren und Pflegegraden

			2017	2018	insgesamt
ambulant	Pflegegrade	PG 1			
		PG 2	32,4%	31,5%	53,7%
		PG 3	13,4%	19,4%	30,2%
		PG 4	15,8%	17,2%	30,3%
		PG 5	-0,6%	16,3%	15,9%
	zusammen		23,1	24,5%	41,9%
stationär	Pflegegrade	PG 1			
		PG 2	19,9%	30,0%	43,9%
		PG 3	14,1%	19,0%	30,5%
		PG 4	18,4%	19,2%	34,1%
		PG 5	33,9%	19,7%	46,9%
	zusammen		20,7%	21,4%	37,7%
insgesamt	Pflegegrade	PG 1			
		PG 2	30,9%	31,3%	52,5%
		PG 3	13,6%	19,3%	30,3%
		PG 4	16,9%	18,1%	32,0%
		PG 5	20,9%	18,1%	35,2%
	zusammen		22,4%	23,6%	40,8%

Quelle: eigene Berechnung

Die Anzahl der Überleitungsfälle ist im Laufe des Jahres 2017 um 664 Tsd. zurückgegangen, im Jahr 2018 um weitere 542 Tsd. Personen. Diese Personen sind aus dem SPV-Leistungsbezug ausgeschieden, insbesondere durch Versterben. Ein Verlust des Status als Überleitungsfall durch Neubegutachtung und Höherstufung wird in der Statistik nicht berücksichtigt. Diese Fälle werden weiterhin als Überleitungsfälle ausgewiesen.

Kostenabschätzung durch Überleitung

Um die Mehrkosten durch die Überleitungsregelung nach § 140 SGB XI abzuschätzen, werden die Leistungsempfänger*innen des Jahres 2016 (vgl. Tabelle 8) zunächst anhand der tatsächlichen Leistungsempfängerzahl am Ende des Jahres 2016 für den ambulanten und den stationären Sektor hochgerechnet und mit den errechneten Mehrkosten pro Pflegestufe (Rothgang 2018) multipliziert. Anschließend werden diese Mehrausgaben pro Monat auf ein Jahr hochgerechnet. Somit ergeben sich Mehrausgaben von rund 5,67 Mrd. Euro für die Überleitungsfälle im Jahr 2017. Es fehlt dabei die Berücksichtigung von Personen, die aus der Pflegeversicherung ausscheiden oder durch Wiederbegutachtung keine Mehrkosten erzeugen, da alle Fälle durch Neubegutachtung mit dem BI in, ihrem Pflegebedarf entsprechenden, Pflegegrad eingestuft sind. Die Anzahl der Wiederbegutachtungen werden vom MDK jährlich veröffentlicht und belaufen sich im Jahr 2017 421.878 Fälle im ambulanten und 208.272 Fälle im stationären Sektor. Es liegen keine Informationen dazu vor, in welchem Pflegegrad die Personen wiederbegutachtet werden. In dieser Modellrechnung wird davon ausgegangen, dass Personen mit Pflegegrad 5 nicht wiederbegutachtet wurden. Außerdem wird ange-

nommen, dass alle Wiederbegutachtungen bei den Überleitungsfällen und in keinem Fall bei Neufällen, die im Jahr 2017 nach dem BI begutachtet wurden, durchgeführt wurden. Mit der Annahme, dass sich alle Wiederbegutachtungen pro Sektor gleichmäßig auf die Pflegegrade 2 bis 4 verteilen ergibt sich folgende Verteilung (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Verteilung der Wiederbegutachtungen 2017 nach Pflegegraden und Sektoren

	ambulant	stationär	insgesamt
Pflegegrad 2	206.691	51.501	258.192
Pflegegrad 3	146.737	78.115	224.852
Pflegegrad 4	68.450	78.656	147.106
insgesamt	421.878	208.272	630.150

Quelle: GBE 2019, eigene Berechnungen

Da Personen, die wiederbegutachtet wurden anschließend verstorben bzw. aus dem Leistungsbezug ausgeschieden sein können, wird hier der gleiche Rückgang wie unter allen Überleitungsfällen im Jahr 2017 zugrunde gelegt (vgl. Tabelle 10). Dadurch reduziert sich die Zahl der Wiederbegutachtungen auf rund 497 Tsd. Personen (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Verteilung der Wiederbegutachtungen 2017 nach Pflegegraden und Sektoren inkl. Versterben

	ambulant	stationär	insgesamt
Pflegegrad 2	139.652	41.262	180.914
Pflegegrad 3	127.024	67.066	194.090
Pflegegrad 4	57.660	64.151	121.811
insgesamt	324.335	172.480	496.815

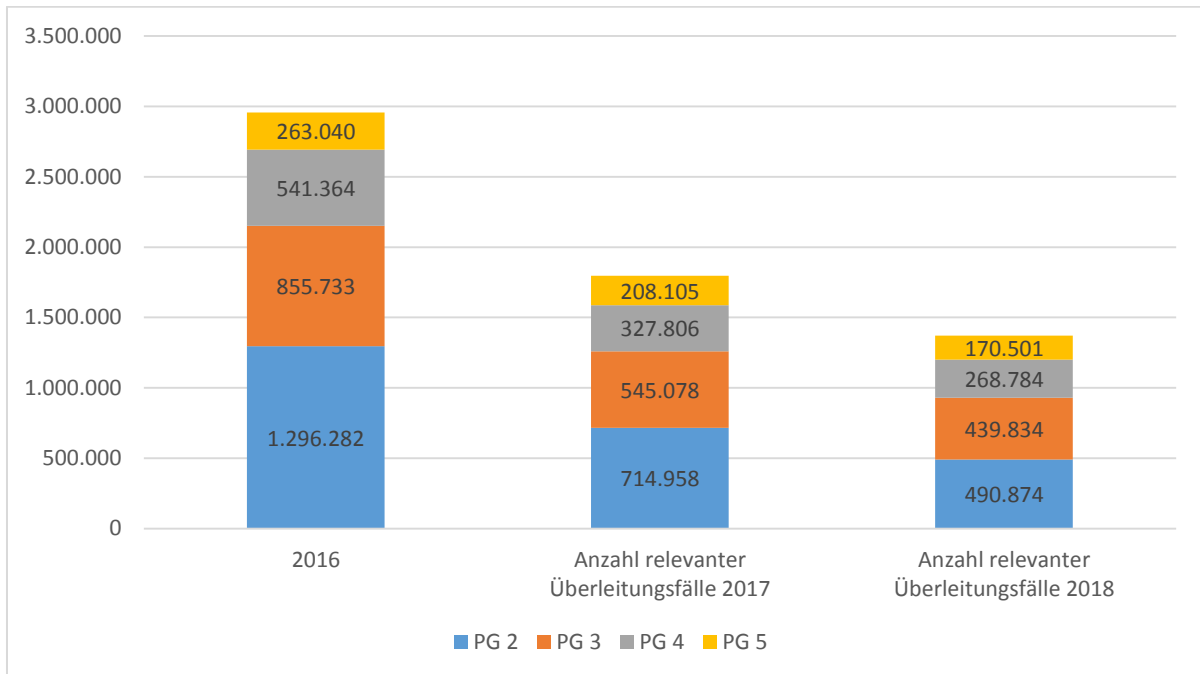
Quelle: eigene Berechnung

Da für das Jahr 2018 keine Zahlen zur Wiederbegutachtung vorliegen, wird davon ausgegangen, dass sich die Überleitungsfälle aufgrund von Wiederbegutachtungen um den gleichen Anteil wie im Jahr 2017 reduzieren. Aufgrund der angeführten Überlegungen sind zur Berechnung der Mehrkosten am Ende des Jahres 2017 noch 1,8 Mio. Überleitungsfälle relevant, am Ende des Jahres 2018 noch 1,4 Mio. Fälle (vgl. Abbildung 35). Anteilig an allen Leistungsempfänger*innen zeigen sich je nach Pflegegrad deutliche Unterschiede (vgl. Abbildung 36). Der Anteil der Überleitungsfälle an allen Leistungsempfänger*innen sinkt von 54 % im Jahr 2017 auf einen Anteil von 37 % im Jahr 2018. Nimmt man als Entwicklung einen Rückgang um den gleichen Prozentsatz wie vom Jahr 2017 zum Jahr 2018 an, reduziert sich der Anteil der für die Kostenkalkulation relevanten Überleitungsfälle an allen Leistungsempfänger*innen im Jahr 2019 auf 26 %.

Nimmt man an, dass alle Überleitungsfälle im Jahr 2017 gleichmäßig über das Jahr verteilt versterben bzw. ausscheiden oder wiederbegutachtet werden, ergeben sich für das Jahr 2017 Mehrkosten von 4,6 Mrd. Euro für die Überleitungsregelung nach § 140 SGB XI. Bei gleichen Annahmen liegen die Mehrkosten im Jahr 2018 bei 3,2 Mrd. Euro.

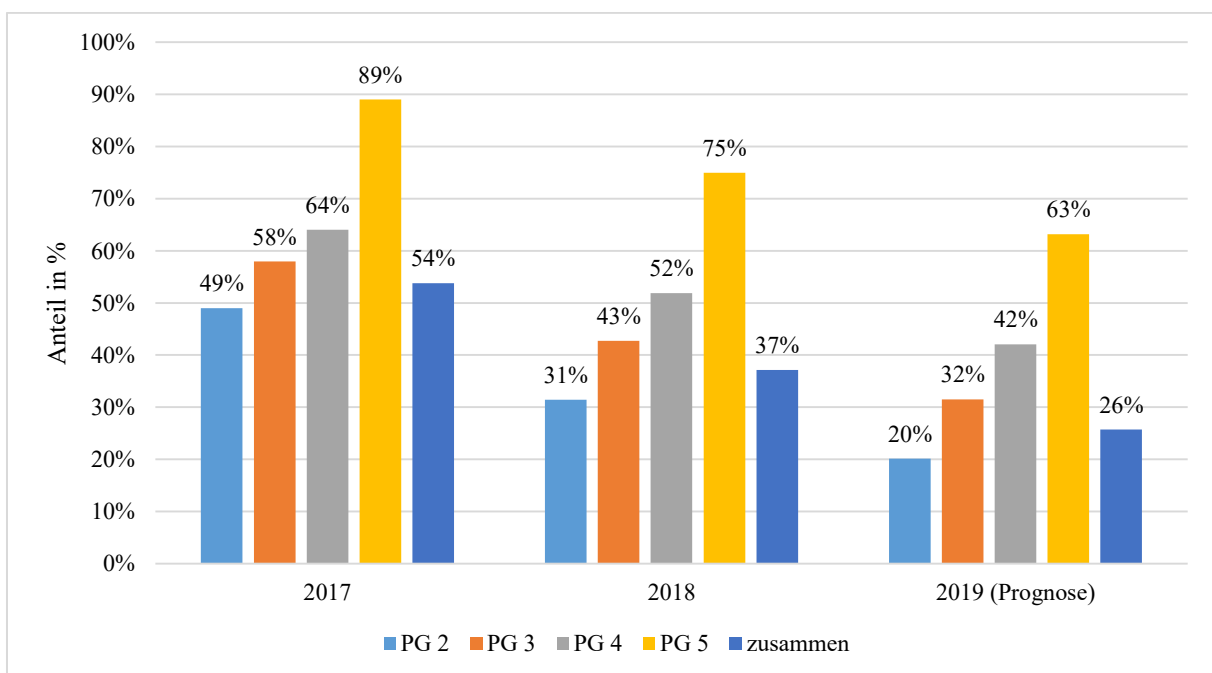
Nimmt man zudem an, dass sich die Mehrkosten für Überleitungen in den nächsten Jahren konstant um den gleichen Prozentsatz reduzieren, wie vom Jahr 2017 zum Jahr 2018, belaufen sich die Mehrkosten im Jahr 2021 auf gut 1 Mrd. Euro (vgl. Abbildung 37). Kumuliert ergeben sich für den betrachteten Zeitraum von fünf Jahren Mehrkosten von rund 12,7 Mrd. Euro.

Abbildung 35: Entwicklung der für die Kostenkalkulation relevanten Überleitungsfälle



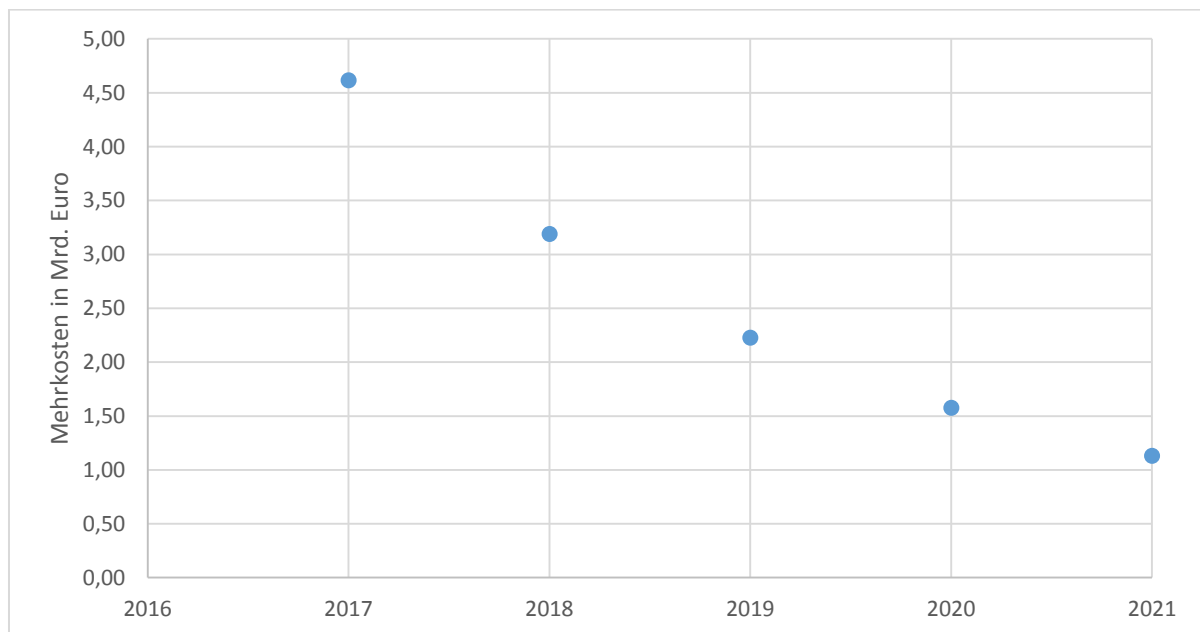
Quelle: eigene Berechnung

Abbildung 36: Entwicklung des Anteils der für die Kostenkalkulation relevanten Überleitungsfälle an allen Pflegebedürftigen



Quelle: eigene Berechnung

Abbildung 37: Prognostizierte Entwicklung der Mehrkosten für Überleitung nach § 140 SGB XI



Quelle: eigene Berechnung

Für die hier erstellte Ausgabenabschätzung ist anzumerken, dass die Mehrausgaben nicht den isolierten Effekt der Überleitung betrachten, sondern die Mehrausgaben einschließlich der Leistungserhöhungen im Zuge des PSG II, die für Überleitungsfälle wie Neubegutachtungen gleichermaßen gelten.

3.1.7 Zusammenfassung

Die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit dem Ziel des gleichberechtigten Zugangs zur Pflegeversicherung führt zu steigenden Leistungsempfängerzahlen, insbesondere bei ambulanten Leistungen (Abschnitt 3.1.1). Das Referenzmodell zeigt, dass der von 2000 bis 2018 insgesamt erfolgte Anstieg der Zahl der *Leistungsempfänger*innen in ambulanter Pflege* zu rund einem Drittel durch das PSG II bedingt ist. Der Effekt ist damit größer als der kumulierte Effekt aller Gesetzesänderungen der Jahre 2008 bis 2016. Insgesamt hat die durchgängig wirkende demographische Alterung allerdings den größten Anteil an der Entwicklung der Empfängerzahlen (Abschnitt 3.1.5). Das PSG II hat so rund 544 Tsd. Personen den Zugang zu ambulanten Leistungen der SPV ermöglicht.

In der Betrachtung des Einflusses auf die Einzelleistungen (Pflegegeld, Pflegesachleistung etc.) fallen Unterschiede auf. Der Anstieg der Nutzung der *Verhinderungspflege* sowie *teilstationärer Pflege* ist nur zu einem geringen Anteil auf demographische Effekte zurückzuführen, während Policy-Effekte überwiegen. Dabei sind es in beiden Fällen die Reformen im Vorfeld des PSG II, die den größten Einfluss hatten. Die Entwicklung der Empfängerzahlen von *Kurzzeitpflege* verlaufen dahingegen entlang säkularer Trends, ohne dass die Reformen einen maßgeblichen Einfluss zeigten. 2018 liegen die Zahlen sogar unterhalb des langfristigen Trends. Die Entwicklungen bei *Pflegegeld*,

Pflegesachleistungen und Kombinationsleistungen legen nahe, dass die erweiterten Leistungen von Pflegesachleistungen nicht in die Inanspruchnahme von Pflegediensten, sondern vor allem in die Auszahlung von Pflegegeld fließen. Das PSG II trägt zu stärkerer Inanspruchnahme von Pflegegeld sowie in geringerem Maße auch zum erhöhten Bezug von Pflegesach- und Kombinationsleistungen bei. Letzteres ist hauptsächlich durch die häufigere Wahl von Kombinationsleistungen geprägt, die reinen Sachleistungsbezug substituieren.

Die *Empfängerzahlen in vollstationärer Versorgung* werden überwiegend durch die demographische Entwicklung getrieben. Das PSG II führt hier zu sinkenden Leistungsempfängerzahlen im Vergleich zu einer kontrafaktischen Entwicklung ohne Reform. Da die Stärkung des ambulanten Sektors mit der Reform angestrebt wurde, steht die Entwicklung im stationären Sektor in Einklang mit den Zielen des Gesetzgebers. Im stationären Sektor zeichnen sich aber auch Trends im Hinblick auf den Case-Mix ab, die kritisch erscheinen. Die Verteilung in den Jahren 2017 und 2018 weist auf eine Verschiebung zugunsten von Pflegebedürftigen mit hohem Pflegebedarf hin, die durch das PSG II begünstigt wird (Abschnitt 3.1.2). Relativierend muss angemerkt werden, dass der beobachtete Case-Mix durch die großzügige Überleitungsregelung vorläufiger Natur ist und sich der tatsächliche Case-Mix im stationären, wie im ambulanten Sektor erst in einigen Jahren nach Wegfall der Überleitungsfälle manifestieren wird. Langfristige Entwicklungen können aus der Analyse der Pflegebegutachtungen des MDS gezogen werden, die erste Analysen bestätigen, die einen Anstieg des Anteils der Pflegebedürftigen mit hohen Pflegegrade bei den realisierten Anträgen in der vollstationären Pflege vermutet haben (Rothgang 2018).

In Hinblick auf die *Entwicklung der Überleitungsfälle* konnte gezeigt werden, dass der Anteil der Überleitungsfälle an allen Leistungsempfänger*innen von 54 % im Jahr 2017 auf einen Anteil von 37 % im Jahr 2018 sinkt. Bei konstanter Reduktionsrate reduziert sich der Anteil der für die Kostenkalkulation relevanten Überleitungsfälle bis 2019 auf 26 %. Die Zahl der Überleitungsfälle sinkt im ambulanten Sektor schneller als im stationären. Die Mehrkosten durch die Überleitungsfälle belaufen sich in den Jahren 2017 und 2018 auf 4,6 bzw. 3,2 Mrd. Euro.

Entsprechend der steigenden Leistungsempfängerzahlen steigen, wie erwartet, auch die Leistungsausgaben der SPV (Abschnitt 3.1.3). Der Einfluss des PSG II kann anhand des Referenzmodells im Jahr 2017 für alle Leistungen auf rund 7 Mrd. Euro Mehrausgaben beziffert werden. Diese Ausgaben sind vor allem dem ambulanten Sektor zuzuordnen.

3.2 Entwicklung der Empfängerzahlen und Finanzen der Sozialhilfe

Hilfe zur Pflege (HzP) ist eine Sozialleistung nach Kapitel 7 SGB XII, die zum Tragen kommt, sofern die Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI nicht ausreichen, um den Pflegebedarf zu decken und die Pflegebedürftigen den zu leistenden Eigenanteil nicht aus ihren eigenen finanziellen Mitteln bestreiten können. Unter dem bis 2016 gültigen Pflegebedürftigkeitsbegriff und den Rahmenbedingungen des SGB XI sowie des SGB XII nahmen im Wesentlichen folgende Personengruppen Leistungen der Hilfe zur Pflege in Anspruch, sofern sie nicht über ausreichende finanzielle Mittel im Sinne des SGB XII verfügten:

- Hilfebedürftige, die nicht pflegeversichert waren;
- Hilfebedürftige mit einer Pflegebedürftigkeit von voraussichtlich weniger als sechs Monaten;
- Hilfebedürftige, deren Bedarf unterhalb der in der Pflegeversicherung festgelegten Pflegestufe I lag und die damit im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI nicht pflegebedürftig waren;
- Hilfebedürftige, die weitere Verrichtungen in Anspruch nahmen, die im Rahmen der Hilfe zur Pflege gewährt wurden, aber nicht im Leistungskatalog nach SGB XI aufgeführt waren (Rothgang u. a. 2016: 53ff.).

Als Sozialleistung spielte die Hilfe zur Pflege bereits im Kontext der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 eine wesentliche Rolle. Seit den 1970er Jahren führte die demographische Entwicklung, der Wandel traditioneller Familienstrukturen (Knieps/Reiners 2015: 296) und die wachsende Differenz zwischen der Höhe der Einkommen und der Kosten, die für die Pflege aufgebracht werden mussten, zu immer größeren Belastungen für die Landkreise und Kommunen als Träger der Sozialhilfe (Rothgang/Götze 2013: 71f.). Durch diese Entwicklungen stieg die Zahl der HzP-Empfänger*innen im Jahresverlauf von 545.942 im Jahr 1990 auf einen Höchststand von 674.716 im Jahr 1992 und betrug im Jahr 1994, dem Jahr vor Einführung der Pflegeversicherung, 563.452. Der Anstieg der Ausgaben der Hilfe zur Pflege fiel noch größer aus. Diese betrugen 1990 noch 5,2 Mrd. Euro brutto und stiegen in den folgenden Jahren, auch aufgrund des „Wiedervereinigungseffektes“, durch den schlagartig Hunderttausende zusätzliche Empfänger*innen in das HzP-System kamen (Statistisches Bundesamt 2009: 7), auf einen Höchststand von 9,1 Mrd. Euro im Jahr 1994, was 6,6 Mrd. Euro Nettoausgaben¹¹ entspricht. Aus diesen Gründen war die Einführung der Pflegeversicherung mit dem ausdrücklichen politischen Ziel verbunden, neben der Reduzierung der Sozialhilfeempfänger*innen unter den Pflegebedürftigen, die Ausgaben deutlich zu verringern und damit die Kommunen zu entlasten (Roth/Rothgang 2001: 292f.; Schmidt/Schneekloth 2011: 13). Während das finanzpolitische Ziel durch die Reduktion der Ausgaben auf 2,3 Mrd. Euro im Jahr 1998 erreicht werden konnte (entspricht einem Minus von 65 % im Vergleich zu 1994), fiel die

¹¹ Die Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege errechnen sich aus den von den Sozialhilfeträgern getätigten HzP-Ausgaben (Bruttoausgaben) abzüglich von Zahlungen der Leistungsberechtigten selbst oder des in § 19 SGB XII genannten Personenkreises, Ansprüche gegen Unterhaltsverpflichtete sowie Zahlungen anderer (vorrangiger) Sozialleistungsträger (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2017).

Reduzierung der HzP-Empfänger*innen auf 222.231 im Jahr 1998 etwas bescheidener aus (minus 51 % im Vergleich zu 1994). Insbesondere im stationären Bereich konnten die eigenen Zielvorgaben nicht realisiert werden (Roth/Rothgang 2001: 303). Ab 1998 stiegen sowohl die Ausgaben als auch die Empfängerzahlen wieder kontinuierlich an.

Mit dem PSG II und dem PSG III erfolgten die nächsten gesetzlichen Einschnitte mit tiefgreifenden Auswirkungen auf die Sozialhilfe respektive die Hilfe zur Pflege erst rund 20 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung. Die Hilfe zur Pflege war zum einen durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und den damit verbundenen Leistungsanpassungen im Rahmen des PSG II betroffen. Zum anderen wurde mit dem PSG III der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in das Recht der Sozialhilfe eingeführt. Damit erfolgte analog zum SGB XI die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade und eine Angleichung des Leistungskatalogs sowie der zusätzlichen pflegerischen Betreuungsleistungen in der Hilfe zur Pflege. Nach wie vor ist der Leistungsanspruch des SGB XII insofern weiter als der des SGB XI gefasst, als dass Leistungen auch gewährt werden, wenn die Pflegebedürftigkeit nicht voraussichtlich mindestens sechs Monate besteht. Außerdem ist die Hilfe zur Pflege weiterhin für Hilfebedürftige zuständig, die nicht in der Pflegeversicherung versichert sind.

In der Folge wurden im *ambulanten Bereich* gegenläufige finanzielle Effekte für die Sozialhilfeträger erwartet. Einerseits wurde davon ausgegangen, dass durch die breitere Definition der Pflegebedürftigkeit und daraus resultierenden höheren Empfängerzahlen sowie durch die Kopplung der SGB XII-Leistungen an die im SGB XI definierten Leistungshöhen Belastungen entstehen. Andererseits wurden Entlastungen dadurch erwartet, dass mehr potenzielle HzP-Empfänger*innen von Leistungen der Pflegeversicherung profitieren und zudem die ehemals über weitere Verrichtungen in der Hilfe zur Pflege gewährten Leistungen nun im Rahmen der Pflegeversicherung gewährt werden (Rothgang u. a. 2016: 52f.).

Für den *stationären Bereich* konnte erwartet werden, dass sich die Aufwendungen für Hilfe zur Pflege reduzieren, und zwar umso mehr, je großzügiger die vorrangig gewährten Leistungen der Pflegeversicherung ausfallen. Rothgang und andere schätzten die Minderausgaben der Sozialhilfeträger für Hilfe zur Pflege in Einrichtungen auf rund 360 Mio. Euro (Rothgang u. a. 2016: 55-56). Eine andere Auffassung vertrat hingegen die Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Träger der Sozialhilfe (BAGüS), die befürchtete, dass die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und seine Übernahme im Sozialhilferecht erheblich höhere Leistungsansprüche im Bereich der Betreuung nach sich ziehen könnten, die auch durch die angepassten Leistungshöhen des SGB XI nicht abgedeckt würden. Diese müssten folglich im subsidiären Sozialhilfesystem finanziert werden und würden zu erheblichen Mehrausgaben der Sozialhilfeträger führen (Deutscher Bundestag 2015; Deutscher Bundestag 2016a; Deutscher Bundestag 2016b).

Des Weiteren wurden Befürchtungen geäußert, bisherige Leistungsempfänger*innen der Hilfe zur Pflege könnten durch die analoge Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI sowie im SGB XII ihre Leistungsansprüche ersatzlos verlieren. Diese Befürchtung resultierte zum einen aus der Tatsache, dass Personen, die keinem Pflegegrad zugeordnet sind, seit dem 1. Januar 2017

keinen Anspruch mehr auf Leistungen der Hilfe zur Pflege haben. Zum anderen haben Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 lediglich die Möglichkeit, Leistungen der §§ 64d (Pflegehilfsmittel), 64e (Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes) oder den Entlastungsbetrag nach § 66 SGB XII in Anspruch zu nehmen. In der Handreichung einer Arbeitsgruppe der Konferenz der obersten Landessozialbehörden (KOLS) wurde für derartige Fälle die Prüfung anderer Anspruchsgrundlagen angeraten (KOLS 2017: 1ff.).¹² Im Rahmen dieser Studie werden diese Leistungsfälle in Abschnitt 3.2.7 behandelt.

Nachfolgend wird zunächst auf die Entwicklung der Zahl der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege eingegangen (Abschnitt 3.2.1). Anschließend wird das in Unterkapitel 2.3 beschriebene Referenzmodell auf die Empfängerzahlen der Hilfe zur Pflege angewendet, um eine Abschätzung der Policy-Effekte vorzunehmen (Abschnitt 3.2.2). Das gleiche Vorgehen erfolgt im Hinblick auf die Ausgabenentwicklung der Hilfe zur Pflege (Abschnitt 3.2.3) und der Anwendung des Referenzmodells auf diese (Abschnitt 3.2.4). Bei der Beschreibung der Entwicklungen der Empfängerzahlen und Ausgaben liegt der Fokus grundsätzlich auf dem Jahr 2017 im Vergleich zum Jahr 2016. Zur Kontextualisierung und um einen umfassenden Überblick zu erhalten, wird jedoch auch die langfristige Entwicklung der wesentlichen Kennzahlen, in der Regel seit 1994, dem letzten Jahr vor Einführung der Pflegeversicherung, nachgezeichnet. Eine genauere Betrachtung der Situation im Jahr 2017 im Hinblick auf die Ausgaben und Empfänger*innen erfolgt in Abschnitt 3.2.5. Die Abschnitte 3.2.6 bis 3.2.8 widmen sich unter Rückgriff auf die Ergebnisse der Befragung der Sozialhilfeträger den Fragestellungen, die sich nicht auf Grundlage der amtlichen Statistiken beantworten lassen (vgl. Abschnitt 2.2.2). Eine Zusammenfassung der in Kapitel 3.2 behandelten Aspekte erfolgt in Abschnitt 3.2.9.

3.2.1 Entwicklung der Empfängerzahlen

Die nachfolgend dargestellten Empfängerzahlen beruhen auf Stichtagszählungen zum 31.12. eines jeden Jahres. Die im Rahmen der Befragung der Sozialhilfeträger erhobenen Daten zu Empfängerzahlen und Ausgaben der Hilfe zur Pflege für das Jahr 2018 waren aufgrund des geringen Rücklaufs und teilweise unplausibler Werte nicht auswertbar bzw. konnten nicht hochgerechnet werden. Aus diesem Grund enden die Zeitreihen mit dem Jahr 2017. Offizielle Daten für das Jahr 2018 werden vom Statistischen Bundesamt üblicherweise im Juli bzw. September eines jeden Jahres und damit erst nach Projektende veröffentlicht.

¹² Zu diesen gehören § 70 SGB XII (Hilfe zur Weiterführung des Haushalts), § 71 SGB XII (Altenhilfe), § 73 SGB XII (Hilfe in sonstigen Lebenslagen), § 27a Abs. 4 SGB XII (Abweichende Regelsatzfestlegung in laufenden HLU-Fällen), § 27 Abs. 3 SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt für einzelne erforderliche Tätigkeiten in nicht laufenden HLU-Fällen), § 42 Nr. 1 i. V. m. § 27a Abs. 4 S. 1 u. 2 SGB XII (in Fällen der Grundsicherung) und § 27b Abs. 1 und 2 SGB XII (Notwendiger Lebensunterhalt in Einrichtungen).

Tabelle 13 und Abbildung 38 zeigen die Entwicklung der Zahl der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege aufgeschlüsselt nach ambulanter (= außerhalb von Einrichtungen) sowie stationärer Versorgung (= in Einrichtungen) seit 1994.¹³

Tabelle 13: Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege am Jahresende nach Versorgungsart von 1994 bis 2017

Jahr	Empfänger*innen am Jahresende			Veränderung zum Vorjahr		
	insgesamt ¹⁴	ambulant	stationär	insgesamt	ambulant	stationär
1994	453.613	189.254	268.382			
1995	372.828	85.092	288.199	-17,8%	-55,0%	7,4%
1996	285.340	66.387	219.136	-23,5%	-22,0%	-24,0%
1997	250.911	64.396	186.672	-12,1%	-3,0%	-14,8%
1998	222.231	62.202	160.228	-11,4%	-3,4%	-14,2%
1999	247.333	56.616	190.868	11,3%	-9,0%	19,1%
2000	261.404	58.797	202.734	5,7%	3,9%	6,2%
2001	255.883	60.514	195.531	-2,1%	2,9%	-3,6%
2002	246.212	59.801	186.591	-3,8%	-1,2%	-4,6%
2003	242.066	55.405	186.867	-1,7%	-7,4%	0,1%
2004	246.372	55.233	191.324	1,8%	-0,3%	2,4%
2005	257.263	58.304	199.775	4,4%	5,6%	4,4%
2006	268.665	58.924	210.509	4,4%	1,1%	5,4%
2007 ¹⁵	276.048	62.394	214.603	2,7%	5,9%	1,9%
2008	284.899	67.544	218.406	3,2%	8,3%	1,8%
2009	299.321	76.801	223.600	5,1%	13,7%	2,4%
2010	317.670	83.509	235.245	6,1%	8,7%	5,2%
2011	330.400	90.213	241.420	4,0%	8,0%	2,6%
2012	339.392	94.872	245.868	2,7%	5,2%	1,8%
2013	341.783	96.530	246.659	0,7%	1,7%	0,3%
2014	350.034	99.063	252.599	2,4%	2,6%	2,4%
2015	349.461	98.530	252.337	-0,2%	-0,5%	-0,1%
2016	346.522	95.286	252.844	-0,8%	-3,3%	0,2%
2017 ¹⁶	287.352	54.561	233.611	-17,1%	-42,7%	-7,6%
	Veränderung zwischen 1994 und 2017			Durchschnittliche Veränderung		
	-36,7%	-71,2%	-13,0%	-2,0%	-5,3%	-0,6%

Quelle: Statistik der Sozialhilfe (1994 bis 2017), eigene Berechnungen

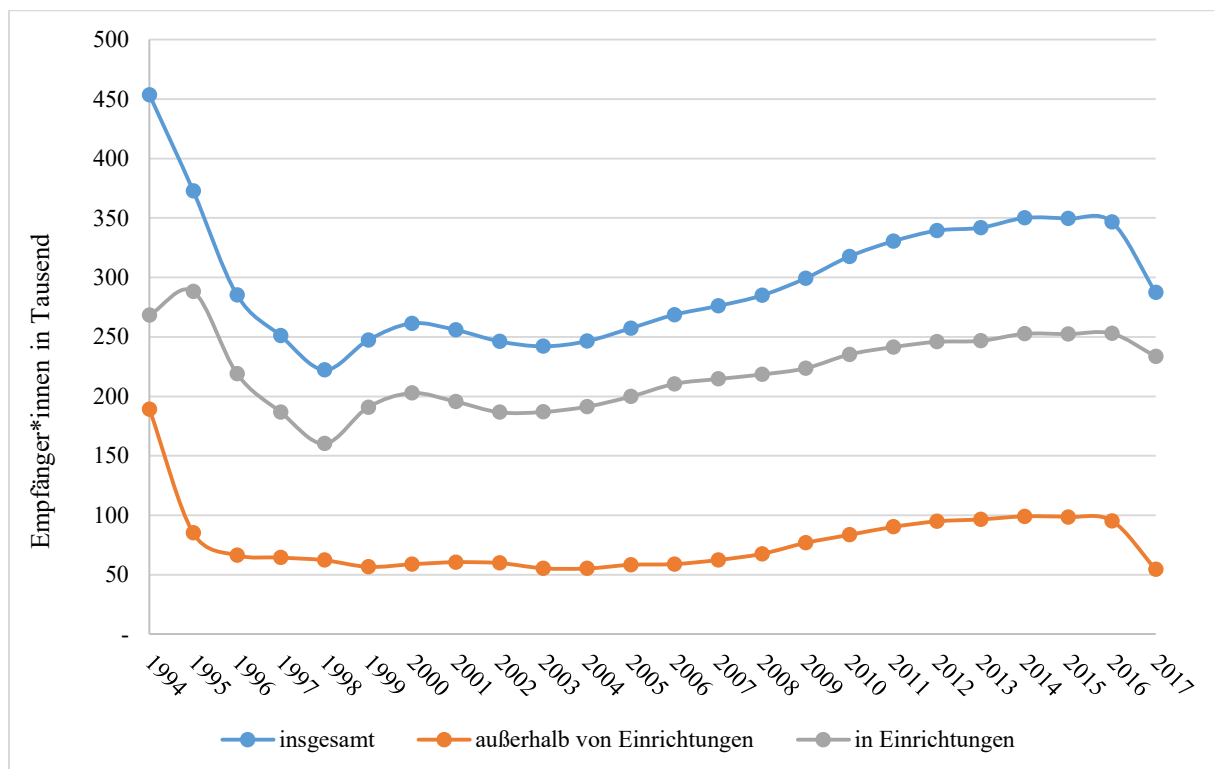
¹³ Die im Rahmen dieses Kapitels verwendeten Daten beruhen, sofern nicht anders angegeben, auf der Statistik der Sozialhilfe (Fachserie 13 Reihe 2.1 für die Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe sowie Fachserie 13 Reihe 2.3 für die Empfänger und Empfängerinnen von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII) der Jahre 1994 bis 2017. Teilweise wurden diese Daten vom Statistischen Bundesamt übermittelt und sind nicht öffentlich zugänglich. Als weitere Datenquellen dienen die SPV-Leistungsempfängerstatistik PG 2 sowie die PKV-Zahlenberichte.

¹⁴ Abweichungen der Gesamtzahlen zu den nach ambulant und stationär aufgeschlüsselten Daten ergeben sich aus Mehrfachzählungen.

¹⁵ Die offizielle Statistik weist im Jahr 2007 eine Untererfassung von ca. 14.000 Fällen in Einrichtungen auf. Im Rahmen dieser Studie wurde diese Zahl korrigiert.

¹⁶ Die vom Statistischen Bundesamt ausgewiesenen Empfängerzahlen des Jahres 2017 beinhalten keine HZP-Empfänger*innen, für die kein abgeschlossenes Verfahren zur Ermittlung und Feststellung des Pflegegrades vorliegt. Dies betrifft etwa 15.000 Personen. Da keine Indizien darüber vorliegen, wie sich diese Personengruppe auf die Versorgungssettings aufteilt, wird im Rahmen dieses Berichts die vom Statistischen Bundesamt übermittelte, unbereinigte Empfängerzahl berichtet.

Abbildung 38: Entwicklung der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege nach Versorgungsart



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (1994 bis 2017), eigene Darstellung

Die durch das Pflege-Versicherungsgesetz 1995 und 1996 eingeführten Pflegeleistungen führten dazu, dass viele Pflegebedürftige finanziell entlastet wurden und keine Sozialhilfe mehr in Anspruch nehmen mussten. Bis 1998 verringerte sich die Zahl der Leistungsempfänger*innen von Hilfe zur Pflege deshalb um 51 % auf nur noch 222.231. Zudem reduzierte sich auch die Zahl der Neuzugänge zur Hilfe zur Pflege, da durch die Leistungen der Pflegeversicherung eine Sozialhilfebedürftigkeit unter Umständen vermieden oder zumindest verzögert werden konnte (Roth/Rothgang 2001: 293).

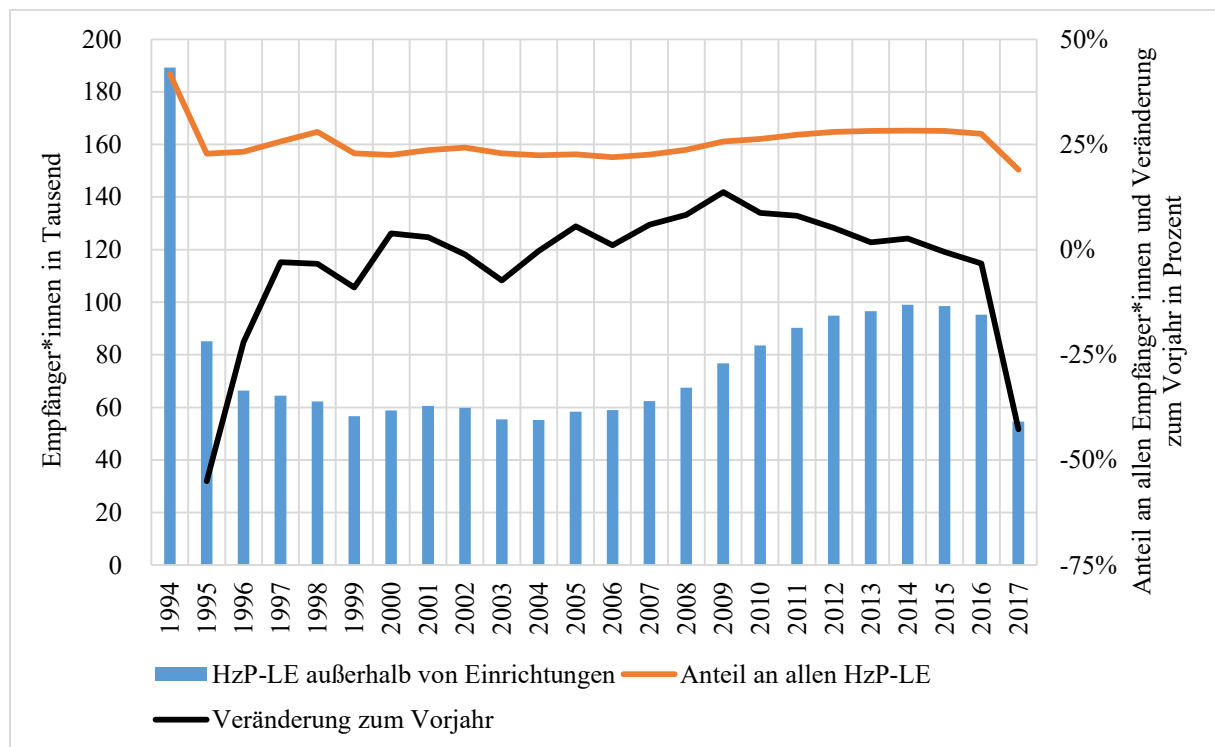
Seit dem Tiefstand im Jahr 1998 ist die Empfängerzahl, von einer kurzen Phase des Rückgangs in den Jahren von 2001 bis 2003 abgesehen, wieder kontinuierlich gestiegen und erreichten ihren erneuten Höchststand mit 350.034 Empfänger*innen im Jahr 2014. Dies ist zum einen Folge des demographisch bedingten Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen. Zum anderen dürfte auch die mangelnde Leistungsdynamisierung einen Einfluss auf die steigende Zahl von Sozialhilfeempfänger*innen gehabt haben (Schmidt/Schneekloth 2011: 13). Erst im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG) wurden gestufte Leistungsdynamisierungen für die Jahre 2008, 2010 und 2012 umgesetzt, die jedoch den Trend steigender Empfängerzahlen zunächst nicht stoppen konnten, zumal im stationären Bereich nur die Leistungen für die Pflegestufe III angepasst wurden.

Deutlichere Leistungsverbesserungen erfolgten ab 2013 im Rahmen des Pflege neuordnungsgesetzes (PNG) und des Pflegestärkungsgesetzes I (PSG I), in dessen Folge sich der Anstieg der Empfängerzahl stark reduzierte und schließlich 2015 und 2016 in einen leichten Rückgang auf 346.522 (0,8 % im Vergleich zu 2014) mündete. Der durchschnittliche Anstieg betrug zwischen 2013 und

2016 0,5 % pro Jahr, nachdem er zwischen 2010 und 2013 noch bei 2,5 % lag. Der absolute Anstieg der HzP-Empfängerzahl seit 2013 lag mit lediglich 1,4 % deutlich unter dem Anstieg der Empfängerzahl der sozialen Pflegeversicherung (SPV) mit 14 %. Dies kann unschwer auf die mit diesen Gesetzen verbundenen Leistungsdynamisierungen und echten Leistungserweiterungen zurückgeführt werden. Im Vergleich zur Situation vor bzw. unmittelbar nach Einführung der Pflegeversicherung lag die Zahl der HzP-Empfänger*innen 2016 um 23,6 % unter dem Ausgangswert des Jahres 1994, jedoch 55,9 % über dem Tiefstand des Jahres 1998.

Durch die Überleitung der Altfälle in Verbindung mit den neuen Leistungshöhen für die Pflegegrade stiegen die Pflegeversicherungsleistungen 2017 deutlich an (siehe Abschnitt 3.1.6). In der Folge fiel die HzP-Empfängerzahl im Vergleich zum Vorjahr um 17,1 % auf 287.352, was in etwa dem Wert des Jahres 2008 entspricht, jedoch noch immer 29,3 % über dem Tiefstand des Jahres 1998 liegt.

Abbildung 39: Entwicklung der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen

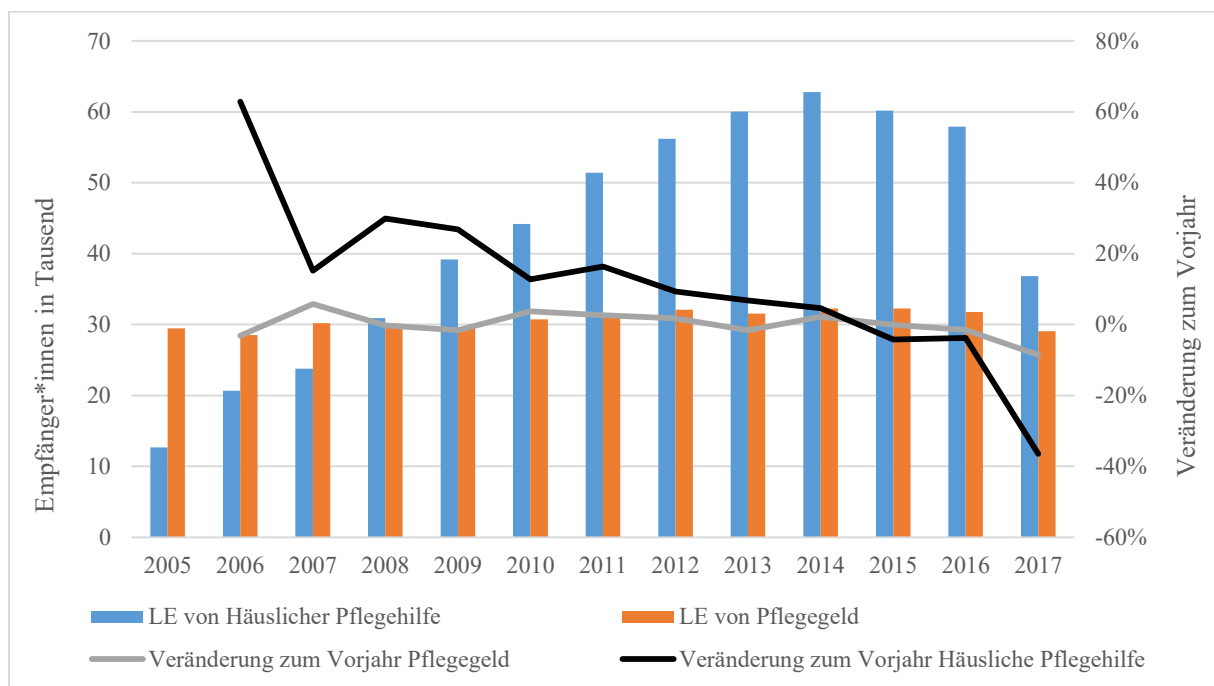


Quelle: Statistik der Sozialhilfe (1994 bis 2017), eigene Darstellung

Der Rückgang der HzP-Empfängerzahl von insgesamt 36,7 % im Zeitraum von 1994 bis 2017 ist insbesondere auf die Reduzierung der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen, d. h. in ambulanten Settings, zurückzuführen (Tabelle 13 und Abbildung 39). In diesem Zeitraum ist die Zahl der Leistungsempfänger*innen um 71,2 % von 189.254 auf 54.561 gesunken, wobei sich die Entwicklung in mehrere Phasen unterteilen lässt: Bereits bis 2004 ist die Empfängerzahl im ambulanten Bereich in derselben Größenordnung (70,8 %) auf einen Tiefstand von 55.233 gesunken, seitdem jedoch wieder kontinuierlich gestiegen, und im Jahr 2014 wurde mit

99.063 ambulant versorgten HzP-Empfänger*innen ein erneuter Höchststand erreicht. Bis 2016 sank die Zahl durch den bereits angestoßenen Reformprozess jedoch wieder leicht auf 95.286. 2017 reduzierte sich die HzP-Empfängerzahl im Vergleich zum Vorjahr drastisch um 42,7 % auf nur noch 54.561 Empfänger*innen, was den niedrigsten Stand seit Einführung der Pflegeversicherung markiert. Der Anteil der HzP-Empfänger*innen in ambulanten Settings an allen HzP-Empfänger*innen lag dabei von 1995 bis 2016 weitgehend konstant bei einem Viertel. 2017 ist er dann erkennbar gesunken (vgl. Abbildung 42).

Abbildung 40: Entwicklung der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege mit Häuslicher Pflegehilfe und Pflegegeld



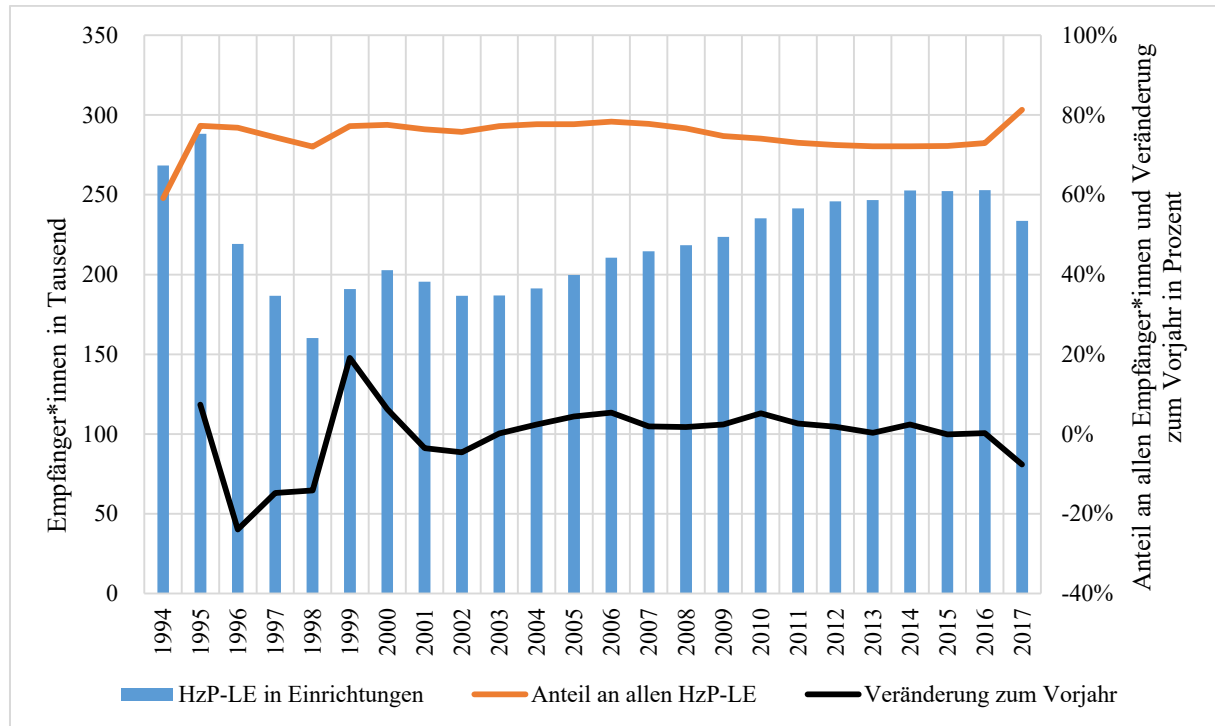
Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2005 bis 2017), eigene Darstellung

Abbildung 40 zeigt mit dem Pflegegeld sowie der Häuslichen Pflegehilfe (bis 2016 „besondere Pflegekraft“) die Entwicklung der beiden *Hauptleistungsarten* im Bereich der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen. Auffällig ist die im Zeitverlauf wachsende Bedeutung der Häuslichen Pflegehilfe. Bezogen im Jahr 2005 lediglich 12.681 HzP-Empfänger*innen Leistungen der Häuslichen Pflegehilfe, stieg diese Zahl in den folgenden Jahren enorm an und betrug im Jahr 2016 bereits 57.919, was einem Zuwachs um das Viereinhalbfache seit 2005 entspricht. Im Jahr 2017 sank dieser Wert im Vergleich zum Vorjahr drastisch um 36,4 % auf 36.823.¹⁷ Der Anteil an allen Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege erhöhte sich von 4,9 % im Jahr 2005 auf 16,7 % im Jahr 2016 und fiel im Folgejahr auf 12,8 %. Währenddessen blieb die absolute Zahl der Empfänger*innen von Pflegegeld sowie ihr Anteil an allen Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege über die Jahre relativ

¹⁷ Aus Gründen der Vergleichbarkeit und in Abweichung zu den offiziell vom Statistischen Bundesamt ausgewiesenen Werten wurde die Zahl der HzP-Empfänger*innen nach § 64f Abs. 3 SGB XII (Kostenübernahme für das Arbeitgebermodell) auch im Jahr 2017 zu der Zahl der Empfänger*innen von Häuslicher Pflegehilfe addiert.

konstant und betrug im Jahr 2016 9,2 %. Der Rückgang der Empfängerzahl im Jahr 2017 im Vergleich zum Vorjahr betrug hier nur 8,5 %, mit der Folge, dass der Anteilswert an allen Pflegebedürftigen leicht auf 10,1 % gestiegen ist.

Abbildung 41: Entwicklung der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege in von Einrichtungen



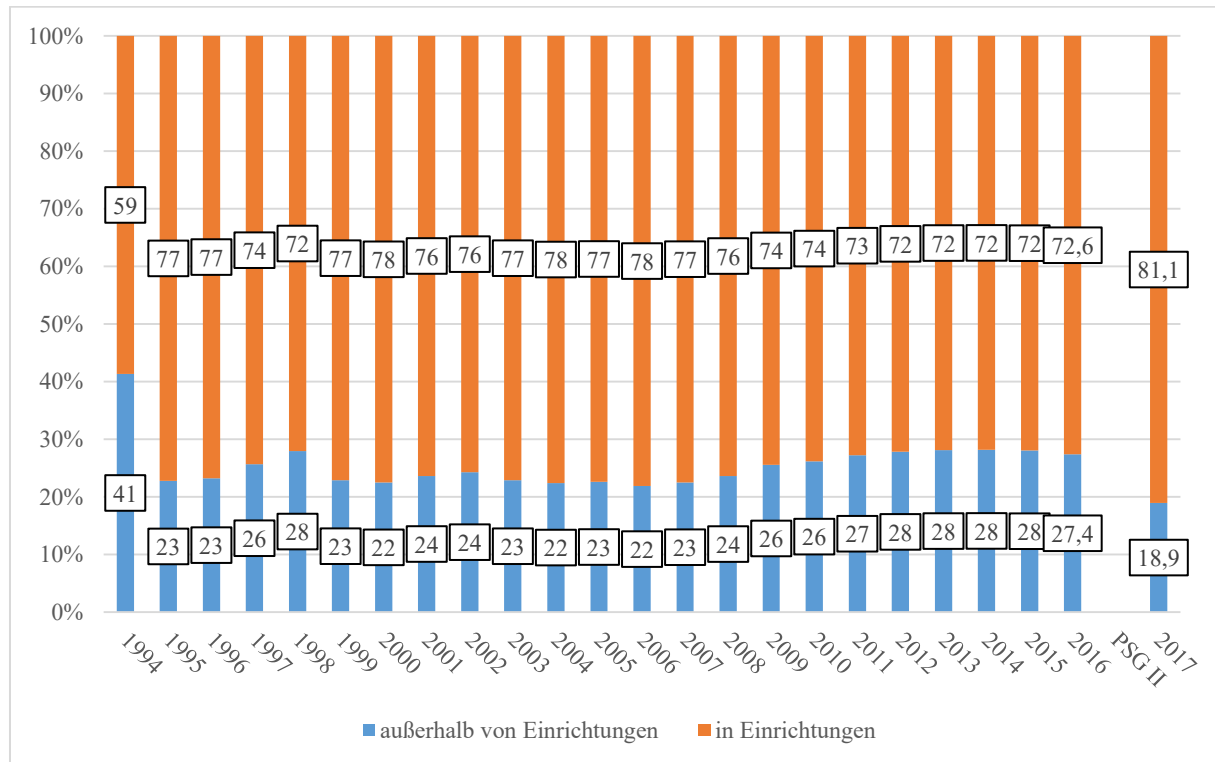
Quelle: Statistik der Sozialhilfe (1994 bis 2017), eigene Darstellung

Die Betrachtung der Empfängerzahlen im stationären Bereich ergibt ein etwas anderes Bild (Tabelle 13 und Abbildung 41): Das Ausmaß der Reduzierung fiel in stationären Settings mit 40,3 % bis zum Jahr 1998 geringer aus als in ambulanten Settings (70,8 % bis zum Jahr 2004). Danach erfolgte – von einer kurzen Phase des Rückgangs in den Jahren 2001 und 2002 abgesehen – ein erneuter, kontinuierlicher Anstieg der Zahl der stationär versorgten HzP-Empfänger*innen. Im Jahr 2014 erreichte die Empfängerzahl mit 252.599 Empfänger*innen fast wieder das Ausgangsniveau des Jahres 1994. Der Anstieg hat sich jedoch seit 2012 deutlich verlangsamt, und im Zeitraum zwischen 2014 und 2016 ist die Zahl der stationär versorgten Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege stagniert. Hier zeigen sich Effekte des PNG und des PSG I. Nach Inkrafttreten der neuen Leistungssätze des PSG II sank die Empfängerzahl für Hilfe zur Pflege in stationären Settings im Jahr 2017 im Vergleich zum Vorjahr um 7,6 % auf 233.611, wodurch in etwa das Niveau von 2010 erreicht wurde. Der Gesamtrückgang gegenüber dem Ausgangsjahr 1994 fällt mit 12,9 % im stationären Bereich jedoch wesentlich geringer aus als im ambulanten Bereich mit einer Reduzierung von 71,2 %. Auch der Fallzahlrückgang von 17,1 % zwischen 2016 und 2017 für Hilfe zur Pflege insgesamt ist vor allem auf die Entwicklung der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen zurückzuführen.

Verteilung der HzP-Empfänger*innen nach Ort der Leistungserbringung

Die unterschiedliche Entwicklung der Empfängerzahlen im ambulanten und stationären Bereich schlägt sich auch in der Verteilung der Empfänger*innen nach dem Ort der Leistungserbringung nieder (Abbildung 42).

Abbildung 42: Verteilung der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege nach Versorgungsart



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (1994 bis 2017), eigene Darstellung

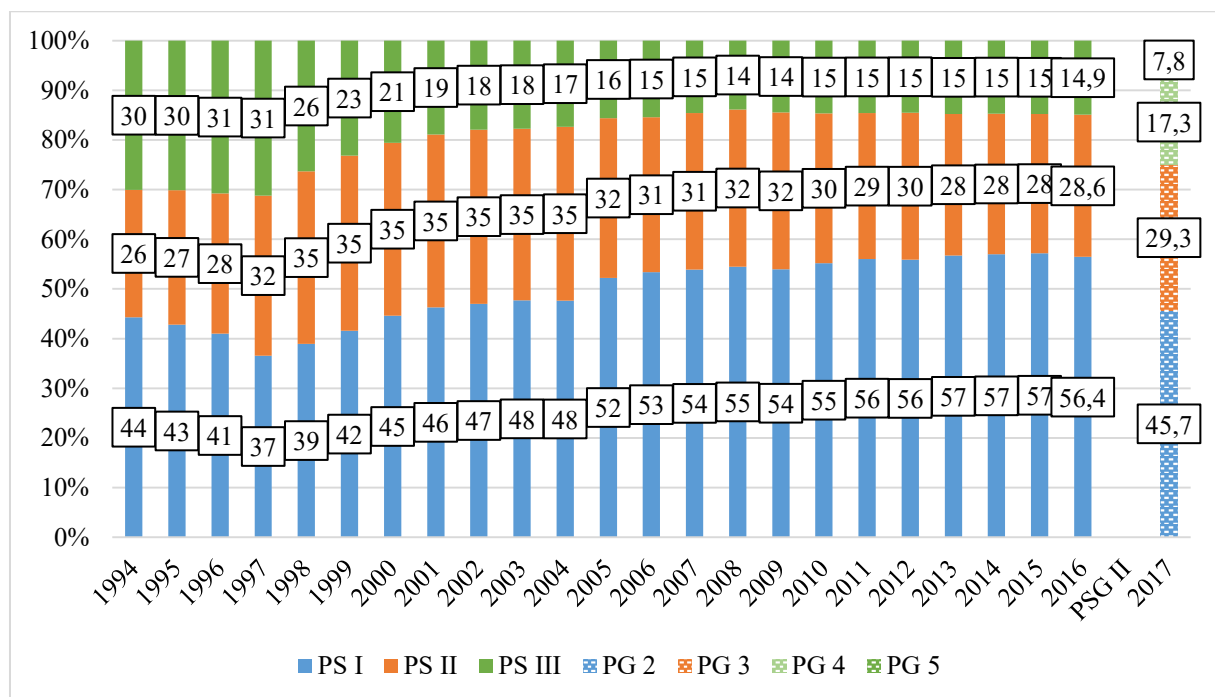
Wurden im Jahr 1994 noch 41,4 % der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege ambulant versorgt, sank dieser Wert im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung auf lediglich 22,8 % im Jahr 1995 und pendelte sich ab 1999 bei etwa 22 % bis 24 % ein. Nach leichten Anstiegen zwischen den Jahren 2009 und 2012 verharrte der Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen bis 2016 bei ca. 27 % bis 28 %. Mit der Einführung des PSG II sank nicht nur die absolute Zahl der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich erheblich, sondern in der Folge auch der anteilige Wert auf nur noch 18,9 %. Dies bedeutet, dass lediglich ein knappes Fünftel der HzP-Empfänger*innen ambulant versorgt wird, was den niedrigsten Wert seit Einführung der Pflegeversicherung darstellt. Es kann daher festgehalten werden, dass sowohl in den Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung als auch im Zuge der Pflegereform im Jahr 2017 der Anteil der ambulant versorgten HzP-Empfänger*innen deutlich abgenommen hat. Mögliche Gründe dafür werden auf den folgenden Seiten diskutiert.

Entwicklung der Empfängerzahlen nach Pflegestufe bzw. Pflegegrad

Die Entwicklung des *Case-Mix* von HzP-Empfänger*innen im ambulanten Sektor kann lediglich durch eine Betrachtung der Empfängerzahlen von Pflegegeld analysiert werden, da für die Bezieher*innen von Häuslicher Pflegehilfe (bis 2016 „Kostenübernahme für Heranziehung einer besonderen Pflegekraft“) bis 2016 keine Differenzierung nach Pflegestufe erfolgte. Erst die Sozialhilfestatistik des Jahres 2017 differenziert auch hier nach dem Pflegegrad.

Grundsätzlich entspricht die in Abbildung 43 dargestellte Veränderung des Case-Mix bei HzP-Empfänger*innen mit Pflegegeldbezug der Entwicklung der Leistungsbezieher*innen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) im ambulanten Sektor (wobei der HzP-Case-Mix nicht die Pflegestufe 0 beinhaltet, da für diese Personengruppe im Rahmen der Hilfe zur Pflege kein Leistungsanspruch auf Pflegegeld bestand) (vgl. Abschnitt 3.1.4). Ebenso wie dort kann im Zeitverlauf eine Verschiebung zugunsten des Anteils der Pflegestufe I beobachtet werden, während die Anteilswerte für Leistungsempfänger*innen in Pflegestufe II und III gesunken sind. Dieser Trend kann in der SPV und bei der Hilfe zur Pflege beobachtet werden, jedoch vereinen die höheren Pflegestufen II und III in der Hilfe zur Pflege mit insgesamt 43,5 % im Jahr 2016 einen erheblich größeren Anteil auf sich als in der SPV mit insgesamt 32,3 % (Abbildung 10).

Abbildung 43: Verteilung der HzP-Empfänger*innen von Pflegegeld nach Pflegestufen bzw. -graden



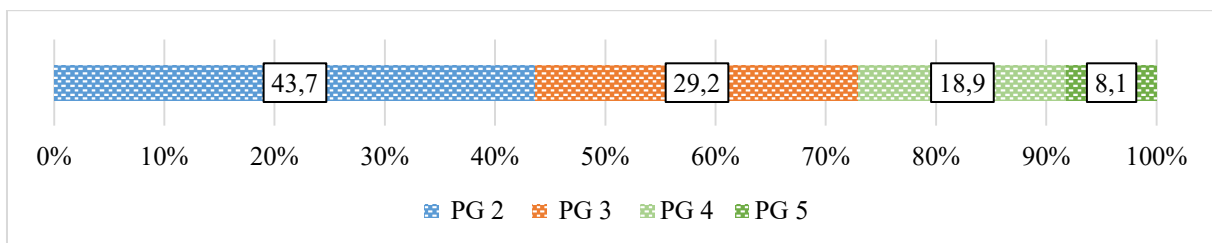
Quelle: Statistik der Sozialhilfe (1994 bis 2017), eigene Darstellung

In den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung nahm zunächst der Anteil der HzP-Empfänger*innen in Pflegestufe I zugunsten der Pflegestufen II und III ab. Das kann damit erklärt werden, dass niedrigere Pflegestufen einen tendenziell geringeren Pflegebedarf haben und durch zusätzliche monetäre Unterstützung aus dem System der Pflegeversicherung nicht mehr auf die

Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege angewiesen sind. Aufgrund der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade im Jahr 2017 lässt sich jedoch nicht ohne weiteres überprüfen, ob derselbe Effekt auch im Zuge der Leistungsverbesserungen des PSG II eingetreten ist.

Stattdessen können die *Case-Mixe* des Jahres 2017 beim Pflegegeldbezug, der Häuslichen Pflegehilfe und im stationären Bereich verglichen werden. Hier waren 45,7 % der HzP-Empfänger*innen von Pflegegeld dem Pflegegrad 2, 29,3 % dem Pflegegrad 3, 17,3 % dem Pflegegrad 4 und 7,8 % dem Pflegegrad 5 zugeordnet. Diese Verteilung entspricht nahezu dem *Case-Mix* im Bereich der Häuslichen Pflegehilfe, wobei dort der Anteil des Pflegegrads 2 etwas größer und der Anteil des Pflegegrads 4 etwas geringer ist (Abbildung 44). Im Vergleich zur Situation in der SPV spielen die hohen Pflegegrade (Pflegegrad 3 bis 5) wie zu erwarten eine größere Rolle (vgl. Abbildung 10).

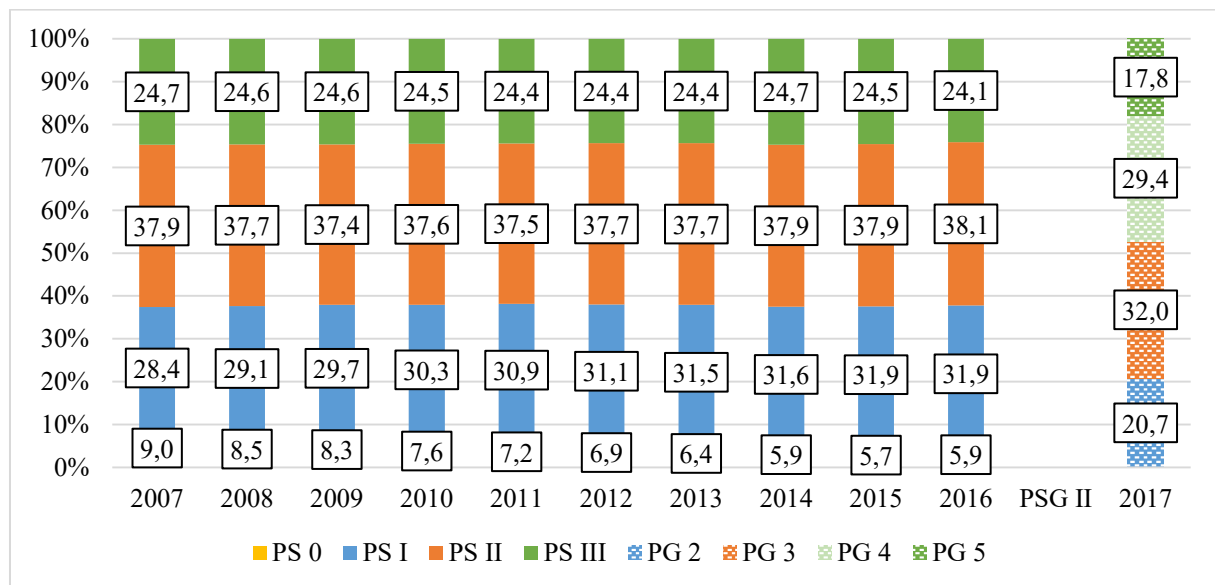
Abbildung 44: Verteilung der HzP-Empfänger*innen von Häuslicher Pflegehilfe nach Pflegegraden im Jahr 2017



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2017), eigene Darstellung

Die Verteilung im *vollstationären Bereich* wird erst seit 2007 erfasst und hat sich bis zum Jahr 2016 nur wenig verändert (Abbildung 45). Insgesamt ist der Anteil der höheren Pflegestufen und Pflegegrade in vollstationären Settings erheblich größer als bei den HzP-Empfänger*innen mit Pflegegeldbezug. Im Jahr 2016 hatten 43,5 % der Pflegegeldbezieher*innen, aber 62,2 % der vollstationär versorgten HzP-Empfänger*innen Pflegestufe II oder III. 2017 waren dann 54,4 % der Pflegegeldbezieher*innen den Pflegegraden 3 bis 5 zugeordnet, während dieser Wert bei den HzP-Empfänger*innen im vollstationären Bereich fast 80 % betrug. In vollstationären Einrichtungen werden somit Personen mit höherem Pflegebedarf und in der Folge höherem Sozialhilfebedarf versorgt. Der geringere Anstieg der höheren Pflegegrade beim Pflegegeld könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass für Hilfebedürftige mit Pflegestufe 0 bis 2016 im Rahmen der Hilfe zur Pflege kein Leistungsanspruch auf Pflegegeld bestand. Daher haben viele Personen mit einem solchen Bedürftigkeitsprofil erst seit 2017 Leistungsansprüche auf Pflegegeld im Rahmen der Hilfe zur Pflege.

Abbildung 45: Verteilung der HzP-Empfänger*innen nach Pflegestufen bzw. -graden im vollstationären Bereich



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2007 bis 2017), eigene Darstellung

Grundsätzlich ist die Verteilung der Pflegegrade im Jahr 2017 durch die großzügige Überleitung im Rahmen der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade geprägt, wodurch die höheren Pflegegrade im Jahr 2017 tendenziell überrepräsentiert sind (vgl. auch Abschnitt 3.1.6). Von diesem Effekt waren aufgrund der höheren Prävalenz von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz besonders stationäre Einrichtungen betroffen (Rothgang u. a. 2015: 39f.). Für 2018 ist demnach analog zur SPV sowohl im ambulanten als insbesondere auch im stationären Bereich mit einem höheren Anteil niedrigerer Pflegegrade im Vergleich zu 2017 zu rechnen.

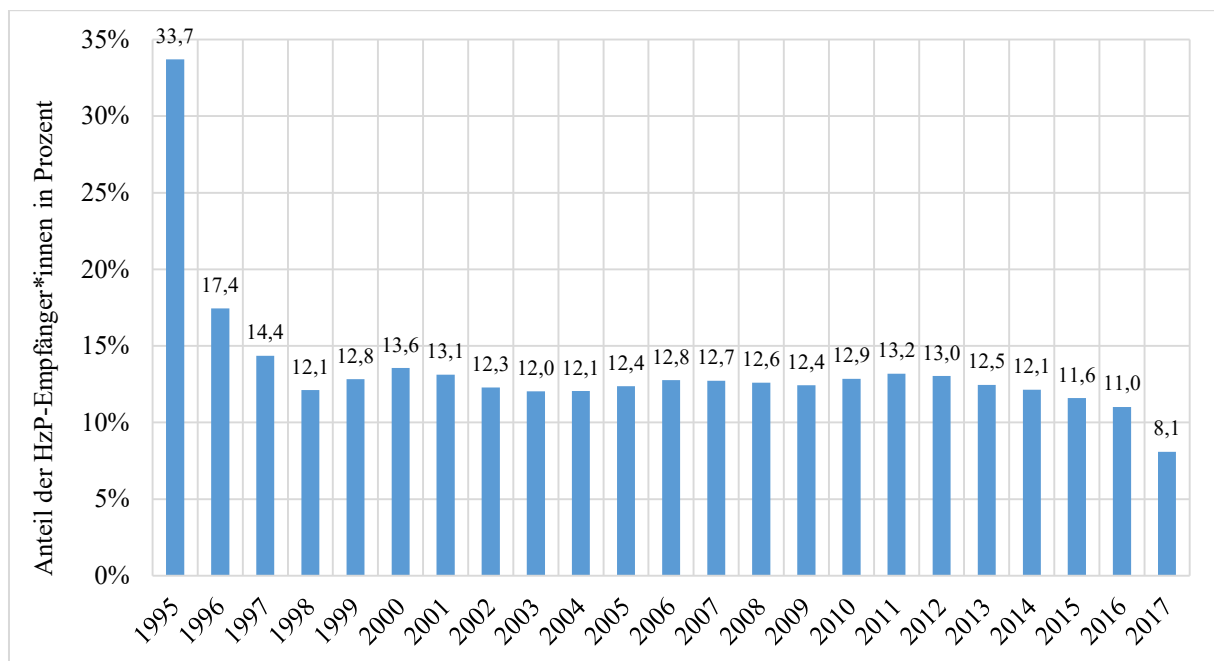
Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen

Für eine Abschätzung des Einflusses von Reformeffekten auf die Hilfe zur Pflege ist nicht nur die Entwicklung der absoluten Werte relevant, sondern insbesondere der *prozentuale Anteil* der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen, inklusive der in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) Versicherten. Die entsprechende Betrachtung erfolgt anhand zwei verschiedener Varianten. Zum einen wird als Datenbasis die Pflegestatistik der Jahre 1999 bis 2017 verwendet, die sowohl die Versicherten der SPV als auch die Privatversicherten umfasst. Zum anderen werden die Leistungsempfängerstatistik PG 2 der SPV sowie die Zahlenberichte des Verbands der Privaten Krankenversicherung (PKV-Zahlenbericht)¹⁸ der Jahre 1997/1998 bis 2017 herangezogen. In beiden Fällen wird die Zahl der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege auf Basis der Statistik der Sozialhilfe (Empfänger und Empfängerinnen von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII, siehe auch Fußnote 14) ins Verhältnis aller Pfl-

¹⁸ Die nach ambulanter und stationärer Versorgung differenzierten Werte von 2000 bis 2004 sind nicht öffentlich verfügbar und wurden für diese Studie vom Verband der Privaten Krankenversicherung zur Verfügung gestellt.

gebedürftigen gesetzt. Die beiden Betrachtungsweisen führen aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden zu leicht unterschiedlichen Ergebnissen. Zum einen wird die Pflegestatistik im Gegensatz zu den Daten der SPV und der PPV nur zweijährlich erhoben, weshalb die Betrachtung auf Grundlage der SPV- und PPV-Daten präzisere Analysen zulässt. Zum anderen gibt es weitere strukturelle Unterschiede. Dazu gehört, dass behinderte Menschen, die Leistungen nach § 43a SGB XI erhalten, in der Statistik der SPV, jedoch nicht in der Pflegestatistik erfasst werden. Weitere Unterschiede hat das Statistische Bundesamt in der Pflegestatistik 2009 zusammengestellt (Statistisches Bundesamt 2011: 26). Die im Folgenden verwendeten HzP-, SPV- sowie PPV-Daten beziehen sich jeweils auf den Stichtag 31.12, die Pflegestatistik auf den 15.12. Außerdem beinhalten die Werte die sogenannte Pflegestufe 0.

Abbildung 46: Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen nach SPV-Statistik und PKV-Zahlenberichten



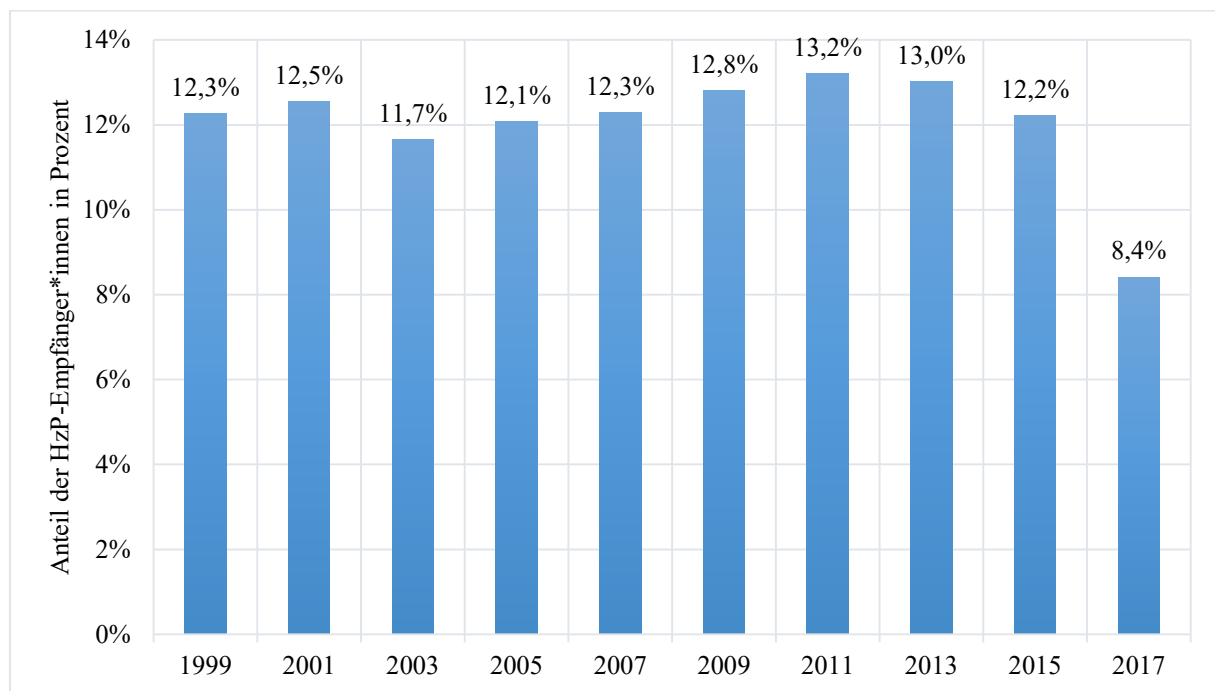
Quelle: Statistik der Sozialhilfe, PG 2-Statistik der SPV, PKV-Zahlenberichten 1995 bis 2017, eigene Darstellung

Abbildung 46 zeigt den Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen nach SPV-Statistik und PKV-Zahlenberichten. Während im Jahr der Einführung der Pflegeversicherung 1995 noch jeder dritte Pflegebedürftige auf Hilfe zur Pflege angewiesen war, sank diese Zahl in den Folgejahren drastisch auf 12,1 % im Jahr 1998. An dieser Entwicklung wird der entlastende Effekt der Pflegeversicherung deutlich. Bis zum Jahr 2011 stieg der Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen wieder leicht auf 13,2 %, ging seitdem erneut zurück und betrug im Jahr 2016 11 %. Zu diesem Rückgang dürften insbesondere die Leistungsausweitungen und -dynamisierungen im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG), Pflegeneuordnungsgesetzes (PNG) sowie des Pflegestärkungsgesetzes I (PSG I) beigetragen haben.

Im Jahr 2017 kam es erneut zu einer deutlichen Verringerung auf nur noch 8,1 %, was den niedrigsten Allzeitwert in dieser Betrachtung darstellt. Diese Senkung um 2,9 Prozentpunkte stellt zudem den stärksten Rückgang seit den Einführungseffekten der Pflegeversicherung dar.

Eine Darstellung auf Grundlage der Pflegestatistik bietet Abbildung 47. Die Zeitreihe startet jedoch erst mit dem Jahr 1999, da für die Jahre zuvor keine Daten im Rahmen der Pflegestatistik erhoben worden sind. Grundsätzlich ähneln die Werte in dieser Betrachtung der zuvor dargestellten Entwicklung in Abbildung 46. Die Abweichungen betragen maximal 0,4 Prozentpunkte pro Jahr.

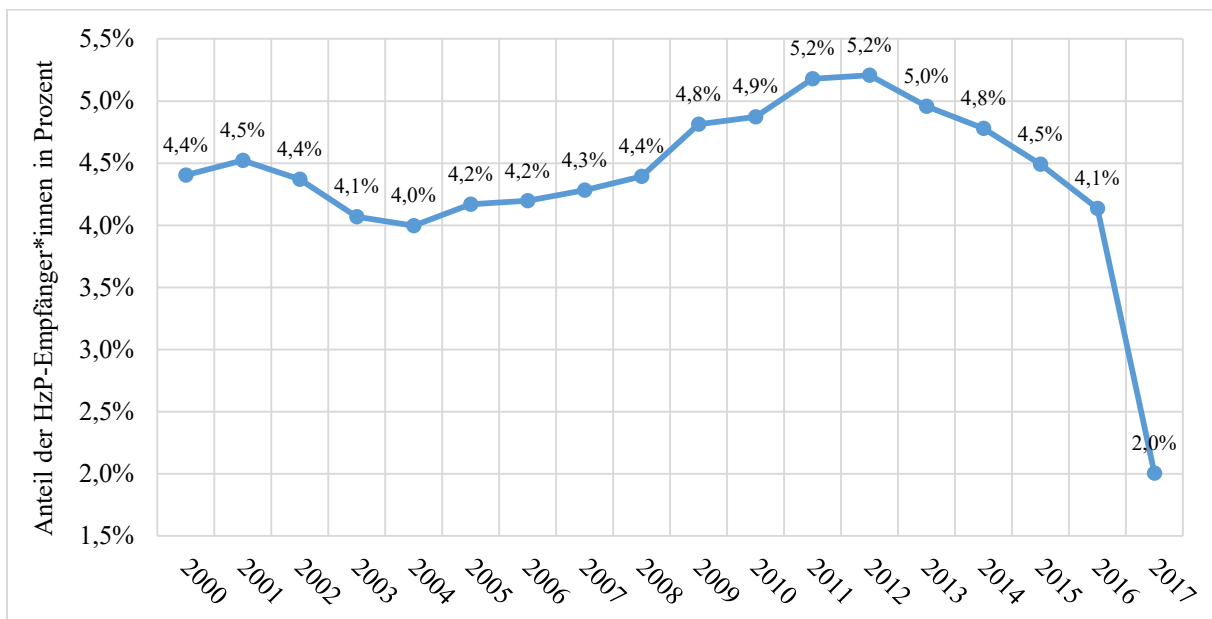
Abbildung 47: Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen nach Pflegestatistik



Quelle: Statistik der Sozialhilfe und Pflegestatistik (1999 bis 2017), eigene Darstellung

Die Entwicklung des Anteils der HzP-Empfänger*innen an allen *ambulant betreuten Pflegebedürftigen* auf Grundlage der SPV-Statistik und den PKV-Zahlenberichten ist in Abbildung 48 dargestellt. Im Jahr 2000 betrug dieser Wert noch 4,4 %, sank bis zum Jahr 2004 auf 4 % und erreichte nach einer kontinuierlichen Zunahme einen Höchststand von 5,2 % in den Jahren 2011 und 2012. Im Anschluss daran sank der Wert ab 2013 sukzessive auf 4,1 % im Jahr 2016. Eine Halbierung auf nur noch 2 % erfolgte im Jahr 2017, was annähernd der Senkung der absoluten ambulanten Empfängerzahlen um 42,7 % entspricht.

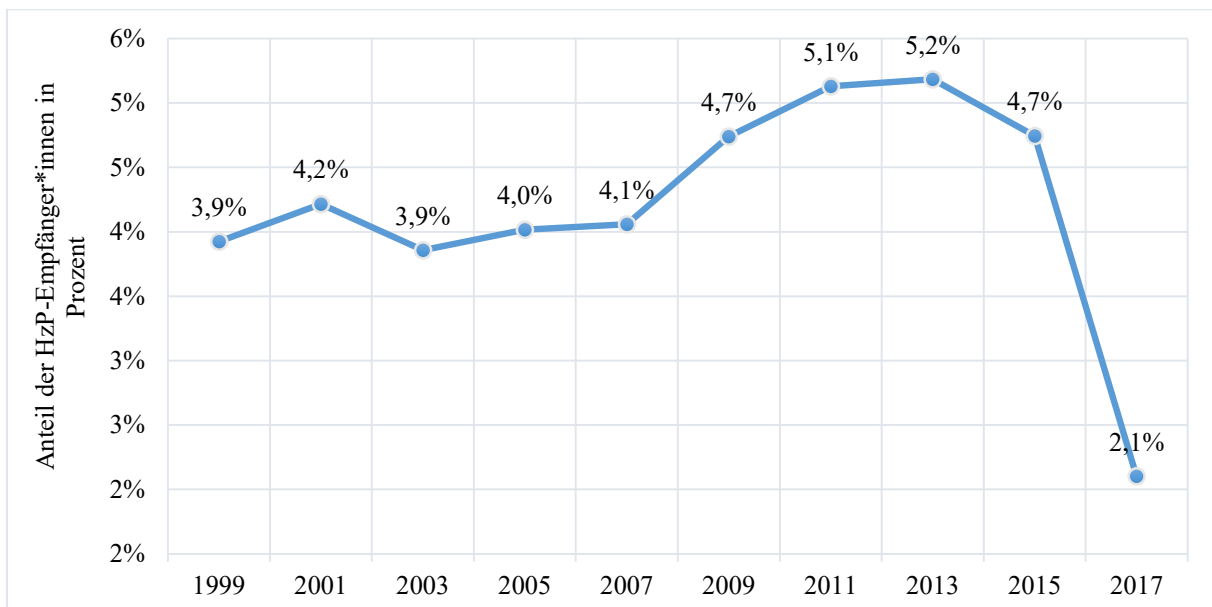
Abbildung 48: Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege an allen ambulant versorgten Pflegebedürftigen nach SPV-Statistik und PKV-Zahlenberichten



Quelle: Statistik der Sozialhilfe, PG 2-Statistik der SPV, PKV-Zahlenberichten 2000 bis 2017, eigene Darstellung

Die gleiche Betrachtung auf Basis der Pflegestatistik erfolgt in Abbildung 49. Die Werte beider Varianten liegen hier mit Abweichungen zwischen 0,1 und 0,2 Prozentpunkten noch etwas näher beieinander als in der Betrachtung der Gesamtzahlen.

Abbildung 49: Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege an allen ambulant versorgten Pflegebedürftigen nach Pflegestatistik

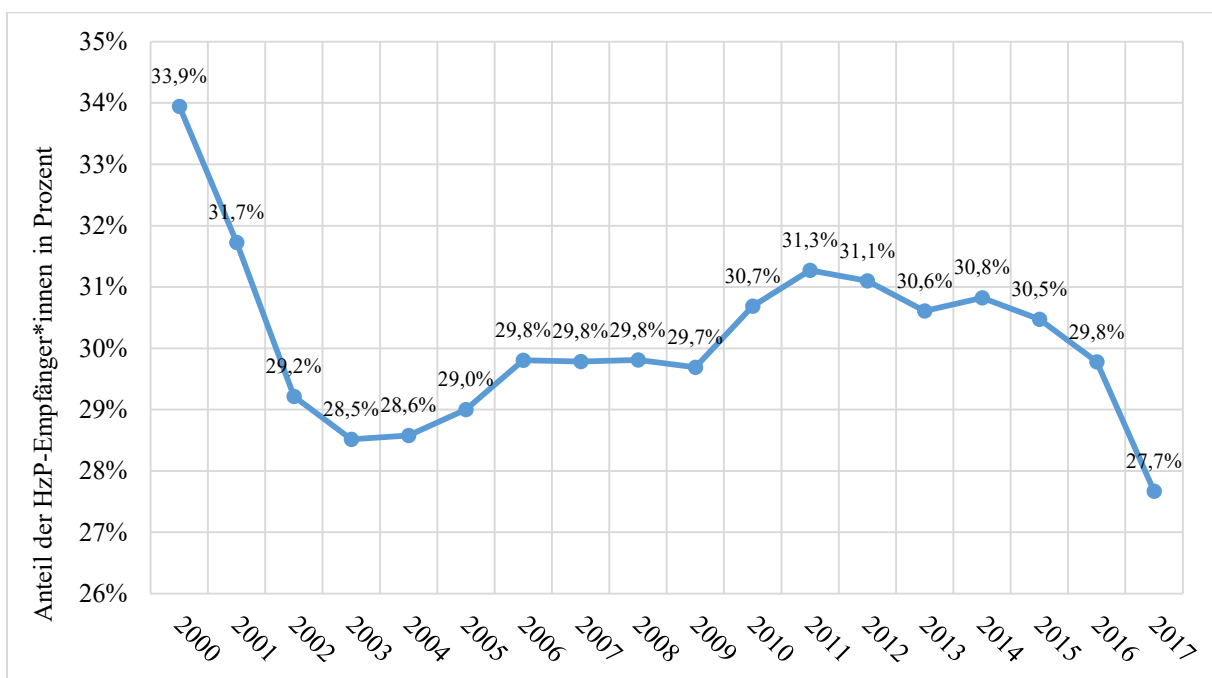


Quelle: Statistik der Sozialhilfe und Pflegestatistik (1999 bis 2017), eigene Darstellung

Die Quote der Sozialhilfeempfänger*innen an allen *vollstationär versorgten Pflegebedürftigen*, d.h. exklusive der HzP-Empfänger*innen in Kurzzeitpflege und teilstationärer Pflege, auf Basis der

SPV-Statistik sowie den PKV-Zahlenberichten wird in Abbildung 50 dargestellt. Der Anteil derjenigen, die (ergänzend) Hilfe zur Pflege in Anspruch nehmen, sank zunächst von 33,9 % im Jahr 2000 auf 28,5 % im Jahr 2003 und stieg daraufhin schrittweise auf 31,3 % im Jahr 2011. Bis zum Jahr 2016 verringerte sich der Anteil der vollstationär versorgten HzP-Empfänger*innen wieder auf 29,8 %, bevor der Wert im Zuge des PSG II nochmals deutlich auf 27,7 % und damit um 2,1 Prozentpunkte sank. Dies stellt den niedrigsten Wert im betrachteten Zeitraum dar und liegt 0,8 % Prozentpunkte unter dem Wert des Jahres 2003. Der deutlich geringere Rückgang im vollstationären Bereich dürfte im Zusammenhang mit der Entwicklung der Eigenanteile und der Vergütungssituation stehen (vgl. Abschnitt 3.3.4).

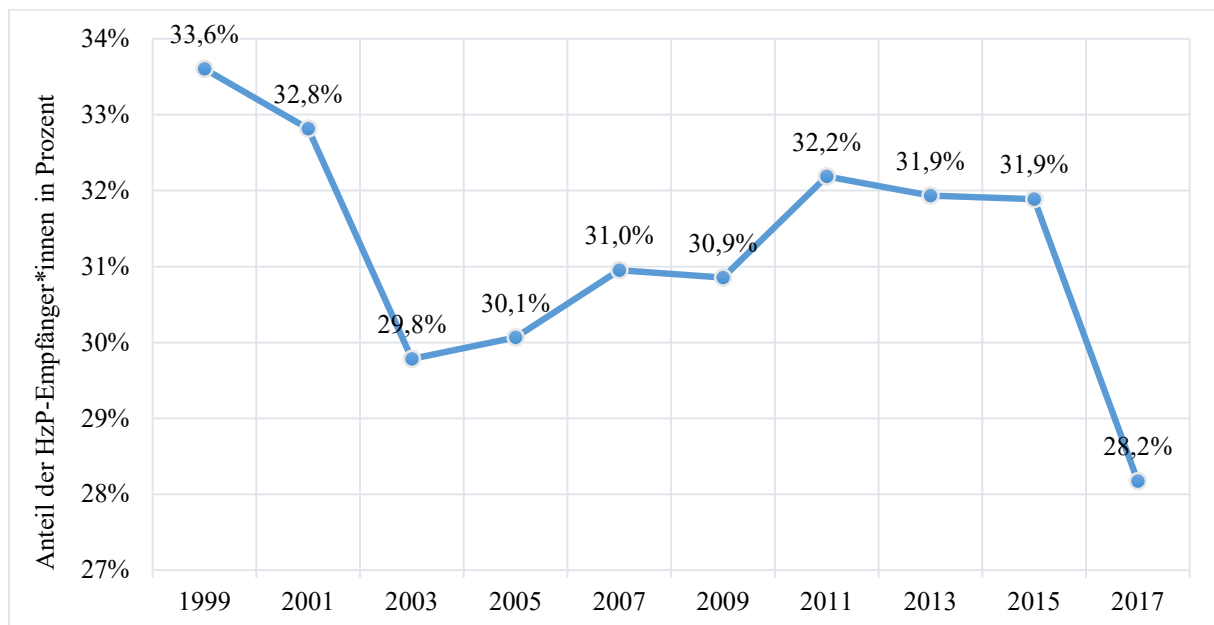
Abbildung 50: Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege an allen vollstationär versorgten Pflegebedürftigen nach SPV-Statistik und PKV-Zahlenberichten



Quelle: Statistik der Sozialhilfe, PG 2-Statistik der SPV, PKV-Zahlenberichten 2000 bis 2017, eigene Darstellung

Der Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege an allen vollstationär versorgten Pflegebedürftigen auf Basis der Pflegestatistik entspricht wiederum weitgehend der Betrachtung auf Grundlage der SPV- und PPV-Statistik (Abbildung 51).

Abbildung 51: Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege an allen vollstationär versorgten Pflegebedürftigen nach Pflegestatistik



Quelle: Statistik der Sozialhilfe und Pflegestatistik (1999 bis 2017), eigene Darstellung

Trotz des deutlichen Rückgangs des Anteils der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen im Jahr 2017 bleibt festzuhalten, dass die absolute Zahl der HzP-Empfänger*innen lediglich auf etwa das Niveau von 2008 gesunken ist. Dies liegt an der grundsätzlich stark gestiegenen Zahl an Pflegebedürftigen.

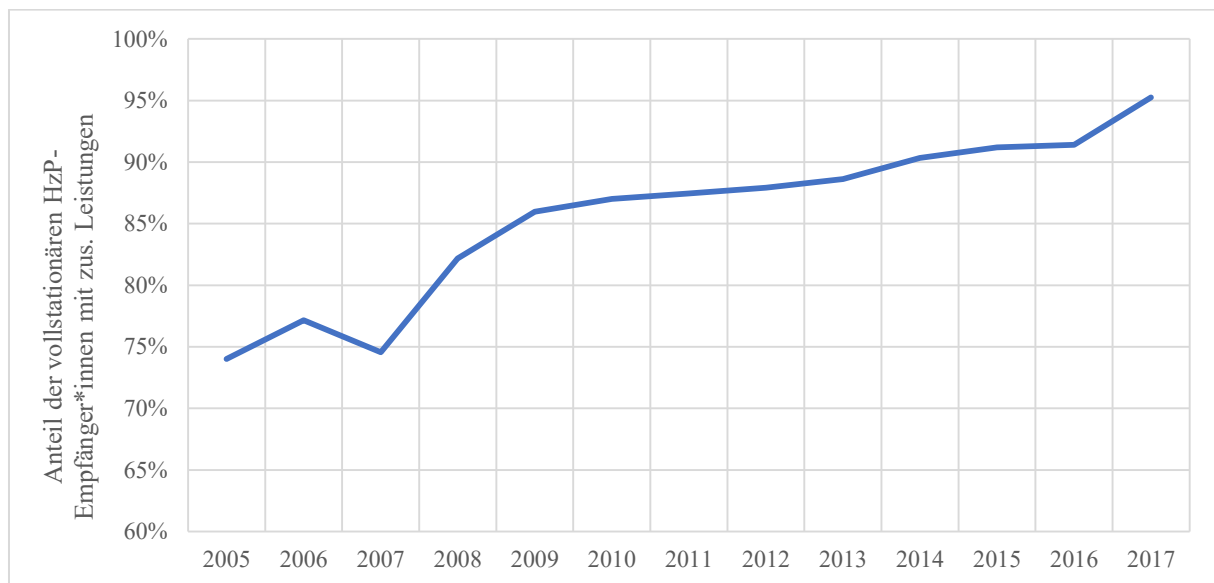
Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege mit zusätzlichen Pflegeleistungen eines anderen Trägers

In der Sozialhilfestatistik wird zwischen Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege unterschieden, die ausschließlich HzP erhalten und Empfänger*innen mit *zusätzlichen Pflegeleistungen eines anderen Trägers*. Dabei handelt es sich um vorrangige Leistungen anderer Sozialversicherungsträger. Seit 2017 werden hier auch Leistungen privater Pflegeversicherungen erfasst. Mit den verbesserten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung war nicht nur davon auszugehen, dass die Zahl der HzP-Empfänger*innen abnimmt, sondern mit den Reformen auch eine Zunahme der HzP-Empfänger*innen mit zusätzlichen Leistungen anderer Träger einhergeht.

Der Anteil der *vollstationär versorgten HzP-Empfänger*innen mit Bezug von zusätzlichen Pflegeleistungen* über alle Pflegegrade lag schon seit dem Ausgangsjahr 2005 bei über 70 % und stieg in den Folgejahren kontinuierlich auf 90,8 % im Jahr 2016. Infolge des PSG II wurde im Jahr 2017 eine erneute Steigerung auf den Höchstwert von 95,3 % erreicht (Abbildung 52). Der Anteil der vollstationär versorgten HzP-Empfänger*innen mit Pflegegrad 2 beträgt 92,9 % und erhöht sich mit steigendem Pflegegrad auf 96,9 % in Pflegegrad 5. Ein kleiner Anteil des 2017 beobachteten Anstiegs kann darauf zurückgeführt werden, dass seit diesem Jahr durch eine veränderte Methodik der Sozialhilfestatistik auch Pflegeleistungen einer privaten Pflegeversicherung erfasst werden. Des

Weiteren lag der Anteil der *vollstationär versorgten HzP-Empfänger*innen mit der sogenannten Pflegestufe 0 und Bezug von zusätzlichen Pflegeleistungen* im Jahr 2016 bei lediglich 36,6 %. Ein Teil dieses nicht durch die Pflegeversicherung versorgten Personenkreises könnte aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erstmals im Jahr 2017 Leistungen der Pflegeversicherung erhalten haben, während sie zuvor ausschließlich durch die Sozialhilfe versorgt wurden (vgl. Con_sens 2018: 14). Dies würde den gestiegenen Anteil der *vollstationär versorgten HzP-Empfänger*innen mit Bezug von zusätzlichen Pflegeleistungen* erklären.

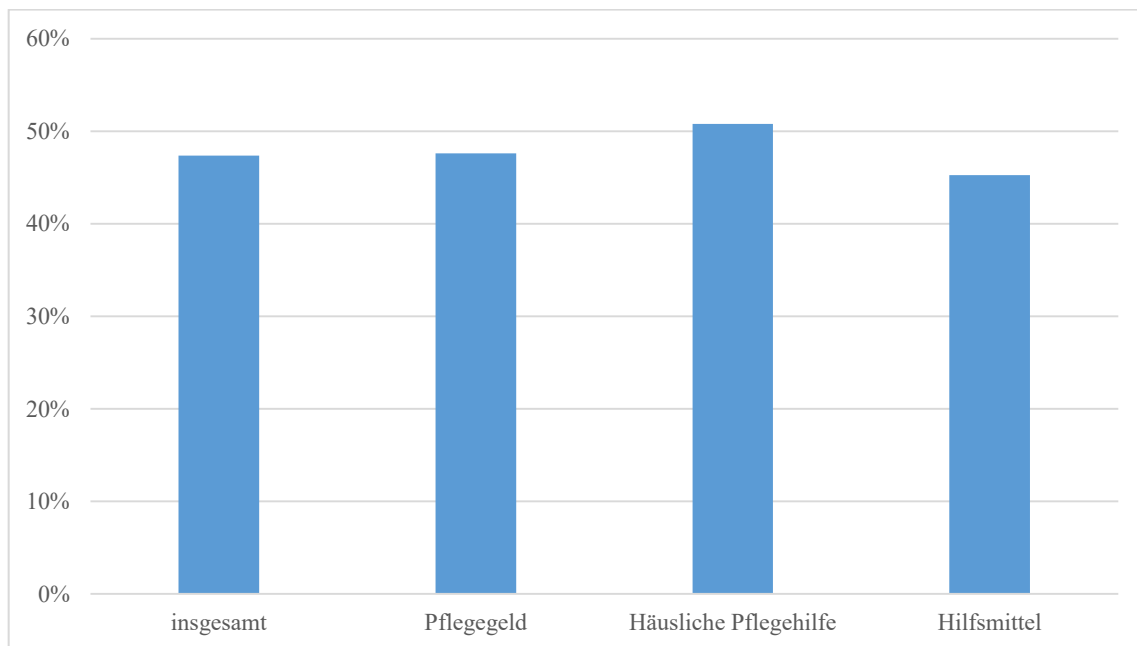
Abbildung 52: Anteil der vollstationär versorgten Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege mit zusätzlichen Pflegeleistungen eines anderen Trägers



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2005 bis 2017), eigene Darstellung

Eine Betrachtung des Anteils der HzP-Empfänger*innen mit *zusätzlichen Pflegeleistungen außerhalb von Einrichtungen* im zeitlichen Verlauf ist leider nicht möglich, da sich im Rahmen der Recherche herausgestellt hat, dass die diesbezüglich ausgewiesenen Daten des Statistischen Bundesamts seit der erstmaligen Ausweisung im Jahr 2005 bis zum Jahr 2016 fehlerhaft waren. Da es sich nach Auskunft des Statistischen Bundesamts um einen systematischen, technischen Fehler bei der Datenübertragung der Sozialämter an die Statistischen Landesämter handelte, können auch die Statistischen Landesämter keine validen Werte ausweisen. Abbildung 53 zeigt daher die Situation im *ambulantem Bereich* ausschließlich für das Jahr 2017. Der Anteil der *HzP-Empfänger*innen mit zusätzlichen Pflegeleistungen eines anderen Trägers außerhalb von Einrichtungen* betrug insgesamt 47,4 %. In der gleichen Höhe lag der Anteil der Pflegegeld-Empfänger*innen, während der Wert für die Häusliche Pflegehilfe etwas über (50,8 %) und für Hilfsmittel etwas unter dem Durchschnitt lag (45,3 %).

Abbildung 53: Anteil der ambulant versorgten Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege mit zusätzlichen Pflegeleistungen eines anderen Trägers im Jahr 2017



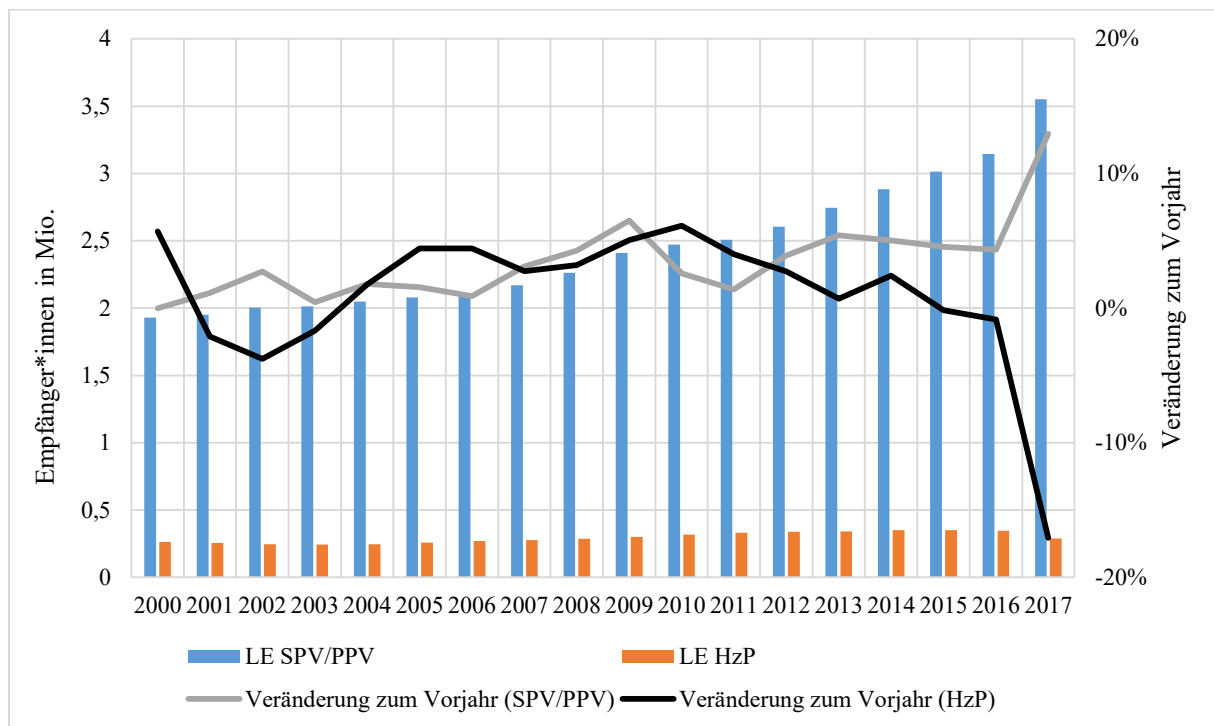
Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2017), eigene Darstellung

Vergleich der Entwicklung der Empfängerzahlen von Hilfe zur Pflege mit Empfängerzahlen der Sozialen und Privaten Pflegepflichtversicherung

Ein Vergleich der Entwicklung der Empfängerzahlen von Hilfe zur Pflege mit denen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sowie Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) erfolgt in Abbildung 54. Im Zeitraum von 2000 bis 2016, dem Jahr vor Inkrafttreten des PSG II, ist die Zahl der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege insgesamt weniger stark gestiegen als die der Pflegebedürftigen der SPV und PPV. Der Gesamtanstieg der Zahl der Leistungsempfänger*innen der SPV und PPV in diesem Zeitraum liegt bei 63 % (durchschnittlich 3,1 % pro Jahr), der Anstieg in der Hilfe zur Pflege beträgt hingegen lediglich 33,1 % (durchschnittlich 1,8 % pro Jahr).¹⁹ Noch deutlicher fällt der Vergleich aus, wenn das Jahr 2017 und damit der PSG II-Effekt miteinbezogen wird. In dieser Betrachtung liegt der Gesamtanstieg der Zahl der SPV- sowie PPV-Empfänger*innen seit 2000 bei 84,2 % (durchschnittlich 3,7 % pro Jahr), während der Anstieg der Bezieher*innen von Hilfe zur Pflege lediglich 10,2 % (durchschnittlich 0,6 % pro Jahr) beträgt. Hier wird erneut der entlastende Effekt des PSG II auf die Pflegebedürftigen sichtbar, die durch die Leistungsverbesserungen seltener auf ergänzende Unterstützung im Rahmen der Hilfe zur Pflege angewiesen sind.

¹⁹ Hier und nachfolgend wird jeweils auf das geometrische Mittel abgestellt.

Abbildung 54: Vergleich der Entwicklung der Empfängerzahlen von Hilfe zur Pflege mit Empfängerzahlen der Sozialen und Privaten Pflegepflichtversicherung



Quelle: PG 2-Statistik der SPV, PKV-Zahlenberichten und Statistik der Sozialhilfe (2000 bis 2016)

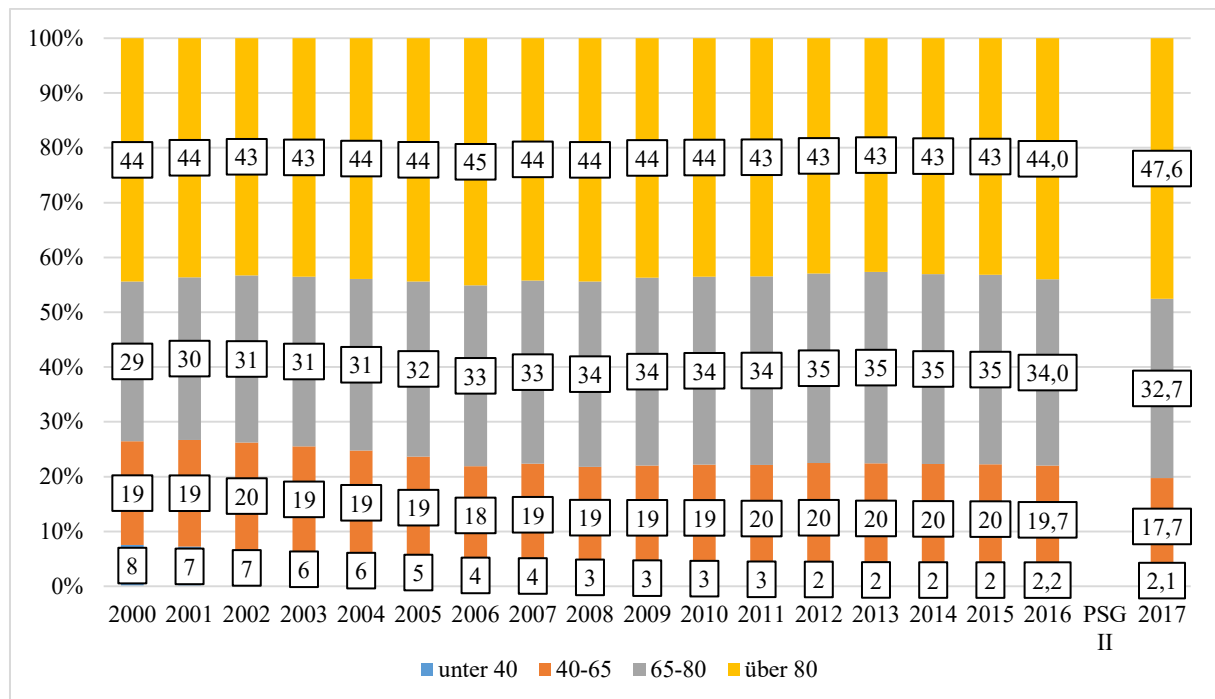
Das Auseinanderlaufen der beiden Entwicklungskurven im Jahr 2017 verdeutlicht das interdependente Verhältnis von Pflegeversicherung und Hilfe zur Pflege, in dem eine Ausweitung der Leistungen in der Pflegeversicherung (mit oder ohne Ausweitung des Bezieherkreises) zu einer *Verringerung der Empfängerzahlen von Hilfe zur Pflege* führt. Im Rahmen des PSG II hat sich demnach die Zahl der Leistungsbezieher*innen von SPV sowie PPV um etwa 13 % erhöht, während die HzP-Empfängerzahlen um 17,2 % gesunken sind. Im Jahr 2002 ist ein ähnlicher Effekt zu erkennen. In diesem Jahr konnten Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) erstmals Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Die Empfängerzahlen von SPV und PPV stiegen in der Folge um 2,7 %, während 3,8 % weniger Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege verzeichnet wurden. Auch im Zuge der Leistungsausweitungen im Rahmen des Pflegeneuordnungsgesetzes (PNG) und Pflegestärkungsgesetzes I (PSG I) (2013-2016) zeigen sich gegenläufige Entwicklungen.

Entwicklung der Altersstruktur der HzP-Empfänger*innen

Die Altersstruktur der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege hat sich über die Jahre gewandelt (Abbildung 55). Der Anteil der Leistungsbezieher*innen unter 40 Jahre hat sich kontinuierlich von 7,5 % im Jahr 2000 auf 2,2 % im Jahr 2016 verringert. Der Anteil der 40 bis 65-jährigen erhöhte sich in diesem Zeitraum leicht von 18,9 % auf 19,7 %. Deutlich gesteigert von 29,2 % im Jahr 2000 auf 34 % im Jahr 2016 hat sich indes der Anteil der 65 bis 80-jährigen, während der Anteil der über 80-jährigen stabil bei etwa 44 % blieb.

Eine deutliche Veränderung der Altersstruktur ist im Jahr 2017 zu erkennen. Der Anteil der über 80-jährigen erhöhte sich um 3,6 Prozentpunkte auf nun 47,6 %, während der Anteil der anderen Altersgruppen entsprechend gesunken ist.

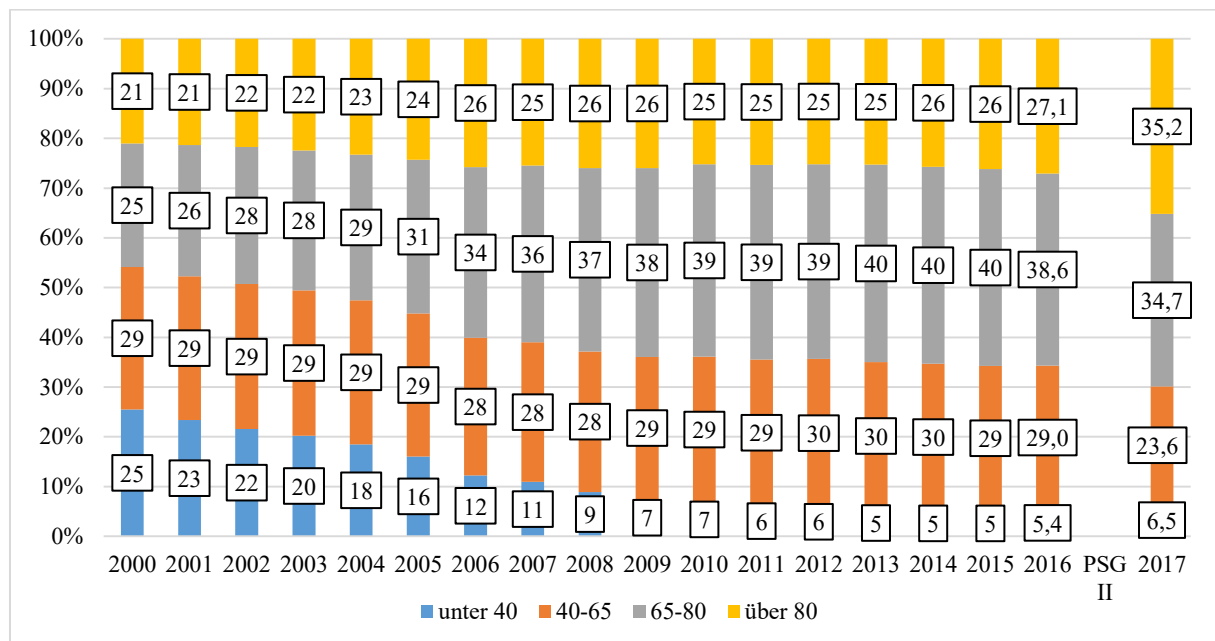
Abbildung 55: Altersstruktur der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2005 bis 2016), eigene Darstellung

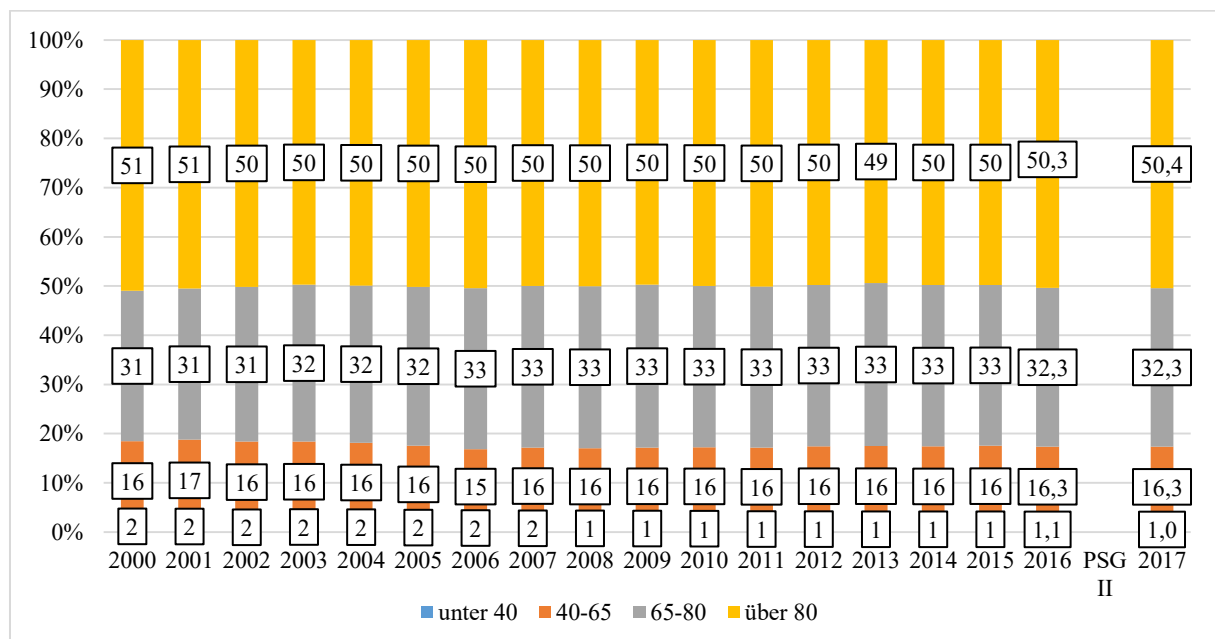
Bei Betrachtung der nach ambulanten und stationären Settings getrennten Altersstruktur wird deutlich, dass die Verschiebung in der Altersstruktur im Jahr 2017 ausschließlich auf die Veränderungen im ambulanten Bereich zurückzuführen sind (Abbildung 56), da sich die Altersstruktur im stationären Bereich nicht verändert hat (Abbildung 57).

Abbildung 56: Altersstruktur der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege in ambulanten Settings



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2000 bis 2017), eigene Darstellung

Abbildung 57: Altersstruktur der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege in stationären Settings



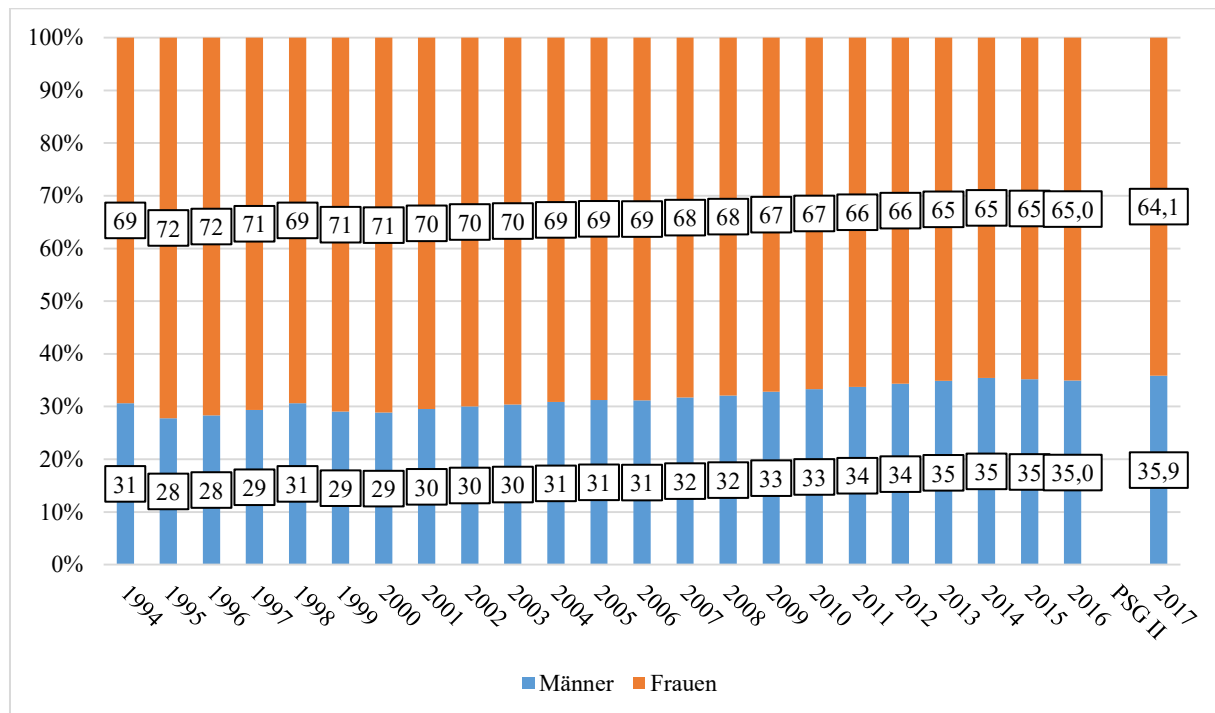
Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2000 bis 2017), eigene Darstellung

Entwicklung der HzP-Empfängerzahl nach Geschlecht

Der Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege nach Geschlecht hat sich über die Jahre leicht verändert (Abbildung 58). Bis zum Jahr 2006 lag der Anteil der männlichen HzP-Empfänger*innen etwa zwischen 28 % und 31 %. Seitdem hat sich dieser Wert schrittweise auf knapp 35,9 % im Jahr

2017 erhöht. Hierfür dürfte die steigende Lebenserwartung von Männern verantwortlich sein. Diese liegt zwar grundsätzlich weiterhin unter der Lebenserwartung von Frauen, jedoch nähern sich die beiden Werte seit geraumer Zeit an (RKI 2015), sodass mehr Männer in das Alter kommen, in dem Pflegebedürftigkeit häufig ist. Zudem war die Vergangenheit noch durch Kohorten geprägt, bei denen die Weltkriegstoten das Geschlechterverhältnis verzerrt haben. Diese Kohorten der aktiven Teilnehmer des 2. Weltkriegs sind inzwischen weitgehend verstorben, sodass der Männeranteil bei den Hochaltrigen zugenommen hat.

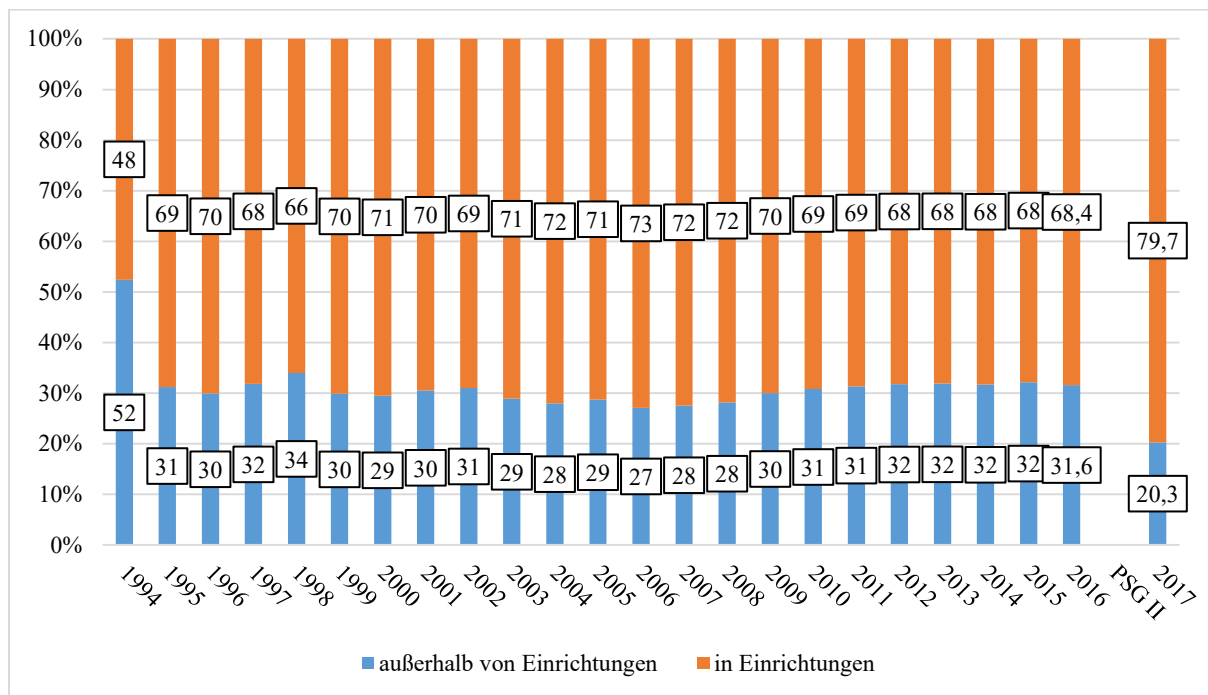
Abbildung 58: Verteilung der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege nach Geschlecht



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (1994 bis 2017), eigene Darstellung

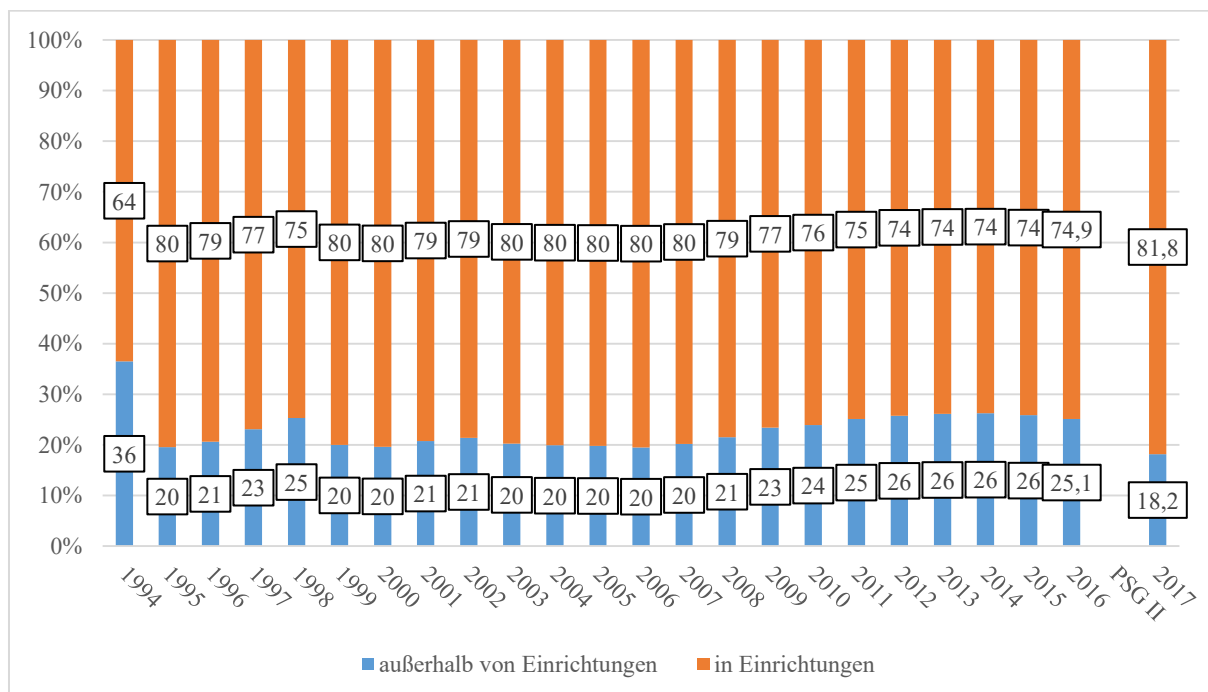
Eine nach Geschlecht differenzierte Betrachtung der Verteilung auf ambulante und stationäre Versorgungssettings erfolgt in Abbildung 59 und Abbildung 60. Die Ausgangslage im Jahr 1994 zeigt, dass mehr als die Hälfte (52,4 %) der männlichen HzP-Empfänger*innen außerhalb von Einrichtungen versorgt wurde, während dieser Wert bei den Frauen nur bei 36,5 % lag. Nach Einführung der Pflegeversicherung sank der Anteil der ambulant versorgten HzP-Empfänger*innen in beiden Gruppen, jedoch insbesondere bei den Männern, wodurch sich die Verteilung beider Geschlechter angenähert hat. Im Jahr 1995 wurden 31,2 % der Männer und 19,6 % der Frauen mit HzP-Bezug ambulant gepflegt. In den folgenden Jahren pendelte dieser Wert bei den männlichen HzP-Empfänger*innen zwischen 27 % und 34 % und lag im Jahr 2016 bei 31,6 %, bei den Frauen stieg er auf 25,1 %. Wie bereits durch die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 reduzierte sich im Jahr 2017 der Anteil der ambulant versorgten Männer stärker als bei den Frauen (11,3 gegenüber 6,9 Prozentpunkte). Dies ist mutmaßlich darauf zurückzuführen, dass die Erwerbsbiographie vieler Männer eine bessere finanzielle Situation im Alter nach sich zieht und sie seltener auf Unterstützung durch die Sozialhilfe angewiesen sind (Trischler/Kistler 2012: 10ff.).

Abbildung 59: Verteilung der männlichen Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege nach Ort der Leistungserbringung



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (1994 bis 2017), eigene Darstellung

Abbildung 60: Verteilung der weiblichen Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege nach Ort der Leistungserbringung



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (1994 bis 2017), eigene Darstellung

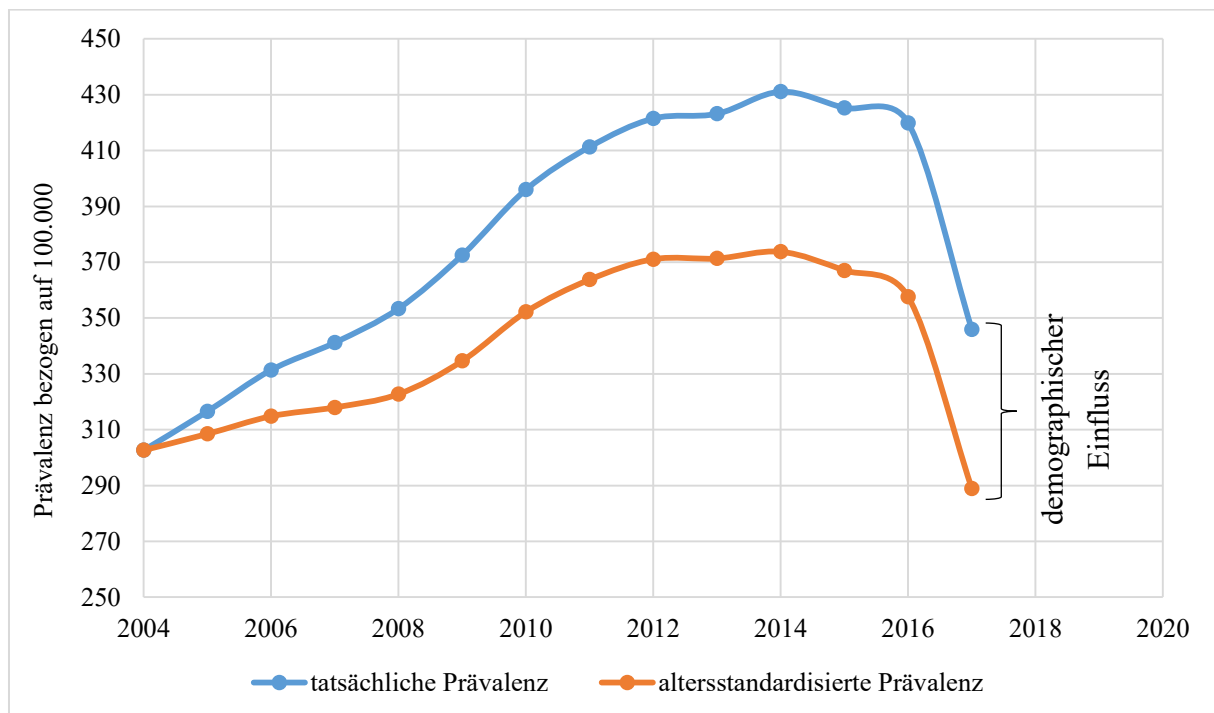
3.2.2 Referenzmodell der Empfängerzahlen der Hilfe zur Pflege

Zur Quantifizierung des PSG II-Reformeffekts auf die Zahl der HzP-Empfänger*innen wurde ein Referenzmodell entwickelt (vgl. Abschnitt 2.3). Grundsätzlich orientiert sich das Modell an dem in Abschnitt 3.1.5 beschriebenen Referenzmodell für die soziale Pflegeversicherung (SPV). Der dort genannte demographische Einflussfaktor und der Einfluss von Gesetzesänderungen gelten auch hier. Bei der Sozialhilfe ist aber davon auszugehen, dass weitere Faktoren einen Einfluss auf die Zahl der Leistungsempfänger*innen haben. Hierzu gehören u. a. die Entwicklung der Privatvermögen, die allgemeine Wohlstandsentwicklung, Veränderungen beim Zugang zu anderen Sozialhilfe- oder Sozialversicherungsarten und Kohorteneffekte (bspw. typische Erwerbsverläufe mit Auswirkung auf die Einkommenssituation im Alter). Da derartige Effekte mangels geeigneter Daten im Rahmen dieses Auftrags nicht abgebildet werden können, wird auf die Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren verzichtet.

Quantifizierung des demographischen Effekts

Wie im Rahmen des Referenzmodells der SPV werden für das Referenzmodell der Hilfe zur Pflege zunächst die Entwicklung der Leistungsempfänger*innen in Bezug zur Entwicklung der Gesamtbevölkerung gesetzt und Prävalenzen berechnet. Daran anknüpfend wird eine Altersstandardisierung auf Basis der Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2004 durchgeführt. Auf diese Weise können die Effekte einer alternden Bevölkerung im Zuge des demographischen Wandels von anderen Effekten exkludiert werden. In Abbildung 61 ist die tatsächliche Prävalenz der altersstandardisierten Prävalenz gegenübergestellt. Hierbei ist deutlich zu erkennen, dass die Entwicklung der altersstandardisierten Empfängerzahlen erheblich geringer ausfällt (358 pro 100.000 gegenüber 420 pro 100.000 im Jahr 2016 sowie 289 pro 100.000 gegenüber 346 pro 100.000 Einwohner*innen im Jahr 2017). Diese Differenz kann als demographischer Effekt interpretiert werden, der von den Effekten der in diesem Zeitraum erfolgten Gesetzesänderungen getrennt werden soll.

Abbildung 61: Darstellung des demographischen Effekts auf die Entwicklung der HzP-Empfängerzahlen



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2004 – 2017), eigene Berechnungen und Darstellung

Quantifizierung des Gesamtreformeffekts

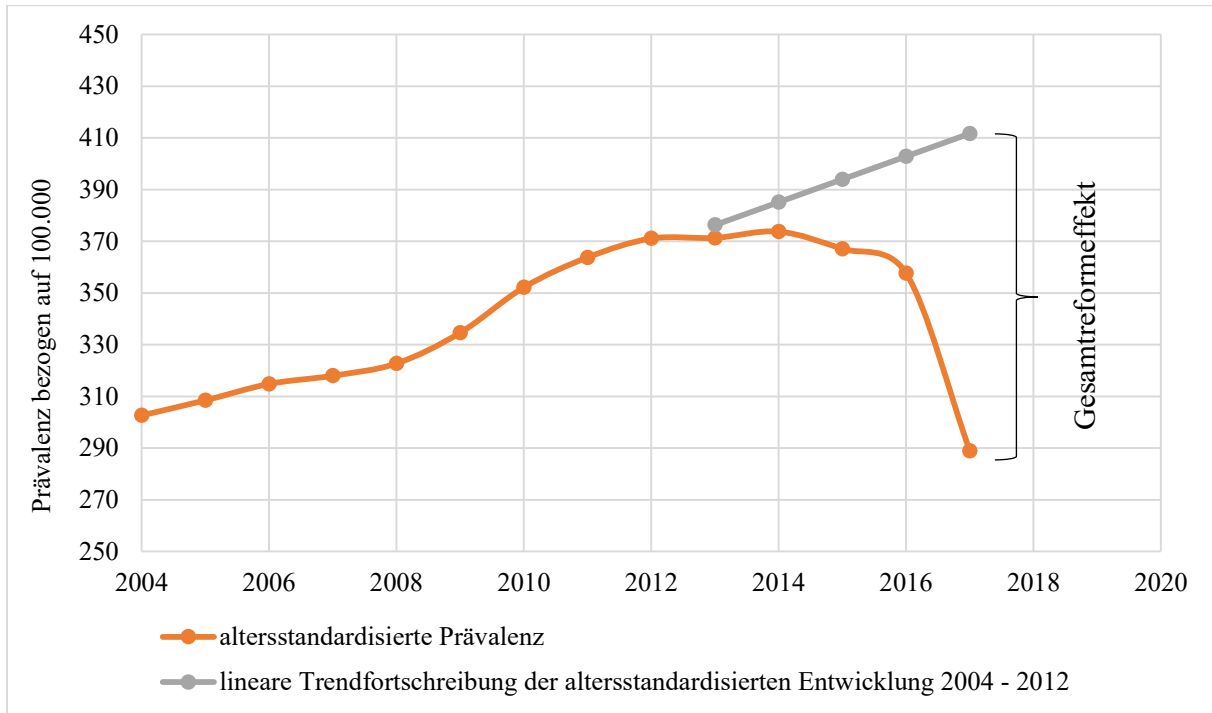
Als Nächstes sollen die Einflüsse der Pflegereformen abgebildet werden. Dies erfolgt analog zum Referenzmodell der SPV mittels einer linearen Trendfortschreibung. Im Rahmen des SPV-Modells wurden die Jahre 2000 bis 2017 zugrunde gelegt. In diesem Zeitraum wurden mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG, 2001), dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG, 2008), dem Pflegeneuordnungsgesetz (PNG, 2012) sowie den Pflegestärkungsgesetzen I bis III (PSG I bis III) diverse Pflegereformen durchgeführt. Das PflEG etablierte dabei einen ersten, lediglich rudimentären Leistungsanspruch für PEA. Das PfwG hatte den Anspruch, in der Vergangenheit ausgebliebene Leistungserhöhungen nachzuholen und die bestehenden Leistungen für PEA auszubauen.

Da die Empfängerzahl der Hilfe zur Pflege von 2000 bis 2003 gesunken und ab 2004 relativ konstant gestiegen ist, wird als Startpunkt der linearen Trendfortschreibung das Jahr 2004 gewählt. Das PNG sowie die PSG I und II werden gemeinhin als zusammengehörige „große Pflegereform“ (Rothgang/Kalwitzki 2015) betrachtet, die mit Inkrafttreten der wichtigsten Aspekte des PNG im Jahr 2013 ihren Anfang nahm. Tatsächlich hat sich die reale Steigerungsrate der HzP-Empfängerzahlen besonders ab dem Jahr 2013 verlangsamt (vgl. Abschnitt 3.2.1). Aus diesem Grund wird zur Quantifizierung des Gesamtreformeffekts die Entwicklung der altersstandardisierten Prävalenz zwischen 2004 und 2012 als linearer Trend fortgeschrieben (Abbildung 62).

Da der demographische Effekt durch die Altersstandardisierung herausgerechnet worden ist, stellt die Differenz zwischen der fortgeschriebenen Trendreihe und der altersstandardisierten Prävalenz den Gesamtreformeffekt, also das gemeinsame Wirken des PNG, PSG I und PSG II dar. Nach dieser

Modellrechnung wäre die altersstandardisierte Zahl der HzP-Empfänger*innen ohne die Reformkaskade seit dem PNG mit 412 pro 100.000 Einwohner*innen deutlich höher ausgefallen als die tatsächliche altersstandardisierte Prävalenz (289 pro 100.000 Einwohner*innen).

Abbildung 62: Darstellung des Gesamtreformeffekts auf die Entwicklung der HzP-Empfängerzahlen

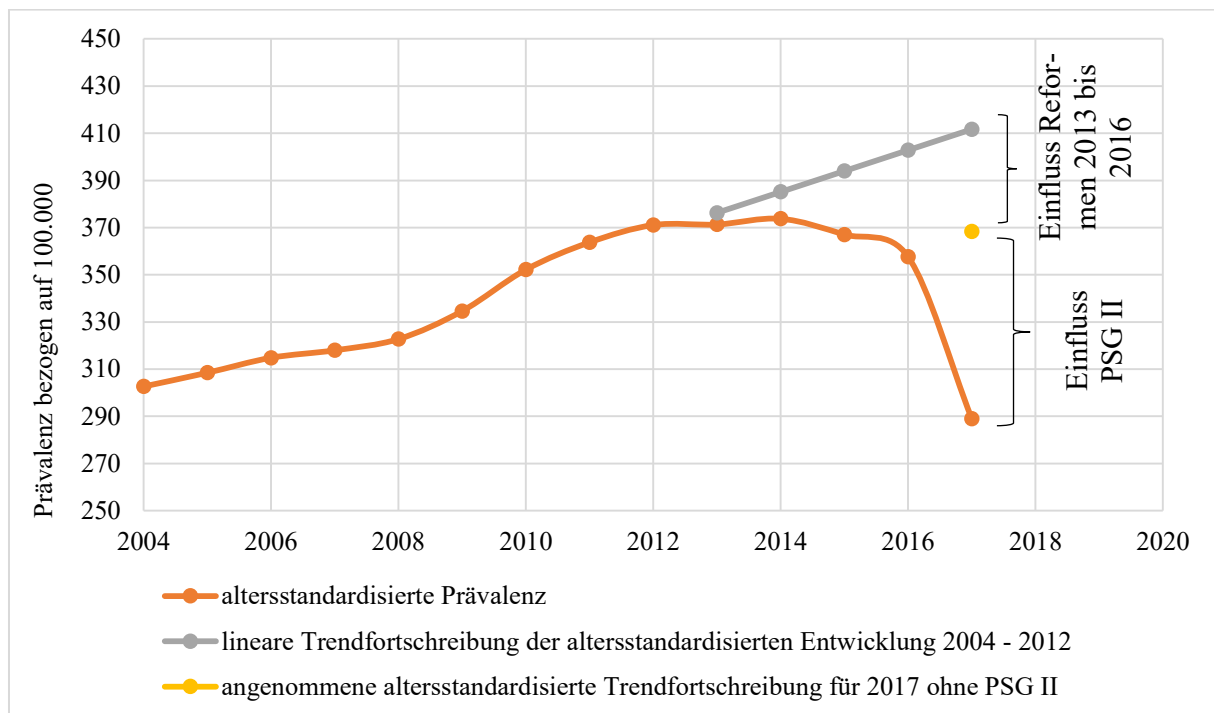


Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2004 – 2017), eigenen Berechnungen und Darstellung

Quantifizierung der spezifischen Reformeffekte

Um die spezifischen Reformeffekte zu bestimmen, muss der zuvor ermittelte Gesamtreformeffekt in den PNG/PSG I-Effekt und den PSG II-Effekt getrennt werden. Dazu wird eine Fortschreibung des altersstandardisierten linearen Trends zwischen 2013 und 2016 vorgenommen, der durch den gelben Punkt in Abbildung 63 dargestellt wird. Dieser Punkt stellt somit eine Situation dar, in der auf die Reformen des PNG und PSG I keine weitere Reform folgte. Die Differenz zwischen diesem Punkt und der zuvor ermittelten Trendreihe (graue Punkte) stellt den PNG/PSG I-Effekt, die Differenz zwischen der Trendfortschreibung und der altersstandardisierten Prävalenz den PSG II-Effekt dar. Demnach wäre die altersstandardisierte Prävalenz ohne das PSG II mit 368 gegenüber 289 pro 100.000 Einwohner*innen höher ausgefallen.

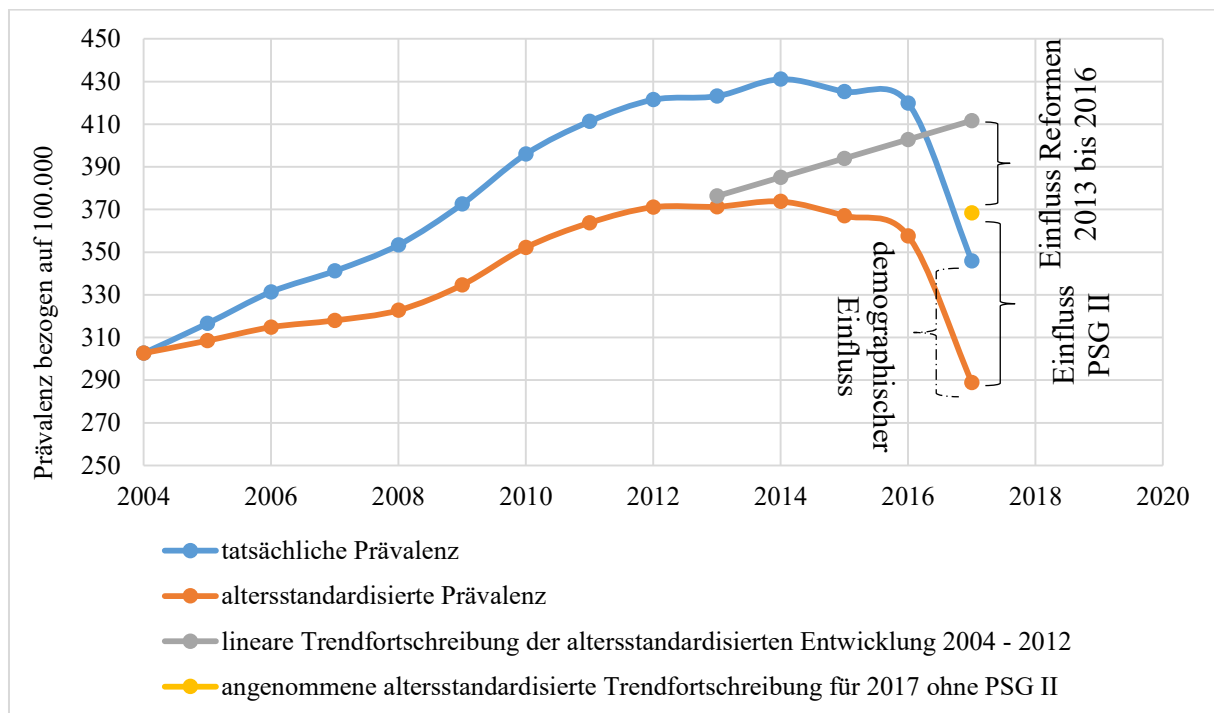
Abbildung 63: Darstellung der spezifischen Reformeffekte auf die Entwicklung der HzP-Empfängerzahlen



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2004 – 2017), eigenen Berechnungen und Darstellung

Abbildung 64 zeigt die beschriebenen Effekte zusammen in einer Grafik. Im Gegensatz zum Referenzmodell der SPV unterliegt das HzP-Referenzmodell *gegenläufigen Einflüssen*. Während der demographische Effekt analog zum SPV-Modell die Zahl der Empfänger*innen steigen lässt, haben die erwähnten Pflegereformen inklusive des PSG II aufgrund der Leistungssteigerungen und neuen Zusatzleistungen einen entlastenden Effekt auf die Hilfe zur Pflege. Insgesamt kann den in diesem Modell gemessenen Effekten ein Einfluss auf die Prävalenz von 66 pro 100.000 Einwohner*innen zugerechnet werden. Ohne demographische und Reformeffekte läge die Prävalenz der HzP-Empfänger*innen also um 66 pro 100.000 Einwohner*innen höher. Dieser rechnerische Unterschied setzt sich folgendermaßen zusammen: Durch den Einfluss des PNG und PSG I zwischen 2013 und 2016 wurde bei 43 und durch das PSG II nochmals bei 80 pro 100.000 Einwohner*innen eine Sozialhilfebedürftigkeit im Sinne der Hilfe zur Pflege vermieden (Gesamtreformeffekt: 123 pro 100.000 Einwohner*innen). Durch den demographischen Effekt, der gegenläufig zu den HzP-entlastenden Reformeffekten wirkt, wurden im betrachteten Zeitraum jedoch 57 zusätzliche Einwohner*innen pro 100.000 sozialhilfebedürftig. In der Folge lag die tatsächliche Prävalenz bei 346 statt der berechneten, von Demographie- und Reformeffekten bereinigten, Prävalenz von 412 Einwohner*innen pro 100.000 ($346 - 412 = -66 = -43 - 80 + 57$). Bezogen auf den reinen Reformeinfluss kann das PSG II für 65 % und das PNG sowie das PSG I für 35 % des Gesamtreformeffektes verantwortlich gemacht werden.

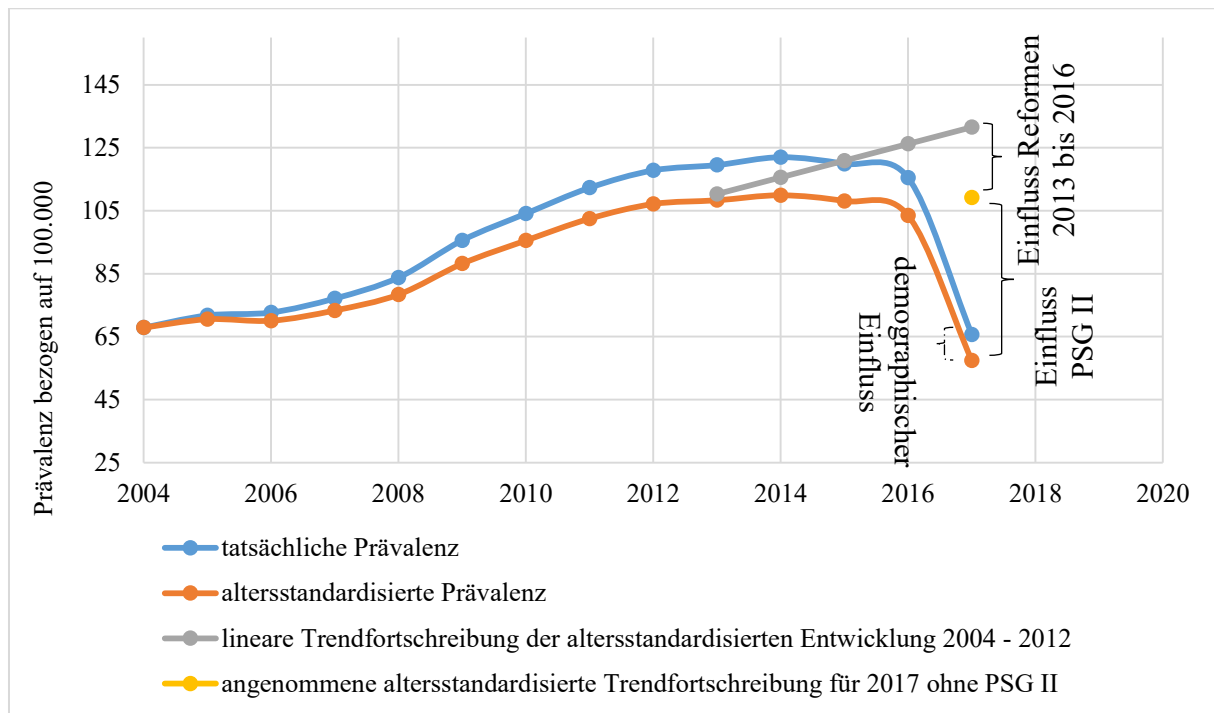
Abbildung 64: Gesamtdarstellung der quantifizierten Effekte auf die Entwicklung der HzP-Empfängerzahlen



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2004 – 2017), eigenen Berechnungen und Darstellung

Auf Basis des beschriebenen Vorgehens für die Gesamttempfängerzahl der Hilfe zur Pflege wurden außerdem Modellberechnungen für ambulant und stationär versorgte HzP-Empfänger*innen durchgeführt. Das *Referenzmodell für den ambulanten Bereich* ist in Abbildung 65 dargestellt. Die tatsächliche Prävalenz lag hier im Jahr 2017 mit 66 pro 100.000 Einwohner*innen nur bei der Hälfte der von Demographie- und Reformeffekten bereinigten Prävalenz von 132 pro 100.000 Einwohner*innen. Die Demographie kann dabei rechnerisch für 8 zusätzliche HzP-Empfänger*innen pro 100.000 verantwortlich gemacht werden, während der Einfluss des PNG und des PSG I die Prävalenz um 22 und das PSG II um 52 Personen pro 100.000 Einwohner*innen reduziert hat ($66 - 132 = -66 = 8 - 22 - 52$). 70 % des Gesamtreformeffektes kann damit auf das PSG II und 30 % auf das Zusammenwirken von PNG und PSG I zurückgeführt werden.

Abbildung 65: Gesamtdarstellung des HzP-Referenzmodells für den ambulanten Bereich



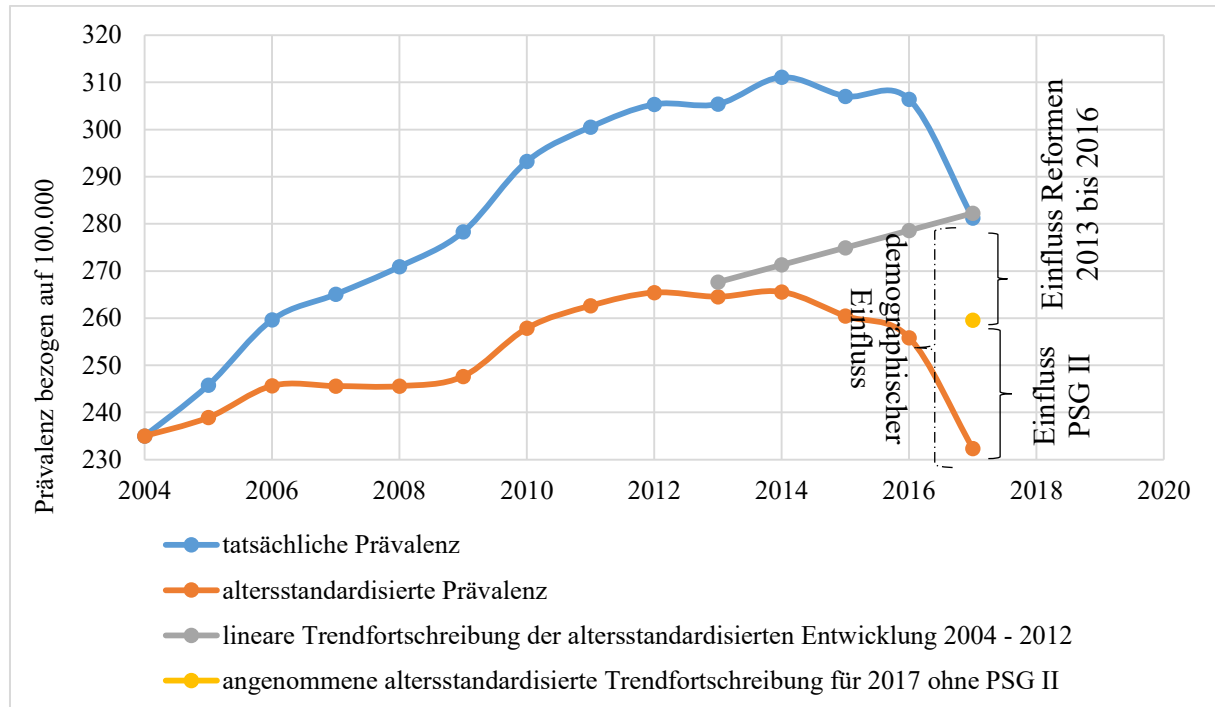
Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2004 – 2017), eigenen Berechnungen und Darstellung

Das *Referenzmodell für stationäre Settings* wird in Abbildung 66 gezeigt. Die tatsächliche Prävalenz im Jahr 2017 lag hier bei 281, der altersstandardisierte und um Reformeffekte bereinigte Wert bei 282 pro 100.000 Einwohner*innen. Der Einfluss der Demographie hat die Prävalenz um 49 pro 100.000 Einwohner*innen erhöht. Durch die Reformeffekte zwischen 2013 bis 2016 fällt die tatsächliche Prävalenz jedoch um 23 und durch das PSG II um 27 pro 100.000 Einwohner*innen geringer aus ($281 - 282 = -1 = 49 - 23 - 57$). Der Anteil am reinen Reformeffekt liegt für das PNG und PSG I bei 46 %, für das PSG II bei 54 %. Im Gegensatz zum Modell für den ambulanten Bereich sowie für die Gesamtempfängerzahl erreicht der demographische Effekt hier also fast die gleiche Größenordnung wie die Reformeffekte. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass stationäre Settings sensibler auf die demographische Alterung reagieren. So erreicht die altersstandardisierte Prävalenz im Jahr 2017 im ambulanten HzP-Bereich 87,4 % der tatsächlichen Prävalenz, während dieser Wert für stationär versorgte HzP-Empfänger*innen nur bei 82,6 % liegt.²⁰ Zum anderen wirken sich die Policy-Einflüsse im Zuge der Pflegereformen in den verschiedenen Settings unterschiedlich aus, wie bereits anhand der divergierenden Entwicklung der absoluten Empfängerzahlen gezeigt wurde (vgl. Abschnitt 3.2.1). Dies wiederum ist einerseits darauf zurückzuführen, dass die Leistungsverbesserungen im Rahmen des PNG, PSG I sowie PSG II vor allem auf den ambulanten Bereich abzielten. Andererseits fällt die absolute finanzielle Unterstützung von HzP-

²⁰ Diese Beobachtung trifft auch auf den SPV-Bereich zu, bei dem die altersstandardisierte Prävalenz für ambulant Versorgte 77,6 % und für stationäre SPV-Empfänger*innen 72,5 % der tatsächlichen Prävalenz erreicht. Die grundsätzlich niedrigeren Werte in der SPV ergeben sich, da der Leistungsanspruch in der SPV unabhängig von der finanziellen Situation ist. In der Hilfe zur Pflege müssen die Leistungsempfänger*innen zunächst ihr eigenes Vermögen aufbrauchen.

Empfänger*innen in ambulanter Versorgung tendenziell niedriger aus als im stationären Bereich, wodurch überproportional viele ambulant versorgte Personen nicht mehr auf HzP-Leistungen angewiesen sind (vgl. dazu die Ausführungen zu den Pro-Kopf-Ausgaben in Abschnitt 3.2.3).

Abbildung 66: Gesamtdarstellung des HzP-Referenzmodells für den stationären Bereich



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2004 – 2017), eigenen Berechnungen und Darstellung

In der Folge haben die drei berücksichtigten Einflussfaktoren Demographie, PNG/PSG I sowie das PSG II in den Versorgungsbereichen unterschiedliche Auswirkungen auf die HzP-Empfängerzahlen. Tabelle 14 bildet diese Einflüsse in Prozent ab. Im Unterschied zu den Ausführungen zum SPV-Modell wurden die prozentualen Werte auf Basis der gesamten im Modell gemessenen Bewegung berechnet, unabhängig davon, ob die Variable die HzP-Zahlen erhöht oder gesenkt hat. Die Rechenzeichen in Klammern geben lediglich die Richtung des Effekts an.²¹ Der demographische Einfluss auf die HzP-Empfängerzahl liegt außerhalb von Einrichtungen mit 10 % deutlich unter dem Wert für stationäre Einrichtungen mit 49 %. In Einrichtungen werden die Reformeinflüsse also fast vollständig durch die Demographie egalisiert.

²¹ Beispielhaft soll die gesamte „Bewegung“ 60 pro 100.000 Einwohner*innen betragen. Diese setzt sich folgendermaßen zusammen: (+) 20 pro 100.000 (Demographie), (-) 20 pro 100.000 (Reformen 2013-2016) (-) 20 pro 100.000 (PSG II). De facto beträgt der Gesamteffekt -20 pro 100.000. Bleiben die Vorzeichen aber unberücksichtigt, ergibt sich eine „Gesamtbewegung“ von 60. Dies ist erforderlich, um nachvollziehbare Prozentangaben berechnen zu können, wenn sich die Effekte annähernd ausgleichen. Der demographische Wandel steigert die HzP-Empfängerzahl, die Reformen senken sie.

Tabelle 14: Einflüsse auf die HzP-Empfängerzahlen des Referenzmodells in Prozent:

Leistung	Veränderung durch		
	Demographie	Reformen 2013-2016	PSG II
Insgesamt	(+) 32 %	(-) 24 %	(-) 44 %
Außerhalb von Einrichtungen	(+) 10 %	(-) 27 %	(-) 63 %
In Einrichtungen	(+) 49 %	(-) 23 %	(-) 28 %

Quelle: Eigene Berechnungen

Die große Bedeutung der demographischen Entwicklung für den stationären Bereich ist auch optisch in Abbildung 66 zu erkennen. Die berechnete altersstandardisierte Trendfortschreibung für das Jahr 2017, die ein Szenario ohne PSG II abbildet (gelber Punkt), liegt hier unter (statt über) der tatsächlichen Prävalenz. Ebenso liegt der Datenpunkt der linearen Trendfortschreibung der altersstandardisierten Entwicklung zwischen 2004 und 2012 (graue Punktreihe) für das Jahr 2017 fast gleichauf mit der tatsächlichen Prävalenz.

Die beschriebenen Effekte wurden zur Veranschaulichung in Empfängerzahlen umgerechnet und in Tabelle 15 abgebildet. Unter der Annahme, dass sich die Zahl der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege so weiterentwickelt hätte wie im Zeitraum zwischen 2004 und 2012, also vor dem Einsetzen der großen mehrstufigen Pflegereform, konnte theoretisch mit einer HzP-Empfängerzahl von 342.003 im Jahr 2017 gerechnet werden. Tatsächlich lag die Zahl jedoch bei 287.352 und damit um 54.651 bzw. 16 % niedriger. Dies ist durch die Reformeffekte zwischen 2013 und 2017 zu erklären, durch die bei rechnerisch 101.997 Pflegebedürftigen (35.939 durch das PNG und PSG I sowie 66.058 durch das PSG II) eine Sozialhilfebedürftigkeit vermieden wurde. Allerdings mussten 47.347 zusätzliche Personen aufgrund demographischer Effekte im Rahmen der Hilfe zur Pflege unterstützt werden, sodass sich rechnerisch eine um 54.651 geringere HzP-Empfängerzahl ergab.

Tabelle 15: Einflüsse auf die HzP-Empfängerzahlen des Referenzmodells in absoluten Werten²²

Leistung	Veränderung durch			
	Insgesamt	Demographie	Reformen 2013-2016	PSG II
Insgesamt	-54.651	47.347	-35.939	-66.058
Außerhalb von Einrichtungen	-54.722	6.894	-18.598	-43.017
In Einrichtungen	-869	40.574	-18.865	-22.579

Quelle: Eigene Berechnungen

3.2.3 Entwicklung der Ausgaben

Die Entwicklung der nach ambulantem und stationärem Leistungsbereich differenzierten Nettoausgaben ist in Tabelle 16 und Abbildung 67 dargestellt. Im Jahr 1994, dem Jahr vor Einführung der Pflegeversicherung, mussten die Sozialhilfeträger insgesamt 6,6 Mrd. Euro netto für die finanzielle

²² Aufgrund des Modellcharakters addieren sich die Werte spaltenweise nicht exakt zu den Gesamtwerten.

Unterstützung von HzP-Empfänger*innen aufwenden. Etwa 5,8 Mrd. Euro und damit 88 % der Gesamtkosten wurden für Empfänger*innen in stationärer Versorgung aufgewendet, während die Ausgaben in ambulanten Settings lediglich 803 Mio. Euro bzw. 12 % der Gesamtkosten betrugen.

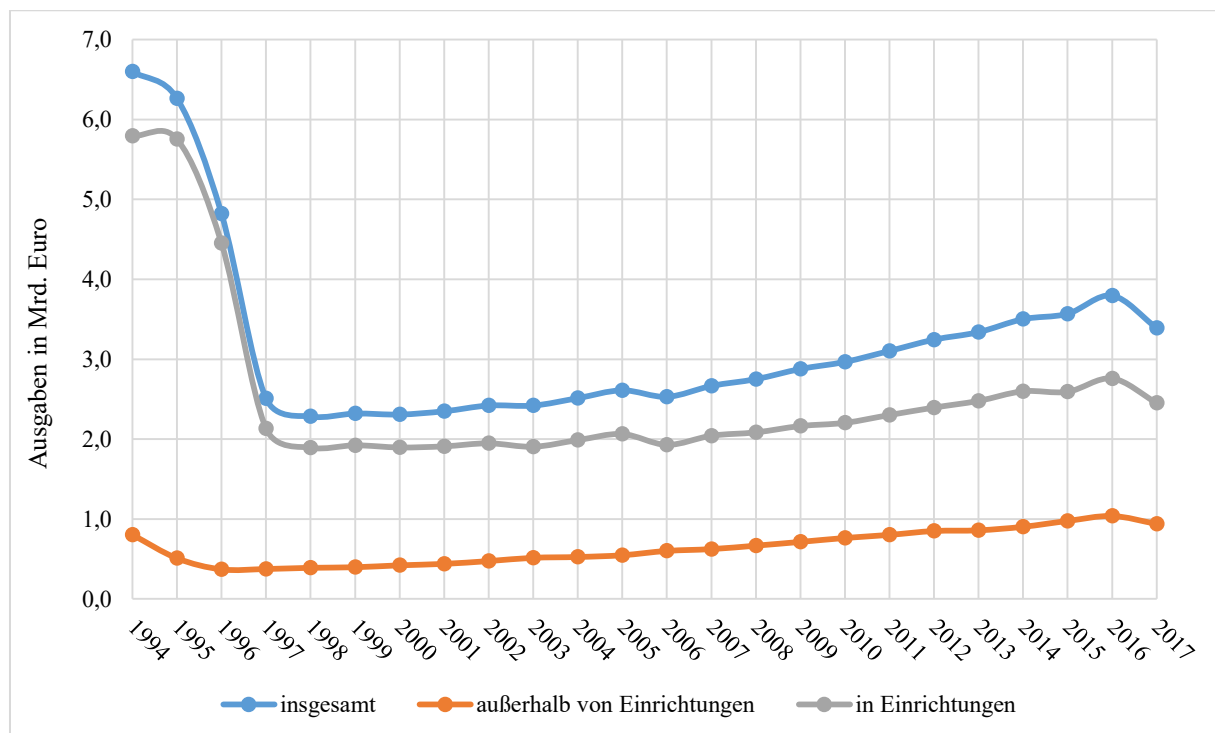
Nach Einführung der Pflegeversicherung fielen analog zur Entwicklung der Empfängerzahlen die Nettogesamtausgaben bis zum Jahr 1998. Bis zu diesem Zeitpunkt konnte eine Senkung auf etwa 2,3 Mrd. Euro erreicht werden, wobei diese Reduzierung mit 65,3 % im Vergleich zum Ausgangsjahr 1994 deutlicher ausfiel als der 51%ige Rückgang der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege. Seit diesem Tiefstand stiegen die Gesamtausgaben der Hilfe zur Pflege bis zum Jahr 2016, insbesondere ab Mitte der 2000er Jahre, mit einer durchschnittlichen Rate von 2,9 % und betrugen im Jahr 2016 knapp 3,8 Mrd. Euro. Dies entspricht 57,5 % des Ausgangswertes im Jahr 1994, womit die Ausgaben 66,2 % über dem Tiefstand im Jahr 1998 liegen.

Tabelle 16: Nettoaussgaben für Hilfe zur Pflege von 1994 bis 2017

Jahr	Nettoaussgaben in Millionen Euro			Veränderung zum Vorjahr in %		
	insgesamt	ambulant	stationär	insgesamt	ambulant	stationär
1994	6.599	803	5.796			
1995	6.264	509	5.754	-5,1%	-36,6%	-0,7%
1996	4.823	370	4.453	-23,0%	-27,3%	-22,6%
1997	2.509	375	2.133	-48,0%	1,4%	-52,1%
1998	2.284	390	1.894	-9,0%	4,0%	-11,2%
1999	2.320	397	1.923	1,6%	1,8%	1,5%
2000	2.308	421	1.896	-0,5%	6,0%	-1,4%
2001	2.349	439	1.910	1,8%	4,3%	0,7%
2002	2.421	474	1.948	3,1%	8,0%	2,0%
2003	2.420	515	1.905	0,0%	8,6%	-2,2%
2004	2.513	525	1.988	3,8%	1,9%	4,4%
2005	2.611	547	2.064	3,9%	4,2%	3,8%
2006	2.530	601	1.929	-3,1%	9,9%	-6,5%
2007	2.666	624	2.043	5,4%	3,8%	5,9%
2008	2.751	667	2.085	3,2%	6,9%	2,1%
2009	2.878	714	2.164	4,6%	7,0%	3,8%
2010	2.967	763	2.204	3,1%	6,9%	1,8%
2011	3.104	802	2.302	4,6%	5,1%	4,4%
2012	3.245	850	2.395	4,5%	6,0%	4,0%
2013	3.339	859	2.479	2,9%	1,1%	3,5%
2014	3.502	903	2.599	4,9%	5,1%	4,8%
2015	3.569	976	2.593	1,9%	8,1%	-0,2%
2016	3.796	1.038	2.759	6,4%	6,4%	6,4%
2017	3.391	939	2.453	-10,7%	-9,5%	-11,1%
	Veränderung 1994 bis 2017			Durchschnittliche Veränderung		
	-48,6%	16,9%	-57,7%	-2,9%	0,7%	-3,7%

Quelle: Statistik der Sozialhilfe (1994 bis 2017), eigene Berechnungen

Abbildung 67: Entwicklung der Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege



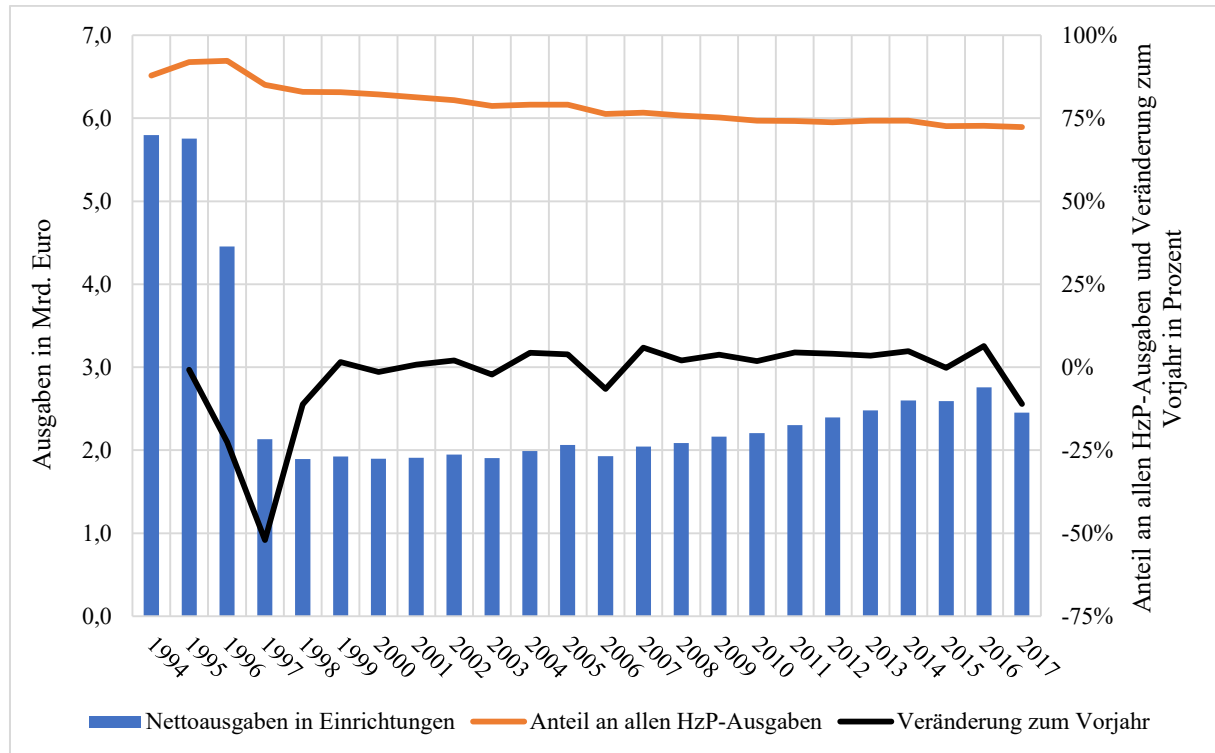
Quelle: Statistik der Sozialhilfe (1994 bis 2017), eigene Darstellung

Im Jahr 2017 sind die *Nettogesamtausgaben für Hilfe zur Pflege* nach Inkrafttreten der leistungsrechtlichen Regelungen des PSG II zum ersten Mal seit 1998 deutlich gesunken und betrugen nur noch 3,4 Mrd. Euro, was einer Reduzierung von etwa 400 Mio. Euro oder 10,7 % des Vorjahreswertes entspricht. Damit wurde wieder das Ausgabenvolumen des Jahres 2013 erreicht. Der größte Anteil an dieser Reduzierung ist auf Einsparungen im stationären Bereich zurückzuführen, für den etwa 2,5 Mrd. Euro und damit 300 Mio. Euro bzw. 11,1 % weniger als im Vorjahr aufgewendet wurden. Der Rückgang der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen entspricht also annähernd dem von Rothgang und anderen (2016: 56) im Vorfeld berechneten Einsparungspotential von 360 Mio. Euro. Im ambulanten Bereich wurden 2017 rund 940 Mio. Euro ausgegeben, was einer Einsparung von ca. 100 Mio. Euro bzw. 9,5 % im Vergleich zum Vorjahr entspricht. Dies ist vergleichbar mit der Situation nach Einführung der Pflegeversicherung, als die Kosten in stationären Settings ebenfalls stärker gefallen sind als in ambulanten Versorgungseinrichtungen.

Im gesamten Beobachtungszeitraum von 1994 und 2017 gingen die *Nettoaushgaben für Hilfe zur Pflege in Einrichtungen* im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung zunächst deutlich um 67,3 % auf ca. 1,9 Mrd. Euro im Jahr 1998 zurück (Abbildung 68). Seit diesem Tiefstand sind die Ausgaben im stationären Bereich bis zum Jahre 2016 mit einer jährlichen Rate von 2,1 % gestiegen und beliefen sich im Jahr 2016 auf etwa 2,8 Mrd. Euro. Die Ausgabensteigerung fiel damit geringer aus als die Steigerung der Zahl der Leistungsempfänger*innen, was sinkende Nettoausgaben pro Leistungsfall impliziert (vgl. auch Abbildung 71). Der erneute Rückgang von 9,5 % im Jahr 2017 im Vergleich zum Vorjahr fällt etwas höher aus als der Rückgang im Bereich der Empfänger*innen, der sich im gleichen Zeitraum auf 7,6 % beläuft. Der im Jahr 2017 erreichte Wert entspricht

dabei 42,3 % des Ausgangswertes im Jahr 1994 und liegt 29,5 % über dem Tiefstand des Jahres 1998. Damit unterscheidet sich die Entwicklung der Nettoausgaben für stationär versorgte HzP-Empfänger*innen deutlich von der Entwicklung außerhalb von Einrichtungen.

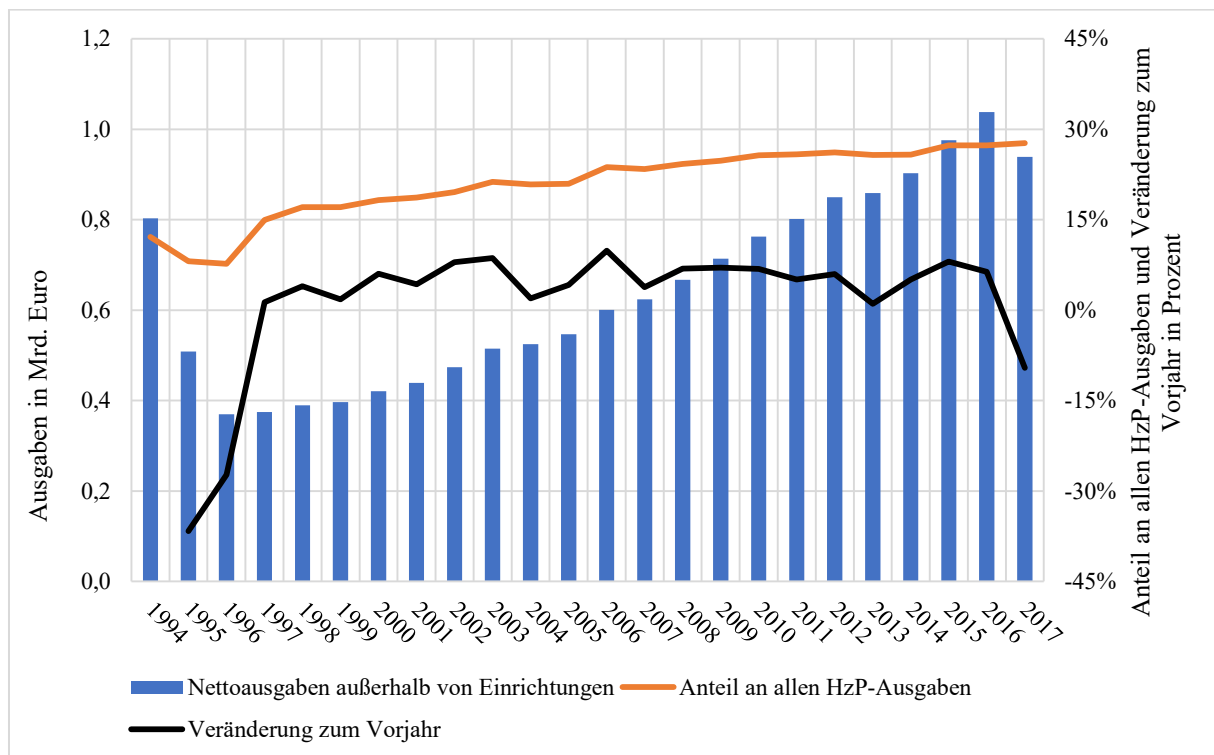
Abbildung 68: Entwicklung der Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege in Einrichtungen



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (1994 bis 2017), eigene Darstellung

Die Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen sind in den Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung auf 370 Mio. Euro im Jahr 1996 gefallen, und lagen damit 53,9 % unter dem Wert des Jahres 1994 (Abbildung 69). Die Nettoausgaben im ambulanten Bereich sind seit diesem Tiefstand bis 2016 mit einer Rate von 5,3 % pro Jahr deutlich stärker als die stationären Ausgaben (2,1 %) und etwas stärker als die Empfängerzahlen außerhalb von Einrichtungen (4,6 %) gestiegen. Während die Verringerung der ambulanten Nettoausgaben im Jahr 2017 mit 9,5 % im Vergleich zum Vorjahr nur leicht von der Entwicklung in stationären Settings abweicht, beträgt dieser Rückgang nur einen Bruchteil der Abnahme der ambulanten Empfängerzahlen in diesem Jahr (vgl. Abbildung 39). Die Nettoleistungsausgaben pro Fall sind somit deutlich gestiegen und werden weiter unten näher analysiert sowie mögliche Erklärungen für diese Entwicklung diskutiert (siehe Abbildung 71). Die Ausgaben außerhalb von Einrichtungen liegen im Jahr 2017 nur 16,9 % über dem Wert des Ausgangsjahres 1994, jedoch 153,8 % über dem Tiefstand im Jahr 1996.

Abbildung 69: Entwicklung der Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (1994 bis 2017), eigene Darstellung

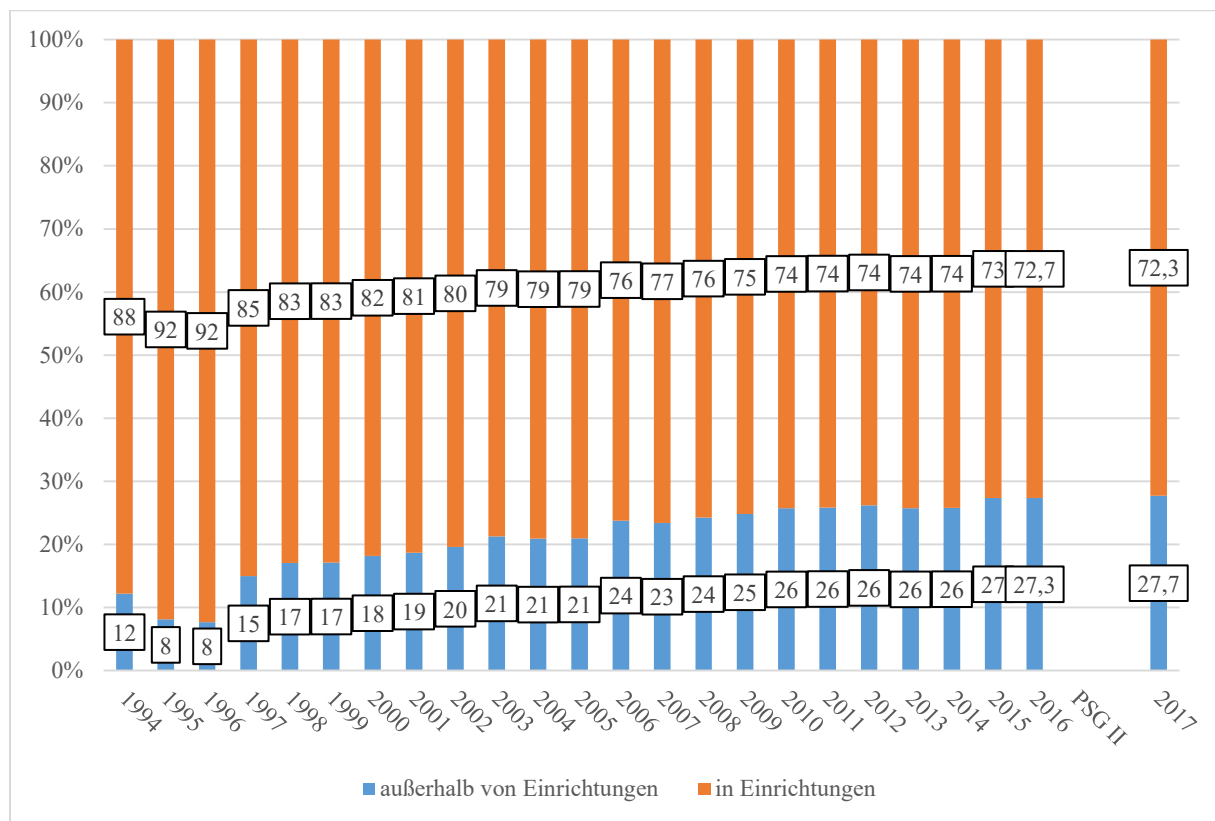
Im Jahr 2018 haben sich die Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege nur geringfügig geändert. Die Gesamtausgaben sind um 1,8 % auf 3,45 Mrd. Euro gestiegen. Diese Steigerung ist auf die Entwicklung im stationären Bereich zurückzuführen, in dem die Ausgaben um 2,6 % auf 2,52 Mrd. Euro gestiegen sind. Außerhalb von Einrichtungen wurde dagegen eine marginale Verringerung um 0,2 % auf 0,94 Mrd. Euro verzeichnet.²³

Verteilung der Ausgaben nach Ort der Leistungserbringung

Die seit ihrem Tiefstand deutlich höhere jährliche Steigerungsrate der Nettoausgaben in ambulanten Settings (5,3 % seit dem Tiefstand im Jahr 1996 bis 2016) gegenüber dem stationären Bereich (2,1 % seit dem Tiefstand im Jahr 1998 bis 2016) unterstreicht die wachsende Bedeutung des ambulanten Sektors in der deutschen Pflegelandschaft. Dies spiegelt sich auch im steigenden Anteil der Aufwendungen an den Gesamtausgaben für ambulant versorgte HzP-Empfänger*innen wider. Während diese im Jahr 1994 noch lediglich 12,2 % der Ausgaben für Hilfe zur Pflege ausmachten, betrug ihr Anteil 2016 bereits 27,3 % (Abbildung 70).

²³ Da die Statistik über die Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe für das Jahr 2018 erst nach dem offiziellen Projektende veröffentlicht wurde, wird an dieser Stelle lediglich ein ergänzender Abgleich der relevanten Maßzahlen für das Jahr 2018 gegeben

Abbildung 70: Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege nach Ort der Leistungserbringung



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (1994 bis 2017), eigene Darstellung

An dieser Stelle sind die Differenzen zwischen dem Anteil der HzP-Empfänger*innen im stationären und ambulanten Bereich sowie den anteiligen Ausgaben in beiden Bereichen berichtenswert. Obwohl im Jahr 1994 lediglich 58,6 % aller HzP-Empfänger*innen in Einrichtungen versorgt wurden (vgl. Abbildung 42), entfielen auf diese stationär Versorgten 87,8 % der Gesamtkosten. Für den ambulanten Bereich, in dem 41,4 % der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege versorgt wurden, wurden spiegelbildlich lediglich 12,2 % der Nettogesamtausgaben verwendet. Durch die Einführung der Pflegeversicherung stieg dieser Wert leicht auf 17,1 % im Jahr 1998²⁴, während der Anteil der ambulant versorgten Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege deutlich von 41,4 % auf 28,1 % im Jahr 1998 gesunken ist. In den folgenden Jahren erhöhten sich die anteiligen ambulanten Ausgaben für Hilfe zur Pflege schrittweise auf 27,3 % im Jahr 2016, der Anteil der ambulant betreuten HzP-Empfänger*innen betrug in diesem Jahr fast proportional 27,6 %. Bemerkenswerterweise und anders als im Bereich der Empfänger*innen hat das PSG II im Hinblick auf die Verteilung der Nettogesamtausgaben auf die Versorgungssettings keinen Trendbruch nach sich gezogen. Statt 27,3 % (2016) wurden im Jahr 2017 27,7 % der Nettogesamtausgaben für Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich ausgegeben. Der Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen ist indes von 27,4 % auf 18,9 % gesunken (vgl. Abbildung 42).

²⁴ Das Jahr 1998 wird hier als Vergleichszeitpunkt herangezogen, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die SPV-Leistungen im stationären Bereich erst im Jahr 1996 eingeführt worden sind und die unmittelbaren Einführungseffekte erst 1998 ausgelaufen sind.

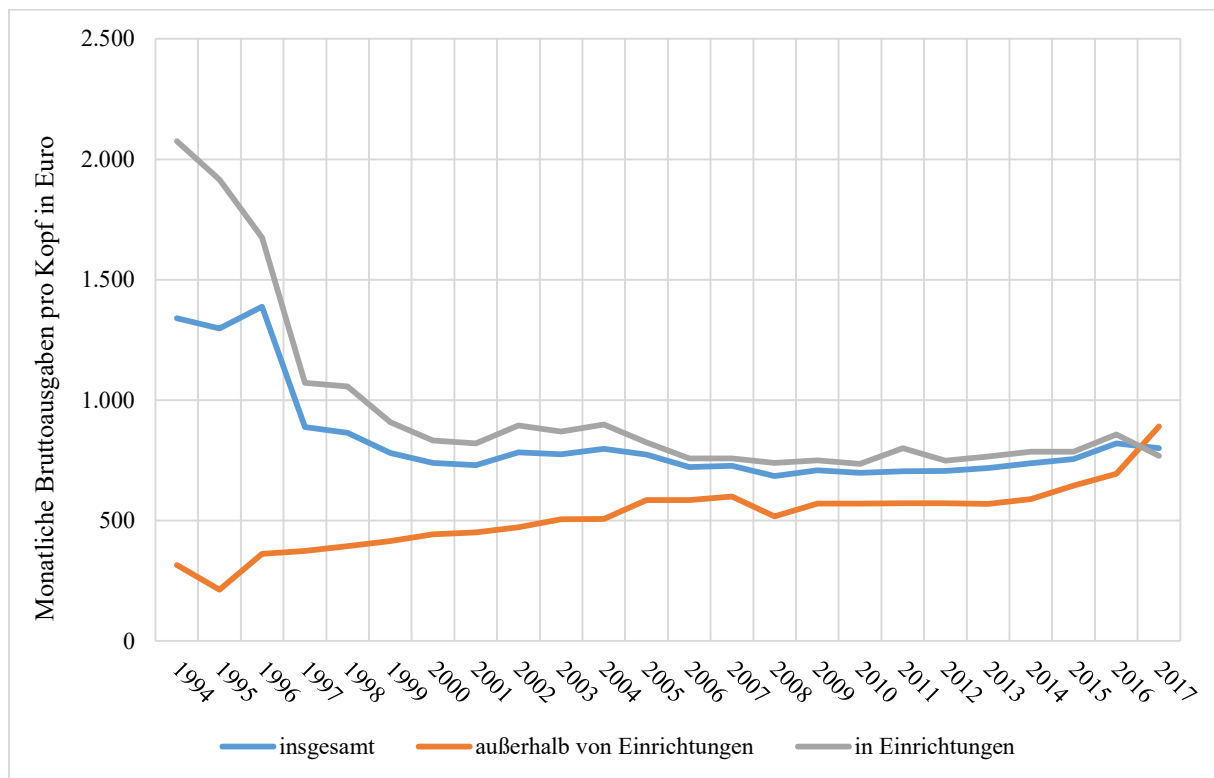
Pro-Kopf-Ausgaben für HzP-Empfänger*innen

Die bisher beschriebenen Entwicklungen zeigen sich auch in den monatlichen Bruttoausgaben pro HzP-Empfänger*in, die sich ergeben, wenn die Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege für das jeweilige Jahr ins Verhältnis zu den Empfängerzahlen²⁵ gesetzt und durch 12 geteilt werden. Der Grund dafür, dass an dieser Stelle nicht auf die Nettoausgaben, sondern die Bruttoausgaben abgestellt wird, liegt in der unvollständigen Sozialhilfestatistik für das Jahr 2017. In der Empfängerstatistik fehlen ca. 23.000 Pflegebedürftige, deren Verfahren zur Ermittlung und Feststellung des Pflegegrades noch nicht abgeschlossen war. In den vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Gesamtwerten der Brutto- sowie Nettoausgaben außerhalb und in Einrichtungen sind die Aufwendungen für diese Personengruppe jedoch enthalten. Aus diesem Grund können die Gesamtausgaben der beiden Versorgungsbereiche nicht ohne Verzerrung in Bezug zu den Zahlen der Empfängerstatistik gesetzt werden. Stattdessen können jedoch die Summen der einzelnen Leistungsarten herangezogen werden, die die Aufwendungen für die in der Empfängerstatistik fehlenden Pflegebedürftigen nicht enthalten. Für diese Leistungsarten liegen jedoch nur Bruttowerte vor, weshalb eine Betrachtung der Pro-Kopf-Ausgaben nur mit Bruttoangaben erfolgen kann. Die tatsächlichen monatlichen (Netto)ausgaben pro Kopf können lediglich geschätzt werden.

Im Jahr 1994 betrugen die Pro-Kopf-Ausgaben für ambulant versorgte HzP-Empfänger*innen 315 Euro und lagen damit deutlich unter dem Wert von 2.075 Euro für den stationären Bereich (Abbildung 71). Im Verlauf der folgenden Jahre näherten sich die Werte zunächst kontinuierlich an und lagen ab dem Jahr 2006 nur noch 150 Euro bis 230 Euro auseinander. Bis 2014 stagnierten die monatlichen Pro-Kopf-Ausgaben in beiden Bereichen und stiegen bis 2016 leicht auf 694 Euro außerhalb und 857 Euro in Einrichtungen.

²⁵ Im Gegensatz zu den Angaben des Kapitels 3.2.1 beruhen die zur Berechnung der Pro-Kopf-Ausgaben verwendeten Empfängerzahlen nicht auf Stichtagsdaten, sondern auf der Zahl der Empfänger*innen im gesamten Berichtsjahr.

Abbildung 71: Bruttoausgaben pro Empfänger*in von Hilfe zur Pflege nach Versorgungssektor

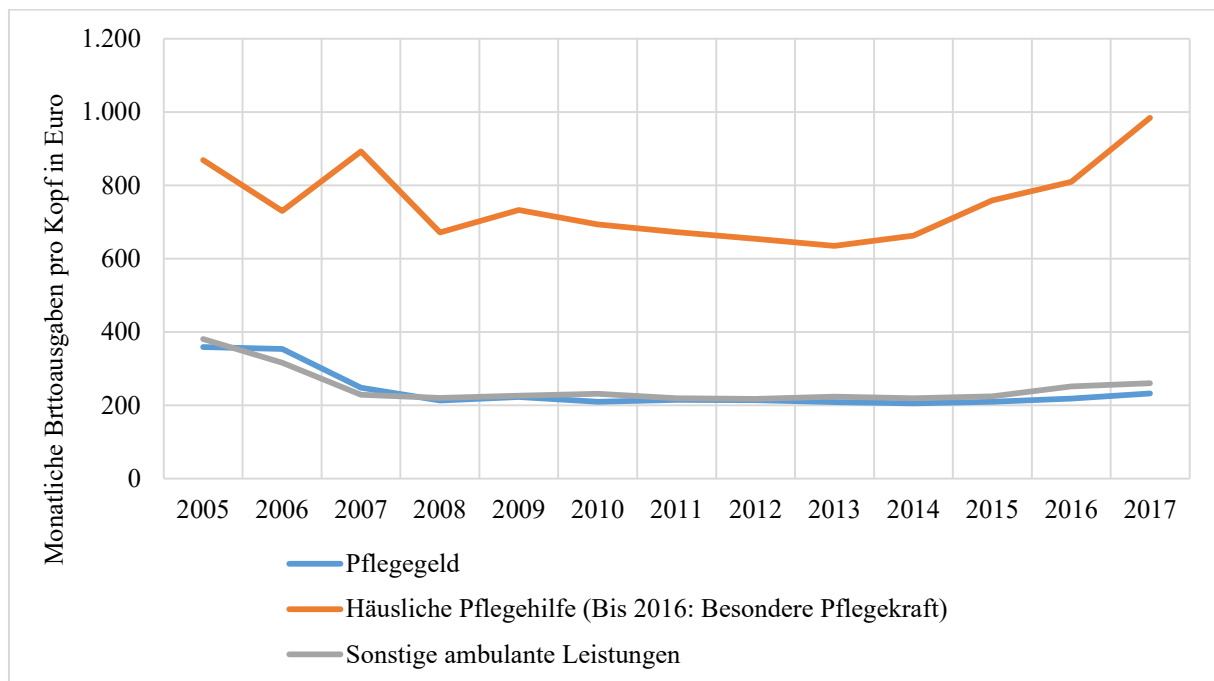


Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2005 bis 2017), eigene Berechnungen

Für das Jahr 2017 ergibt sich schließlich ein deutlicher Anstieg der Brutto-Pro-Kopf-Ausgaben für HzP-Empfänger*innen in ambulanter Versorgung um 28,4 % auf 891 Euro monatlich, während der Wert für den stationären Bereich sogar um 10,3 % auf 769 Euro sinkt. Um Nettoangaben zu schätzen, kann berechnet werden, wieviel Prozent der Bruttoausgaben die Nettoausgaben in den vergangenen Jahren betragen haben. Für die Pro-Kopf-Ausgaben insgesamt lag dieser Wert im Jahr 2016 bei 87,7 %, außerhalb von Einrichtungen bei 97,3 % und in Einrichtungen bei 84,5 %. Da sich diese Anteilswerte seit 2012 kaum verändert haben, werden für eine Schätzung der Nettoausgaben pro Kopf im Jahr 2017 die Werte des Jahres 2016 herangezogen. Demnach betrugen die monatlichen Nettoausgaben pro Kopf insgesamt 702 Euro, außerhalb von Einrichtungen 867 Euro und in Einrichtungen 650 Euro. Diese Entwicklung markiert den größten Einschnitt seit der Einführung der Pflegeversicherung, mit dem Ergebnis, dass nunmehr erstmals die Pro-Kopf-Ausgaben für ambulante HzP-Empfänger*innen oberhalb der Pro-Kopf-Ausgaben für stationär Versorgte liegen.

Die Senkung der Pro-Kopf-Ausgaben für Hilfe zur Pflege in Einrichtungen im Jahr 2017 dürfte vor allem auf das Zusammenwirken des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils und des Besitzstands-schutzes zurückzuführen sein. Für die Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen gilt dies nicht. Wie Abbildung 72 zeigt, sind insbesondere die Pro-Kopf-Ausgaben für Häusliche Pflegehilfe stark gestiegen – ausgehend von einem schon seit 2013 steigenden Trend allein im Jahr 2017 nochmals um 21 %.

Abbildung 72: Bruttoausgaben pro Empfänger*in von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen²⁶

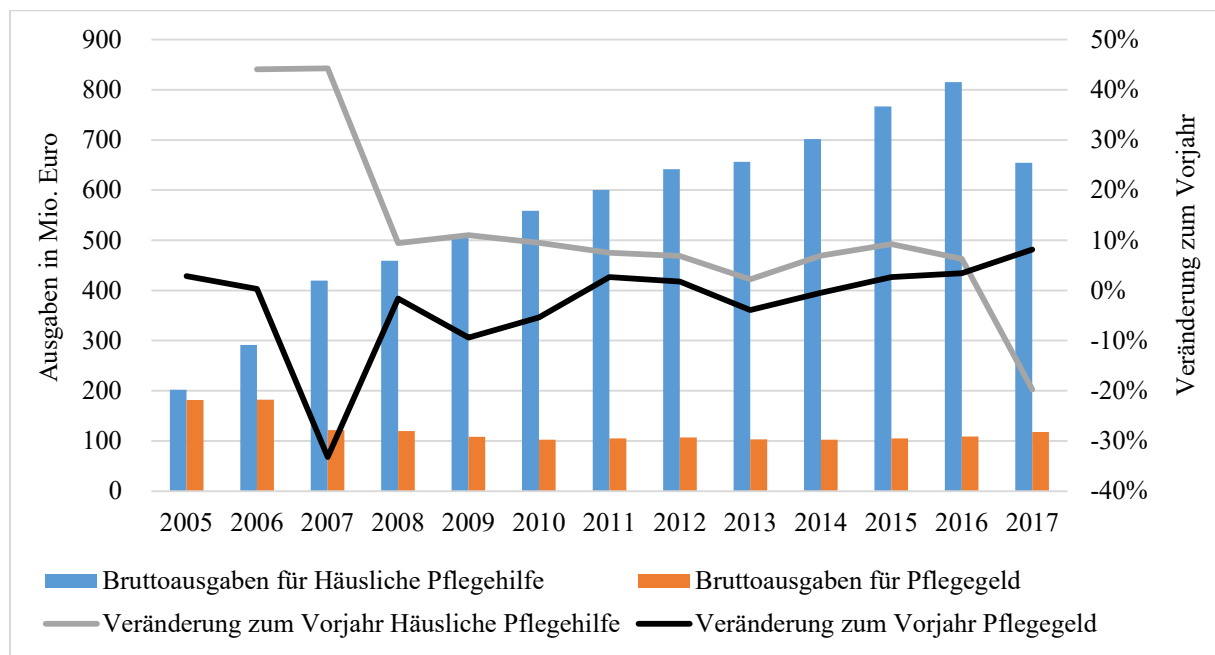


Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2005 bis 2017), eigene Berechnungen

Diese deutliche Steigerung der Pro-Kopf-Ausgaben für Häusliche Pflegehilfe ist definitionsgemäß eine Folge der unterschiedlichen Entwicklung der Ausgaben und Empfängerzahlen im Jahr 2017. Während die Empfänger*innen von Häuslicher Pflegehilfe um 36,4 % (am Jahresende) bzw. 33,9 % (im Laufe des Jahres) gesunken sind (Abbildung 40), betrug der Rückgang der Ausgaben lediglich 19,7 % (Abbildung 73). Die Entwicklung beim Pflegegeld fiel hingegen in beiden Bereichen ähnlich aus (8,1%ige Reduktion der Ausgaben (Abbildung 73) sowie 8,5%ige Verringerung der Empfänger*innen am Jahresende (Abbildung 40) bzw. 1,5%ige Verringerung der Empfänger*innen im Laufe des Jahres), sodass sich die Pro-Kopf-Ausgaben hier nicht wesentlich verändert haben.

²⁶ Um eine plausible Darstellung im Zeitverlauf zu ermöglichen, wird die bis zum Jahr 2016 gültige Kategorie „besondere Pflegekraft“, wie auch ab 2017 offiziell, als „Häusliche Pflegehilfe“ geführt. Analog dazu werden die Ausgaben für das sogenannte „Arbeitgebermodell“ im Jahr 2017 nicht den sonstigen Leistungen, sondern stattdessen, wie bis zum Jahr 2016, dem Bereich der „besonderen Pflegekraft“ bzw. der Häuslichen Pflegehilfe zugerechnet.

Abbildung 73: Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege für Häusliche Pflegehilfe und Pflegegeld



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2005 bis 2017), eigene Darstellung

Die Steigerung der Pro-Kopf-Ausgaben im Bereich der *Häuslichen Pflegehilfe* ist mutmaßlich darauf zurückzuführen, dass viele ambulant betreute Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege durch die deutlichen Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung nicht mehr auf die Unterstützung der Sozialhilfe angewiesen sind oder aufgrund eines niederschweligen Pflegebedarfs keinem Pflegegrad zugewiesen wurden (Con_sens 2018: 20f.). Aufgrund der geringeren Sozialhilfebezüge betraf dies vor allem niedrigere Pflegegrade, sodass eher die kostenaufwändigen Fälle im Sozialhilfesystem verblieben. Dieser Selektionseffekt wurde den Autoren der vorliegenden Studie auch in Rücksprache mit dem Sozialamt Bremen und anderen Sozialhilfeträgern bestätigt. Dass die Zahl der *Pflegegeldempfänger*innen* hingegen nur in geringem Ausmaß gesunken ist, könnte damit zusammenhängen, dass vor 2017 für Personen mit Pflegestufe 0 kein Anspruch auf Pflegegeld der Hilfe zur Pflege bestand. Da dieser strukturelle Unterschied zwischen dem SGB XI und SGB XII mit dem PSG III aufgehoben wurde und auch die Zahl der Pflegegeldempfänger*innen mit HzP-Bezug nur marginal im Vergleich mit den anderen Leistungsarten gesunken ist (vgl. Abbildung 40), ist davon auszugehen, dass unter den Pflegegeldbezieher*innen im Jahr 2017 Personen sind, die im Jahr 2016 noch keinen Anspruch auf diese Leistung hatten.

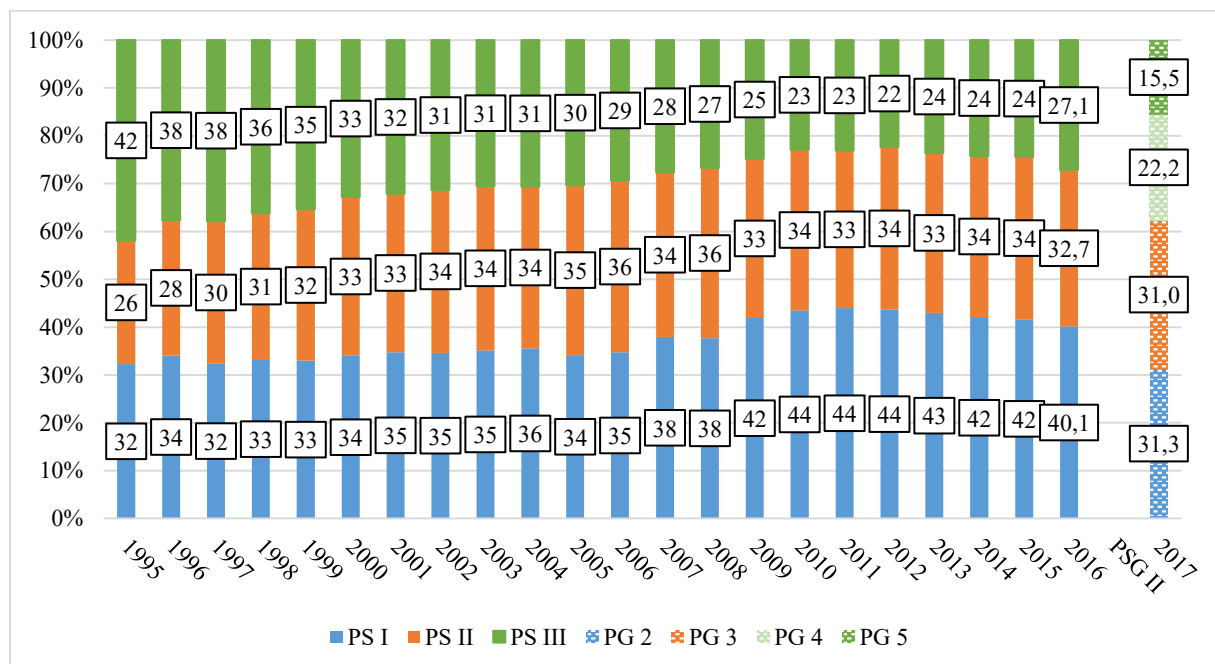
Im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung der Ausgaben bzw. Pro-Kopf-Ausgaben birgt der „doppelte Stufensprung“ Implikationen. Da die „zu hoch“ übergeleiteten Pflegebedürftigen in der Folge höhere Leistungsbeträge im Rahmen der Pflegeversicherung erhalten, wurden die Sozialhilfeträger tendenziell stärker entlastet als bei neu begutachteten Fällen. Werden die übergeleiteten Fälle nach und nach durch neue Pflegebedürftige mit identischem Pflegebedarf ersetzt und im neuen Begutachtungssystem in einen Pflegegrad eingestuft, könnten sich die Ausgaben wieder erhöhen („Zwillingseffekt“, vgl. Rothgang/Kalwitzki 2015; Rothgang u.a. 2016: 38ff.).

Im Jahr 2018 stiegen die Bruttoausgaben für Pflegegeld mit 3,4 % in etwa der gleichen Größenordnung wie die Jahre zuvor (3,0 % im Jahr 2017 und 2,5 % im Jahr 2016). Bemerkenswert ist der rapide Anstieg im Bereich der Häuslichen Pflegehilfe. Hier sind die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 17,5 % gestiegen, wodurch die Senkung von 2016 auf 2017 in Höhe von 19,7 % fast egalisiert wurde. Die Steigerung verteilt sich dabei auf alle Pflegegrade in etwa gleich, wobei in Pflegegrad 4 und Pflegegrad 5 mit 20,1 % und 22,1 % ein überdurchschnittliches Ausgabenwachstum beobachtet werden kann.

Entwicklung der Bruttoausgaben nach Pflegestufe bzw. Pflegegrad

Die Veränderung des Anteils der *Bruttoausgaben für Pflegegeld nach Pflegestufen bzw. -graden* (Abbildung 74) ähnelt in der Tendenz der Entwicklung im Bereich der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege (Abbildung 43). So kann im betrachteten Zeitraum eine Verschiebung der Ausgaben zugunsten der Pflegestufe I verzeichnet werden (32,3 % im Jahr 1995 gegenüber 40,1 % im Jahr 2016), während die Bedeutung der Pflegestufe III für die Ausgaben abnimmt (41,9 % im Jahr 1995 gegenüber 27,1 % im Jahr 2016). Anders als bei den Empfängerzahlen bleibt hier jedoch der Anteil der Pflegestufe II seit Ende der 90er Jahre relativ stabil. Ebenso lassen sich Unterschiede im Hinblick auf die Anteilswerte selbst erkennen: Der Anteil der Pflegestufe I ist im Bereich der Bruttoausgaben geringer als bei den Empfänger*innen. Analog dazu wird ein im Vergleich zur Zahl der Empfänger*innen überproportional großer Anteil der Ausgaben für die Pflegestufe III aufgewendet. Im Jahr 2017 werden 31,3 % der Ausgaben im Bereich des Pflegegeldes für Pflegegrad 2, 31 % für Pflegegrad 3, 22,2 % für Pflegegrad 4 und 15,5 % für Pflegegrad 5 aufgewendet.

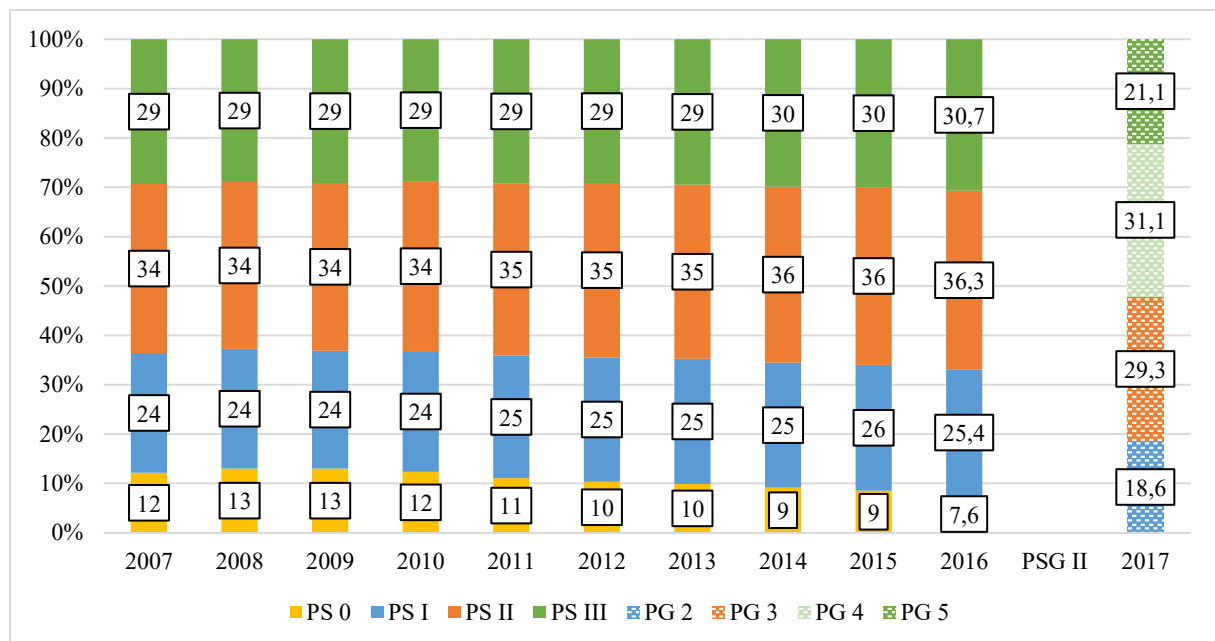
Abbildung 74: Verteilung der Bruttoausgaben von Hilfe zur Pflege für Pflegegeld nach Pflegestufen bzw. -graden



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (1995 bis 2017), eigene Darstellung

Die Entwicklung der *Bruttoausgaben für vollstationäre Pflege nach Pflegestufen bzw. -graden* ist in Abbildung 75 dargestellt. Der Anteil der Ausgaben für die jeweilige Pflegestufe korreliert hier deutlicher mit dem Anteil der jeweiligen Empfänger*innen als im Bereich des Pflegegeldes. Im Jahr 2017 wurden 18,6 % der Ausgaben für vollstationäre Pflege für Pflegegrad 2, 29,3 % für Pflegegrad 3, 31,1 % für Pflegegrad 4 und 21,1 % für Pflegegrad 5 aufgewendet.

Abbildung 75: Verteilung der Bruttoausgaben von Hilfe zur Pflege für vollstationäre Pflege nach Pflegestufen bzw. -graden



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2007 bis 2017), eigene Darstellung

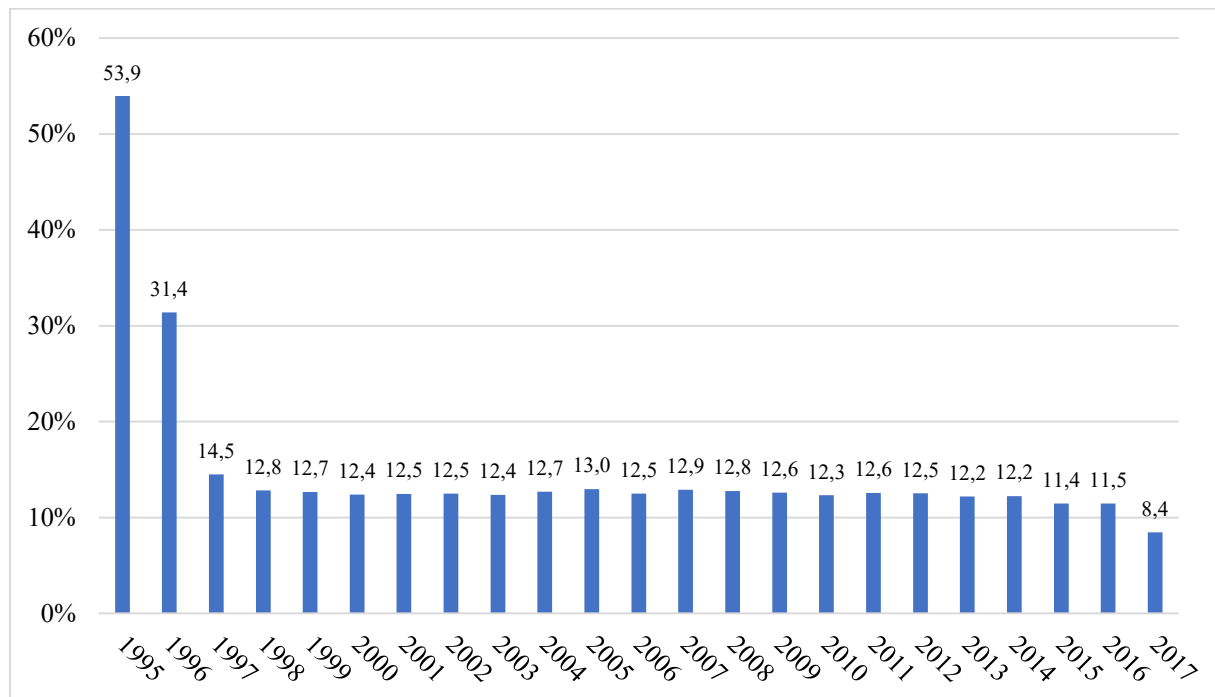
Anteil der Ausgaben für Hilfe zur Pflege an Gesamtausgaben von Pflegeversicherung und Sozialhilfe

Ebenso wie im Hinblick auf die Zahl der Pflegebedürftigen mit HzP-Anspruch ist für die Interpretation der Ausgabenentwicklung neben den absoluten Werten auch die Betrachtung des *Anteils der Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege an den Gesamtausgaben von Pflegeversicherung und Sozialhilfe* von Relevanz (Abbildung 76). Im Jahr der Einführung der Pflegeversicherung 1995 überstiegen die Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege die Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sowie der Privaten Pflegeversicherung (PPV²⁷) noch um etwa 1 Mrd. Euro. Der Anteil der Ausgaben für Hilfe zur Pflege an den Gesamtausgaben von Pflegeversicherung und Hilfe zur Pflege betrug dementsprechend 53,9 %. Mit steigender Inanspruchnahme der Pflegeversicherungsleistungen sowie dem Inkrafttreten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung im stationären Bereich im Jahr 1996 kehrte sich dieses Verhältnis um. Der Anteil der HzP-Leistungen an den gesamten Leistungsausgaben für Pflege sank dadurch innerhalb weniger Jahre auf 12,8 % im Jahr 1998. Dieser Wert blieb sehr lange außerordentlich stabil und erreichte im Jahr 2014 ein Niveau von 12,2 %. Erst durch

27 Die hier verwendeten Daten der PPV beziehen sich auf die Leistungsausgaben ohne Abschlusskosten, die vom BMG zur Verfügung gestellt worden sind.

die Leistungsausweitungen im Rahmen des Pflege neuordnungsgesetzes (PNG) sowie des Pflege stärkungsgesetzes I (PSG I) sank der Anteil der HzP-Nettoaussgaben an den Gesamtausgaben auf 11,5 % im Jahr 2016. Eine erneute, diesmal noch deutlichere Senkung dieses Anteils erfolgte im Jahr 2017 durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II). Der Anteil der HzP-Nettoaussgaben an den Gesamtausgaben für Pflegeleistungen betrug dann nur noch 8,4 %, was den niedrigsten Wert seit Einführung der Pflegeversicherung darstellt.

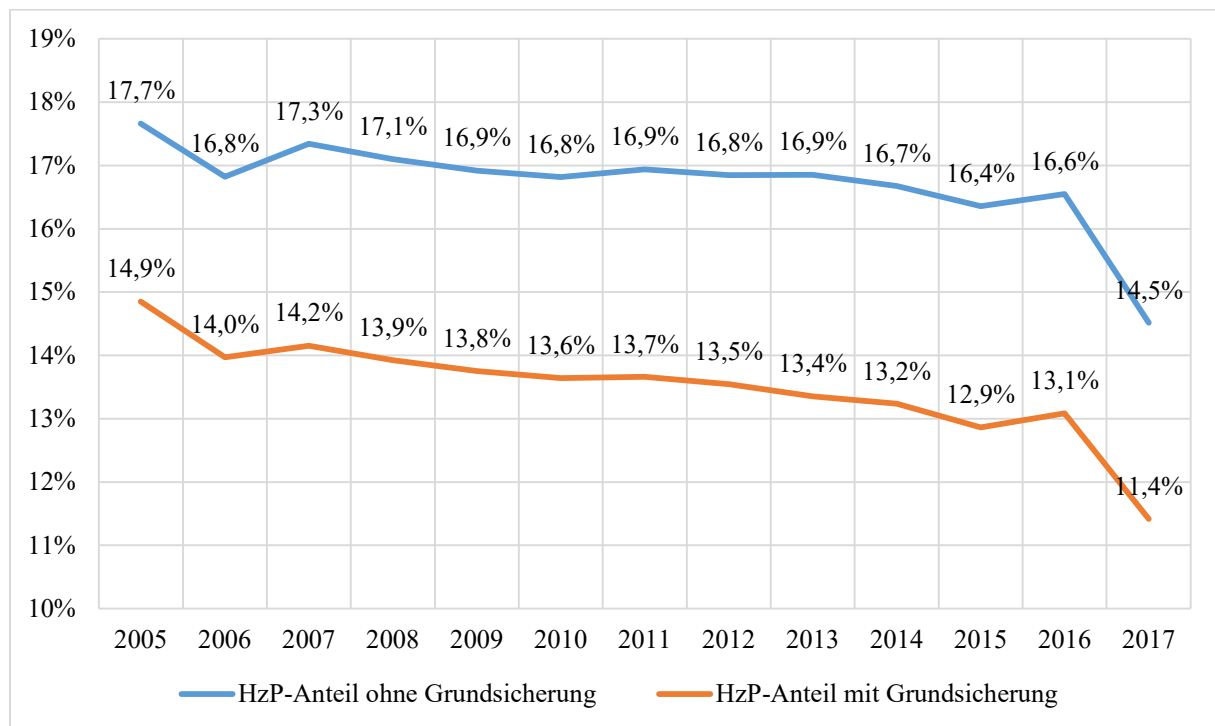
Abbildung 76: Anteil der Nettoaussgaben für Hilfe zur Pflege an Gesamtausgaben von Pflegeversicherung und Sozialhilfe



Quelle: Statistik der Sozialhilfe, PV 45-Statistik der SPV, PKV-Zahlenberichten 1995 bis 2017, eigene Darstellung

Eine weitere zu berücksichtigende Dimension ist der *Anteil der Nettoaussgaben der Hilfe zur Pflege an den Nettoaussgaben der Sozialhilfe*, deren Entwicklung in Abbildung 77 dargestellt ist. Da seit dem Jahr 2017 die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nicht mehr zur Sozialhilfe gezählt wird, ist die Entwicklung sowohl inklusive als auch exklusive dieser Leistungen dargestellt, um eine Längsschnittbetrachtung zu ermöglichen. In beiden Betrachtungen wird die abnehmende Bedeutung der Hilfe zur Pflege für die Gesamtausgaben der Sozialhilfe deutlich. Während der HzP-Anteil im Jahr 2005 noch 17,7 % inklusive und 14,9 % exklusive der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung betrug, sank dieser Wert bis zum Jahr 2016 auf 16,6 % bzw. 13,1 %. Durch die gesunkenen Ausgaben der Hilfe zur Pflege im Zuge des PSG II beträgt der HzP-Anteil an den Gesamtausgaben der Sozialhilfe im Jahr 2017 nur noch 14,5 % bzw. 11,4 %, was der größten Reduzierung zum Vorjahr im betrachteten Zeitraum entspricht.

Abbildung 77: Anteil der Nettoaussgaben für Hilfe zur Pflege an Gesamtausgaben der Sozialhilfe mit und ohne Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung²⁸



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2005 bis 2017) und BMF (2018), eigene Darstellung

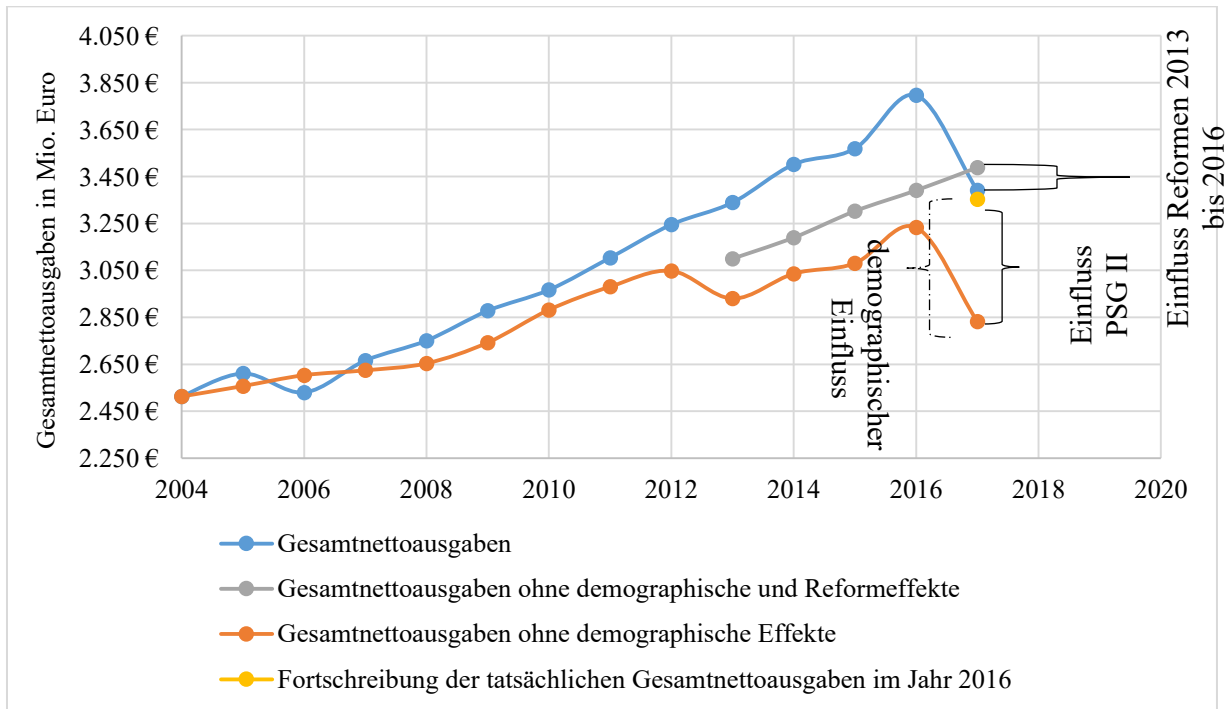
3.2.4 Referenzmodell der Ausgaben für Hilfe zur Pflege

Analog zu Abschnitt 3.2 wird nachfolgend ein kontrafaktisches Referenzmodell für die Ausgabenentwicklung der Hilfe zur Pflege vorgestellt, bei dem demographische und Reformeffekte exkludiert wurden. Das Vorgehen entspricht dabei grundsätzlich der Entwicklung des Referenzmodells für die Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung (SPV) (vgl. Abschnitt 3.1.5). Ebenso wie dort wird ein Szenario ohne demographische Einflüsse mithilfe der altersstandardisierten Prävalenzen sowie der jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben entworfen, hier allerdings auf Basis des Jahres 2004 (orangene Punktreihe, Abbildung 78). Zur Darstellung einer Entwicklung ohne Reformeffekte werden die Nettoaussgaben pro Kopf des Jahres 2004 in Bezug zu der altersstandardisierten und um Reformeinflüsse bereinigten Prävalenz des Empfängermodells gesetzt (graue Punktreihe). Das Szenario inklusive der Reformperiode zwischen 2013 und 2016 (Pflegerneuordnungsgesetz (PNG) und Pflegestärkungsgesetz I (PSG I)), aber ohne Berücksichtigung des Pflegestärkungsgesetzes II (PSG II), wird durch die Fortschreibung der Pro-Kopf-Ausgaben des Jahres 2016 vorgenommen (gelber Punkt). Wie bereits in Abschnitt 3.1.5 erwähnt, muss davon ausgegangen werden, dass sich demographische Effekte auch in den Pro-Kopf-Ausgaben niederschlagen, die als Grundlage für die Szenarien ohne PNG und PSG I (graue Punktreihe) sowie ohne das PSG II (gelber Punkt) dienen. Im Rahmen der Modellrechnung kann diese Limitation nicht kontrolliert werden.

²⁸ Die Werte für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung des Jahres 2017 entstammen einer Pressemitteilung des Bundesfinanzministeriums (BMF) (2018).

Das *Referenzmodell für die Gesamtnettoausgaben der Hilfe zur Pflege* ist in Abbildung 78 dargestellt. Ebenso wie im Modell für die Empfängerzahlen wirken demographische und Reformeffekte gegeneinander: Während die HzP-Ausgaben durch die Reformen im Rahmen des PNG und PSG I um rechnerisch 136 Mio. Euro und durch das PSG II um 521 Mio. Euro verringert wurden, belastete die demographische Alterung das HzP-System um 559 Mio. Euro. Insgesamt kann die Entlastung auf Basis des Modells also auf 97 Mio. Euro beziffert werden ($= -136 \text{ Mio. Euro} - 521 \text{ Mio. Euro} + 559 \text{ Mio. Euro}$).

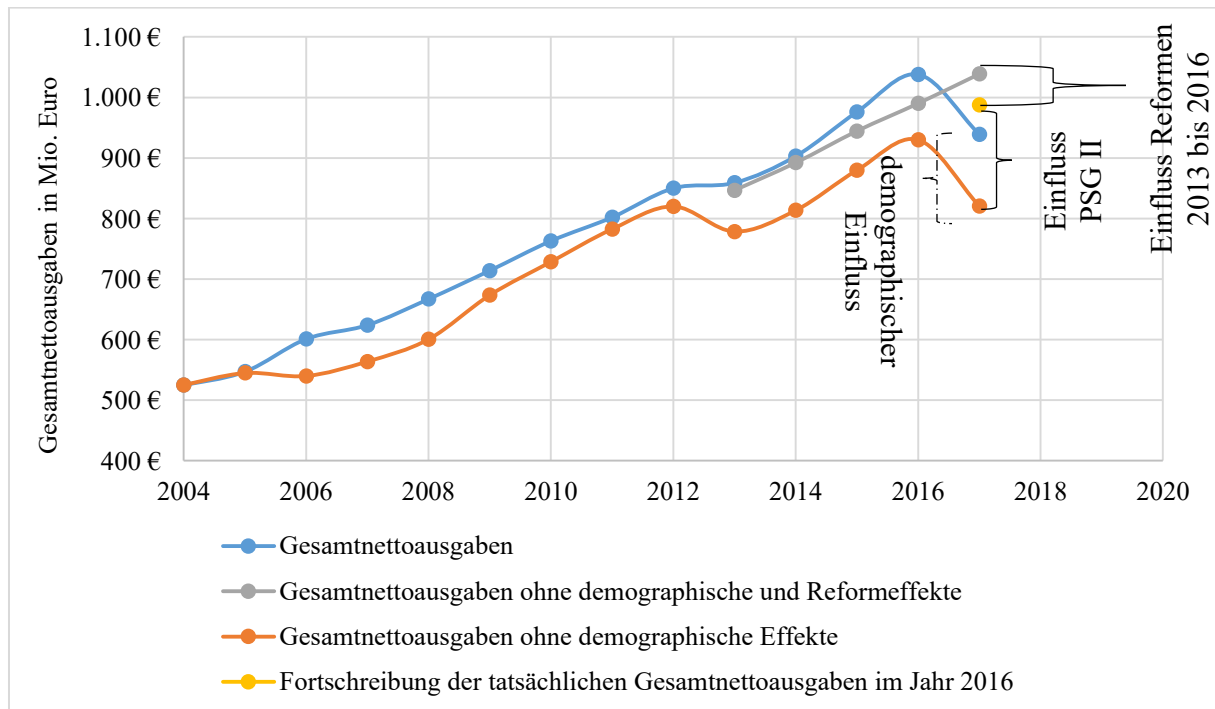
Abbildung 78: Referenzmodell der Gesamtnettoausgaben der Hilfe zur Pflege



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2004 – 2017), eigene Berechnungen und Darstellung

Abbildung 79 zeigt das *Referenzmodell für die Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen*. Die rechnerische Reduzierung der Ausgaben durch den PNG/PSG I-Effekt beträgt hier 51 Mio. Euro, der Rückgang, der dem PSG II zugerechnet werden kann, 168 Mio. Euro. Die demographische Alterung als gegenläufiger Einfluss ließ die Ausgaben dagegen um 119 Mio. Euro steigen, wodurch sich im Ergebnis eine rechnerische Reduktion der Nettoausgaben außerhalb von Einrichtungen von 100 Mio. Euro ergibt ($= -51 \text{ Mio. Euro} - 168 \text{ Mio. Euro} + 119 \text{ Mio. Euro}$).

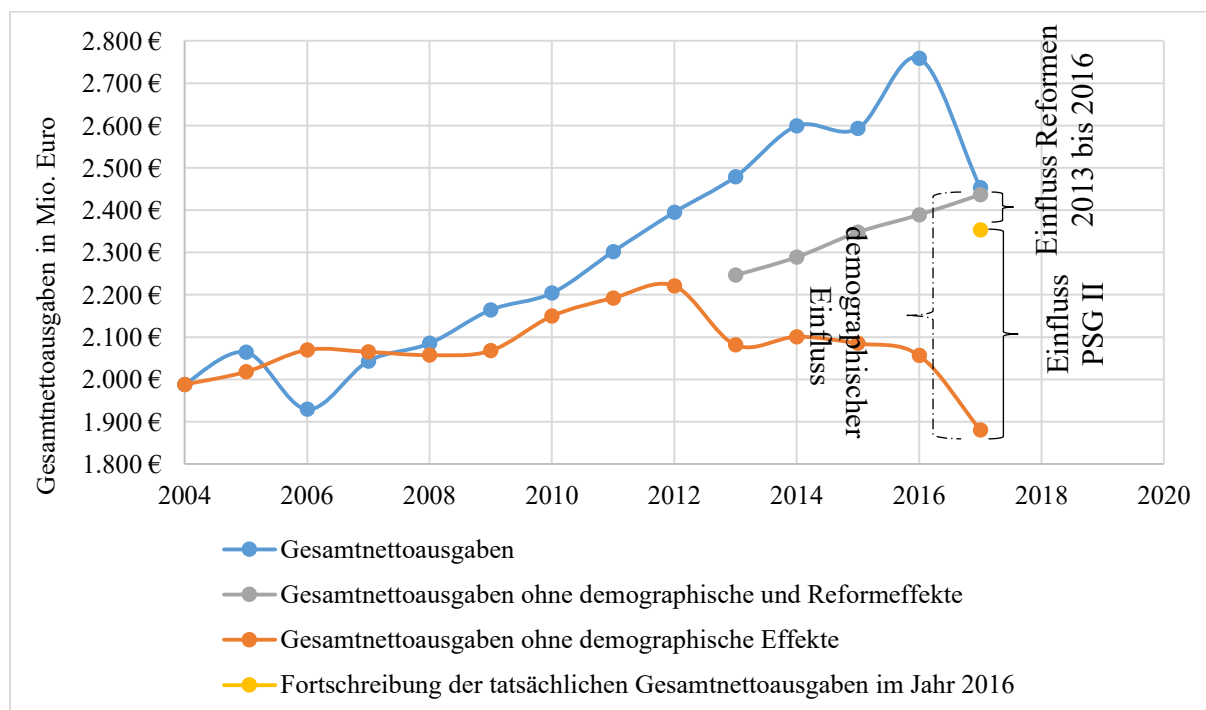
Abbildung 79: Referenzmodell der Gesamtnettoausgaben der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2004 – 2017), eigene Berechnungen und Darstellung

Das Referenzmodell für die Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen ist in Abbildung 80 dargestellt. Im Unterschied zum ambulanten Referenzmodell übersteigen die durch demographische Faktoren resultierenden Mehrausgaben die Entlastungen durch die Reformen. Während der PNG/PSG I-Effekt eine Verringerung der Ausgaben um 84 Mio. Euro nach sich zieht, reduziert der PSG II-Effekt diese sogar um rechnerisch 472 Mio. Euro. Da jedoch der demographische Einfluss ein Ausmaß von 573 Mio. Euro erreicht, resultiert eine rechnerische Ausgabensteigerung von 17 Mio. Euro ($= -84 \text{ Mio. Euro} - 472 \text{ Mio. Euro} + 573 \text{ Mio. Euro}$).

Abbildung 80: Referenzmodell der Gesamtnettoausgaben der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2004 – 2017), eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle 17 bildet die Einflüsse der drei berücksichtigten Variablen auf die HzP-Gesamtnettoausgaben in Prozent ab. Ebenso wie bei der Berechnung der prozentualen Werte im Rahmen des HzP-Empfängermodells (vgl. Abschnitt 3.2.2) wird hier die gesamte „Bewegung“ der Effekte nach oben oder unten, also ohne Berücksichtigung der Vorzeichen, zugrunde gelegt und nicht der Gesamteffekt, bei dem sich demographische und Reformeinflüsse ausgleichen (zur näheren Erläuterung siehe Fußnote 21). Der demographische Effekt ist außerhalb von Einrichtungen stärker als im HzP-Empfängermodell (35 % statt 10 %) und in Einrichtungen übersteigt er sogar die Reformeinflüsse. In der Folge resultiert eine rechnerische Erhöhung der Gesamtnettoausgaben in Einrichtungen, die neben den Ausgaben insgesamt und außerhalb von Einrichtungen in Tabelle 18 aufgeführt werden.

Tabelle 17: Einflüsse auf die HzP-Gesamtnettoausgaben anhand des Referenzmodells in Prozent

Leistung	Veränderung durch		
	Demographie	Reformen 2013-2016	PSG II
Insgesamt	(+) 46 %	(-) 11 %	(-) 43 %
Außerhalb von Einrichtungen	(+) 35 %	(-) 15 %	(-) 50 %
In Einrichtungen	(+) 51 %	(-) 7 %	(-) 42 %

Quelle: eigene Berechnungen

Tabelle 18: Einflüsse auf die HzP-Gesamtnettoausgaben anhand des Referenzmodells in Mio. Euro

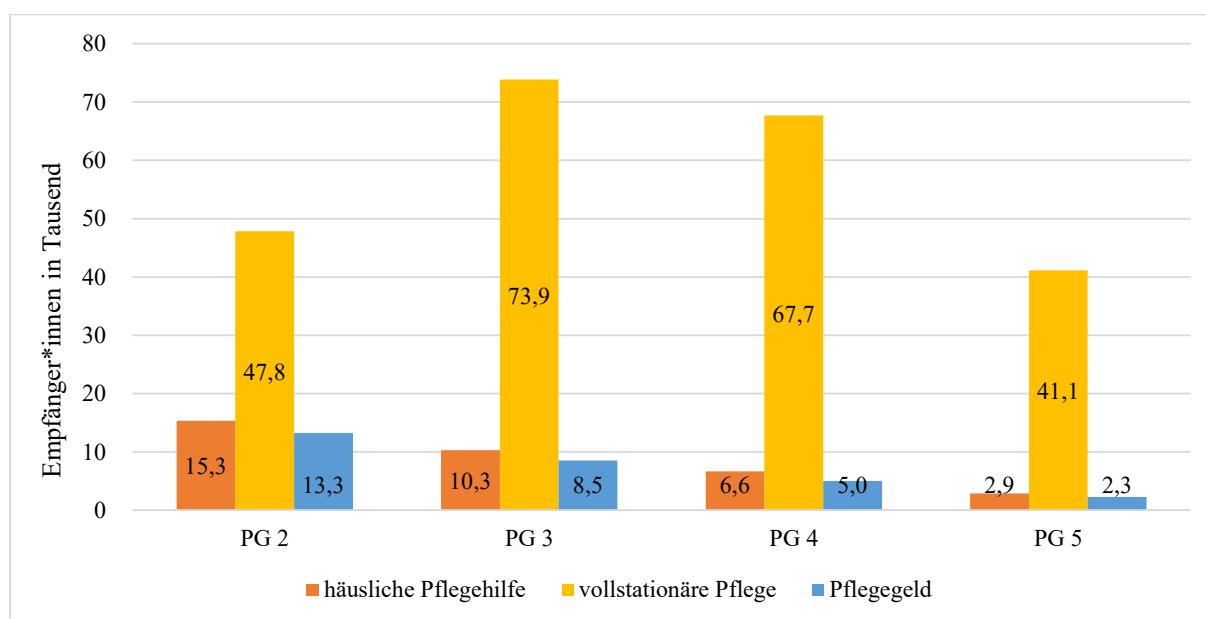
Leistung	Veränderung durch			
	Insgesamt	Demographie	Reformen 2013-2016	PSG II
Insgesamt	-97	559	-136	-521
Außerhalb von Einrichtungen	-100	119	-51	-168
In Einrichtungen	17	573	-84	-472

Quelle: eigene Berechnungen

3.2.5 Empfänger*innen und Ausgaben der Hilfe zur Pflege im Jahr 2017

An dieser Stelle wird die Entwicklung der Empfänger*innen und Ausgaben der Hilfe zur Pflege im Jahr 2017 einer genaueren Betrachtung unterzogen. In Abbildung 81 sind die *Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege* am Jahresende differenziert nach Pflegegeld, Häuslicher Pflegehilfe und vollstationärer Pflege sowie nach Pflegegrad abgebildet. Die Bezieher*innen dieser Leistungsarten vereinen 95,4 % der Gesamtempfängerzahl²⁹ auf sich. Deutlich erkennbar ist die herausragende Bedeutung der vollstationär versorgten HzP-Empfänger*innen, die 74,6 % aller HzP-Empfänger*innen ausmachen.

Abbildung 81: Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege nach Leistungsarten und Pflegegraden im Jahr 2017



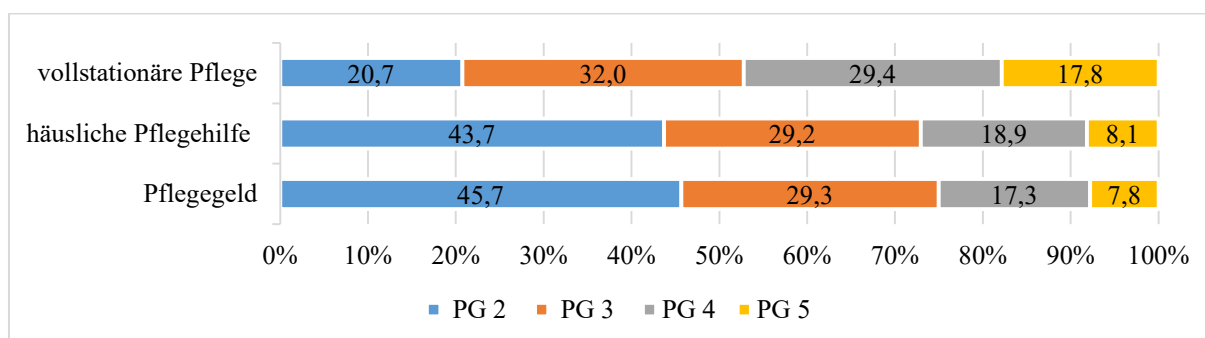
Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2017), eigene Darstellung

Ein alternativer Blickwinkel wird in Abbildung 82 eingenommen. Hier ist der Anteil der jeweiligen Pflegegrade an den *Empfängerzahlen der vollstationären Pflege, der Häuslichen Pflegehilfe sowie*

²⁹ Hier wurde aufgrund der Möglichkeit, mehrere Leistungen zeitgleich zu beziehen, nicht die ausgewiesene Gesamtempfängerzahl, sondern die Summe der Einzelwerte zugrunde gelegt.

des Pflegegeldes abgebildet. Die Werte für den Bereich der Häuslichen Pflegehilfe sowie des Pflegegeldes sind dabei sehr ähnlich. Etwa 45 % der Empfänger*innen dieser beiden Leistungsarten sind dem Pflegegrad 2, 29 % dem Pflegegrad 3, ca. 18 % dem Pflegegrad 4 und knapp 8 % dem Pflegegrad 5 zugeordnet. In vollstationären Settings ist die Bedeutung der hohen Pflegegrade größer. Fast 50 % der Empfänger*innen haben Pflegegrad 4 oder 5, ein Drittel Pflegegrad 3 und etwa 20 % sind dem Pflegegrad 2 zugeordnet. Diese Zuordnungen sind jedoch, wie bereits weiter oben erwähnt, zum Teil auf die großzügigen Überleitungsregeln zurückzuführen, durch die die Pflegegradverteilung der Pflegebedürftigen tendenziell nach oben verzerrt ist.

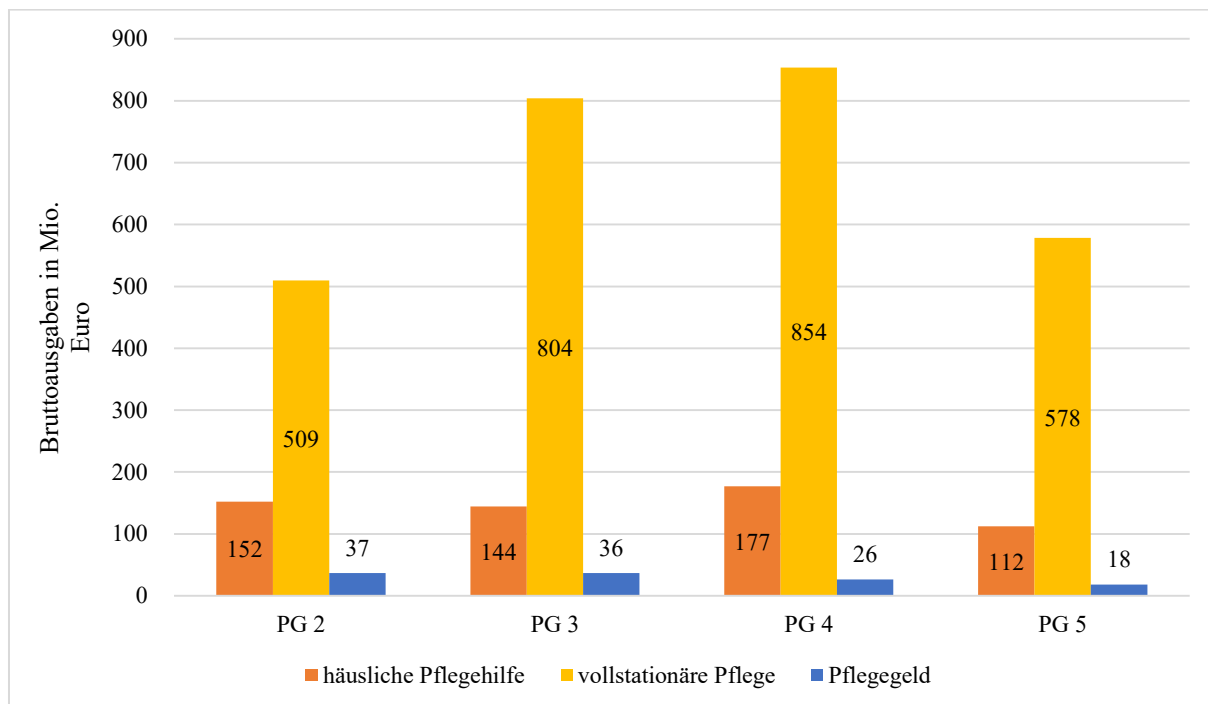
Abbildung 82: Anteil der Pflegegrade 2 bis 5 an den Empfängerzahlen von Hilfe zur Pflege ausgewählter Leistungen im Jahr 2017



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2017), eigene Darstellung

Abbildung 83 zeigt die *HzP-Bruttoausgaben* wiederum differenziert nach Leistungsart und Pflegegrad. Die hier aufgeführten Ausgaben sind für 88,3 % der Gesamtausgaben von insgesamt 3,9 Mrd. Euro verantwortlich. Auch in dieser Grafik wird die wesentliche Bedeutung der Aufwendungen für vollstationäre Pflege deutlich, die insgesamt 70,3 % der Gesamtausgaben ausmachen. Für die Häusliche Pflegehilfe werden 15 % der Gesamtausgaben und für Pflegegeld 3 % der Gesamtausgaben aufgewendet.

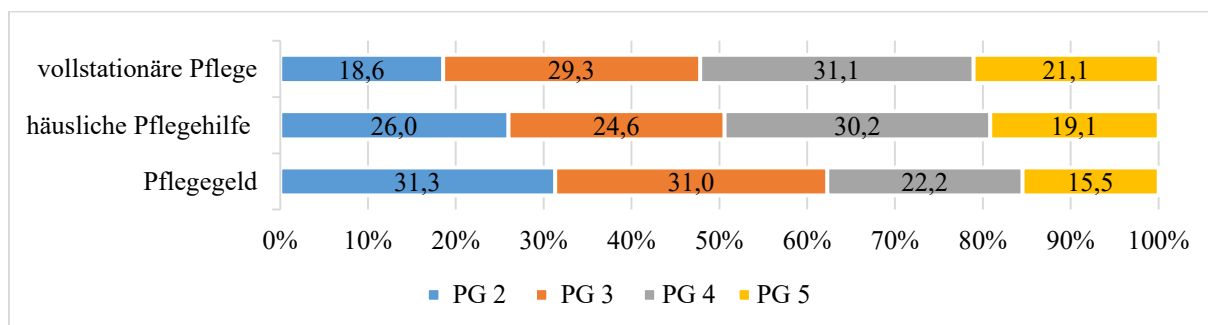
Abbildung 83: Bruttoausgaben für Hilfe zur Pflege nach Leistungsarten und Pflegegrade im Jahr 2017



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2017), eigene Darstellung

Abbildung 84 zeigt den Anteil der jeweiligen Pflegegrade an den *Bruttoausgaben für die vollstationäre Pflege, die Häusliche Pflegehilfe und das Pflegegeld*. Im Gegensatz zu Abbildung 82, in der derselbe Sachverhalt bezogen auf die Empfängerzahlen dargestellt wurde, fällt hier auf, dass die Bedeutung der höheren Pflegegrade deutlich größer ist. Etwa 38 % der Bruttoausgaben im Bereich des Pflegegeldes und fast 50 % der Ausgaben für Häusliche Pflegehilfe wird für die Pflegegrade 4 und 5 aufgewendet. Es wird demnach ein bedeutend größerer Anteil der Bruttoausgaben für einen kleineren Anteil der Empfänger*innen aufgewendet. Im Bereich der vollstationären Pflege entspricht der Anteil der jeweiligen Pflegegrade an den Bruttoausgaben dem Anteil an den Empfänger*innen.

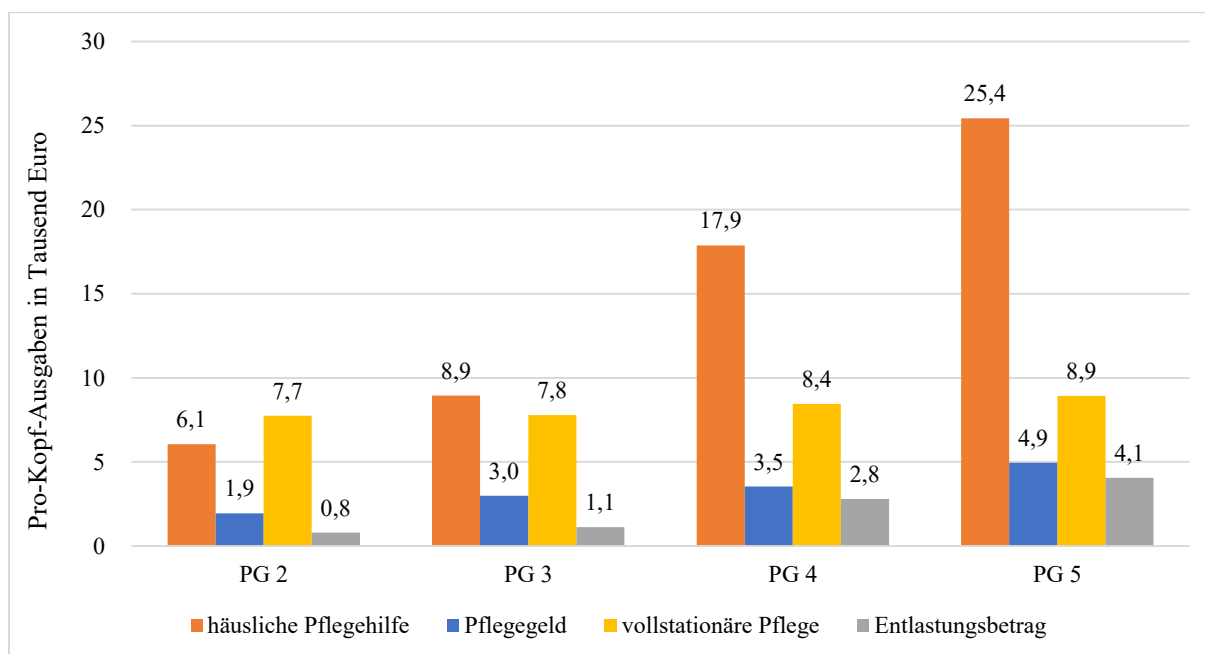
Abbildung 84: Anteil der Pflegegrade 2 bis 5 der Bruttoausgaben ausgewählter Leistungen für Hilfe zur Pflege im Jahr 2017



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2017), eigene Darstellung

Für eine Darstellung der *Pro-Kopf-Ausgaben für Häusliche Pflegehilfe, Pflegegeld, vollstationäre Pflege und den Entlastungsbetrag* (Abbildung 85) wurde im Unterschied zu Abbildung 81 auf die Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege *im Jahresverlauf* zurückgegriffen. Besonders auffällig sind die hohen Pro-Kopf-Werte im Bereich der Häuslichen Pflege, auf die bereits eingegangen wurde (vgl. Abbildung 71 und Abbildung 72). In diesem Zusammenhang fällt weiterhin auf, dass sich die Pro-Kopf-Ausgaben für Häusliche Pflegehilfe, Pflegegeld und Entlastungsbetrag mit steigendem Pflegegrad deutlich erhöhen, im Bereich der vollstationären Pflege jedoch nur im sehr geringen Ausmaß. Hier wird im Pflegegrad 5 mit durchschnittlich 8.934 Euro nicht wesentlich mehr Geld aufgewendet als im Pflegegrad 2 mit 7.749 Euro. Verantwortlich dafür ist der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (vgl. Abschnitt 3.3).

Abbildung 85: Pro-Kopf-Ausgaben für Hilfe zur Pflege nach Leistungsarten und Pflegegraden im Jahr 2017



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2017), eigene Darstellung

3.2.6 Gleichzeitiger Bezug von Pflegeleistungen und Eingliederungshilfe

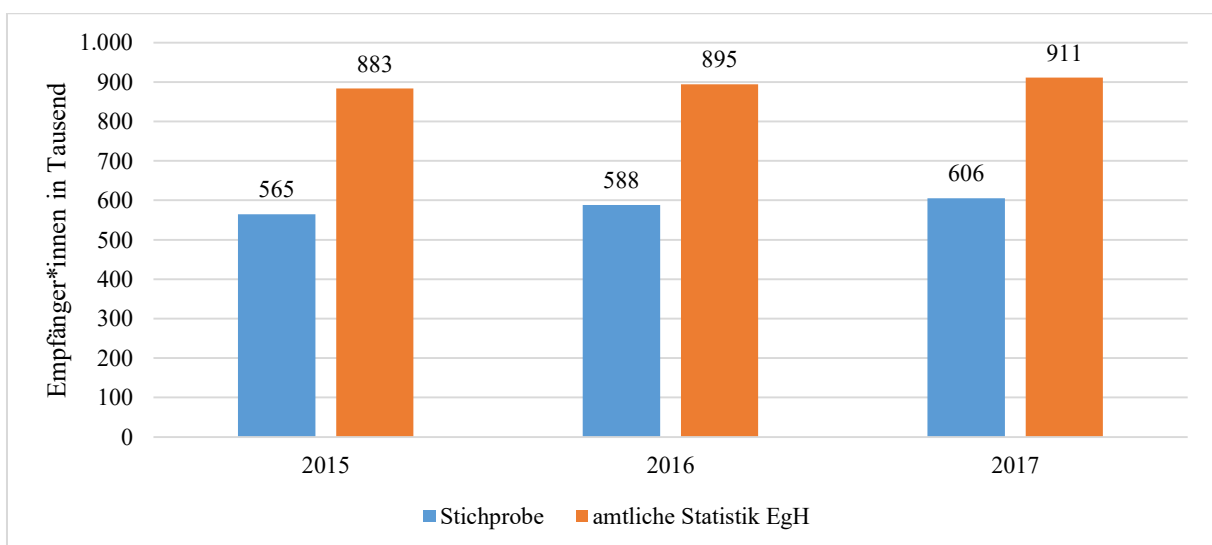
Pflegebedürftige haben nicht nur Anspruch auf Pflegeversicherungsleistungen, sondern – bei finanzieller Bedürftigkeit – auch auf Hilfe zur Pflege und – bei Vorliegen der entsprechenden Tatbestandsmerkmale – auf Eingliederungshilfe. Um die Frage nach dieser Leistungskumulation und andere in Abschnitt 3.2.7 und in Abschnitt 3.2.8 ausgeführte Fragen beantworten zu können, wurde in Zusammenarbeit mit der Prognos AG (Los 5) und dem IGES-Institut (Los 3) ein Fragebogen konzipiert, mit dem direkt an die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger herangetreten wurde (vgl. Abschnitt 2.2.2). Obwohl im Vorfeld weitreichende Abstimmungen getroffen und alle geplanten Befragungen der Lose 3, 4 und 5 zusammengelegt wurden, fiel der Fragebogen äußerst umfangreich aus. Trotz der Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände nahmen womöglich aus diesem

Grund nur 89 von 413 örtlichen Sozialhilfeträgern (21,5 %) sowie 11 von 21 überörtlichen Sozialhilfeträgern (52,4 %) an der Befragung teil. Überdies blieben einige Fragen von einer hohen Zahl der Teilnehmenden unbeantwortet. Hier wurde von den Sozialhilfeträgern ein unzumutbarer Aufwand für die Beantwortung geltend gemacht. Insbesondere die vorgesehene Aktenziehung wurde trotz der Reduzierung auf eine Stichprobe von maximal 12 Personen als zu aufwändig erachtet. Des Weiteren konnten viele Sozialhilfeträger Fragen zur Antragsentwicklung nicht beantworten, weil sie laut eigener Aussage keine Dokumentation darüber führen.

Insgesamt repräsentieren die antwortenden Kreise und kreisfreien Städte 29,5 % der Gesamtbevölkerung Deutschlands. Der Rücklauf schwankt jedoch stark nach Bundesländern. Überdurchschnittliche Rücklaufquoten wurden bei Bayern (67,9 %), Bremen (100 %) und dem Saarland (76,2 %), unterdurchschnittliche Beteiligungen bei Mecklenburg-Vorpommern (12,9 %), Hessen (15,7 %) und Thüringen (11,8 %) erzielt. Hamburg und Sachsen-Anhalt haben sich nicht an der Umfrage beteiligt. Die Repräsentativität der Befragung wird durch diese unterschiedlichen Rücklaufquoten eingeschränkt. Hinsichtlich einer Reihe zentraler Variablen, die auf die Wahrscheinlichkeit der HzP-Quote Einfluss nehmen (Alters- und Geschlechterstruktur, Heimpreise und mittleres Einkommen) liegen die Mittelwerte der Stichprobe aber nahe bei den für die betreffenden Länder berichteten Mittelwerten. Der Korrelationskoeffizient zwischen Stichproben- und Ländermittel liegt jeweils über 98 %.

Im Fragebogen wurden die Sozialhilfeträger zunächst nach Empfängerzahlen von Eingliederungshilfe (EgH) befragt. Um die Datenqualität der Stichprobe zu untersuchen, wurden diese Werte auf das gesamte Bundesgebiet hochgerechnet und mit der amtlichen Statistik zur Eingliederungshilfe verglichen (Abbildung 86). Dabei zeigte sich, dass die Stichprobe *nicht* repräsentativ für die Gesamtzahl der Empfänger*innen von Eingliederungshilfe ist. Tatsächlich haben lediglich 9 bis 14 Sozialhilfeträger Angaben zu diesem Fragenblock gemacht.

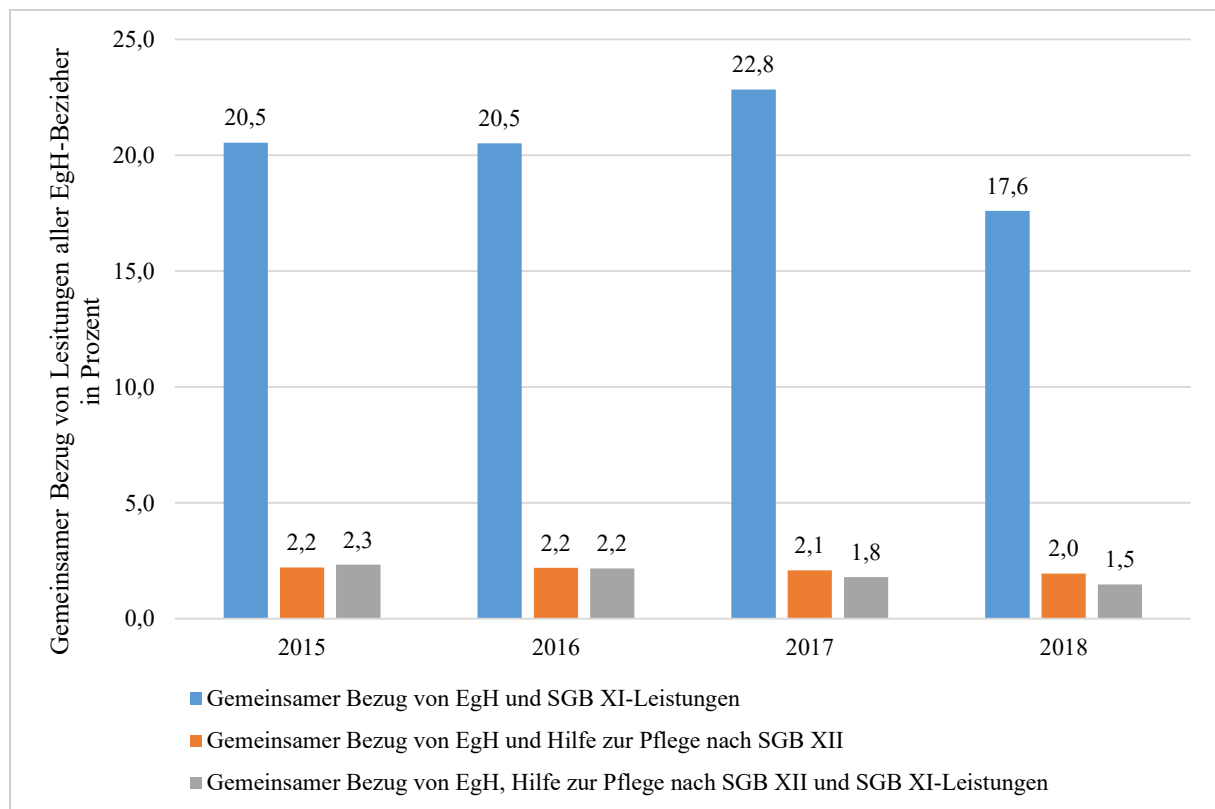
Abbildung 86: Hochrechnung der Empfängerzahl der Eingliederungshilfe auf Basis der Stichprobe und Vergleich mit Statistik der Eingliederungshilfe



Quelle Eigene Befragung der Sozialhilfeträger

Nachfolgend wird daher darauf verzichtet, Hochrechnungen auf bundesweite Absolutzahlen vorzunehmen. Stattdessen werden nur die Trends der Anteilswerte betrachtet, da davon auszugehen ist, dass diese auch in der im Niveau verzerrten Stichprobe eine Entwicklung angeben wie sie auch in der Gesamtheit vorzufinden ist. Bezug genommen wird dabei immer auf die Gesamtheit aller Empfänger*innen von Eingliederungshilfe.

Abbildung 87: Entwicklung der Personen mit Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe und anderen Pflegeleistungen



Quelle: Eigene Befragung der Sozialhilfeträger

Der Anteil der Personen, der neben den EgH-Leistungen weitere Pflegeleistungen nach SGB XI bezieht, liegt in der Stichprobe in den Jahren 2015 und 2016 bei 20,5 % (Abbildung 87). Im Jahr 2017 ist die Anzahl der Empfänger*innen dieser Doppelleistung auf 22,8 % gestiegen. Im Jahr 2018 geht der prozentuale Anteil der Empfänger*innen von Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen nach SGB XI an allen EgH-Empfänger*innen jedoch auf nur noch 17,6 % zurück. Der Anteil der Personen, die *gleichzeitig Leistungen der Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege* beziehen, sinkt von 2015 bis 2018 geringfügig von 2,2 % auf 2 %. Die Empfängerzahl mit *gleichzeitigem Bezug von Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen nach SGB XI sowie Hilfe zur Pflege* verringert sich von 2015 bis 2017 von 2,3 % im Jahr 2015 auf 1,5 % im Jahr 2018. Diese Befunde könnten darauf hinweisen, dass hier Leistungsverchiebungen zugunsten des SGB XI stattgefunden haben. Der Unsicherheitsbereich ist jedoch aufgrund der kleinen Stichprobe sehr groß.

3.2.7 Inanspruchnahme anderer Sozialhilfeleistungen

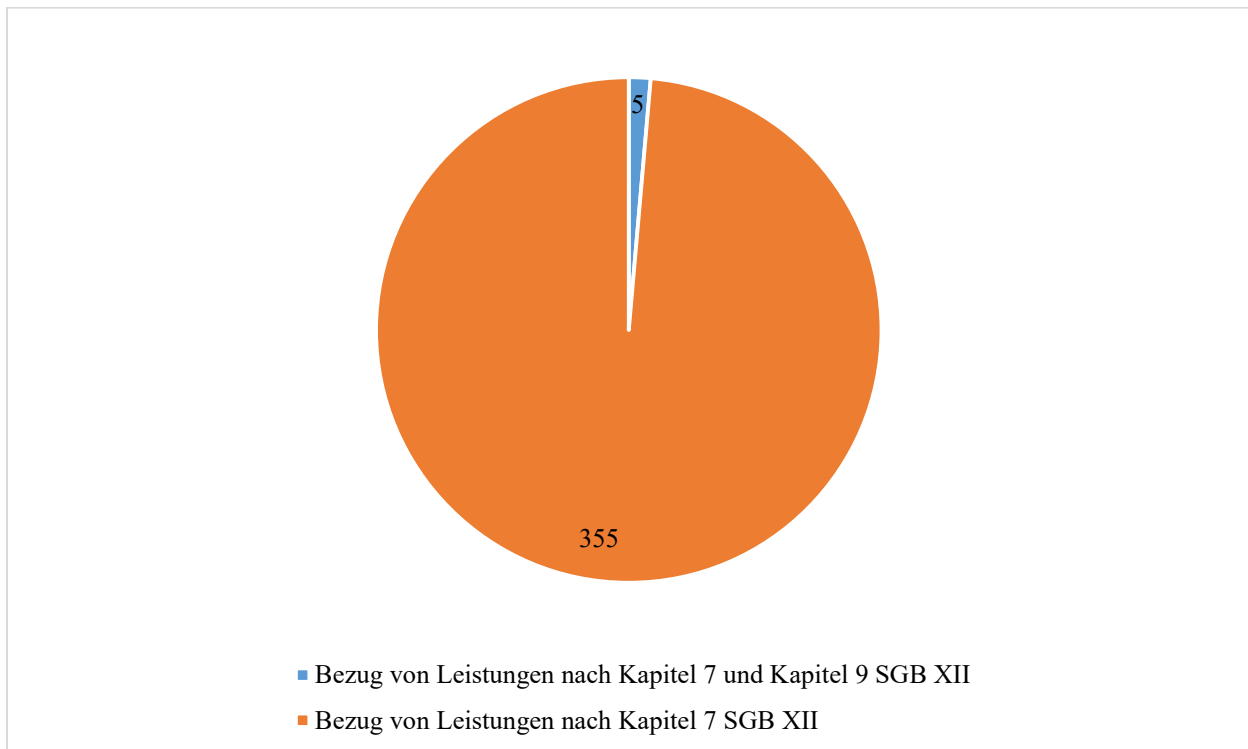
Im Vorfeld der Einführung des PSG II wurde die Befürchtung geäußert, dass bestimmte Personengruppen durch die analoge Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI und SGB XII ihre bisherigen Leistungen der Hilfe zur Pflege ersatzlos verlieren könnten (vgl. Einleitung zu Abschnitt 3.2). Hierbei handelt es sich um die Personen, deren Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe 0 gelegen hat und die daher keine Pflegeversicherungsleistungen nach SGB XI, gleichwohl aber Hilfe zur Pflege nach SGB XII erhalten haben. Gemäß der Überleitungsregelungen haben diese Personen zunächst keinen Pflegegrad. Allerdings ist eine Neubegutachtung möglich. Werden sie durch eine Neubegutachtung in Pflegegrad 2 oder höher eingestuft, haben sie – bei finanzieller Bedürftigkeit – auch Anspruch auf die vollen Sozialhilfeleistungen. Werden sie in Pflegegrad 1 eingestuft oder erhalten sie keinen Pflegegrad, stellt sich das anders dar und die Gefahr besteht, dass sich für diesen Personenkreis eine Verschlechterung der Situation ergibt. Allerdings können neben der Hilfe zur Pflege möglicherweise auch andere Leistungen, insbesondere Hilfe in anderen Lebenslagen nach Kapitel 9 SGB XII in Anspruch genommen werden, für die das Vorliegen eines Pflegegrads keine Leistungsvoraussetzung ist. Zu prüfen ist daher, welche Sozialhilfeleistungen dieser spezifische Personenkreis nutzt.

Versorgung von Personen ohne Pflegegrad

Um die *Versorgungssituation dieser besonderen Fälle* nachzuvollziehen, wurden die Sozialhilfeträger im Rahmen der Befragung um eine Stichprobenziehung gebeten. Gefragt wurde nach Personen, die im letzten Quartal 2016 keiner Pflegestufe zugeordnet waren und keine eingeschränkte Alltagskompetenz aufgewiesen, aber Leistungen nach dem 7. Kapitel des SGB XII (Hilfe zur Pflege) erhalten haben. Für diese Personen sollte die Entwicklung der Bezüge nach Kapitel 7 SGB XII (Hilfe zur Pflege) und Kapitel 9 SGB XII (Hilfe in anderen Lebenslagen) in den Jahren 2017 und 2018 nachvollzogen werden. Auf diese Weise kann eine Abschätzung darüber getroffen werden, wie sich die Versorgungssituation für die betroffenen Personen nach dem Inkrafttreten der PSG II und III dargestellt hat und ob die Sozialhilfeträger zur Sicherstellung der Versorgung auf die von der Konferenz der obersten Landessozialbehörden (KOLS) vorgeschlagenen Rechtsgrundlagen zurückgegriffen haben (vgl. Fußnote 12).

Insgesamt konnten 360 Fälle von insgesamt 39 Sozialhilfeträgern ausgewertet werden, wobei 27 bzw. 69 % der Sozialhilfeträger in der Stichprobe für 309 bzw. 86 % Fälle zuständig sind. Das impliziert, dass einige Sozialhilfeträger lediglich eine geringe Zahl an Fällen zur Stichprobenziehung beisteuern konnten. Von den 360 betrachteten Fällen erhielten im Jahr 2016 355 (98,6 %) ausschließlich Leistungen nach Kapitel 7 SGB XII, fünf Fälle erhielten sowohl Leistungen nach Kapitel 7 als auch nach Kapitel 9 SGB XII (Abbildung 88).

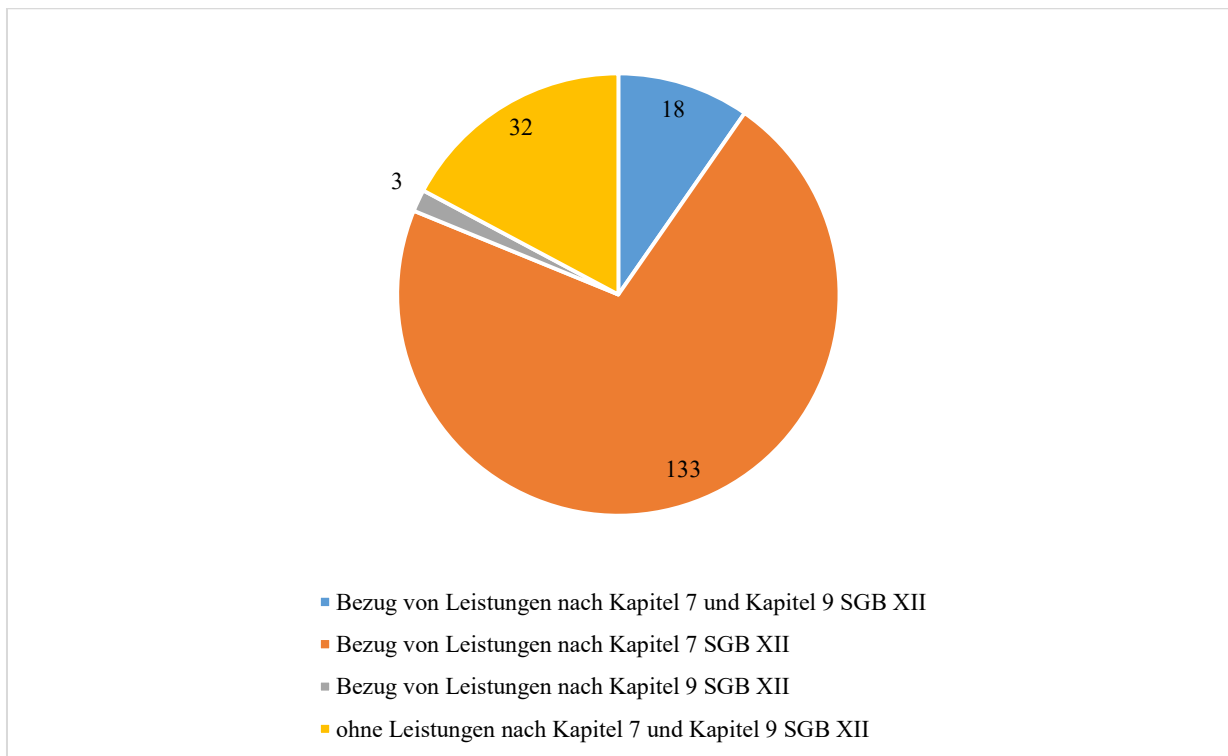
Abbildung 88: Sozialhilfebezug besonderer Fälle ohne Pflegestufe und ohne eingeschränkte Alltagskompetenz im Jahr 2016



Quelle: Eigene Befragung der Sozialhilfeträger

Mehr als die Hälfte der Fälle (186 bzw. 51,7 %) hat im Jahr 2017 einen Pflegegrad erhalten und bezieht demnach Leistungen nach SGB XI. Die meisten dieser Fälle (89 %) wurden Pflegegrad 1 oder Pflegegrad 2 zugewiesen. Trotzdem bezieht ein Großteil der 186 Fälle dieser Stichprobe, nämlich 154 Personen (82,8 %), weiterhin Leistungen nach dem SGB XII (Abbildung 89). 18 Fälle (9,7 %) erhalten Leistungen sowohl nach Kapitel 7 als auch Kapitel 9 SGB XII, 133 Fälle (71,5 %) nur aus Kapitel 7 und drei Fälle (1,6 %) werden ausschließlich mit Leistungen nach Kapitel 9 SGB XII versorgt. Der im Vergleich zu 2016 höhere Anteil der Personen, der Hilfe in anderen Lebenslagen (Kapitel 9 SGB XII) erhält, deutet darauf hin, dass die Leistungen der Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege in manchen Fällen nicht bedarfsdeckend sind. Allerdings kann nicht geschlossen werden, dass es sich in diesen Fällen um ungedeckten *pflegerischen* Bedarf handelt. Ebenso ist das Vorliegen von anderen sozialhilferechtlichen Bedarfen, die vor der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Rahmen der Hilfe zur Pflege gewährt wurden, möglich. Im Speziellen wurde diese Fragestellung im Rahmen von Los 3 (IGES) bearbeitet. Die übrigen 32 Fälle (17,2 %) erhalten im Jahr 2017 keine Leistungen aus Kapitel 7 bzw. Kapitel 9 SGB XII. Hierin eingeschlossen sind die Verstorbenen. Für diese Personen sind die Versicherungsleistungen anscheinend ausreichend, um die Pflege zu finanzieren.

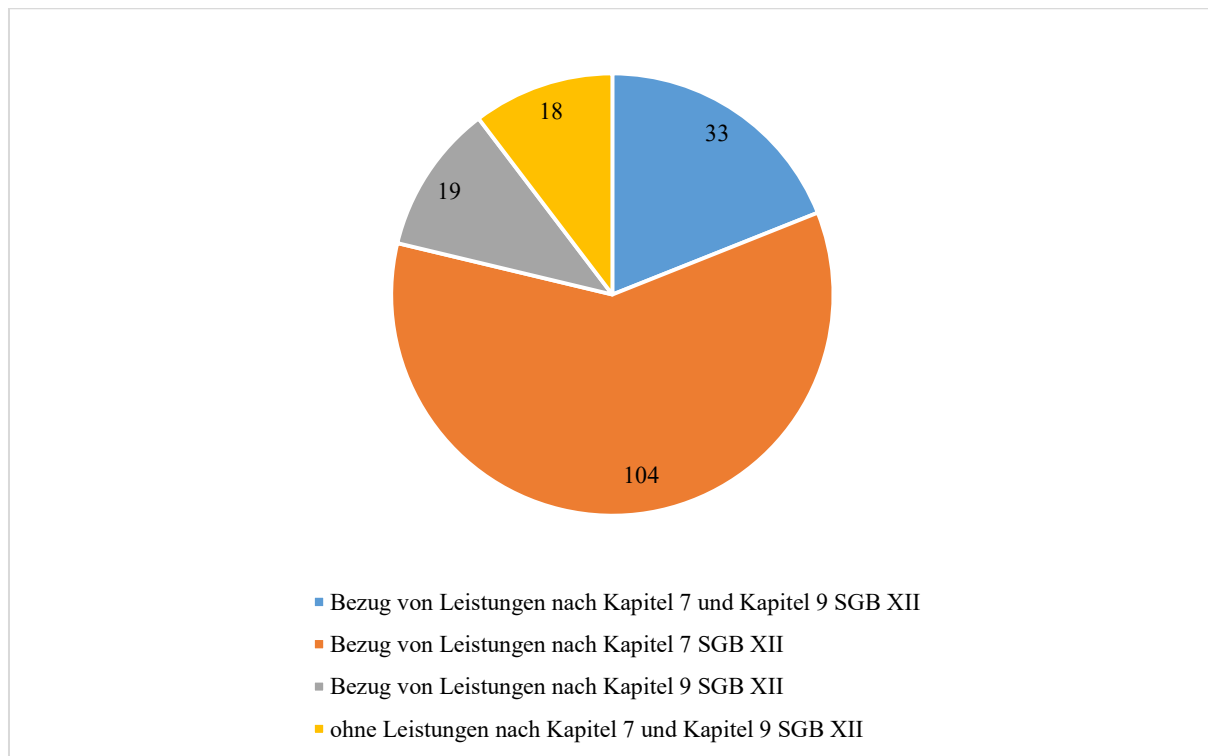
Abbildung 89: Sozialhilfebezug besonderer Fälle mit Pflegegrad im Jahr 2017



Quelle: Eigene Befragung der Sozialhilfeträger

174 Fälle bzw. 48,3 % der Grundgesamtheit sind auch im Jahr 2017 nicht in einen Pflegegrad eingestuft (Abbildung 90). Der Großteil dieser Fälle, nämlich 156 Personen (89,7 %) erhält weiterhin Hilfe zur Pflege und/oder Hilfe in anderen Lebenslagen. Dies erscheint zunächst überraschend, da ein Pflegegrad Voraussetzung für die Gewährung von Hilfe zur Pflege ist. Dass dennoch 78 % (137 Personen) dieser Personen ohne Pflegegrad Hilfe zur Pflege erhält, ist auf die Übergangsregelung des § 138 SGB XII in der alten Fassung zurückzuführen, der über den 31. Dezember 2016 hinaus eine Weitergewährung von HzP-Leistungen bis zum Abschluss des Verfahrens zur Ermittlung und Feststellung des Pflegegrades zusichert. 60 % der Fälle werden ausschließlich mit Leistungen des 7. Kapitels (104 Personen) und 11 % ausschließlich mit Leistungen des 9. Kapitels versorgt (19 Personen). Der Doppelbezug von Leistungen aus Kapitel 7 und 9 erfolgt in 19 % der Fälle (33 Personen). Im Vergleich zu 2016 zeigt sich insgesamt eine zunehmende Inanspruchnahme der Hilfe in anderen Lebenslagen.

Abbildung 90: Sozialhilfebezug besonderer Fälle ohne Pflegegrad im Jahr 2017

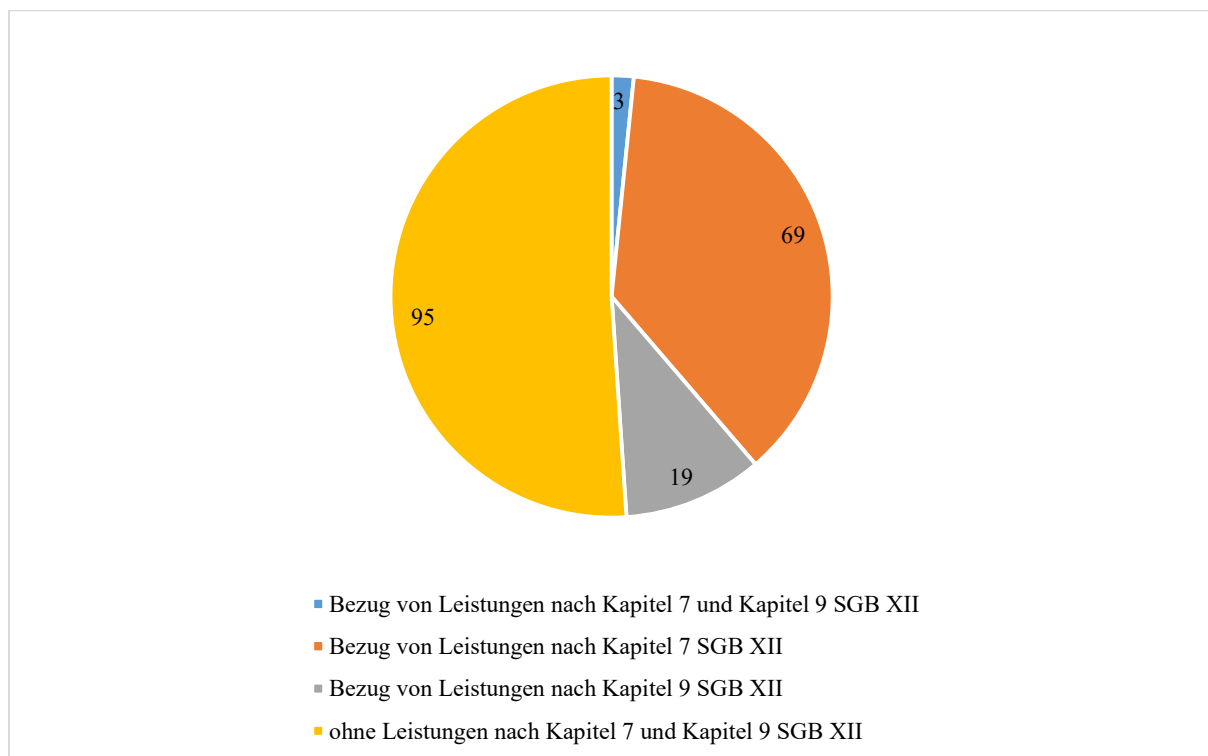


Quelle: Eigene Befragung der Sozialhilfeträger

10 % der Fälle (18 Fälle) erhält weder Leistungen nach Kapitel 7 noch nach Kapitel 9. Da an dieser Stelle Personen ohne Pflegegrad betrachtet werden, ist auch ein Leistungsbezug nach dem SGB XI ausgeschlossen. Hierin eingeschlossen sind Personen, die verstorben sind oder wegen einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation bzw. der Einkommens- und/oder Vermögenssituation keine Leistungsansprüche haben. Für die übrigen besteht die Möglichkeit, dass andere Wege der Leistungserbringung gefunden wurden (z. B. § 27a Abs. 4 SGB XII, vgl. Fußnote 12) oder dass hier ein ungedeckter Bedarf vorliegt. Anteilig an allen 360 hier betrachteten Fällen liegt der Anteil dieser Personen bei 5 %. Bezogen auf alle Leistungsempfänger*innen der Hilfe zur Pflege am Ende des Jahres 2016, die keine weiteren Leistungen eines Sozialversicherungsträgers erhalten haben, ergibt sich somit eine Zahl von knapp 5.500 betroffenen Personen.

Da jedoch bei mehr als der Hälfte der Fälle (190 von 360 Personen) die Übergangsregelung nach § 138 SGB XII angewendet und nur in 11 Fällen über das Jahr 2017 hinaus gewährt wurde, muss zur abschließenden Beurteilung der Versorgungssituation von Personen, die 2016 ohne Pflegestufe waren, aber Hilfe zur Pflege bezogen haben, auch das Jahr 2018 betrachtet werden. In Abbildung 91 werden zunächst die Fälle betrachtet, die inzwischen einen Pflegegrad aufweisen und damit Pflegeversicherungsleistungen und – bei Vorliegen finanzieller Bedürftigkeit – auch Hilfe zur Pflege beziehen können.

Abbildung 91: Sozialhilfebezug besonderer Fälle mit Pflegegrad im Jahr 2018

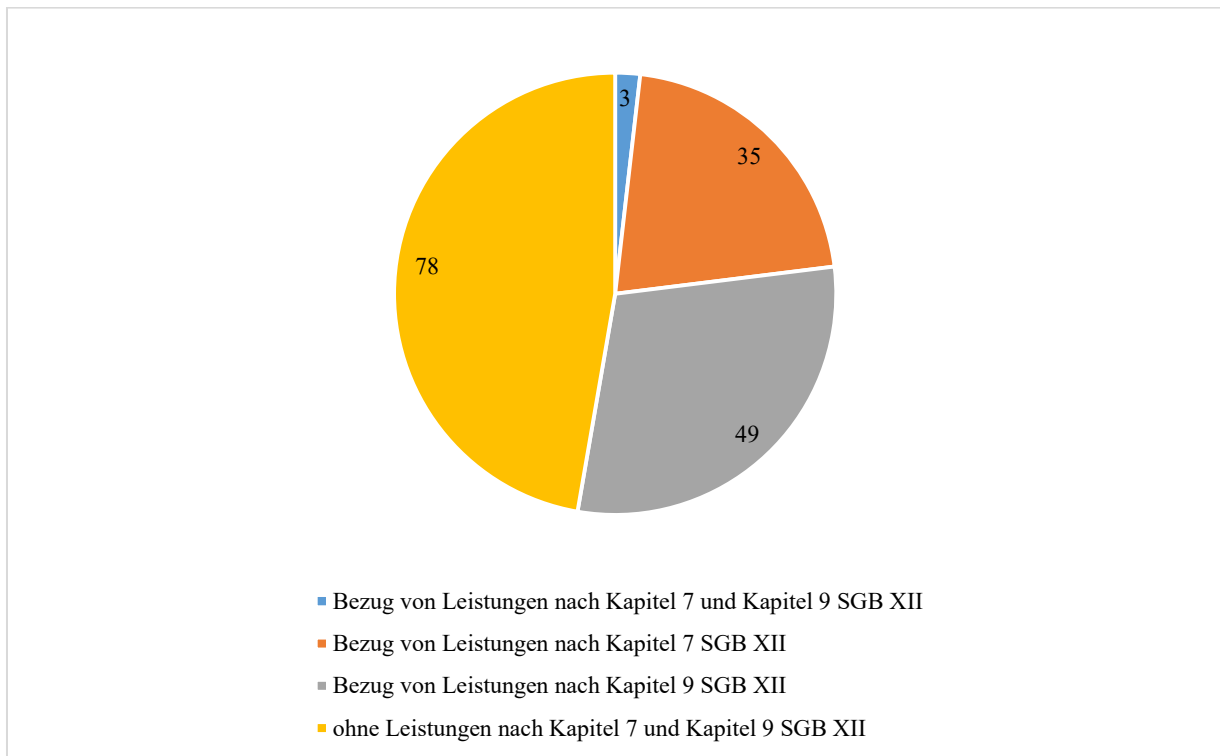


Quelle: Eigene Befragung der Sozialhilfeträger

Während im Jahr 2017 noch 72 % der Fälle mit Pflegegrad ausschließlich Hilfe zur Pflege bezogen haben, reduziert sich dieser Wert 2018 auf 37 % (von 133 Fällen im Jahr 2017 auf 69 Fälle im Jahr 2018). Hauptursache hierfür dürften die Pflegeversicherungsleistungen sein, die die Betroffenen nun erhalten. Gleichzeitig steigt der Bezug von Leistungen des 9. Kapitels SGB XII von lediglich 2 % im Jahr 2017 auf 10 % (von 3 Fällen im Jahr 2017 auf 19 Fälle im Jahr 2018). Der Doppelbezug von Leistungen nach dem 7. sowie 9. Kapitel SGB XII wird seltener und beträgt statt 10 % (18 Fälle) im Jahr 2017 nunmehr 2 % (3 Fälle) im Jahr 2018. Analog dazu steigt die Zahl derjenigen ohne Leistungen von 17 % auf 51 % (32 Fälle im Jahr 2017, 95 Fälle im Jahr 2018). Diese deutlichen Veränderungen sind auf das Auslaufen der Übergangsregelung nach § 138 SGB XII in fast allen Fällen im Laufe des Jahres 2017 zurückzuführen.

Entscheidend für die Frage, ob Personen mit Pflegebedarf, die 2016 ohne Pflegestufe waren, aber Hilfe zur Pflege bezogen haben, durch das PSG III aus dem Leistungsbezug gefallen sind, also weder Leistungen nach SGB XI noch SGB XII erhalten, ist die Betrachtung der Fälle, die auch im Jahr 2018 ohne Pflegegrad sind. Von den ursprünglich 190 Fällen, die über die Übergangsregelung nach § 138 SGB XII abgesichert waren, bezogen im Jahr 2018 nur noch 9 Fälle Leistungen auf Grundlage dieser Regelung. Um die Situation derjenigen Fälle abzubilden, die im neu konzipierten System ohne Pflegegrad „angekommen“ sind, zeigt Abbildung 92 diejenigen Fälle ohne Pflegegrad und ohne Übergangsregelung im Jahr 2018.

Abbildung 92: Sozialhilfebezug besonderer Fälle ohne Pflegegrad und ohne Übergangsregelung im Jahr 2018



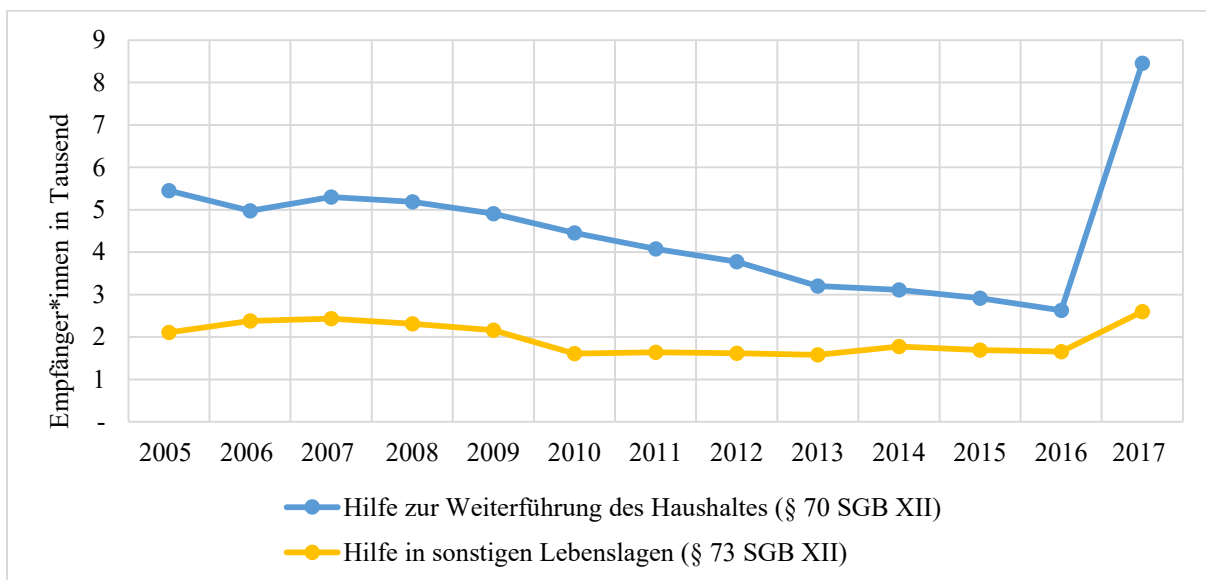
Quelle: Eigene Befragung der Sozialhilfeträger

Bemerkenswerterweise erhalten 21 % (35 von 165 Personen) nach wie vor Hilfe zur Pflege – obwohl die Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen. Fast ein Drittel des betrachteten Personenkreises (49 von 165 Personen) empfängt Hilfe in anderen Lebenslagen, der Doppelbezug von Leistungen nach Kapitel 7 sowie Kapitel 9 beträgt lediglich 2 % (3 von 165 Personen). Damit zeigt sich die *Ersatzfunktion* dieser Leistungen deutlich. Etwas weniger als die Hälfte der hier betrachten Personen (78 von 165) erhält dagegen keine Sozialhilfeleistungen nach dem 7. oder 9. Kapitel SGB XII. Diese 78 Fälle bzw. 22 % der Grundgesamtheit von 360 Fällen im Ausgangsjahr 2016 könnten im Zuge der Pflegereform ihren Leistungsanspruch durch die veränderten Rahmenbedingungen verloren haben. Wird dieser Anteilswert auf die Zahl der Leistungsempfänger*innen der Hilfe zur Pflege bezogen, die am Ende des Jahres 2016 Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege waren, ohne eine Pflegestufe aufzuweisen, ergibt sich eine Zahl von maximal 23.997 betroffenen Personen. Hierin enthalten sind die Verstorbenen, diejenigen, deren gesundheitliche Situation sich so deutlich verbessert hat, dass Hilfen nicht mehr notwendig sind sowie die Personen, deren Einkommens- und Vermögenssituation sich soweit verbessert hat, dass die finanzielle Bedürftigkeit nicht mehr gegeben ist. Nun zeigt die Situation der besonderen Fälle, die 2017 keinen Pflegegrad hatten, dass sich der Anteil ohne Leistungsbezug dort lediglich auf 10% (Abbildung 90) belief. Auch darin waren bereits das Ausscheiden aus dem Leistungsbezug wegen Tod, verbessertem Gesundheitszustand und Verbesserung der Einkommens- und Vermögenssituation enthalten. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass diese Gründe nur für einen kleinen Teil der genannten knapp 24.000 Menschen ausschlaggebend waren. Vielmehr muss von rund 20.000 Personen ausgegangen werden, die

nach der neuen Definition der Pflegebedürftigkeit nicht als pflegebedürftig anzusehen sind und daher seit der Einführung des PSG III keine HzP-Leistungen mehr erhalten und gleichzeitig keine anderweitigen sozialhilferechtlichen Leistungen des 9. Kapitels des SGB XII beziehen. Es ist jedoch möglich, dass für diesen Personenkreis Leistungen nach anderen Vorschriften des SGB XII gewährt werden.

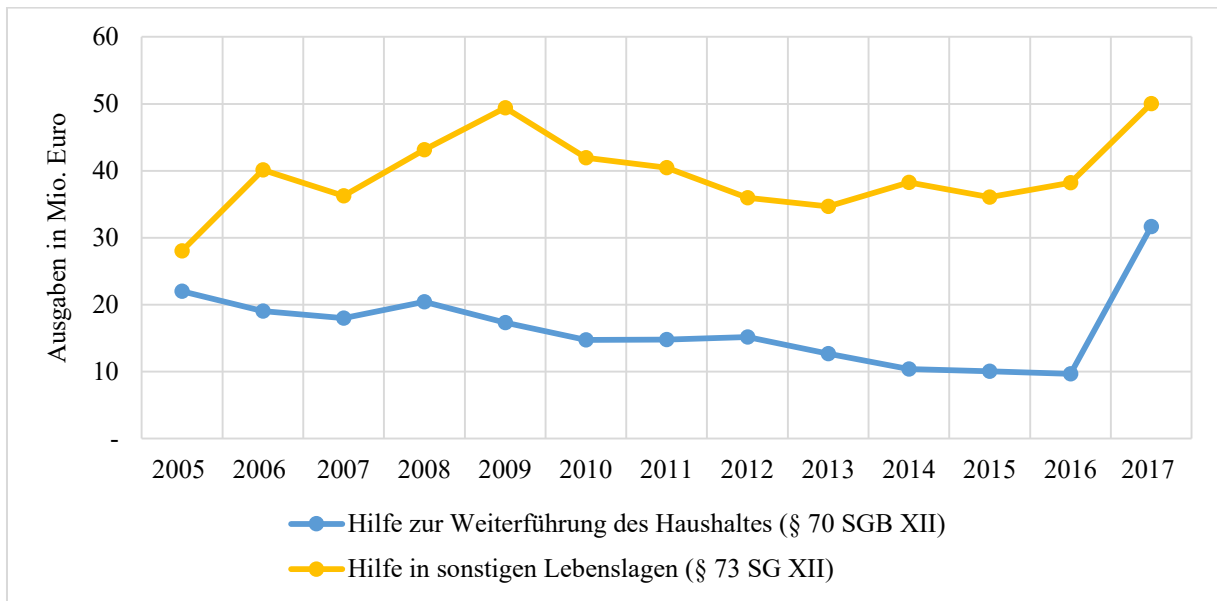
Empfängerzahlen und Ausgabenentwicklung für Leistungen nach Kapitel 9 SGB XII sind in Abbildung 93 und Abbildung 94 dargestellt. Dabei zeigt sich sowohl bei den Empfängerzahlen als auch bei den Ausgaben im Jahr 2017 ein deutlicher Anstieg bei den Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes (§ 70 SGB XII) und den Hilfen in sonstigen Lebenslagen (§ 73 SGB XII). Dieser Anstieg deckt sich mit den Befunden der Stichprobenziehung, die ergab, dass ein Teil der HzP-Empfänger ohne gleichzeitigen Bezug nach Leistungen des Kapitels 9 in 2016, die in den Folgejahren mangels Pflegegrad weder HzP- noch Versicherungsleistungen erhielten, stattdessen Leistungen nach dem 9. Kapitel SGB XII in Anspruch nehmen konnten.

Abbildung 93: Entwicklung der Empfängerzahl von Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes und Hilfe in sonstigen Lebenslagen



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2005 bis 2017), eigene Darstellung

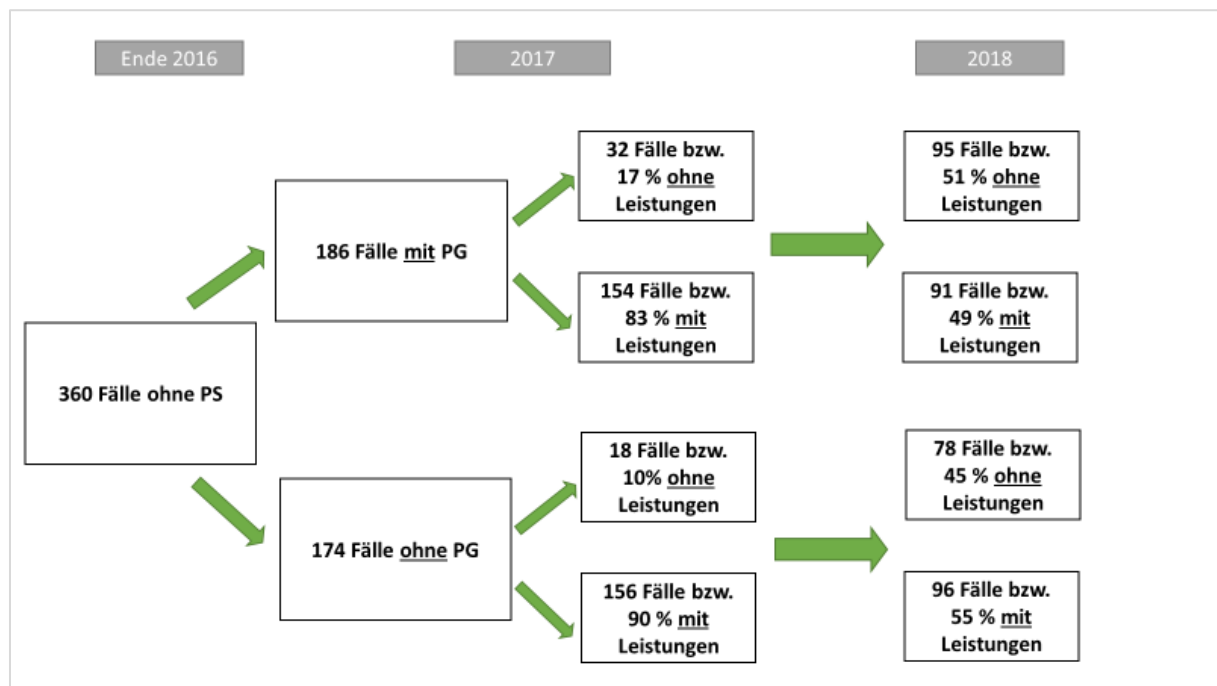
Abbildung 94: Entwicklung der Ausgaben für Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes und Hilfe in sonstigen Lebenslagen



Quelle: Statistik der Sozialhilfe (2005 bis 2017), eigene Darstellung

Abbildung 95 zeigt den Verlauf der Fallbeispiele im Rahmen der Aktenziehung im Überblick.

Abbildung 95: Übersicht über den Verlauf der Fallbeispiele im Rahmen der Aktenziehung



Quelle: Eigene Befragung der Sozialhilfeträger

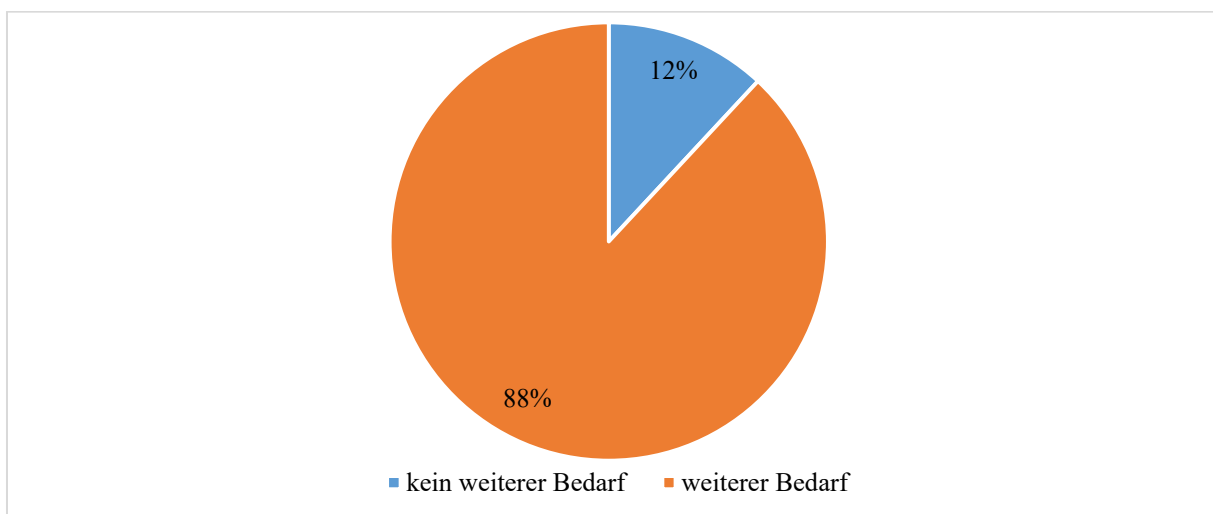
Versorgung von Personen mit Pflegegrad 1 mit weiteren Leistungen

Neben den Personen ohne Pflegestufe im Jahr 2016 sollte auch die Versorgung von Personen mit Pflegegrad 1 im Jahr 2017 abgefragt werden. Da das IGES-Institut im Rahmen des Loses 3 eine

ähnliche Fragestellung in seinen Fragenblock integriert hatte, wurde auf eine weitere, eigene Stichprobenziehung verzichtet. Vielmehr wird zur Beantwortung der Frage nach der Versorgung von Personen mit Pflegegrad 1 mit weiteren Leistungen auf die Daten von Los 3 zurückgegriffen. Die Ergebnisdarstellung beschränkt sich auf die wesentlichen Befunde; für eine genauere Analyse wird auf den Bericht des IGES-Instituts verwiesen. Die Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf *HzP-Empfänger*innen in ambulanter Versorgung*, da die Zahl derjenigen Personen in stationären Einrichtungen im Laufe des Jahres 2017 lediglich 120 Personen betrug. Mit insgesamt 81 bis 109 Sozialhilfeträger beteiligten sich an diesem Fragenblock deutlich mehr Sozialhilfeträger als an den vorangegangenen Fragestellungen.

Abbildung 96 zeigt den Anteil der Sozialhilfeträger, der den bestehenden (sozialhilferechtlichen) Bedarf nicht für alle von ihm betreuten HzP-Empfänger*innen mit Pflegegrad 1 außerhalb von Einrichtungen mit Leistungen des 7. Kapitels SGB XII (Hilfe zur Pflege) decken konnte.³⁰ Die deutliche Mehrheit von 88 % der befragten Sozialhilfeträger gab an, dass bei dieser Personengruppe weiterer (sozialhilferechtlicher) Bedarf bestand, der *nicht* ausschließlich mit Leistungen des 7. Kapitels SGB XII gedeckt werden konnte. Lediglich 12 % der Sozialhilfeträger gab an, dass sie alle betroffenen Personen mit Leistungen des 7. Kapitels SGB XII versorgen konnten.

Abbildung 96: Anteil der Sozialhilfeträger, der den (sozialhilferechtlichen) Leistungsbedarf nicht für alle von ihm betreuten HzP-Empfänger*innen mit Pflegegrad 1 außerhalb von Einrichtungen mit Leistungen des 7. Kapitels SGB XII decken konnte



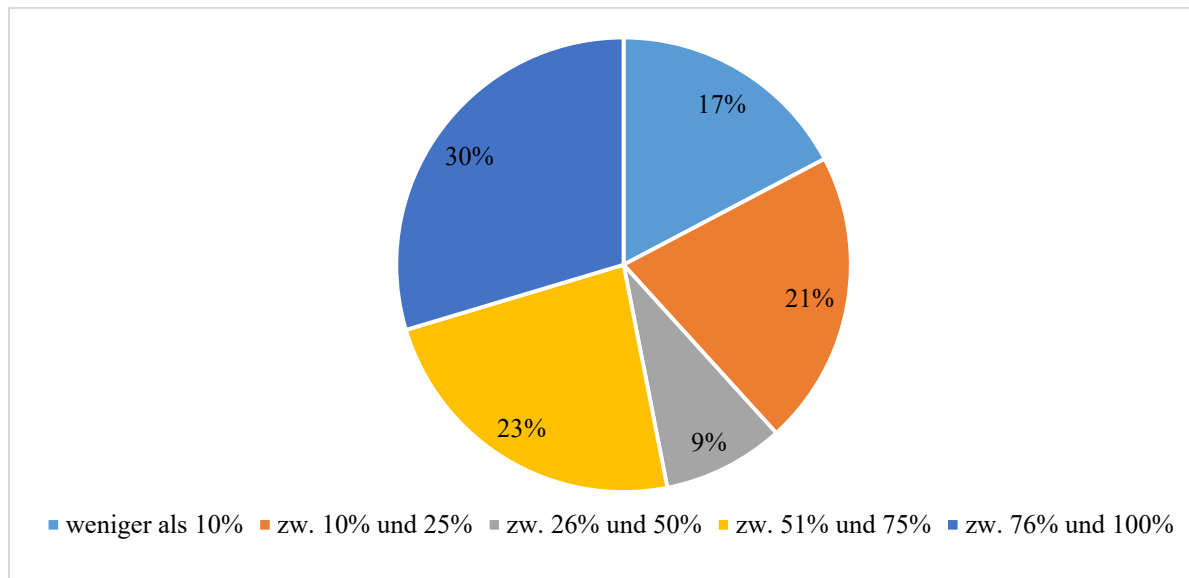
Quelle: Eigene Befragung der Sozialhilfeträger

Der Anteil dieser Personengruppe, die weiteren sozialhilferechtlichen Leistungsbedarf hatte, variiert zwischen den verschiedenen Sozialhilfeträgern stark (Abbildung 97). 38 % der Sozialhilfeträger gab an, dass der Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege mit weiterem Bedarf zwischen 1 % und 25 % lag. Bei 31 % der Sozialhilfeträger lag dieser Wert zwischen 26 und 75 %. Bei fast jedem dritten Sozialhilfeträger (30 %) erhielten mindestens 76 % der HzP-Empfänger*innen mit

³⁰ Für Pflegegrad 1 kommen hier der Entlastungsbetrag nach § 66 SGB XII, Pflegehilfsmittel nach § 64d SGB XII und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds nach § 64e SGB XII in Frage.

Pflegegrad 1 Leistungen nach anderen Kapiteln des SGB XII. Wird für jede Antwortkategorie der ungewichtete Mittelwert gebildet (beispielsweise 17,5 % für die Kategorie „zwischen 10 % und 25 %“) ergibt sich, dass insgesamt 48 % der von diesen Sozialhilfeträgern versorgten Bezieher*innen von Hilfe zur Pflege sozialhilferechtlichen Bedarf hat, der über das 7. Kapitel SGB XII hinausgeht.

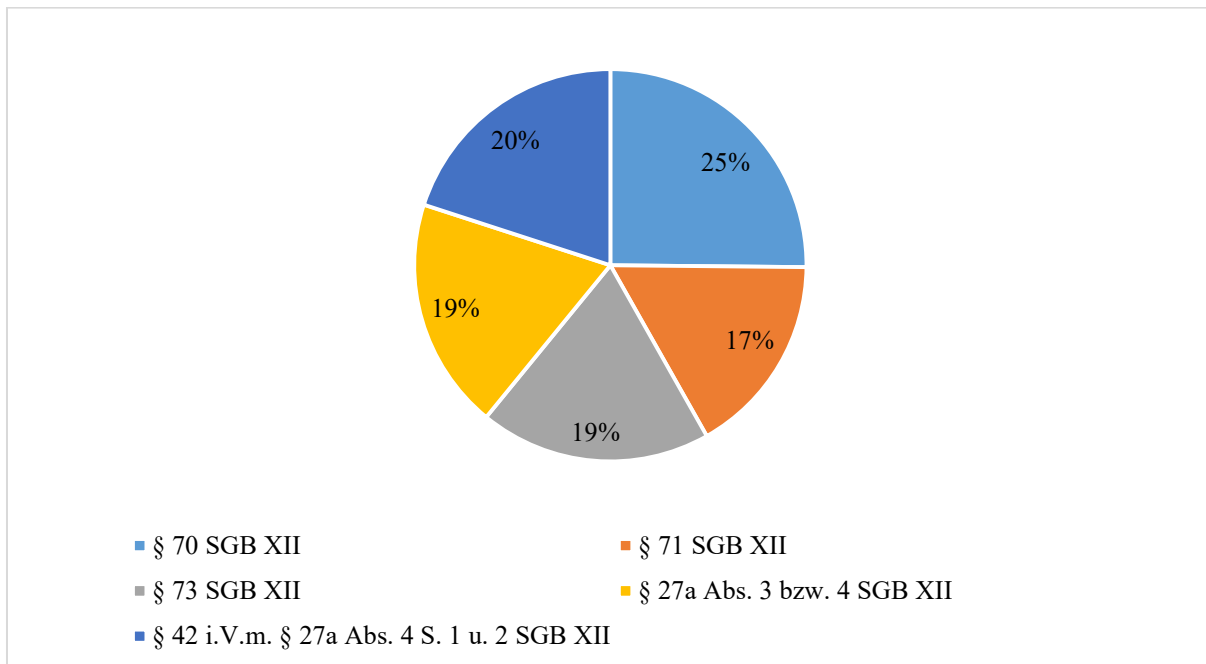
Abbildung 97: Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege mit Pflegegrad 1 und weiterem pflegerischen oder anderweitigem sozialhilferechtlichen Bedarf



Quelle: Eigene Befragung der Sozialhilfeträger

Abbildung 98 zeigt, auf welche Leistungsarten zurückgegriffen wurde, sofern der sozialhilferechtliche Bedarf nicht durch HzP-Leistungen nach Kapitel 7 SGB XII gedeckt werden konnte. In 61 % der Fälle wurden dafür Leistungen nach Kapitel 9 SGB XII genutzt (§§ 70, 71 oder 73 SGB XII). Jeweils etwa 20 % der Sozialhilfeträger nutzten § 27a Abs. 3 (Hilfe zum Lebensunterhalt für einzelne erforderliche Tätigkeiten in nicht laufenden HLU-Fällen) bzw. Abs. 4 SGB XII (Abweichende Regelsatzfestlegung in laufenden HLU-Fällen) sowie § 42 i. V. m. § 27a Abs. 4 S. 1 u. 2 SGB XII (in Fällen der Grundsicherung). Diese Praxis entspricht den Empfehlungen der KOLS-Arbeitsgruppe (KOLS 2017; vgl. Fußnote 12).

Abbildung 98: Häufigkeit der zusätzlichen Leistungen zur Bedarfsdeckung der Pflegebedürftigen des Pflegegrad 1



Quelle: Eigene Befragung der Sozialhilfeträger

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der sozialhilferechtliche Bedarf bei HzP-Empfänger*innen mit Pflegegrad 1 in ambulanter Versorgung größtenteils nicht durch Leistungen der Hilfe zur Pflege nach Kapitel 7 SGB XII gedeckt werden kann. Der Anteil der Empfänger*innen dieser Personengruppe variiert je nach Sozialhilfeträger stark, wobei fast jeder dritte Sozialhilfeträger angibt, mehr als 75 % der Pflegebedürftigen dieser Gruppe zusätzlichen Zugang zu anderen Leistungen des SGB XII zu verschaffen. Sechs von zehn Sozialhilfeträger greifen dabei, wie von der KOLS empfohlen, auf Leistungen nach Kapitel 9 SGB XII zurück.

3.2.8 Entwicklung der Anträge auf Hilfe zur Pflege

Da über das Antragsaufkommen bei den Sozialhilfeträgern keine amtliche Statistik geführt wird, wurde im Rahmen der Befragung die Anzahl der eingegangenen und bewilligten Anträge auf Hilfe zur Pflege der Jahre 2015 bis 2018 erfragt. Wie bereits erwähnt, ist die Datenbasis in ihrer Repräsentativität limitiert. Bezüglich dieser Fragestellung konnten lediglich die Angaben von 33 Sozialhilfeträgern in die Auswertung miteinbezogen werden, von denen 12 aus Bayern stammten und nur sehr geringe Antragszahlen auswiesen, wodurch weitere Verzerrungen wahrscheinlich sind. Durch eine einfache, ungewichtete Hochrechnung anhand der Bevölkerungszahl im Zuständigkeitsbereich der teilnehmenden Sozialhilfeträger wurden auf Basis dieser Stichprobe Zahlen für Gesamtdeutschland ermittelt.

Zur Beurteilung der Validität der so berechneten Werte wurden die aus der Stichprobe hochgerechneten Zahlen der gestellten bzw. bewilligten HzP-Anträge ins Verhältnis zur Gesamtzahl der HzP-Empfänger*innen am 31.12. eines Jahres gesetzt. Dieser Anteilswert wurde mit dem Quotienten

aus den MDK-Begutachtungen und der Zahl der SPV-Empfänger*innen ebenfalls am Jahresende verglichen (Tabelle 19). Die Ähnlichkeit der jeweiligen Entwicklungen der Anteile sprechen dafür, dass die hochgerechneten Werte zumindest tendenziell die tatsächliche Entwicklung der Antragsstellungen abbilden.

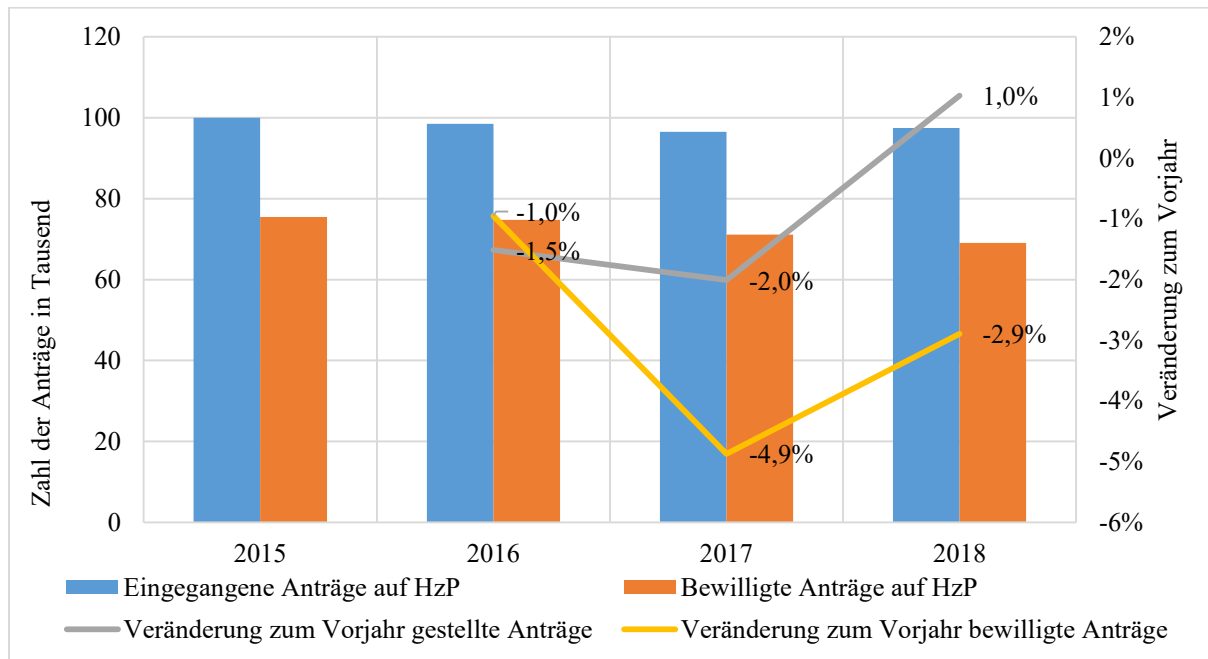
Tabelle 19: Vergleich der Neuzugänge zur SPV bzw. Hilfe zur Pflege anteilig an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen am Jahresende

SPV			
Jahr	MDK-Begutachtungen	Pflegebedürftige SPV	Anteil
2015	869.585	2 835 863	31%
2016	903.795	2 956 420	31%
2017	1.230.978	3 340 801	37%
Jahr	MDK-Neufälle	Pflegebedürftige SPV	Anteil
2015	623.514	2 835 863	22%
2016	623.545	2 956 420	21%
2017	976.430	3 340 801	29%
Hilfe zur Pflege			
Jahr	Gestellte Anträge	HzP-Empfänger*innen	Anteil
2015	100.017	349 461	29%
2016	98.506	346 522	28%
2017	96.530	287 352	34%
Jahr	Bewilligte Anträge	HzP-Empfänger*innen	Anteil
2015	75.523	349 461	22%
2016	74.803	346 522	22%
2017	71.160	287 352	25%

Quelle: MDS (2015 bis 2017), SPV- bzw. PG2-Statistik (2015 bis 2017), Statistik der Sozialhilfe (2015 bis 2017) und eigene Erhebungen.

Gemäß der in Abbildung 99 dargestellten Hochrechnung betrug die Anzahl der gestellten Anträge auf Hilfe zur Pflege im Jahr 2015 100.017, nahm in den beiden folgenden Jahren um 1.500 bzw. 2.000 ab und stieg im Jahr 2018 wieder leicht auf 97.524. Die bewilligten Anträge betrugen im Jahr 2015 75.423 und fielen in den folgenden Jahren auf 69.102 im Jahr 2018.

Abbildung 99: Hochrechnung der gestellten und bewilligten Anträge auf Hilfe zur Pflege auf Basis der Stichprobe

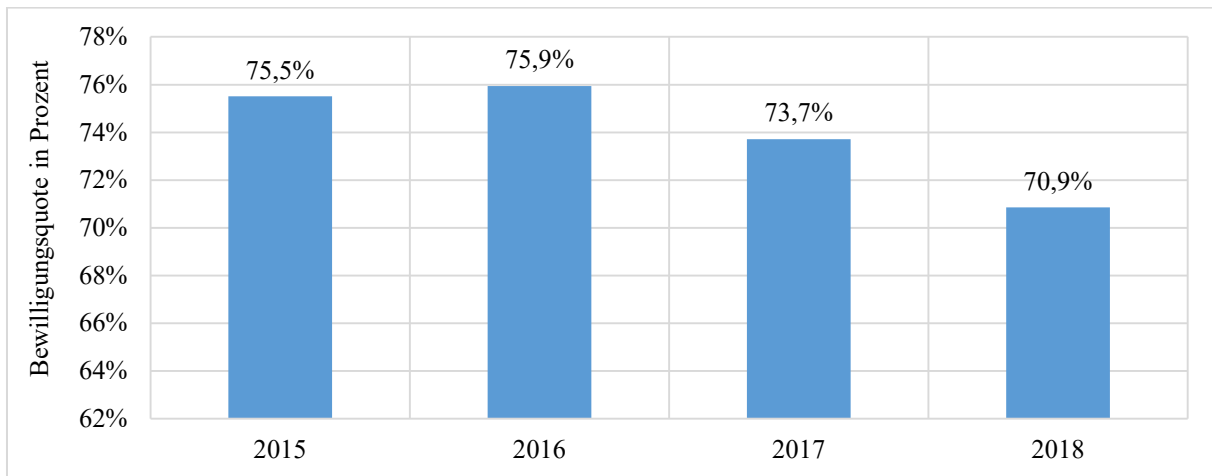


Quelle: Eigene Befragung der Sozialhilfeträger

Während die eingegangenen Anträge im Jahr 2016 mit 1,5 % noch etwas stärker als die bewilligten Anträge mit 1,0 % gesunken sind, fällt der Rückgang der bewilligten Anträge im Jahr 2017 mit 4,9 % deutlich stärker aus als der Rückgang der eingegangenen Anträge mit 2,0 %. Dies trifft auch auf das Jahr 2018 zu, in dem die bewilligten Anträge mit 2,9 % etwas weniger stark als im Vorjahr sinken und die eingegangenen sogar wieder um 1 % steigen. Im Zeitraum zwischen 2015 und 2018 haben die eingegangenen Anträge um insgesamt 2,5 % und die bewilligten Anträge um 8,5 % abgenommen.

Aus dem Quotienten der eingegangenen und bewilligten Anträge auf Hilfe zur Pflege ergibt sich die Bewilligungsquote, deren Entwicklung in Abbildung 100 dargestellt ist. Während die Quote in den Jahren 2015 und 2016 mit 75,5 % bzw. 75,9 % etwa gleichauf liegt, sinkt sie im Jahr 2017 auf 73,7 % ab. Eine nochmalige Senkung der Quote auf 70,9 % ist im Jahr 2018 zu verzeichnen. Der Rückgang der Bewilligungsquote beginnt demnach im Jahr des Inkrafttretens der PSG II und III und setzt sich auch im Folgejahr fort. Dies könnte als Indiz dafür interpretiert werden, dass die gestiegenen Leistungsbeträge im Rahmen der SPV die sozialrechtlich zu begründende Hilfebedürftigkeit verringert haben, bisherige HzP-Empfänger*innen jedoch noch Folgeanträge gestellt haben.

Abbildung 100: Entwicklung der Bewilligungsquote der Anträge auf Hilfe zur Pflege auf Basis der Stichprobe



Quelle: Eigene Befragung der Sozialhilfeträger

3.2.9 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich für den Bereich der Hilfe zur Pflege festhalten, dass sich die Erwartungen bezüglich einer *finanziellen Entlastung der Sozialhilfe* durch die Pflegestärkungsgesetze II und III (PSG II und III) zumindest für das Jahr 2017 bestätigt haben und die im Vorfeld von Seiten der Sozialhilfeträger befürchteten Kostensteigerungen nicht eingetreten sind. Insgesamt sind die Nettoaussgaben im Vergleich zum Vorjahr um 400 Mio. Euro bzw. 10,7 % auf das Niveau von 2013 gefallen, wobei die Einsparungen absolut gesehen in Einrichtungen am größten ausfielen (300 Mio. Euro bzw. 11,1 %). Allerdings muss bedacht werden, dass die großzügige Überleitung im Zusammenhang mit dem doppelten Stufensprung für eine überproportionale Entlastung der Sozialhilfeträger gesorgt hat, da diejenigen Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz infolge der „zu hohen“ Überleitung höhere Leistungsbeträge im Rahmen der Pflegeversicherung erhalten. Werden diese Fälle nach und nach durch Pflegebedürftige mit identischem Pflegebedarf, jedoch unter Umständen geringerem Pflegegrad ersetzt, kann dies den Einspareffekt dämpfen. Der relative Ausgabenrückgang im Vergleich zum Vorjahr lag 2017 bei 10,7 % und unterschied sich nicht wesentlich nach dem Versorgungssektor (außerhalb von Einrichtungen: 9,5 %, in Einrichtungen: 11,1 %) (Tabelle 16). Der Anteil der Gesamtausgaben nach Versorgungssektor hat sich damit im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert. 2017 wurden 72 % der Aufwendungen im stationären Bereich ausgegeben (Abbildung 70). Im Jahr 2018 sind die Nettoaussgaben insgesamt um 1,8 % gestiegen. Diese Steigerung liegt an der Entwicklung in Einrichtungen, wo die Aufwendungen um 2,6 % gestiegen sind, während im ambulanten Bereich ein marginaler Rückgang um 0,2 % verzeichnet wurde.

Im Hinblick auf die *Empfängerzahlen der Hilfe zur Pflege* am Jahresende fiel der Rückgang im Jahr 2017 mit 17,1 % im Vergleich zum Vorjahr noch stärker aus und erreichte damit das Niveau des

Jahres 2008. Dies ist insbesondere auf die Entwicklung außerhalb von Einrichtungen zurückzuführen. Hier sind die Empfängerzahlen um 42,7 % gefallen sind, während der Rückgang im stationären Bereich lediglich 7,6 % betrug (Tabelle 13). Dadurch hat sich der Anteil der stationären HzP-Empfänger*innen an allen Empfänger*innen von 72,6 % im Jahr 2016 auf 81,1 % im Jahr 2017 erhöht (Abbildung 42). Der deutliche Rückgang im ambulanten Bereich ist dabei in erster Linie durch die Entwicklung im Rahmen der Häuslichen Pflegehilfe (bis 2016 „Kostenübernahme für eine besondere Pflegekraft“) zu erklären, deren Empfängerzahl am Jahresende um 36,4 % gesunken ist, während die Zahl der Pflegegeldbezieher*innen lediglich um 8,5 % zurückgegangen ist (Abbildung 40). Dies kann auch damit erklärt werden, dass in der Hilfe zur Pflege bis 2016 Personen mit Pflegestufe 0 kein Pflegegeldbezug gewährt wurde. Durch die Angleichung der sozialrechtlichen Voraussetzungen im Zuge des PSG III konnte dieser Personenkreis ab 2017 Pflegegeld im Rahmen der Hilfe zur Pflege beziehen.

Aufgrund der unterschiedlichen Entwicklungen der Ausgaben sowie der Empfänger*innen haben sich auch die *monatlichen Bruttoausgaben pro Kopf* deutlich verändert (Abbildung 71). So sind die Ausgaben pro Kopf in Einrichtungen 2017 um 10,3 % auf 769 Euro im Vergleich zum Vorjahr gefallen, während außerhalb von Einrichtungen eine Steigerung um 28,4 % auf 891 Euro zu verzeichnen war. Damit übersteigen die monatlichen Pro-Kopf-Ausgaben im ambulanten Bereich erstmals seit Einführung der Pflegeversicherung die Ausgaben pro Fall im stationären Sektor. Die deutliche Steigerung ist, wie bereits erwähnt, auf den wesentlich stärkeren Rückgang der Empfängerzahlen mit überwiegend geringen Leistungsbeträgen in ambulanten Settings respektive im Bereich der Häuslichen Pflegehilfe zurückzuführen. Dies ist insbesondere Folge der deutlichen Ausweitung der Pflegeversicherungsleistungen im ambulanten Bereich.

Der *Anteil der HzP-Empfänger*innen an allen Pflegebedürftigen* auf Basis der Statistik der sozialen Pflegeversicherung sowie den PKV-Zahlenberichten hat im Jahr 2017 mit 8,1 % den niedrigsten Wert seit Einführung der Pflegeversicherung erreicht. Obwohl dieser Wert bereits seit 2012 sukzessive gefallen ist, war der Rückgang zwischen 2016 und 2017 mit 2,9 Prozentpunkten bemerkenswert (Abbildung 46). Mit 27,7 % lag dabei der Anteil der stationär versorgten HzP-Empfänger*innen auf dem niedrigsten Wert seit dem Jahr 2000 (Abbildung 50). Der *Anteil der Ausgaben für Hilfe zur Pflege an den Gesamtausgaben für Pflegeleistungen*, also inklusive der sozialen Pflegeversicherung, Privaten Pflegepflichtversicherung und Hilfe zur Pflege, ist ebenfalls auf den tiefsten Stand seit Einführung der Pflegeversicherung gefallen und betrug im Jahr 2017 8,4 %. Dieser Wert lag damit 2,1 Prozentpunkte unter dem Wert des Jahres 2016 (Abbildung 76). Analog zu dieser Entwicklung reduzierte sich auch der *Anteil der HzP-Nettoausgaben an den gesamten Sozialhilfeausgaben* von 16,6 % (ohne Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) bzw. 13,1 % (inklusive Grundsicherung) im Jahr 2016 auf 14,5 bzw. 11,4 % im Jahr 2017, was den jeweiligen Tiefstand seit 2005 darstellt (Abbildung 77). Der *Anteil der Bezieher*innen von Hilfe zur Pflege mit zusätzlichen Pflegeleistungen eines anderen Trägers* lässt sich aufgrund fehlerhaft ausgewiesener Statistiken nur für den vollstationären Bereich im Zeitverlauf betrachten. Hier ist der Anteil der HzP-Empfänger*innen mit zusätzlichen Pflegeleistungen von 90,8 % im Jahr 2016 auf 94,9 % im

Jahr 2017 gestiegen (Abbildung 52). Dies kann zu einem kleinen Anteil auf die veränderte Methodik zurückgeführt werden, durch die seit 2017 auch Bezieher*innen von Leistungen einer privaten Pflegeversicherung berücksichtigt werden. Darüber hinaus dürfte jedoch vielmehr ausschlaggebend sein, dass der erweiterte Pflegebedürftigkeitsbegriff ab dem Jahr 2017 Personen miteinbezogen hat, die bis 2016 lediglich der sogenannten Pflegestufe 0 zugeordnet waren. Der Anteil dieser Personengruppe mit zusätzlichen Pflegeleistungen eines anderen Trägers lag im Jahr 2016 bei nur 36,6 %. Im ambulanten Bereich liegt der Anteil der Personen, der zusätzliche Leistungen anderer Träger bezieht, im Jahr 2017 bei durchschnittlich 47,4 %.

Im Rahmen des *Referenzmodells für die Zahl der HzP-Leistungsempfänger*innen* wurde der Versuch unternommen, die Auswirkungen des PSG II von den Effekten der vorausgehenden Reformen im Rahmen des Pflegeneuordnungsgesetz (PNG) und Pflegestärkungsgesetz I (PSG I) abzugrenzen (Abschnitt 3.2.2). Die Modellrechnung für die Empfängerzahlen ergab, dass die PNG/PSG I-Reformen eine Verringerung der HzP-Empfänger*innen in Höhe von rechnerisch 35.939 und das PSG II von 66.058 Personen bewirkt haben. Insgesamt haben die Reformen damit zu einem Rückgang der HzP-Empfängerzahlen von rund 100.000 geführt. Dass der tatsächlich realisierte Fallzahlrückgang deutlich geringer ist, ist auf den demographischen Wandel zurückzuführen, der für sich genommen zu einer steigenden Fallzahl führt und damit gegenläufig wirkt. In der Folge beläuft sich die Gesamtveränderung auf 54.651 im Vergleich zu einem Szenario ohne Demographie- und Reformeffekte. Die Reformeffekte sind dabei praktisch ausschließlich auf die Entwicklung außerhalb von Einrichtungen zurückzuführen (vgl. Tabelle 15).

Gemäß dem *Referenzmodell der Ausgaben der Hilfe zur Pflege* konnten durch das PNG sowie PSG I insgesamt 136 Mio. Euro und durch das PSG II 521 Mio. Euro eingespart werden (Abschnitt 3.2.4). Der demographische Effekt erhöhte die Ausgaben jedoch um 559 Mio. Euro, so dass der Einspareffekt per Saldo lediglich bei rechnerisch knapp 100 Mio. Euro liegt. Der Policy-Effekt ist auch hier fast ausschließlich auf die Entwicklung außerhalb von Einrichtungen zurückzuführen.

Mittels einer Stichprobenziehung wurde versucht, die Auswirkungen des PSG II und III auf Personen zu analysieren, die im Jahr 2016 *Hilfe zur Pflege empfangen haben, ohne eine Pflegestufe aufzuweisen*. Von den 360 gezogenen Fällen bezogen 2016 lediglich fünf (1,4 %) gleichzeitig Leistungen nach dem 7. Kapitel SGB XII (Hilfe zur Pflege) sowie dem 9. Kapitel SGB XII (Hilfe in anderen Lebenslagen), 355 Personen empfangen ausschließlich Leistungen der Hilfe zur Pflege (Abbildung 88). Mehr als die Hälfte (51,7 % bzw. 186 Personen) erhielt im Jahr 2017 einen Pflegegrad und konnte demnach Leistungen nach SGB XI beziehen (Abbildung 89). Die übrigen Fälle (48,3 % bzw. 174 Personen) verblieben ohne Pflegegrade, jedoch wurde bei 46 % bzw. 80 Personen die Übergangsregelung nach § 138 SGB XII angewendet, durch den dieser Personengruppe ihr bisheriger Leistungsanspruch befristet zugesichert wurde. Diese Übergangsregelung lief für den Großteil (89 % bzw. 71 Personen) bis zum Jahr 2018 aus. Von denjenigen Personen ohne Pflegegrad und ohne Übergangsregelung erhielten dann 2018 78 Personen bzw. 47,3 % keine Leistungen mehr nach dem 7. oder 9. Kapitel SGB XII (Abbildung 92). Dies sind 21,6 % der Grundgesamtheit von 360 Fällen, was in etwa 24.000 Personen entspricht. Werden andere Gründe (Tod oder Wegfall anderer

Voraussetzungen für den Leistungsbezug) berücksichtigt, ist von rund 20.000 Personen auszugehen, die nach der neuen Definition der Pflegebedürftigkeit nicht als pflegebedürftig anzusehen sind und daher seit der Einführung des PSG III keine HzP-Leistungen mehr erhalten und gleichzeitig keine anderweitigen sozialhilfe-rechtlichen Leistungen des 9. Kapitels des SGB XII beziehen.

Um die Sicherstellung der Bedarfe von *ambulant betreuten HzP-Empfänger*innen mit Pflegegrad 1* zu beurteilen, wurde auf einen Frageblock des IGES-Instituts aus dem gemeinsamen Fragebogen zurückgegriffen. 88 % der befragten Sozialhilfeträger gab an, dass der sozialhilferechtliche Bedarf nicht ausschließlich mit Leistungen des 7. Kapitels SGB XII sichergestellt werden kann. Im Schnitt betraf dies knapp die Hälfte der von den antwortenden Sozialhilfeträgern versorgten Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1. 61 % der Sozialhilfeträger nutzten dafür Leistungen des 9. Kapitels SGB XII und jeweils etwa 20 % griffen auf § 27a Abs. 3 bzw. 4 SGB XII sowie § 42 i. V. m. § 27a Abs. 4 S. 1 u. 2 SGB XII zurück.

Da keine amtliche Statistik über die *Antragsaufkommen* auf Hilfe zur Pflege bei den Sozialhilfeträgern geführt wird, wurde diese Frage ebenfalls im Rahmen der Befragung der Sozialhilfeträger beantwortet. Dabei ergab sich, dass sich von 2015 bis 2018 sowohl die gestellten als auch die bewilligten Anträge verringert haben. Mit insgesamt 2,5 % fiel der Rückgang der gestellten Anträge im betrachteten Zeitraum geringer aus als der Rückgang der bewilligten Anträge mit 8,5 %. Analog dazu verringerte sich die Bewilligungsquote von 75,5 % im Jahr 2015 auf 70,9 % im Jahr 2018.

3.3 Vergütung von Pflegeheimen und Eigenanteile

Mit der Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils in Pflegeheimen, der Neufestsetzung der Leistungsbeträge bei vollstationärer Pflege, den Überleitungsregeln für Pflegestufen und den Regeln zum Besitzstandsschutz hat das PSG II auch massiv in den stationären Sektor eingegriffen. Ziel dieses Unterkapitels ist es zunächst die Entwicklung der Pflegeheimvergütung (Abschnitt 3.3.2) und der Eigenanteile (Abschnitt 3.3.3) zu analysieren. Mittels eines Referenzmodells wird dann wiederum versucht, den Policy-Effekt zu isolieren (Abschnitt 3.3.4). Die besondere Rolle des Besitzstandsschutzes ist Gegenstand des Abschnitts 3.3.5. Abschließend werden die zentralen Ergebnisse noch einmal zusammengefasst (Abschnitt 3.3.6). Die nachfolgenden Analysen der Entwicklungen der Vergütung, Eigenanteile und Besitzstandsschutz in stationären Einrichtungen basieren vorwiegend auf Daten, die der vdek für diese Studie freundlicherweise zur Verfügung gestellt hat (kurz: vdek-Daten). Diese Datengrundlage wird zunächst beschrieben (Abschnitt 3.3.1).

3.3.1 Vergleich von Pflegestatistik und vdek-Daten

Die Gesamtheimentgelte von Pflegeheimen setzen sich aus den Posten Pflegekosten, Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen sowie Ausbildungskosten zusammen. Die Pflegekosten umfassen alle Pflegeleistungen einschließlich medizinischer Behandlungspflege und werden je nach Grad der Pflegebedürftigkeit in Pflegesätzen angegeben. Die Verhandlung über die Höhe und die Dauer der Gültigkeit der Pflegesätze werden zwischen Pflegekassen, Träger der Sozialhilfe und einer Arbeitsgemeinschaft der beiden zuvor genannten Instanzen (§ 85 Abs. 1 & 2 SGB XI) geführt. Es wird zwischen Standardpflegesätzen und Pflegesätzen für Sonderpflegebereiche unterschieden.

Methodik zur Berechnung anhand der vdek-Daten

Für die Analyse der Entwicklung stehen quartalsweise Daten des vdek aus bis zu ca. 12.300 Pflegeheimen für die Quartale 1/2014 bis 1/2019 zur Verfügung. Stichtag für die Datenermittlung ist jeweils der erste Tag des ersten Monats im Quartal (z. B. 1.1.2015 für das Quartal 1/2015, 1.4.2015 für das zweite Quartal 2015). Es wurden alle Pflegeheime bzw. alle Pflegesätze, die in den Heimen verhandelt wurden, berücksichtigt. Für die Darstellung der durchschnittlichen monatlichen Vergütung werden Durchschnitte auf Länder- und Bundesebene gebildet. Dabei werden Standardpflegeheime und Sonderpflegebereiche getrennt voneinander dargestellt. Die Hochrechnung der Kosten von Tages- auf Monatssätze erfolgt anhand des Faktors 30,42.

Die Pflegekosten liegen in den Daten als Pflegesätze, differenziert nach Pflegestufen (PS) bzw. Pflegegraden (PG) vor. Um einen Vergleich über den gesamten Zeitraum und zwischen Ländern zu ermöglichen, ist es notwendig einen durchschnittlichen Pflegesatz zu berechnen (vgl. Augurzky u.a. 2008). Hierzu wird ein gewichteter Mittelwert über die Pflegesätze der einzelnen Stufen bzw. -grade errechnet, wobei die Anteile der Pflegebedürftigen in den jeweiligen Pflegestufen bzw. -graden als Gewichte dienen. Dabei wird die Verteilung der stationär versorgten Leistungsempfänger

ger*innen aus der Leistungsempfängerstatistik PG 2 der sozialen Pflegeversicherung zugrunde gelegt. Für die Berechnung der durchschnittlichen Pflegesätze fließen entsprechend der Auswertungsmethode des vdek in Standardpflegeheimen Nullwerte mit ein. Da Nullwerte bei den Sonderpflegebereichen zu deutlichen Verzerrungen führen, werden die Nullwerte bei diesen nicht zur Durchschnittsberechnung berücksichtigt. Die pflegebedingten Eigenanteile der Bewohner*innen errechnen sich aus den vereinbarten Pflegesätzen abzüglich der Leistungen der Pflegeversicherung für die jeweilige Pflegestufe. Um einen Vergleich zwischen nach Pflegesätzen differenzierten Eigenanteilen und den EEE nach Inkrafttreten des PSG II zu ermöglichen, wird für die Quartale 1/2014 bis 4/2016 jeweils der Durchschnittspflegesatz verwendet.

Für den Berichtszeitraum ab 2017 werden zur Darstellung der Eigenanteile an den Pflegekosten auf Bundes- oder Länderebene gewichtete EEE genutzt. Die EEE von Pflegeheimen fließen dabei entsprechend der berichteten Zahl der vollstationären Plätze in die Berechnungen ein, so dass „große“ Pflegeheimen stärker gewichtet sind als Heime mit einer geringeren Zahl vollstationärer Plätze. Sowohl positive als auch negative EEE werden berücksichtigt, da letztere zu einer Reduktion der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung für die betroffenen Pflegebedürftigen führen. Bei Pflegeheimen, die neben einem Standardpflegesatz zusätzlich Pflegesätze für Sonderpflegebereiche verhandelt haben, erfolgt die Gewichtung zur Auswertung der Sonderpflegesätze ebenfalls anhand der vollstationären Plätze, sofern die Anzahl der Plätze des Sonderbereiches nicht explizit aufgeführt wird. Dadurch sind die Pflegesätze dieser Heime tendenziell etwas zu hoch gewichtet. Um die Entgelte für Unterkunft, Verpflegung, Investitionen und Ausbildung darzustellen, werden ebenfalls, nach Größe der Pflegeheime gewichtete Mittelwerte gebildet. Dabei wurden nur Werte größer Null berücksichtigt. Bei den Kosten für Investitionen kann ein Pflegeheim unterschiedliche Verträge abhängig z. B. von der Ausstattung des Zimmers (Einzelzimmer – Doppelzimmer – Altbau – Neubau) verhandeln. Für die Darstellung der Investitionskosten werden zunächst Mittelwerte auf Heimebene für alle Werte größer Null gebildet, die dann wiederum auf Bundes- bzw. Länderebene gemittelt werden. Hält ein Pflegeheim beispielsweise Einzel- und Doppelzimmer vor, für die unterschiedlich hohe Investitionskosten veranschlagt wurden, entsprechen die Investitionskosten dem Mittelwert dieser Investitionskosten.

Methodik zur Berechnung anhand der Pflegestatistik

Im Turnus von zwei Jahren wird durch das Statistische Bundesamt eine Vollerhebung in allen Pflegeheimen in Deutschland durchgeführt. Die erhobenen Daten beziehen sich auf den Stichtag 15.12. des Jahres und werden in der Pflegestatistik veröffentlicht (vgl. Abschnitt 2.1.1). In der Pflegestatistik werden u. a. die Anzahl der verfügbaren Plätze für vollstationäre Dauerpflege, die durchschnittlichen gewichteten Pflegesätze nach Pflegestufe bzw. -grad sowie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung auf Länderebene und im Bundesdurchschnitt angegeben. Die Gewichtung erfolgt analog zur oben beschriebenen Methodik anhand der vollstationären Heimplätze (Statistisches Bundesamt 2018b: 13). In der Pflegestatistik werden von jedem Heim die Pflegesätze übermittelt, die für die überwiegend versorgte Personengruppe gültig ist (Statistisches Bundesamt 2017b). In

die Durchschnittsberechnung der ausgewiesenen Pflegesätze werden dementsprechend Standardpflegesätze, wie Pflegesätze für Sonderpflegebereiche in unbekanntem Verhältnis miteinbezogen. Es fließen außerdem die Kosten für Ausbildungsvergütung in die Pflegesätze mit ein. Die Berechnung von durchschnittlichen Eigenanteilen für Pflegekosten erfolgt für die Daten der Pflegestatistik anhand der Differenzen zwischen Pflegesätzen und Leistungen des SGB XI gewichtet nach Anteilen der Heimbewohner*innen nach PS bzw. PG.

Vdek-Daten und Pflegestatistik im Vergleich

Zum Vergleich der erfassten Heime wurden bei den vdek-Daten die Anzahl der Standardheime und die verfügbaren Plätze in der vollstationären Dauerpflege herangezogen, da die meisten Sonderpflegebereiche an Standardheime angebunden sind. Diese Vorgehensweise vermeidet Doppelzählungen. Im Vergleich zur Anzahl der Pflegeheime mit vollstationärer Dauerpflege und deren verfügbarer Plätze zeigen sich geringe Differenzen. Die vdek-Daten weisen 2017 leicht geringere Zahlen aus (Tabelle 20)³¹. Dies kann sowohl in unterschiedlichen Stichtagen oder Ungenauigkeiten in der Datenerfassung als auch in der Berücksichtigung von Sonderpflegebereichen begründet sein.

Tabelle 20: Vergleich von Pflegestatistik und vdek-Daten

		2015	2017	Differenz zur Pflegestatistik 2017	
Anzahl der Heime mit vollstationärer Dauerpflege	Pflegestatistik	11.164	11.241	-	-
	vdek (Standard)	11.227	11.156	-85	-0,8%
Verfügbaren Plätze für stationäre Dauerpflege	Pflegestatistik	866.300	876.867	-	-
	vdek (Standard)	857.366	860.383	-16.484	-1,9%
Durchschnittliche Pflegesätze	Pflegestatistik	1.902,7 €	2.038,0 €	-	-
	vdek (Standard)	1.803,0 €	1.979,9 €	-58,2 €	-2,9%
	vdek (Sonderb.)	2.342,5 €	2.515,7 €	477,7 €	23,4%
	vdek (alle)	1.845,4 €	2.020,6 €	-17,4 €	-0,9%
Durchschnittliche Eigenanteile/EEE	Pflegestatistik	612,0 €	632,8 €	-	-
	vdek (Standard)	531,4 €	572,9 €	-59,9 €	-9,5%
	vdek (Sonderb.)	1.070,8 €	1.126,3 €	493,5 €	78,0%
	vdek (alle)	573,7 €	614,6 €	-18,2 €	-2,9%
Durchschnittliche Ausbildungsvergütung	vdek (Standard)	60,9 €	66,1 €	-	-
	vdek (Sonderb.)	54,8 €	65,3 €	-	-
	vdek (alle)	60,4 €	66,1 €	-	-
Durchschnittliche Kosten für Unterkunft und Verpflegung	Pflegestatistik	680,7 €	714,9 €	-	-
	vdek (Standard)	737,7 €	767,8 €	52,9 €	7,4%
	vdek (Sonderb.)	689,1 €	742,2 €	27,3 €	3,8%
	vdek (alle)	733,85 €	765,8 €	50,9 €	7,1%

Standard = Standardpflegesätze, Sonderb. = Sonderpflegebereiche

Quelle: Pflegestatistik 2015 und 2017, vdek-Daten

³¹ In den beiden rechten Spalten sind die absoluten und relativen Differenzen der Werte der Pflegestatistik 2017 und der vdek Daten für 2017 angegeben. Die Differenzen sind fett dargestellt, wenn sie sich auf einen Vergleich der vdek-Daten für alle Heime und die Pflegestatistik beziehen. Die kursiv gesetzten Zahlen vergleichen Standard- bzw. Sonderpflegebereiche mit den Werten der Pflegestatistik. Hier sind die Unterschiede naturgemäß größer und bei EEE und Pflegekosten auch gegenläufig. Bei den aussagekräftigen fett gedruckten Differenzen sind die Unterschiede zwischen den vdek-Daten und der Pflegestatistik eher gering. Lediglich bei den Kosten für Unterkunft und Verpflegung zeigen sich hier nennenswerte Unterschiede.

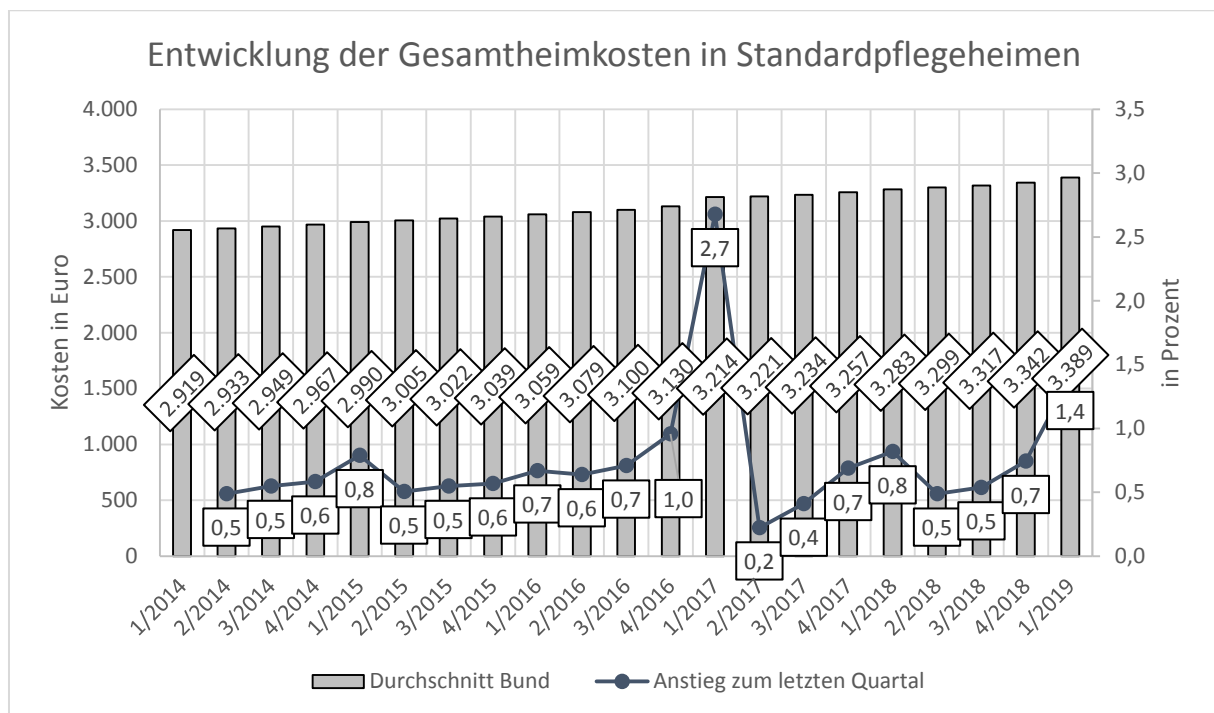
In den vdek-Daten sind die Ergebnisse nach Standard-, Sonderpflegebereiche und für alle Heime ausgewiesen. In der Berechnung für alle Heime sind die Pflegesätze für Sonderpflegebereiche tendenziell zu hoch gewichtet, da die genaue Zahl der Plätze in diesen Sonderbereichen nicht immer erfasst wird. Pflegesätze und pflegebedingte Eigenanteile sind, wenn alle Heime aus vdek-Daten berücksichtigt werden, etwas überschätzt. Die anders geartete Erfassung der Sonderbereiche in der Pflegestatistik erklärt einen Teil der Differenzen zwischen den niedrigeren Werten der Standardpflegesätze auf vdek-Basis gegenüber der Pflegestatistik. Eine weitere Differenz liegt in der Erfassung der Ausbildungskosten. Diese sind in der Pflegestatistik in den Pflegesatz integriert, werden aber in den vdek-Daten gesondert ausgewiesen. Beide Faktoren tragen dazu bei, dass Pflegesätze und pflegebedingte Eigenanteile in der Pflegestatistik etwas höher ausfallen als im Datensatz des vdek. Kosten für Unterkunft und Verpflegung fallen dahingegen im Mittel im Datensatz des vdek höher aus. Gründe hierfür konnten nicht ermittelt werden. Die Methodik der Datenauswertung ist mit dem vdek abgestimmt. Die Darstellung von Mittelwerten als nach Heimplätzen gewichtete Werte orientiert sich an der Pflegestatistik, um eine bessere Vergleichbarkeit herzustellen.

3.3.2 Entwicklung der Vergütung in Pflegeheimen

Entwicklung des Gesamtheimentgelts

Die Gesamtkosten für Pflegeheimplätze sind im betrachteten Zeitraum im Bundesdurchschnitt um 16,1 % von 2.919 Euro auf 3.389 Euro angestiegen (Abbildung 101). Das durchschnittliche Wachstum pro Quartal war mit 0,64 % vor dem PSG II etwas schwächer, als nach der Gesetzesänderung (durchschnittlich 0,66 % pro Quartal). Ein deutlich größerer Anstieg zeigt sich beim Übergang vom vierten Quartal 2016 auf das erste Quartal 2017 (2,7 %). Dieser Effekt ist insbesondere auf die Überleitungsregelung nach § 93c SGB XI (idF. des PSG II) zurückzuführen. Zur Kompensation des in der Diskussion zum Teil auch als „Rothgang-Effekt“ bezeichneten Zwillingsseffekts (Rothgang/Kalwitzki 2015; Rothgang u.a. 2015; Rothgang u.a. 2016: 38ff.) haben die Länder bei der Überleitung Vergütungszuschläge vorgesehen, die sich hier in einem entsprechenden Anstieg der Gesamtheimentgelte niederschlagen.

Abbildung 101: Entwicklung der Gesamtheimentgelte in Standardpflegeheimen



Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnung und Darstellung

Im Vergleich der Bundesländer zeigen sich im betrachteten Fünfjahreszeitraum deutliche Unterschiede (Tabelle 21). In Schleswig-Holstein (10,9 %; 312 Euro) und Bremen (12,9 %; 366 Euro) kommt es zu geringeren prozentualen Steigerungen, als in Brandenburg (25,6 %; 610 Euro), Sachsen (22,1 %; 488 Euro) und Sachsen-Anhalt (21,7 %; 483 Euro). Das Wachstum vom vierten Quartal 2016 auf das erste Quartal 2017, das als unmittelbare Reformfolge gedeutet werden kann, ist in den allermeisten Ländern deutlich größer, in zwei Ländern (Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein) aber auch kleiner als die durchschnittlichen Wachstumsraten pro Quartal vor und nach 2017. In sechs Bundesländern lässt sich eine Reduzierung der durchschnittlichen Wachstumsrate pro Quartal nach Inkrafttreten des PSG II beobachten, in zehn Bundesländern zeigt sich eine Steigerung der durchschnittlichen Wachstumsraten.

Tabelle 21: Gesamtheimentgelte nach Bundesländern

	Betrag in €		Differenz in %		Durchschnittl. Wachstumsrate pro Quartal in %	
	01/2014	01/2019	1/2014-1/2019	4/2016-1/2017	1/2014-4/2016	1/2017-1/2019
BW	3.022	3.583	18,6	0,30	0,84	0,94
BY	2.869	3.357	17,0	0,94	0,89	0,63
BE	2.920	3.342	14,5	6,03	0,38	0,44
BB	2.386	2.996	25,6	7,06	0,80	0,90
HB	2.839	3.205	12,9	4,27	0,33	0,54
HH	3.011	3.444	14,4	3,57	0,49	0,58
HE	2.865	3.241	13,1	4,03	0,49	0,37
MV	2.365	2.838	20,0	3,87	0,85	0,64
NI	2.655	3.021	13,8	1,64	0,44	0,81
NW	3.495	4.073	16,5	2,30	0,70	0,67
RP	2.944	3.436	16,7	4,73	0,64	0,47
SL	3.257	3.792	16,4	3,42	0,63	0,62
SN	2.203	2.691	22,1	6,43	0,68	0,80
ST	2.226	2.709	21,7	7,71	0,46	0,90
SH	2.849	3.161	10,9	0,41	0,41	0,69
TH	2.324	2.798	20,4	5,10	0,67	0,78
Bund	2.919	3.389	16,1	2,68	0,64	0,66

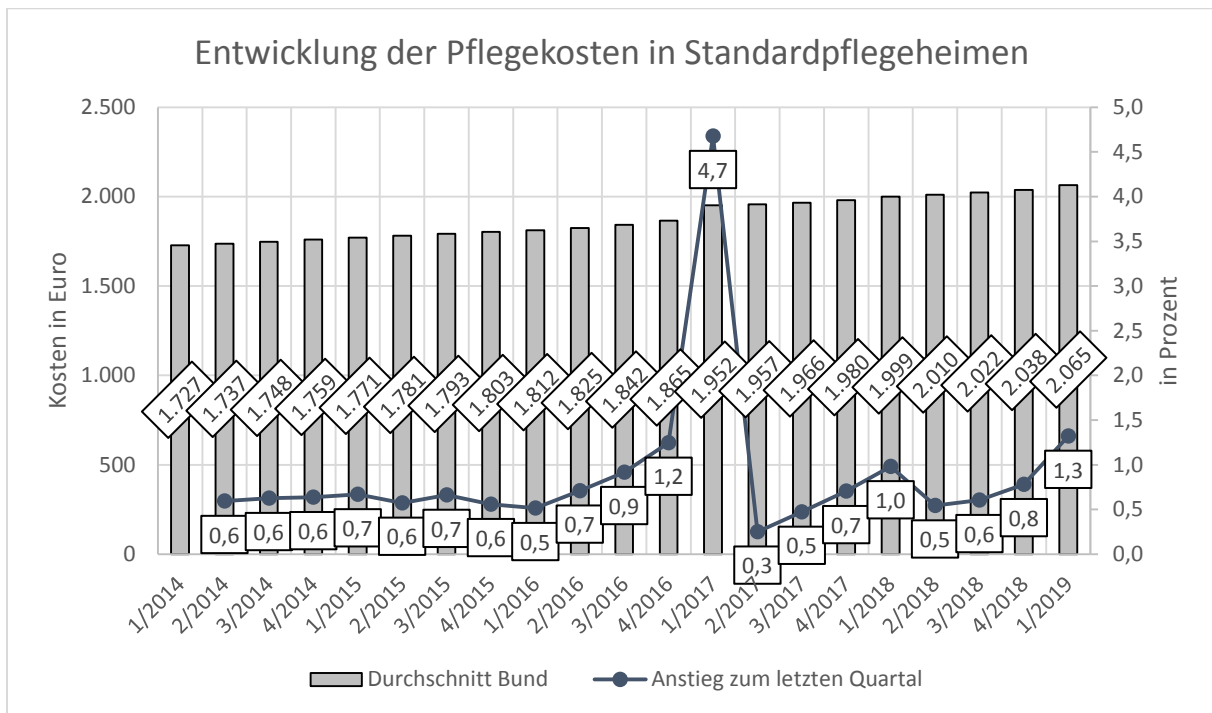
Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnung

Das Gesamtheimentgelt ergibt sich als Summe mehrerer Einzelposten. Welche davon die Entwicklung angetrieben haben, soll nachstehend eruiert werden.

Entwicklung der Pflegesätze

Die Entgelte für die pflegebedingten Kosten (Pflegesätze) steigen im betrachteten Fünfjahreszeitraum bundesdurchschnittlich von 1.727 Euro um 19,6 % auf 2.065 Euro an (Abbildung 102). Die durchschnittlichen Wachstumsraten vor und nach 2017 unterscheiden sich dabei kaum voneinander. Ein reformbedingter Wachstumssprung wird beim Jahreswechsel 2016/2017 deutlich.

Abbildung 102: Entwicklung der Pflegesätze in Standardpflegeheimen



Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnung und Darstellung

Der Ländervergleich offenbart deutliche Unterschiede im Niveau der Pflegesätze und deren Veränderung über den beschriebenen Zeitraum (Tabelle 22). Der größte relative Gesamtanstieg ist in Brandenburg (32,9 %, 496 Euro) und Sachsen-Anhalt (27,9 %, 395 Euro), der geringste in Schleswig-Holstein (14,2 %, 226 Euro) und Hamburg (15,0 %, 268 Euro) zu verzeichnen. In zehn Bundesländern ist nach der Gesetzesänderung eine größere durchschnittliche Wachstumsrate pro Quartal zu verzeichnen als vor dem PSG II, in sechs Bundesländern ist diese ab 2017 geringer als vorher. Das Wachstum vom vierten Quartal 2016 zum ersten Quartal 2017 ist in fast allen Bundesländern überdurchschnittlich groß.

Tabelle 22: Pflegesätze nach Bundesländern

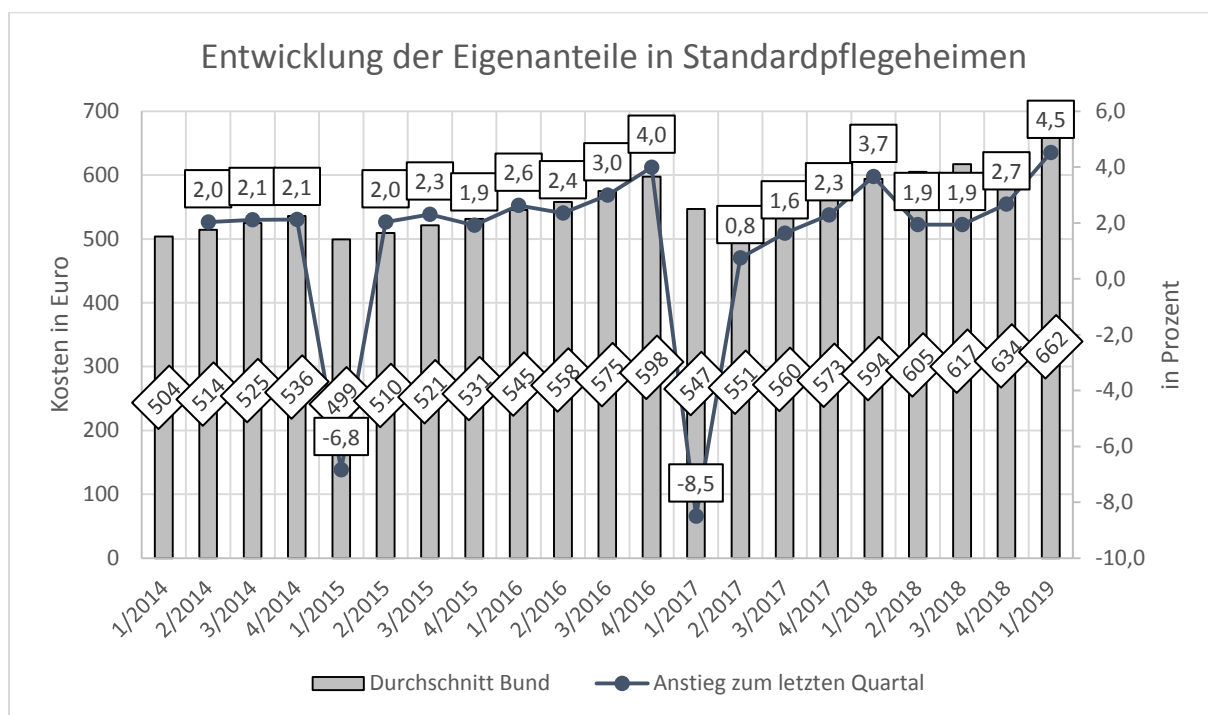
	Betrag in €		Differenz in %		Durchschnittl. Wachstumsrate pro Quartal in %	
	01/2014	01/2019	1/2014-1/2019	4/2016-1/2017	1/2014-4/2016	1/2017-1/2019
BW	1.913	2.329	21,8	0,28	0,98	1,09
BY	1.863	2.253	20,9	2,61	0,96	0,74
BE	1.979	2.298	16,1	8,48	0,34	0,38
BB	1.508	2.004	32,9	10,68	0,96	0,98
HB	1.610	1.863	15,8	6,26	0,35	0,60
HH	1.791	2.059	15,0	5,76	0,31	0,63
HE	1.755	2.041	16,3	6,01	0,54	0,41
MV	1.428	1.750	22,6	6,10	0,79	0,73
NI	1.599	1.868	16,8	4,27	0,54	0,68
NW	1.809	2.136	18,1	5,95	0,61	0,51
RP	1.762	2.102	19,3	6,00	0,69	0,54
SL	1.898	2.276	19,9	4,61	0,75	0,67
SN	1.393	1.744	25,2	9,19	0,66	0,81
ST	1.414	1.809	27,9	11,26	0,49	1,07
SH	1.586	1.812	14,2	0,78	0,49	0,90
TH	1.369	1.680	22,8	5,37	0,70	0,95
Bund	1.727	2.065	19,6	4,68	0,70	0,71

Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnung

Entwicklung der Eigenanteile an den Pflegesätzen

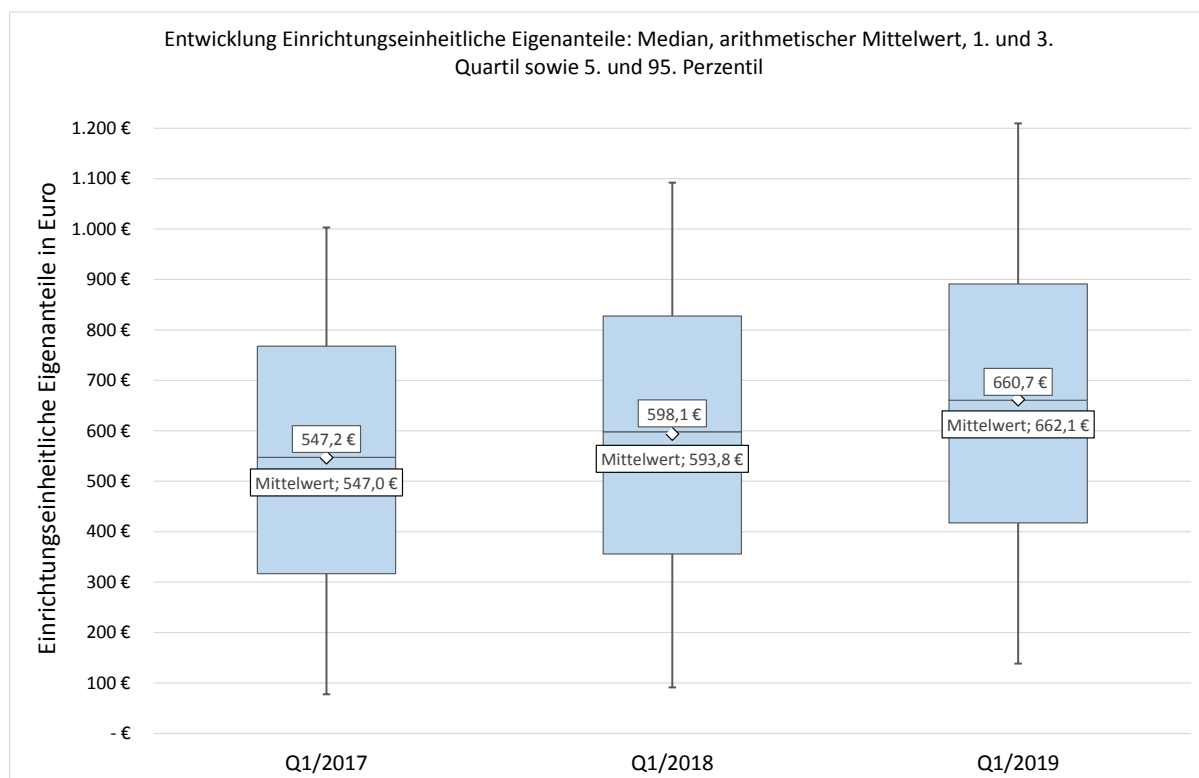
Im beschriebenen Zeitraum steigen die durchschnittlichen Eigenanteile der Pflegesätze von 504 Euro auf 662 Euro, also um insgesamt 31,4 % des Ausgangswertes (Abbildung 103). Dabei zeigt sich ein relativ konstanter Anstieg über den gesamten Zeitraum mit Ausnahme der Jahreswechsel 2014/2015 und 2016/2017. In beiden Fällen kommt es zu deutlichen Rückgängen der Eigenanteile, die auf das Inkrafttreten der Regelungen des PSG I und II zurückgeführt werden können. Im PSG I wurden die nominal fixierten Leistungspauschalen des § 43 SGB XI angepasst – für Pflegestufe I und II erstmals seit Einführung der Pflegeversicherung. Entsprechend reduzierten sich die Eigenanteile pro Pflegestufe. Für das PSG II ist die Abschätzung der Wirkungen komplexer, da sich die neuen Leistungssätze aus dem Zusammenspiel der Überleitungsregeln in Pflegegrade und den neu festgesetzten Leistungsbeträgen für die Pflegegrade ergeben. Gleichzeitig konnten Pflegesatzsteigerungen beobachtet werden, wodurch sich die höheren Leistungen nicht vollständig in niedrigeren Eigenanteilen niederschlagen (s. Abbildung 102). Per Saldo ist allerdings ein merklicher Rückgang der Eigenanteile zu konstatieren. Für die bereits 2016 vollstationär versorgten Pflegebedürftigen ist zudem zu beachten, dass der Besitzstandsschutz nach § 141 SGB XI einen Anstieg der Eigenanteile verhindert, während Rückgänge realisiert werden. Im Durchschnitt ist die Entlastung für die „Altfälle“ daher höher als es der Rückgang der Eigenanteile vermuten lässt (Rothgang u.a. 2016: 47ff.).

Abbildung 103: Entwicklung der monatlichen Eigenanteile in Standardpflegeheimen



Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnung und Darstellung

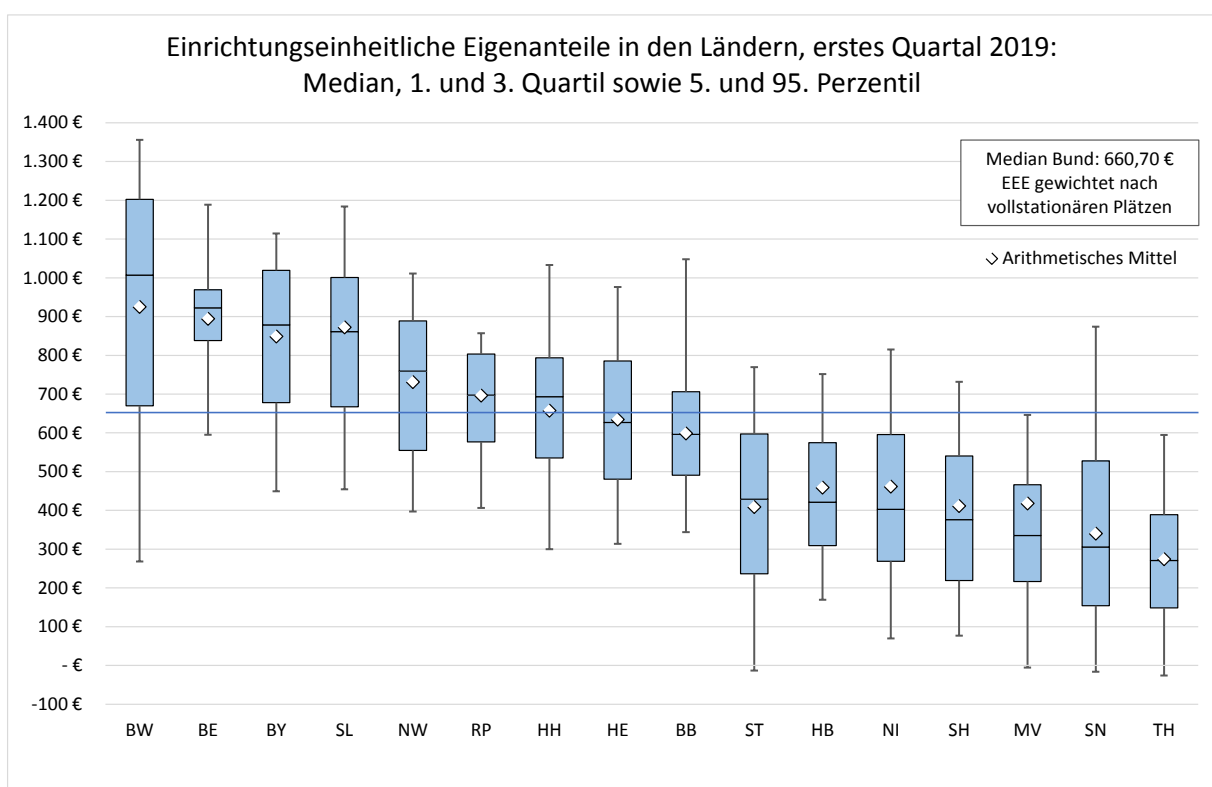
Abbildung 104: Entwicklung der monatlichen einrichtungseinheitliche Eigenanteile: Median, Mittelwert, 1. und 3. Quartil sowie 5. und 95. Perzentil



Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnung und Darstellung

Eine detailliertere Betrachtung der EEE für das jeweils erste Quartal 2017 bis 2019 zeigt die erhebliche Streuung im Bundesgebiet. Neben den Mittelwerten werden in Abbildung 104 auch Median, erstes und drittes Quartil sowie 5. und 95. Perzentil berichtet. Mittelwert und Median sind nahezu identisch, was auf eine symmetrische Verteilung schließen lässt. Die Hälfte der EEE liegt im ersten Quartal 2017 zwischen gut 300 Euro und 770 Euro. Die oberen 5 % der Verteilung mussten monatliche Eigenanteile von mehr als 1.000 Euro tragen. Anfang 2019 liegt dieser Wert bei gut 1.200 Euro, die mittleren 50 % der Heime wiesen 2019 einen EEE von gut 400 bis knapp 900 Euro aus. Die Streuung der EEE bleibt über diesen Zeitraum weitgehend konstant. Der Variationskoeffizient als Maß der relativen Streuung um den Mittelwert sinkt sogar leicht von 56 % auf 54,4 %.

Abbildung 105: Einrichtungseinheitliche Eigenanteile: Median, Mittelwert, 1. und 3. Quartil sowie 5. und 95. Perzentil in den Ländern



Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnungen und Darstellung

Abbildung 105 verdeutlicht die erheblichen Niveauunterschiede der pflegebedingten Eigenanteile im ersten Quartal 2019 zwischen den Bundesländern sowie die Streuung der EEE in den Ländern. In Baden-Württemberg sind mit 925 Euro im Mittel die höchsten Eigenanteile zu leisten. Der Median liegt bei 1.000 Euro und die mittleren 50 % der Eigenanteile liegen zwischen 680 und 1.200 Euro und damit noch oberhalb der bundesdurchschnittlichen Eigenanteile von 662 Euro. Auch in Berlin, Bayern und dem Saarland übertrifft das erste Quartil der EEE das Bundesmittel. Dahingegen unterschreitet das dritte Quartil den Bundesdurchschnitt in sieben Ländern (Sachsen-Anhalt, Bremen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen).

Tabelle 23: Eigenanteile nach Bundesländern

	Betrag in €		Differenz in %		Durchschnittl. Wachstumsrate pro Quartal in %	
	01/2014	01/2019	1/2014-1/2019	4/2016-1/2017	1/2014-4/2016	1/2017-1/2019
BW	689	925	34,2	-15,31	2,07	2,99
BY	640	849	32,7	-10,80	2,09	2,15
BE	756	895	18,4	4,59	0,38	1,03
BB	285	599	110,4	9,86	3,32	3,70
HB	386	459	18,8	-8,42	0,43	2,70
HH	568	657	15,8	-5,14	0,28	2,14
HE	532	635	19,3	-4,45	1,04	1,36
MV	205	418	104,4	-12,90	3,21	6,52
NI	376	461	22,7	-15,10	1,22	2,98
NW	586	731	24,7	-3,31	1,20	1,55
RP	539	696	29,3	-3,76	1,48	1,69
SL	675	872	29,2	-5,43	1,50	1,87
SN	170	340	100,4	-0,51	2,85	5,01
ST	191	409	114,0	13,75	1,54	5,97
SH	363	411	13,3	-30,85	1,03	4,88
TH	146	274	88,4	-25,98	3,45	7,26
Bund	504	662	31,4	-8,50	1,57	2,42

Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnung

Im Vergleich der Bundesländer bestehen nicht nur große Niveauunterschiede, sondern auch voneinander abweichende Veränderungen der Eigenanteile (Tabelle 23). Das größte prozentuale Wachstum zwischen dem jeweils ersten Quartal 2014 und 2019 ist in Sachsen-Anhalt (114,0 %; 218 Euro), Brandenburg (110,4 %; 314 Euro) und Mecklenburg-Vorpommern (104,4%; 214 Euro) zu beobachten. Die Eigenanteile steigen am geringsten in Schleswig-Holstein (13,3 %, 48 Euro) und Hamburg (15,8 %, 90 Euro). Es zeigen sich hier Tendenzen, die auf einen Zusammenhang zwischen niedrigem Niveau der Eigenanteile/EEE und höheren Wachstumsraten und somit auf einen Konvergenzprozess im Zusammenhang mit dem PSG II schließen lassen. Eine Analyse der Variationskoeffizienten (VK) bestätigt diese Annahme: Der VK der durchschnittlichen Eigenanteile auf Länderebene beträgt im ersten Quartal 2014 46,0 %. Bis zum vierten Quartal 2016 kommt es zu Schwankungen zwischen 48,4 % und 43,1 %. Im ersten Quartal 2017 liegt der VK bei 44,6 % und sinkt dann bis zum ersten Quartal 2019 kontinuierlich auf 35,3 %. Über die gesamte Beobachtungsperiode von fünf Jahren sinkt die durchschnittliche Abweichung zum Mittelwert von 46,0 % auf 35,3 %. Die mittleren Unterschiede der EEE zwischen den Ländern nehmen infolge des PSG II ab.

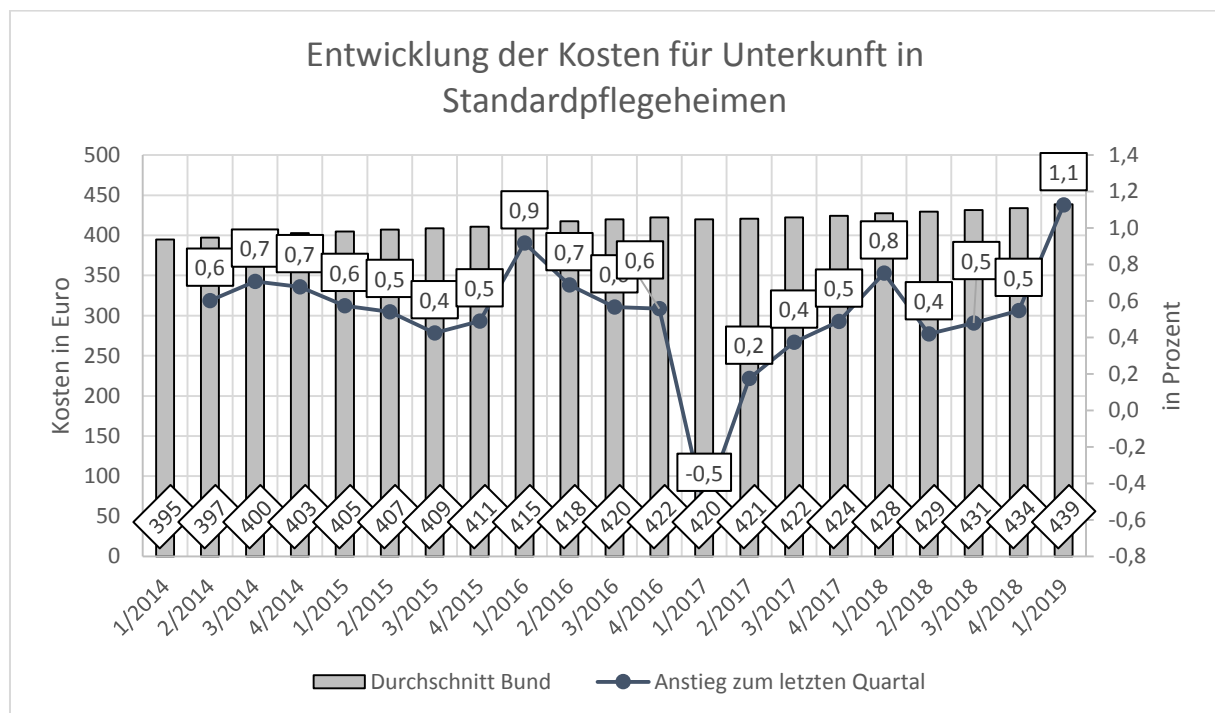
Die durchschnittliche quartalsweise Wachstumsrate der pflegebedingten Eigenanteile ist in allen Bundesländern nach dem PSG II größer als zuvor. Hierzu tragen zunächst die Leistungsausweitungen im Rahmen des PSG I bei, die im ersten Quartal 2015 die Eigenanteile reduziert haben (vgl. Abbildung 103). Andererseits wird die Wachstumsrate ab 2017 ebenso von steigenden Löhnen in der Pflege im Zuge zunehmender Tarifbindung beeinflusst, die nicht unbedingt im Zusammenhang mit dem PSG II bzw. PSG III stehen müssen. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass seit dem PSG III – unabhängig von der Tarifbindung des Trägers – Löhne auf Höhe des Tarifniveaus von Pflege-

kassen und Sozialhilfeträger grundsätzlich als wirtschaftlich anerkannt und finanziert werden müssen, wenn nachgewiesen wird, dass die verhandelten Löhne bei den Beschäftigten ankommen. Vom vierten Quartal 2016 zum ersten Quartal 2017 kommt es in den meisten Bundesländern zum Rückgang der Eigenanteile. Im Bundesdurchschnitt beträgt die Entlastung auf Ebene der Eigenanteile rund 51 Euro. Wie bereits angemerkt unterschätzt dieser Wert die tatsächliche Entlastung, da „Altfälle“ von Besitzstandsschutz profitieren können. Die Quantifizierung des Reformeffekts erfolgt in Abschnitt 3.3.4.

Entwicklung der Entgelte für Unterkunft

Die Entgelte für Unterkunft steigen zwischen 2014 und 2019 im bundesweiten Durchschnitt um 11,1% von 395 Euro auf 439 Euro. Die durchschnittliche Wachstumsrate pro Quartal war vor 2017 leicht höher, als nach 2017. Vom vierten Quartal 2016 auf das erste Quartal 2017 gingen die Entgelte sogar zurück, steigen dann aber in den Folgequartalen wieder an (Abbildung 106).

Abbildung 106: Entwicklung der Entgelte für Unterkunft in Standardpflegeheimen



Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnungen und Darstellung

Ein Vergleich der Bundesländer zeigt, dass das größte Wachstum in Baden-Württemberg (18,6 %), Rheinland-Pfalz und Sachsen (jeweils 16,5 %), das geringste Wachstum in Berlin (8,7 %) und Hamburg (9,6 %) zu verzeichnen ist (Tabelle 24). Auffällig ist der deutliche Rückgang der Kosten für Unterkunft in Bayern vom vierten Quartal 2016 auf das erste Quartal 2017. Dieser Rückgang gleicht jedoch nur erhöhte Wachstumsraten in 2016 aus, so dass über einen längeren Zeitraum betrachtet ein moderates Wachstum vorliegt. In acht Bundesländern wird vor dem PSG II eine größere durchschnittliche Wachstumsrate pro Quartal als nach dem Inkrafttreten des Gesetzes verzeichnet. Das

Wachstum vom vierten Quartal 2016 zum ersten Quartal 2017 ist in den meisten Bundesländern größer als die durchschnittliche Wachstumsrate vor und nach der Gesetzesänderung.

Tabelle 24: Kosten für Unterkunft nach Bundesländern

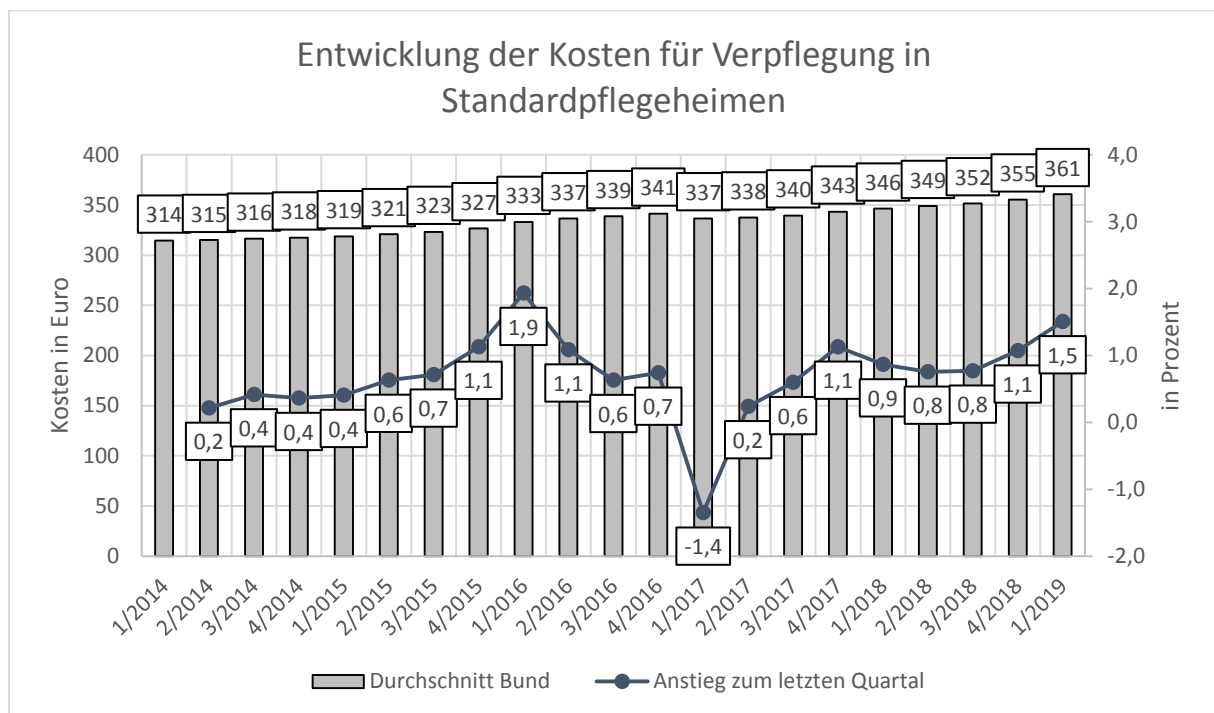
	Betrag in €		Differenz in %		Durchschnittl. Wachstumsrate pro Quartal in %	
	01/2014	01/2019	1/2014-1/2019	4/2016-1/2017	1/2014-4/2016	1/2017-1/2019
BW	373	443	18,6	0,48	0,81	0,97
BY	265	305	15,0	-10,24	1,84	0,59
BE	362	393	8,7	1,18	0,38	0,38
BB	394	453	14,8	1,08	0,50	0,91
HB	406	445	9,7	1,67	0,37	0,44
HH	381	418	9,6	0,94	0,43	0,43
HE	348	392	12,6	1,00	0,64	0,49
MV	278	307	10,3	0,40	0,46	0,55
NI	393	432	10,0	0,93	0,45	0,46
NW	507	564	11,2	0,70	0,57	0,46
RP	465	542	16,5	4,46	0,61	0,53
SL	487	547	12,4	2,54	0,35	0,68
SN	355	413	16,5	2,25	0,70	0,68
ST	300	335	11,6	2,72	0,32	0,60
SH	341	374	9,8	0,97	0,43	0,46
TH	480	545	13,7	5,65	0,64	0,04
Bund	395	439	11,1	-0,52	0,61	0,54

Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnung

Entwicklung der Entgelte für Verpflegung

Die Entgelte für Verpflegung steigen im betrachteten Zeitraum im bundesweiten Durchschnitt um 14,8 % von 314 Euro auf 361 Euro. Die durchschnittliche Wachstumsrate pro Quartal war vor 2017 kleiner, als nach 2017. Vom vierten Quartal 2016 auf das erste Quartal 2017 ist ein negatives Wachstum zu verzeichnen (Abbildung 107).

Abbildung 107: Entwicklung der Entgelte für Verpflegung in Standardheimen



Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnungen und Darstellung

Ein Vergleich der Bundesländer zeigt, dass das größte Wachstum in Mecklenburg-Vorpommern (26,8 %) und Nordrhein-Westfalen (23,4 %), das geringste Wachstum in Niedersachsen (6,0 %) und Schleswig-Holstein (8,1 %) zu verzeichnen ist (Tabelle 25). In acht Bundesländern wird vor dem PSG II eine kleinere durchschnittliche Wachstumsrate pro Quartal als nach der Anwendung der relevanten Änderungen des Gesetzes verzeichnet. Das Wachstum vom vierten Quartal 2016 zum ersten Quartal 2017 ist in den meisten Bundesländern größer als die durchschnittliche Wachstumsrate pro Quartal vor und nach der Gesetzesänderung. In Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein jedoch sinken die Entgelte für Verpflegung zum Jahreswechsel 2016/2017. Der Rückgang in Nordrhein-Westfalen gleicht dabei überdurchschnittliche Anstiege in 2016 aus.

Tabelle 25: Entgelte für Verpflegung nach Bundesländern

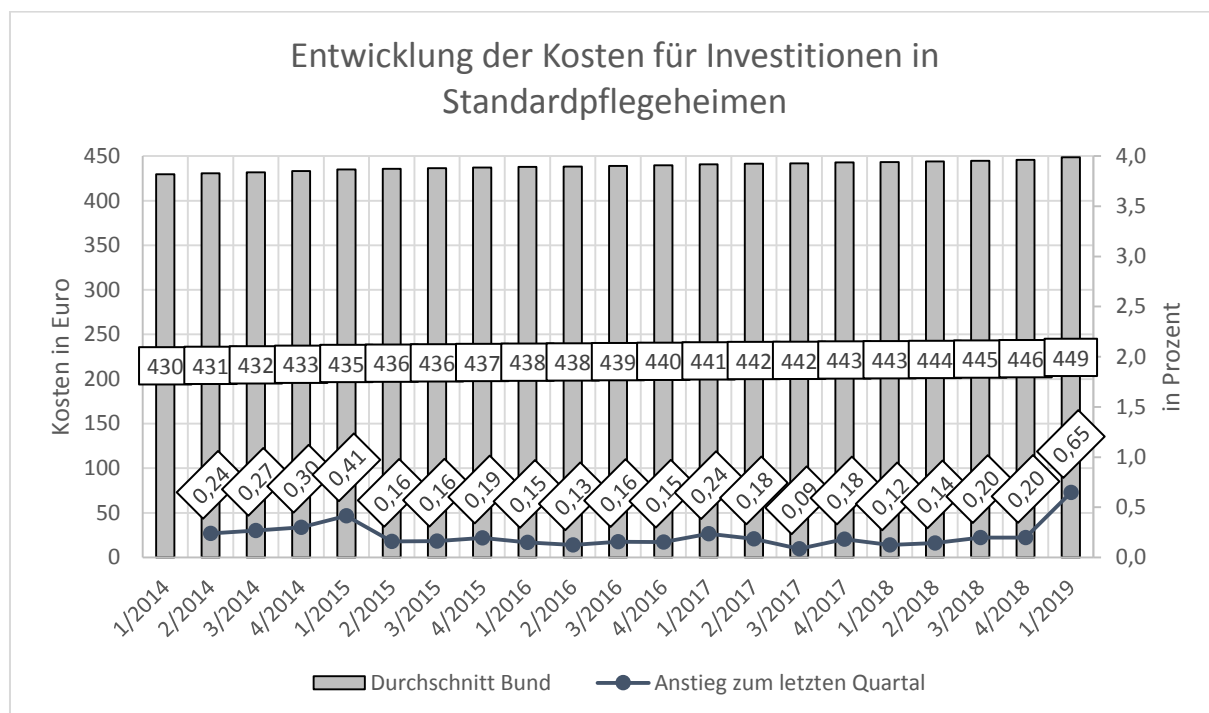
	Betrag in €		Differenz in %		Durchschnittl. Wachstumsrate pro Quartal in %	
	01/2014	01/2019	1/2014-1/2019	4/2016-1/2017	1/2014-4/2016	1/2017-1/2019
BW	307	365	18,8	0,23	0,85	0,96
BY	317	347	9,4	1,36	0,37	0,46
BE	181	197	8,9	1,28	0,39	0,37
BB	140	152	9,2	0,63	0,43	0,43
HB	271	297	9,7	1,66	0,37	0,44
HH	331	360	8,8	0,77	0,36	0,46
HE	232	260	12,4	1,03	0,63	0,47
MV	315	400	26,8	1,57	1,78	0,35
NI	143	151	6,0	0,22	0,35	0,22
NW	565	697	23,4	-4,22	1,26	1,45
RP	257	303	17,6	4,46	0,69	0,54
SL	281	314	12,0	2,53	0,30	0,69
SN	125	138	10,3	2,70	0,43	0,29
ST	199	223	12,2	2,88	0,41	0,53
SH	446	482	8,1	-1,15	0,42	0,55
TH	126	146	16,4	5,57	0,55	0,47
Bund	314	361	14,8	-1,35	0,75	0,87

Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnungen

Entwicklung der Entgelte für nicht geförderte Investitionen

Die gesondert in Rechnung gestellten Entgelte für nicht öffentlich geförderte Investitionskosten steigen im betrachteten Zeitraum kontinuierlich mit einem Wachstum von weniger als 1,0 % pro Quartal von 430 Euro auf 449 Euro (Abbildung 108). Auf Länderebene zeigen sich ebenfalls nur geringe Veränderungen. Thüringen sticht mit einem Anstieg um 17,7 % im gesamten Zeitraum heraus (Tabelle 26).

Abbildung 108: Entwicklung der gesondert in Rechnung gestellten Entgelte für nicht geförderte Investitionskosten in Standardpflegeheimen



Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle 26: Entgelte für nicht geförderte Investitionskosten nach Bundesländern

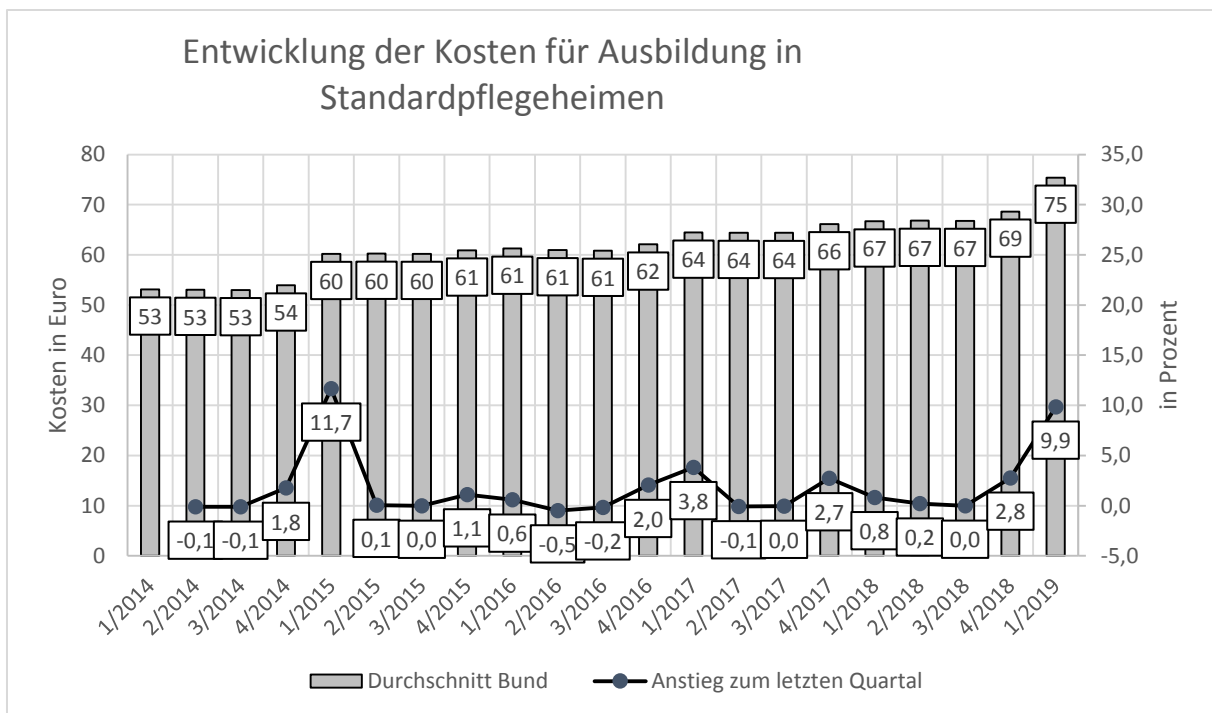
	Betrag in €		Differenz in %		Durchschnittl. Wachstumsrate pro Quartal in %	
	01/2014	01/2019	1/2014-1/2019	4/2016-1/2017	1/2014-4/2016	1/2017-1/2019
BW	397	410	3,3	0,27	0,19	0,11
BY	390	405	4,1	0,75	0,19	0,14
BE	365	384	5,2	0,48	0,25	0,23
BB	310	337	8,5	0,13	0,51	0,30
HB	524	531	1,2	0,22	0,12	-0,04
HH	507	534	5,2	0,08	0,25	0,29
HE	488	504	3,2	0,52	0,17	0,10
MV	306	328	7,2	-0,26	0,45	0,29
NI	492	502	2,2	0,50	0,08	0,09
NW	523	545	4,1	-0,58	0,26	0,22
RP	407	427	4,8	0,19	0,32	0,13
SL	484	506	4,5	0,36	0,27	0,13
SN	297	327	9,9	1,00	0,29	0,66
ST	277	292	5,5	-0,55	0,31	0,31
SH	476	493	3,5	0,19	0,14	0,22
TH	307	361	17,7	1,99	0,66	0,88
Bund	430	449	4,4	0,24	0,21	0,22

Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnungen

Entwicklung der Ausbildungsvergütung

Die Refinanzierung der Ausbildungskosten ist je nach Bundesland unterschiedlich geregelt. Daher fallen große Unterschiede in Hinblick auf Niveau und Entwicklung der Ausbildungsvergütung auf. Insgesamt macht die Vergütung für Ausbildung nur einen kleinen Anteil am Gesamtheimentgelt aus. Im bundesweiten Durchschnitt steigt dieser Block um 42,0 % von 53 Euro auf 75 Euro an. Die durchschnittliche Wachstumsrate pro Quartal war vor 2017 kleiner, als nach 2017. Vom vierten Quartal 2016 auf das erste Quartal 2017 ist ein überdurchschnittlicher Anstieg der Kosten zu verzeichnen (Abbildung 109 und Tabelle 27). Zu Beginn der Jahre 2015 und 2019 fällt ein deutlicher Anstieg der durchschnittlichen Ausbildungsvergütung auf.

Abbildung 109: Entwicklung der Kosten für Ausbildung in Standardpflegeheimen



Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle 27: Ausbildungsvergütung nach Bundesländern

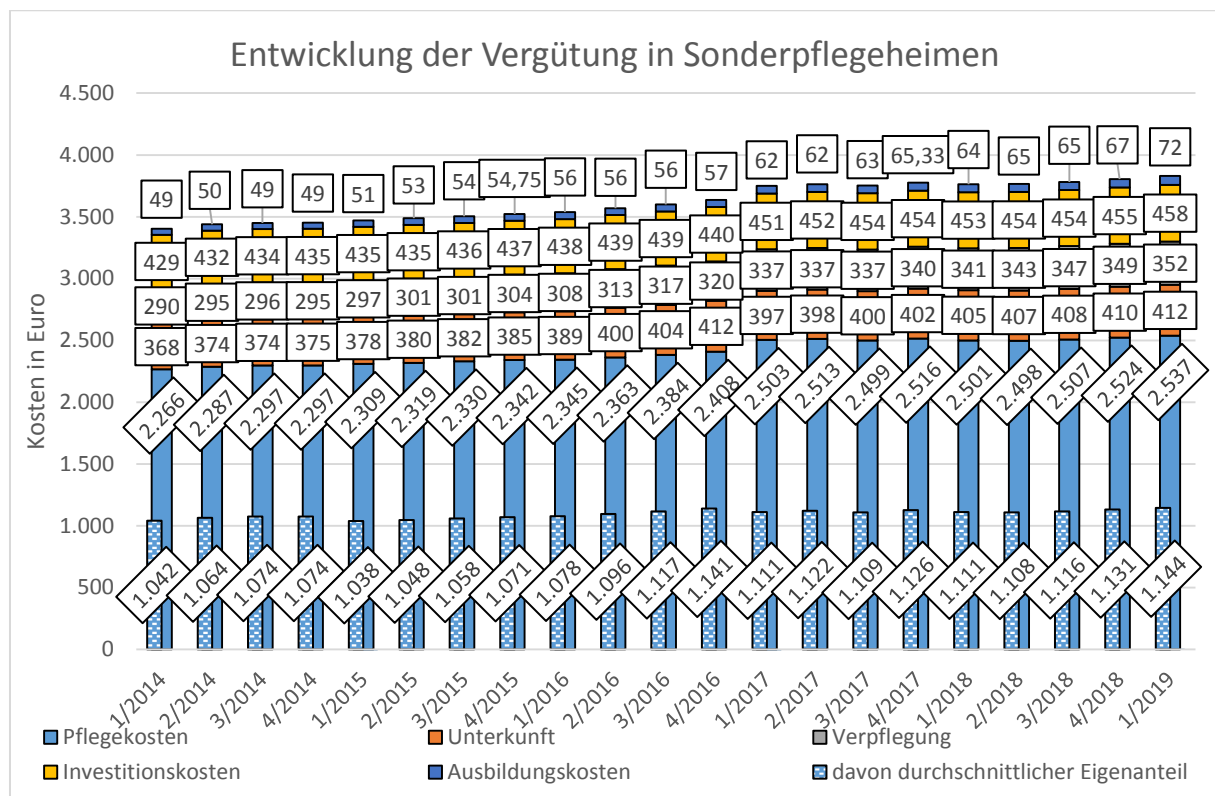
	Betrag in €		Differenz in %		Durchschnittl. Wachstumsrate pro Quartal in %	
	01/2014	01/2019	1/2014-1/2019	4/2016-1/2017	1/2014-4/2016	1/2017-1/2019
BW	32	36	12,3	0,91	0,51	0,64
BY	35	46	34,0	3,91	1,24	1,50
BE	32	69	113,6	1,03	3,53	4,70
BB	34	51	47,8	-2,04	1,10	3,70
HB	29	69	140,6	22,88	2,01	5,82
HH	0	73		0,00		2,91
HE	42	44	3,1	2,60	-0,06	0,15
MV	38	53	40,0	-1,88	1,30	2,71
NI	29	68	134,3		1,27	
NW	91	131	44,5	-1,63	1,88	2,27
RP	53	63	19,5	0,05	1,65	-0,03
SL	107	148	38,2	1,81	2,04	1,05
SN	33	68	107,1	-0,74	4,47	3,23
ST	35	49	39,0	-1,17	1,55	2,17
SH	0	0				
TH	43	64	49,9	11,72	0,39	3,18
Bund	53	75	42,0	3,83	1,43	1,98

Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnungen

Vergleich von Standardpflegeheimen und Sonderbereichen

In den Daten des vdek werden in rund 1.000 Pflegeheimen *Pflegesätze für Sonderbereiche* aufgeführt. Die entsprechenden Entgelte für Verpflegung, Unterkunft und Ausbildung sind im Bundesdurchschnitt etwas geringer, die Entgelte für die Investitionskosten etwas höher als in Standardpflegeheimen. Augenfällige Unterschiede sind bei den Pflegesätzen und deren Eigenanteilen erkennbar. Hier unterscheiden sich die Sonderbereiche im Durchschnitt um mehrere hundert Euro. Die Entwicklung der verschiedenen Posten entspricht weitgehend der Entwicklung in Standardpflegeheimen (Abbildung 110). Ebenso wie in den Standardpflegeheimen kommt es bei den Sonderpflegeheimen zur Reduktion der Eigenanteile. Diese liegt bei rund 2,6 % und entspricht ca. 30 Euro.

Abbildung 110: Entwicklung der Vergütung in Sonderpflegeheimen



Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnungen und Darstellung

3.3.3 Entwicklung der Eigenanteile nach Pflegestufen

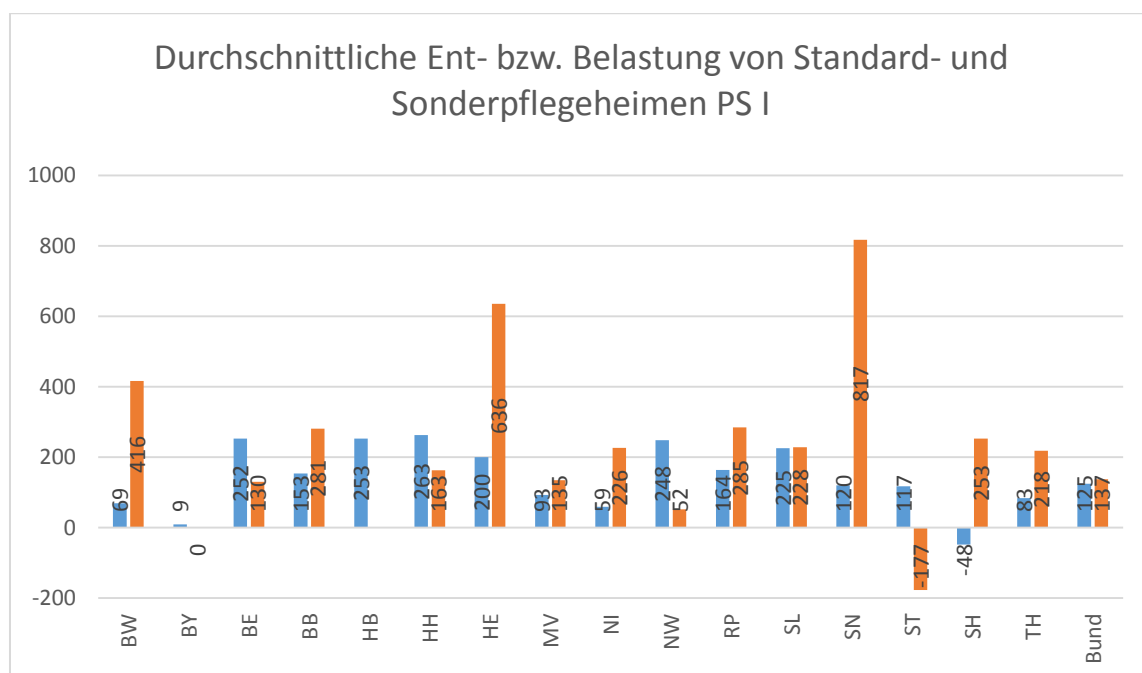
War es vor 2017 für Heimbewohner*innen und ihre Angehörigen, ebenso wie für Sozialhilfeträger unattraktiv, eine Höherstufung der Pflegestufe zu beantragen, da hierdurch die zu zahlenden Eigenanteile bzw. die Leistungen des Sozialhilfeträgers stiegen, wurde dieses Hindernis durch die Einführung einrichtungseinheitlicher Eigenanteile nach § 84 SGB XI behoben. Die Nivellierung der Eigenanteile entlastet höhere Pflegegrade zu Lasten der niedrigeren Pflegegrade. Für Personen, die zum Zeitpunkt der Reform bereits in vollstationärer Versorgung waren, wurde jedoch Besitzstandsschutz gewährt (§ 141 SGB XI), so dass die Einführung der EEE keine unmittelbaren finanziellen Belastungen für bereits Pflegebedürftige nach sich ziehen konnte.

Dabei erhöht die Einführung der EEE die Planungssicherheit für Heimbewohner*innen sowie die Vergleichbarkeit der Pflegekosten und damit die Markttransparenz (Rothgang u.a. 2015: 52f.). Mittelfristig sollte durch die Entkopplung von Eigenanteil und Schwere der Pflegebedürftigkeit erreicht werden, dass die Pflegegradstruktur in stationären Einrichtungen die tatsächliche Pflegebedürftigkeit abbildet, da Hemmnisse zu verzögerten Neubegutachtungen entfallen und die Einrichtungsträger ein Interesse daran haben, zeitnahe Neubegutachtungen zu erreichen, wann immer sich eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit bei einem Bewohner abzeichnet. Im Vergleich zur Situation vor den PSG II und III ist aus diesem Grund eine Steigerung des Case-Mix zu erwarten. Auf der anderen Seite verändert die Einführung des EEE die finanziellen Randbedingungen für die Wahl

der Versorgungsform. Heimpflege ist für höhere Pflegegrade mit geringeren pflegebedingten Kosten verbunden. Für niedrigere Pflegegrade werden entsprechend höhere Kosten fällig. Dies könnte eine Hürde für niedrige Pflegegrade beim Zugang zu stationärer Versorgung darstellen, so dass sich im Zeitverlauf der Casemix in stationären Einrichtungen in Richtung der höheren Pflegegrade verschiebt. Wie sich das PSG II auf die nach Pflegestufen differenzierten (durchschnittlichen) Eigenanteile ausgewirkt hat, wird nachfolgend durch Vergleich der durchschnittlichen Eigenanteile des vierten Quartals im Jahr 2016 nach Pflegestufen mit den durchschnittlichen EEE im ersten Quartal 2017 empirisch überprüft. Dabei kann die Belastung (jeweils nur für Neufälle, die nicht von Besitzstandsschutz profitieren) bzw. Entlastung nach Bundesländern und differenziert nach Standardheimen und Sonderpflegebereichen dargestellt werden. Die Auswertung der Sonderpflegebereiche entfällt für das Bundesland Bremen, da es dort solche Heime nicht gibt.

Für Pflegesatz I zeigt sich die erwartete Belastung in fast allen Bundesländern und ebenso im Bundesdurchschnitt (Abbildung 111). Für die Standardheime bilden Schleswig-Holstein, für die Sonderpflegeheime Bayern und Sachsen-Anhalt eine Ausnahme. Bundesweit ergeben sich in Standardheimen Mehrausgaben von rund 125 Euro für Pflegestufe I, die größten Belastungen werden in Hamburg mit 263 Euro verzeichnet (Abbildung 111). Die Belastungen in den Sonderpflegeheimen sind mit Ausnahme von Sachsen, Hessen und Baden-Württemberg vergleichbar.

Abbildung 111: Durchschnittliche Entlastung bzw. Belastung bei den Pflegesätzen von Standard- und Sonderpflegeheimen für Pflegestufe I

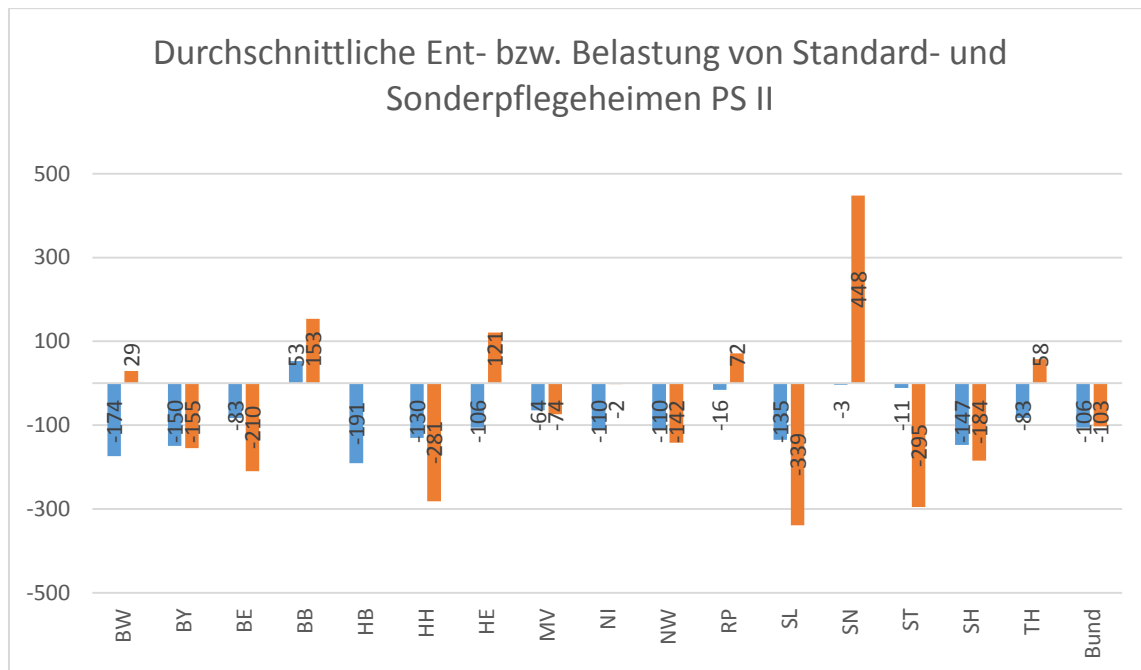


Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnungen und Darstellung

Bereits für Pflegestufe II zeigt sich im Bundesdurchschnitt und ebenso in fast allen Bundesländern eine Entlastung der Bewohner*innen in Standard- und Sonderpflegeheimen (Abbildung 112). Im Bundesdurchschnitt liegt diese bei rund 106 Euro für Standardpflegeheime und rund 103 Euro für

Sonderpflegeheime. In Brandenburg kommt es zu einer leichten Belastung bei den Standardpflegeheimen, bei den Sonderpflegeheimen ebenso in Baden-Württemberg, Brandenburg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Thüringen.

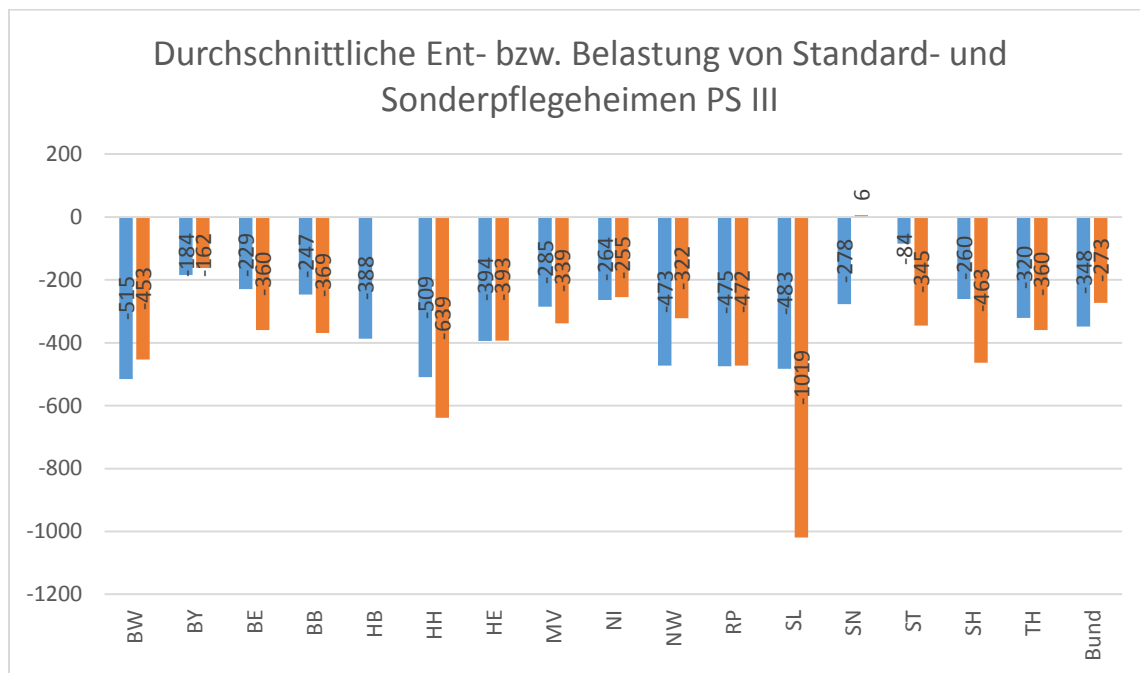
Abbildung 112: Durchschnittliche Entlastung bzw. Belastung von Standard- und Sonderpflegeheimen Pflegestufe II



Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnungen und Darstellung

In Pflegestufe III zeigen sich im Bundesdurchschnitt und im Durchschnitt aller Bundesländer eine Entlastung, und zwar in Standardheimen und Sonderpflegebereichen, mit Ausnahme von Sachsen. Die Entlastung ist in Standardheimen und Sonderpflegebereichen in etwa gleich groß, mit Ausnahme des Saarlands (Abbildung 113). Im Bundesdurchschnitt werden Bewohner*innen mit PS III in Standardheimen um 348 Euro und in Sonderpflegeheimen um 273 Euro entlastet.

Abbildung 113: Durchschnittliche Entlastung bzw. Belastung von Standard- und Sonderpflegeheimen Pflegestufe III



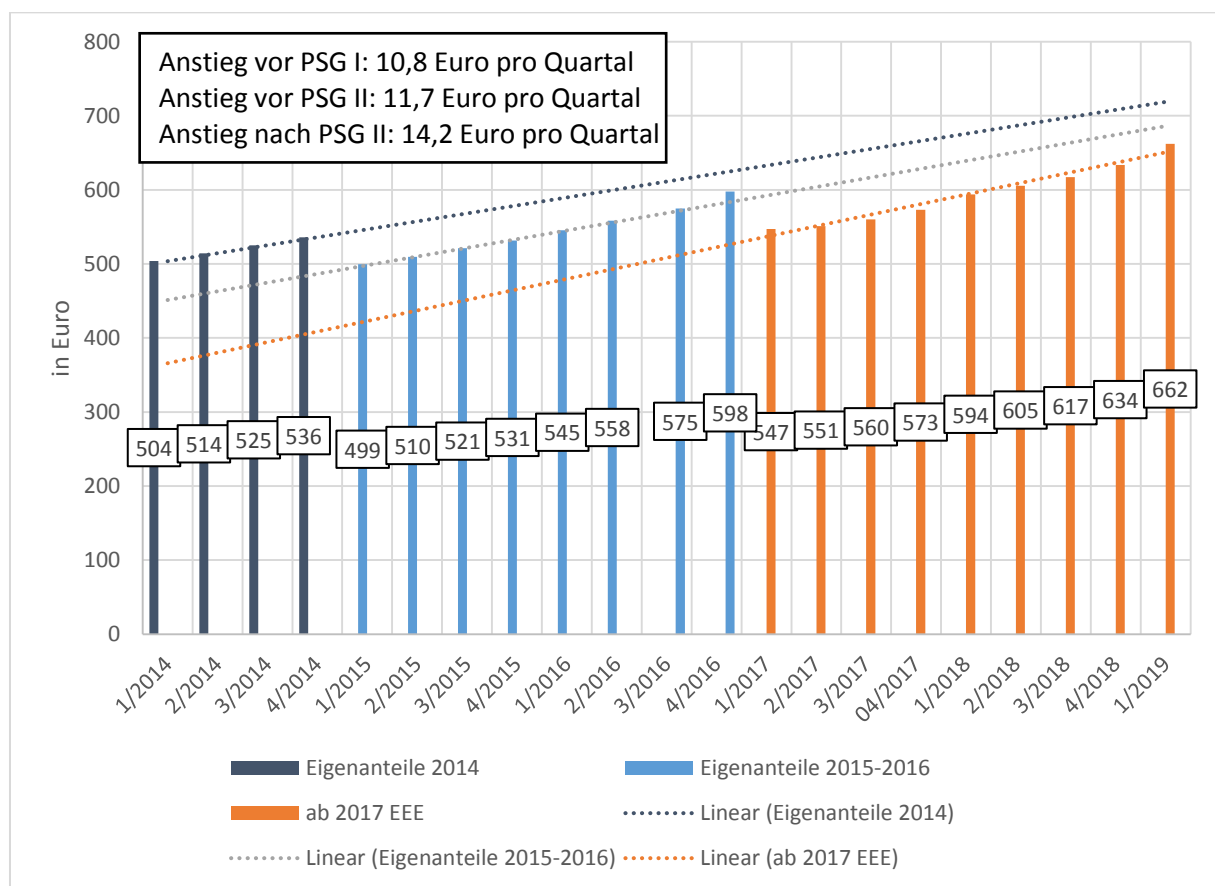
Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnungen und Darstellung

3.3.4 Referenzmodell Vergütung und Eigenanteile

Anhand der Entwicklung der Vergütung für Pflegeheime wurde ein Referenzmodell entwickelt, welches entsprechend der anderen Referenzmodelle (vgl. Abschnitt 3.1.5 und 3.2) einen Vergleich zwischen der tatsächlichen Entwicklung und einer kontrafaktischen Situation ohne das PSG II ermöglicht. Da hier Preise bzw. Vergütungen und nicht Leistungsempfängerzahlen analysiert werden, erfolgt keine Altersstandardisierung. Referenzmodelle wurden für die Eigenanteile/EEE an den Pflegesätzen ebenso wie für die Gesamteigenanteile (inklusive Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten und Ausbildungskosten) sowie für das Gesamtheimentgelt der Standardpflegeheime gebildet. Diese Größen werden durch vielfältige Faktoren beeinflusst. Zu nennen sind allgemeine Preissteigerungen, die Lohnentwicklung in der Pflege, insbesondere im Zuge zunehmender Tarifbindung, und Veränderungen des Case-Mix. Die Eigenanteile stehen überdies in direktem Zusammenhang mit der Entwicklung der SPV-Leistungen. Für die angenommene Entwicklung ohne PSG II wurden lineare Trends auf Grundlage der Entwicklungen vor 2017 bestimmt. Anhand dessen können Differenzen zum Status quo gebildet werden, welche als Policy-Effekt interpretiert werden. Potenzielle Effekte des PSG I werden gesondert betrachtet. Für den Trend auf Basis der Jahre 2015 und 2016, also inklusive Einfluss des PSG I und ohne Einfluss des PSG II, werden im Jahr 2016 nur die ersten beiden Quartale einbezogen, da die Höhe der Eigenanteile laut vdek ab dem dritten Quartal 2016 im Rahmen der Pflegesatzverhandlung bereits durch das PSG II beeinflusst wurden. Nachdem die kurzen Zeitreihen nur Anhaltspunkt für eine Entwicklung geben, jedoch keine stabilen Trends schätzen lassen, ergänzen wir den Referenzrahmen mit Ergebnissen der Pflegestatistik, die eine Verlängerung der Zeitreihe in die Vergangenheit ermöglicht.

Bei den *Eigenanteilen* werden grafisch die Niveauverschiebungen im Jahr 2015 und 2017 deutlich (Abbildung 114). Die linearen Trendlinien zeigen, dass das Wachstum der Eigenanteile vor dem PSG I geringer war, als nach PSG I und PSG II. Im Jahr 2014 sind die Kosten pro Quartal durchschnittlich um 10,8 Euro gestiegen, von 2015 bis Ende 2016 steigen die Eigenanteile um 11,7 Euro pro Quartal, ab 2017 um 14,2 Euro. Demnach wären die kurzfristigen Einsparungen des PSG I bereits zu Beginn des Jahres 2016, die langfristigen Effekte ohne das Hinzukommen des PSG II, im dritten Quartal des Jahres 2027 wieder „eingeholt“ (Schnittpunkt der linearen Trends) und es wäre anschließend zu höheren Eigenanteilen gekommen. Dabei können für die folgenden Jahre weitere Faktoren entscheidend auf die Kostenentwicklung einwirken. Diese sind demnach nicht ausschließlich auf die Einführung des NBB zurückzuführen. Analog kann auch durch das PSG II eine Niveauverschiebung der Eigenanteile und ein nachfolgend etwas schnelleres Wachstum beobachtet werden. Schreibt man diese Entwicklungen linear fort, würden die pflegebedingten Eigenanteile im Zuge der PSG-Reformen im ersten Quartal 2024 bei einem Niveau von rund 934 Euro den ursprünglichen Trend „einholen“.

Abbildung 114: Referenzmodell Eigenanteile der Pflegekosten mit PSG I



Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnungen und Darstellung

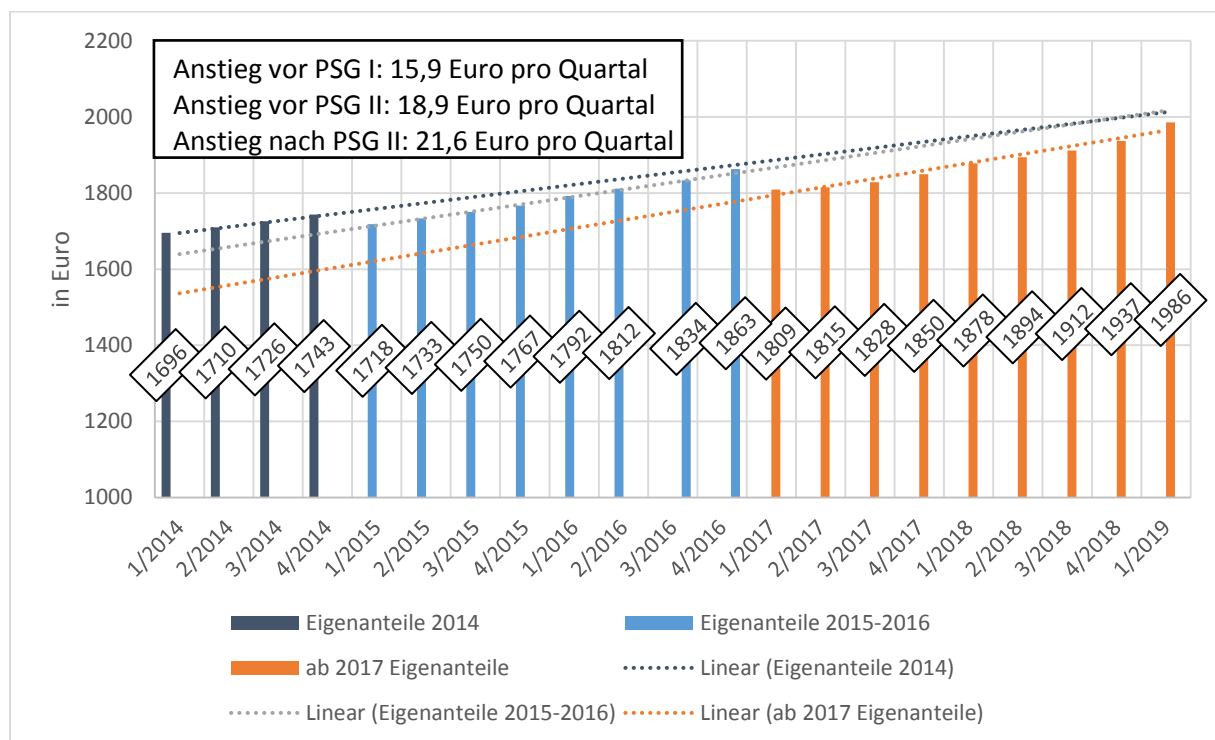
Da die Entwicklung der Eigenanteile ebenso zufälligen Schwankungen unterliegen kann, lässt der hier betrachtete Referenzrahmen vor allem vor 2017 nur eingeschränkte Interpretationen zu, da die Trendfortschreibungen auf wenigen Datenpunkten beruht. Durch Hinzuziehen der Pflegestatistiken 2007 bis 2015 soll der Referenzrahmen erweitert werden. Da im Vergleich mit der Pflegestatistik

Niveauunterschiede der Eigenanteile deutlich werden, die an anderer Stelle zur Diskussion stehen (vgl. Abschnitt 3.3.1), werden zum Vergleich die durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten betrachtet. Die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der Eigenanteile im Zeitraum von 2007 bis 2015 liegt anhand der Pflegestatistik bei 3,78 %, nach Einführung des PSG II liegt die durchschnittliche Wachstumsrate der EEE anhand der vdek-Daten bei 10,0 % pro Jahr. Die anhand der vdek-Daten beschriebenen Effekte des PSG II auf die langfristige Entwicklung der EEE bestätigen sich demnach auch bei Betrachtung eines größeren Referenzzeitraums. Limitierend muss angemerkt werden, dass der betrachtete Zeitraum nach Einführung des PSG II nur gut zwei Jahre umfasst und ein Vergleich entsprechend vorsichtig interpretiert werden sollte.

Werden *alle vom Bewohner selbst zu tragenden Vergütungsbestandteile* in das Modell miteinbezogen zeigt sich sowohl im Zuge des PSG I, als auch den PSG II und III eine deutlich geringere prozentuale Niveaureduktion der Eigenanteile und entsprechend schnell werden kurzfristige Effekte durch Kostenanstiege zunichte gemacht.

Ein Vergleich mit größerem Referenzzeitraum anhand der Ergebnisse der Pflegestatistik ist möglich, wenn die Investitionskosten nicht berücksichtigt werden, da diese in der Pflegestatistik nicht erfasst werden. Die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der Kosten für Unterkunft und Verpflegung liegt im Zeitraum 2007 bis 2015 auf Grundlage der Pflegestatistik bei 0,76 %. Im Zeitraum ab 2017 liegt die durchschnittliche Wachstumsrate anhand der vdek-Daten bei 2,78 % pro Jahr. Anhand des Vergleiches mit der Pflegestatistik bestätigen sich die Einflüsse des PSG II auf die langfristigen Entwicklungen der Eigenanteile insgesamt.

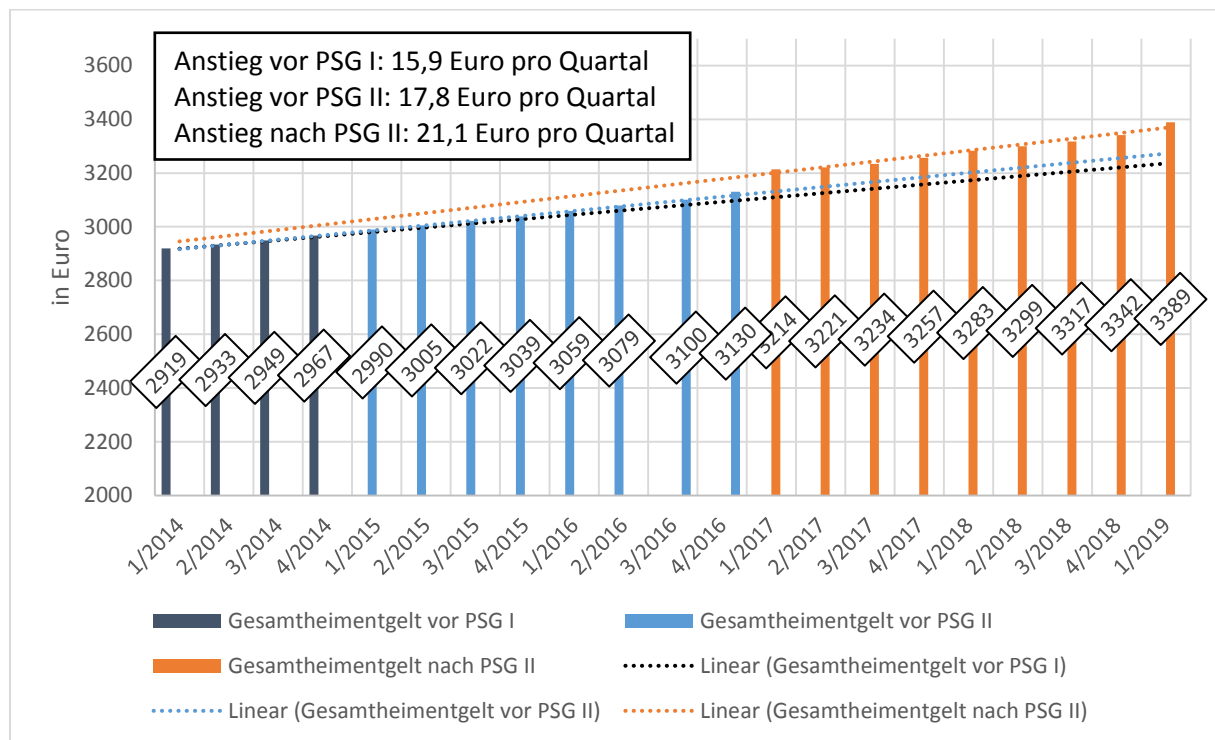
Abbildung 115: Referenzmodell Eigenanteile insgesamt mit PSG I



Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnungen und Darstellung

Den Pflegeheimen steht durch die PSG sowohl kurzfristig durch überdurchschnittlich große Niveauanhebungen der Gesamtheimentgelte im Jahr 2017, als auch langfristig durch eine größere Wachstumsrate der Heimentgelte eine höhere Vergütung zur Verfügung (Abbildung 116). Die Steigerungen der SPV-Leistungen gehen mit einem Anstieg der Gesamtheimentgelte einher.

Abbildung 116: Referenzmodell Gesamtheimentgelt mit PSG I



Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnungen und Darstellung

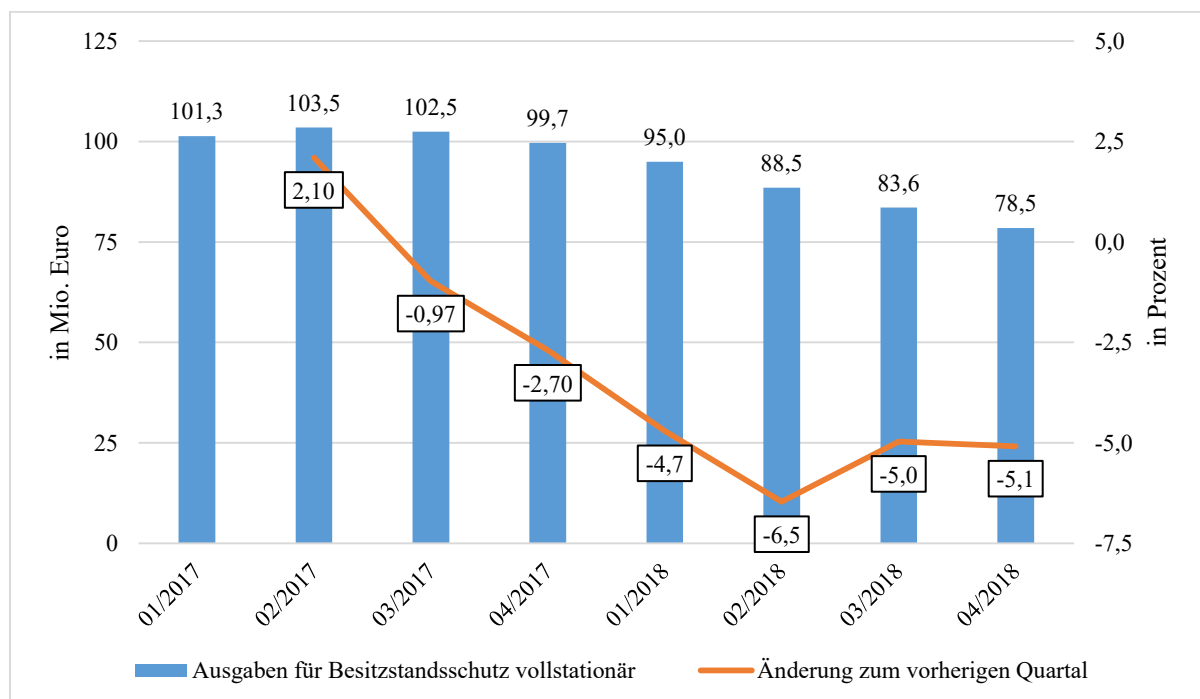
3.3.5 Besitzstandsschutz

Der Besitzstandsschutz nach § 141 SGB XI soll gewährleisten, dass für keinen Überleitungsfall finanzielle Nachteile durch die Einführung des neuen PBB entstehen. Dies betrifft vor allem Personen im stationären Setting, die im Jahr 2016 in PS I oder PS II eingestuft waren und aufgrund der zuvor gültigen Verknüpfung von Eigenanteil und Pflegestufe relativ geringere Eigenanteile zu tragen hatten. Durch die Einführung des EEE ab 2017 war zu erwarten, dass für diese Gruppe ein höherer Eigenanteil als zuvor anfallen würde (vgl. Entwicklung der Eigenanteile nach Pflegestufen). Der Besitzstandsschutz nach § 141 SGB XI regelt, dass der Teil des EEE, der den vormaligen pflegebedingten Eigenanteil übersteigt, von der SPV getragen wird.

Konkrete Zahlen der SPV liegen ausschließlich für die Ausgaben des Besitzstandsschutzes vor (Abbildung 117). Die Ausgaben betragen im Jahr 2017 insgesamt 407 Mio. Euro, im Jahr 2018 346 Mio. Euro. Die für das Jahr 2017 prognostizierten Ausgaben von 460 Mio. Euro (Rothgang u.a. 2017: 39) wurden demnach unterschritten. Im Jahr 2017 sind die Ausgaben zunächst sehr konstant über die ersten drei Quartale verteilt. Ab dem vierten Quartal 2017 ist ein Rückgang der Ausgaben

zu beobachten, der sich im Jahr 2018 fortsetzt. Der Anstieg zum zweiten Quartal 2017 und die konstante Entwicklung bis zum vierten Quartal 2017 ist mit § 141 Abs. 3c SGB XI zu erklären. Dort wird festgelegt, dass bei Erhöhung des EEE im Zeitraum von Februar bis Dezember 2017 ebenfalls Anspruch auf Besitzstandsschutz besteht, sofern die Erhöhung im Rahmen der erstmaligen Umsetzung des neuen PBB stattfindet. Aus diesem Grund kommen im Laufe des Jahres 2017 neue Fälle für Besitzstandsschutz hinzu. Bei Veränderungen der Pflegesätze wird der Betrag, der von den Bewohner*innen bzw. dem Pflegeheim bezogen wird, nur angepasst, wenn im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen geringere Pflegesätze verhandelt werden. Erhöhungen der Pflegesätze haben keinen Einfluss auf den Besitzstandsschutz. Ebenso ändert sich für Personen, die durch Höherstufung in andere PG gelangen, der Besitzstandsschutz nicht. Aus diesem Grund können die Anzahl der Besitzstandsschutzfälle und die damit verbundenen Ausgaben ab 2018 nur sinken.

Abbildung 117: Entwicklung der Kosten für Besitzstandsschutz vollstationär



Quelle: PV 45 Statistik, Daten übermittelt vom BMG, eigene Darstellung

Da keine konkreten Zahlen zu Pflegebedürftigen, die von Besitzstandsschutz profitieren, in den amtlichen Statistiken vorliegen, versuchen wir über die vdek-Daten einen Einblick zu gewinnen. In den Daten zur vollstationären Vergütung im ersten Quartal 2017 ist verzeichnet, in welchen Pflegeheimen für welche PS Besitzstandsschutz gezahlt wird. Zudem sind die Höhe des Betrags sowie die Gesamtzahl vollstationärer Plätze der Einrichtung bekannt. In den Tabellen fehlen allerdings Informationen zur heimspezifischen Verteilung der Bewohner*innen nach PS. Hier greifen wir auf die Verteilung der PS nach Bundesländern aus der Pflegestatistik 2015 zurück (Statistisches Bundesamt 2017d). Dieser Vorgehensweise liegt zum einen die Annahme zugrunde, dass sich die Verteilung der PS am Ende des Jahres 2016 nicht maßgeblich von der Verteilung am Ende des Jahres 2015 unterscheidet. Zum anderen unterstellen wir mangels detaillierterer Daten, dass die

Verteilung der PS in den Heimen mit Besitzstandsschutz im Durchschnitt der Verteilung im jeweiligen Bundesland entspricht. Wir beschränken uns dabei auf Standardpflegeheime. Zusätzlich ist die Zahl der vollstationären Plätze auf die Zahl der stationären Leistungsempfänger normiert. Aus diesen Informationen (Heime mit Besitzstandsschutz, Höhe des Besitzstandsschutzes, normierte, vollstationäre Plätze und mittlere Verteilung der PS) können Zahl und Ausgaben für den Besitzstandsschutz geschätzt werden.

Tabelle 28: Empfänger*innen und Ausgaben für Besitzstandsschutz vollstationär nach Bundesländern

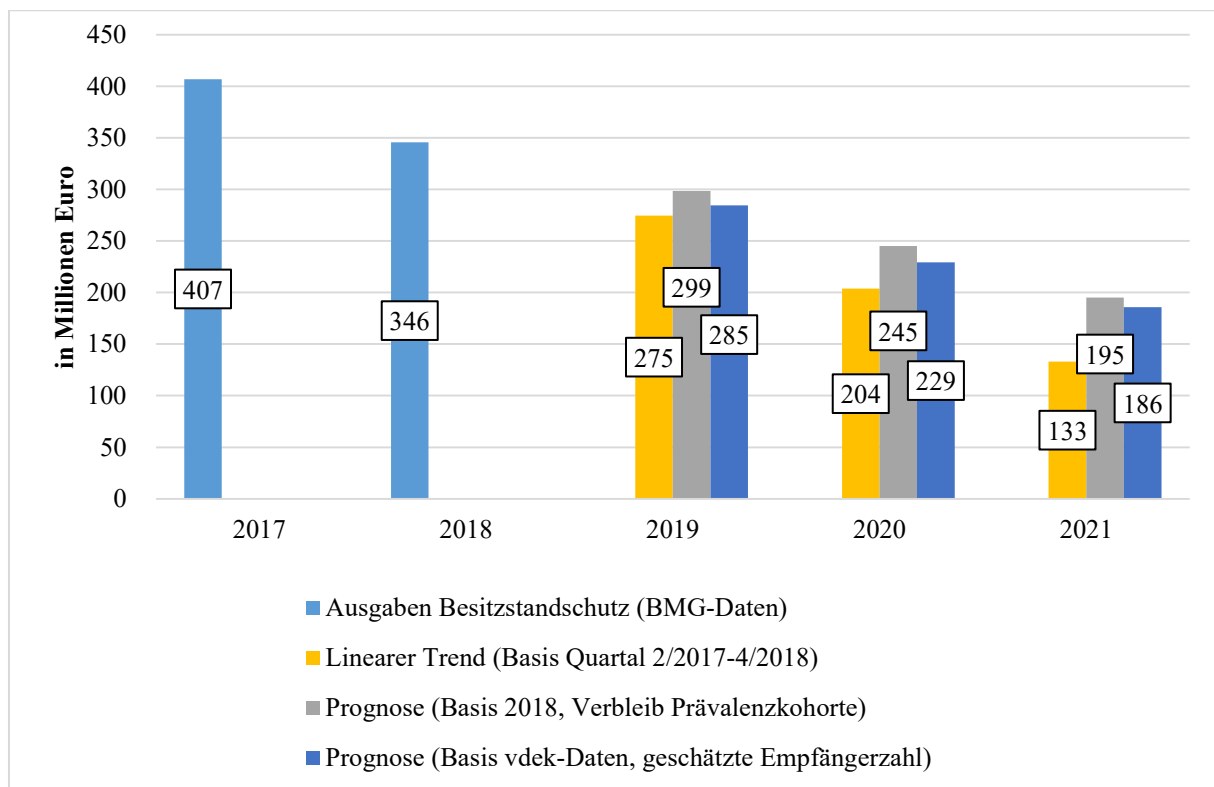
	Empfänger*innen			Ø monatliche Ausgaben in €			Monatliche Ausgaben
	PS I	PS II	PS III	PS I	PS II	PS III	Insgesamt in €
BW	25.298	2.410	62	125	105	43	3.426.883
BY	17.726	420	200	52	272	60	1.047.163
BE	13.023	132	8	259	82	220	3.390.226
BB	7.679	8.478	18	162	72	287	1.859.745
HB	2.506	41	-	293	272	-	744.669
HH	5.732	11	-	254	114	-	1.456.852
HE	20.992	934	25	194	57	170	4.120.524
MV	5.845	1.041	11	101	74	53	667.617
NI	24.416	1.188	205	94	145	109	2.495.557
NW	61.095	4.254	351	253	49	101	15.700.047
RP	14.957	5.606	10	164	40	405	2.687.912
SL	4.858	102	-	225	114	-	1.102.807
SN	14.341	9.617	88	148	67	46	2.779.279
ST	9.116	4.517	833	135	67	79	1.603.483
SH	2.374	330	46	83	110	195	242.745
TH	7.972	599	58	97	62	60	811.446
Bund	237.929	39.680	1.914	169	72	89	44.136.958

Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnungen

In der Summe ergeben sich für Beginn 2017 ca. 280 Tsd. Empfänger*innen von Besitzstandsschutz. Es zeigt sich zudem, dass 85 % des Besitzstandsschutz auf PS I und ca. 14 % auf PS II entfällt, während auf nahezu alle 2016 als PS III eingestuft Heimbewohner*innen durch die EEE geringere pflegebedingte Kosten entfallen. Werden die Mittelwerte der Ausgaben für Besitzstandsschutz in den entsprechenden Heimen mit der Zahl der geschätzten Empfängerzahl multipliziert so erhält man Gesamtausgaben von rund 44 Mio. pro Monat (Tabelle 28). Bezogen auf das Jahr 2017 und bei einer jahresdurchschnittlichen Überlebensrate einer stationären Prävalenzkohorte von 87,5 % (Rothgang u.a. 2017: 39) ergeben sich Kosten von 463 Mio. Euro. Diese Schätzung liegt knapp 14 % über den tatsächlichen Ausgaben des Jahres 2017.

Mit welchen Ausgaben ist in den kommenden Jahren für den Besitzstandsschutz zu rechnen? Geht man von einer linearen Degression auf Basis der Ausgabenentwicklung zwischen dem zweiten Quartal 2017 und dem vierten Quartal 2018 aus, so würden die Ausgaben bis 2021 auf 133 Mio. Euro absinken (Abbildung 118).

Abbildung 118: Prognostizierte Entwicklung der Ausgaben für Besitzstandsschutz



Quelle: PV 45 Statistik, Daten übermittelt vom BMG, vdek-Daten, eigene Berechnungen und Darstellung

Nachdem die Überlebensrate einer Prävalenzkohorte, die für die Entwicklung der Ausgaben entscheidend ist, aber nicht einem linearen, sondern eher einem asymptotischen Verlauf folgt, ist von höheren Kosten auszugehen. Hierfür wurden zwei weitere Prognosen entwickelt und in Abbildung 118 integriert. In beiden Fällen bildet eine stationäre Prävalenzkohorte aus Kassendaten die Basis. Zunächst wurde anhand der geschätzten Empfängerzahlen und deren Abnahme entsprechend der Überlebensraten sowie der auf die tatsächlichen Ausgaben von 2017 und 2018 normierten Prokopf-Ausgaben eine Prognose erstellt. Demnach würden die Ausgaben bis 2021 nur auf 186 Mio. Euro sinken. Wie sich aus den vdek-Daten erkennen lässt, ist die PS-Struktur der Bedürftigen mit Besitzstandsschutz jedoch deutlich günstiger als eine durchschnittliche stationäre Prävalenzkohorte. Daher unterstellen wir bei der zweiten Prognose, dass sich die „Besitzstandsschutzkohorte“ erst Ende 2018 einer durchschnittlichen Prävalenzkohorte angenähert hat. Wenn erst dann die Überlebensrate der Prävalenzkohorte angelegt wird, ergeben sich auf Basis der tatsächlich Ausgaben von 2018 für 2019 noch knapp 300 Mio. Euro, die bis 2021 auf 195 Mio. Euro absinken. Nach den bisher feststehenden Aufwendungen von insgesamt 753 Mio. Euro ist bis 2021 also noch mit weiteren 740 Mio. Euro an Kosten für den Besitzstandsschutz zu rechnen.

3.3.6 Zusammenfassung

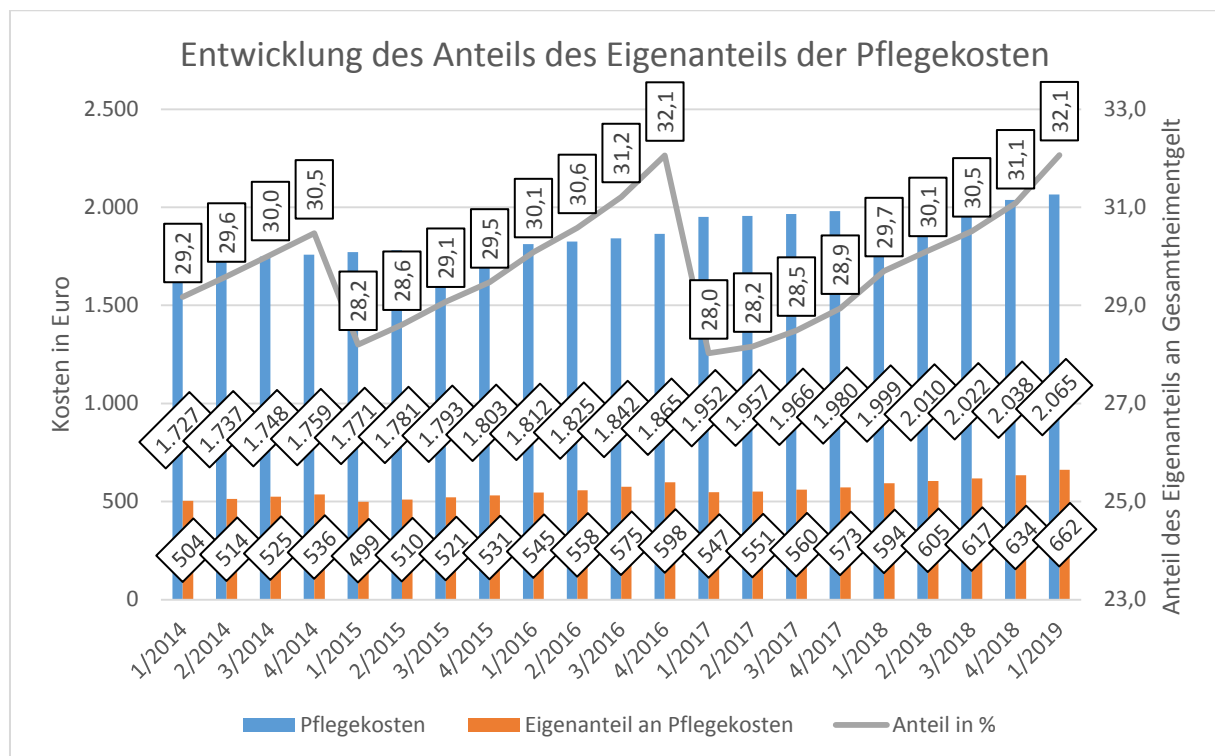
Im Bundesdurchschnitt und für die einzelnen Bundesländer lässt sich ein Anstieg des Gesamtheimentgelts und der einzelnen Vergütungsposten für Pflegeheime seit 2014 beobachten. Ausgenommen hiervon ist nur die Ausbildungsvergütung in Hessen, die leicht sinkt. Das Niveau der Heimentgelte variiert deutlich zwischen den Ländern. Im ersten Quartal 2014 unterscheiden sich die Gesamtheimentgelte zwischen Nordrhein-Westfalen (Maximum) und Sachsen (Minimum) um 1.292 Euro. In Nordrhein-Westfalen liegen die Kosten damit um knapp 60 % über den Kosten in Sachsen. Diese Niveauunterschiede der Gesamtheimentgelte bestehen auch 2019 fort. Wiederum stellt Nordrhein-Westfalen mit 4073 Euro den höchsten und Sachsen mit 2691 Euro den niedrigsten Wert.

Im Vergleich der durchschnittlichen Wachstumsraten vor und nach der Gesetzesänderung zeigt sich, dass die Gesamtentgelte und die Pflegesätze seit 2017 leicht schneller wachsen. Der unmittelbare Effekt ist aber ein Anstieg der Pflegesätze zum ersten Quartal 2017 von rund 4,7 % im Bundesmittel und zwischen 0,28 und 11,26 % auf Länderebene. Begründet werden können diese Steigerungen durch landesrechtliche Anreize bei der Umsetzung der Überleitung, die einen Personalmehreinsatz fördern sollten. Eine Kurzstudie zeigt, dass diese Anreize wahrgenommen wurden und es zu einem Anstieg des Personals kam (Rothgang 2019). Darüber hinaus begünstigen Regelungen im Rahmen des PSG III die Vergütung von Tariflöhnen auch bei nicht tarifgebundenen Trägern. Die Komponenten Unterkunft, Verpflegung und Investitionen zeigen weitgehend kontinuierliche Wachstumstrends.

Die Analyse der Eigenanteile sowie der EEE zeigt, dass es im Jahr 2017 in Standardheimen zu einer Kostensenkung für Heimbewohner*innen von durchschnittlich 51 Euro kommt. Diese Entlastung ist als direkter Einfluss des PSG II zu interpretieren und bezieht sich auf Neufälle. Im Mittel sind die Entlastungen sogar höher, da der Besitzstandschutz für Bestandsfälle potenzielle Belastungen, die vorwiegend in niedrigen Pflegegraden auftreten können, verhindert. Die Eigenanteile für Personen in Sonderpflegebereichen sinken durchschnittlich um 30 Euro. Für die schweren Pflegegrade bleibt der Entlastungseffekt durch die Systemumstellung auf EEE erhalten, im Mittel schwindet er für Heime mit Standardpflegesätzen durch das beständige Wachstum der Pflegekosten.

Setzt man die Eigenanteile für Pflege in Bezug zu den Pflegekosten insgesamt, wird die Reduktion in den Jahren 2015 und 2017 ebenfalls deutlich. Durch den deutlichen Anstieg der Pflegekosten im ersten Quartal 2017 verringert sich der positive Effekt auf die Eigenanteile. Insgesamt sinken die Eigenanteile von 2016 zu 2017 um 8,5 %, ihr Anteil an den Pflegekosten geht nur von 32,1 % auf 28,0 % zurück (Abbildung 119). Der Anteil der Eigenanteile an den Pflegekosten gleicht sich im ersten Quartal 2019 wieder dem vor dem PSG II bestehenden Höchstwert an.

Abbildung 119: Entwicklung des Eigenanteils an den Pflegekosten

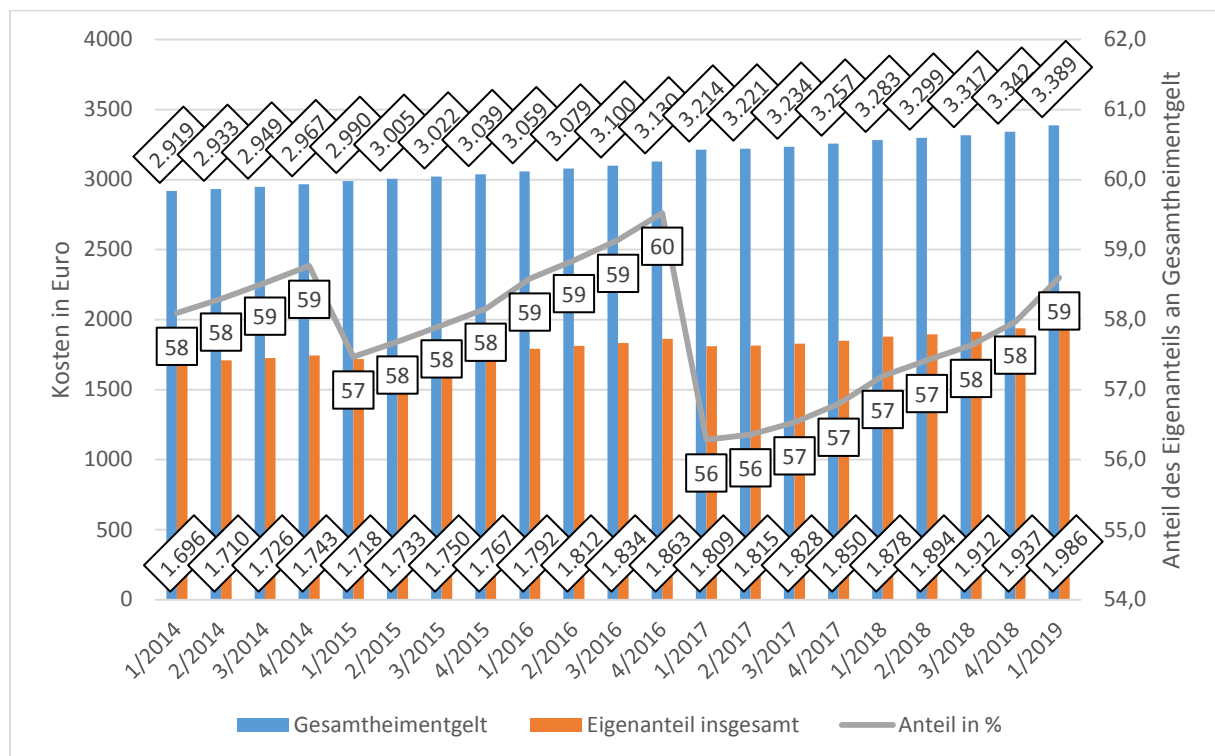


Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnungen und Darstellung

Mit Hilfe des Referenzmodells können langfristige Entwicklungen durch die PSG abgeschätzt werden. Es wird deutlich, dass es anhand des hier betrachteten Zeitraums zu einer langfristigen Belastung der Heimbewohner*innen sowie der SHT durch den stärkeren Anstieg der Eigenanteile nach Inkrafttreten des PSG II kommt. Im Vergleich mit einem längeren Zeitrahmen durch Hinzuziehen der Ergebnisse der Pflegestatistik wird diese Entwicklung bestätigt. Wird die gesamte Belastung der Heimbewohner*innen betrachtet, also Eigenanteile für Pflege, Unterkunft, Verpflegung, Investitionskosten und Ausbildungskosten, fällt der kurzfristige positive Effekt des PSG II deutlich geringer aus.

Wird das Gesamtheimentgelt betrachtet, zeigt sich, dass die Vergütung für die Pflegeheime sowohl kurzfristig als auch langfristig ansteigt. Bezieht man das Gesamtheimentgelt auf die Eigenanteile der Bewohner*innen, welche sie insgesamt zu tragen haben – also inkl. Verpflegung, Unterkunft, Investitionen und Ausbildungskosten – wird deutlich, dass die Gesetzesänderungen in den Jahren 2015 und 2017 zu kurzfristigen Einsparungen geführt haben. Insgesamt liegt der Anteil, der von Bewohner*innen in Heimen zu tragen ist, dauerhaft bei über 50 % mit ansteigender Tendenz (Abbildung 120).

Abbildung 120: Entwicklung des Eigenanteils am Gesamtheimengtelt



Quelle: vdek-Daten, eigene Berechnungen und Darstellung

Langfristig spielen auch Entlastung bzw. Belastung der einzelnen PS durch das PSG II eine Rolle in der Entwicklung von vollstationären Pflegeeinrichtungen. Im Bundesdurchschnitt werden Personen, die im Jahr 2016 PS I hatten mit rund 125 Euro „belastet“ (137 Euro in Sondereinrichtungen), Personen mit PS II um 106 Euro (103 Euro in Sondereinrichtungen) und Personen mit PS III um 348 Euro (273 Euro in Sondereinrichtungen) entlastet. Aufgrund der Besitzstandsregelung kommt es im Jahr 2017 für diese Personen faktisch zu keiner Belastung. Für alle Personen, die ab 2017 neu im vollstationären Setting versorgt werden, sind diese Änderungen bedeutend. Die finanziellen Rahmenbedingungen für die Wahl der Versorgungsform ändern sich damit und könnten eine Zugangshürde für Personen mit niedrigem PG zur vollstationären Versorgung bedeuten. Erste Hinweise darauf liefert die Auswertung der Erstbegutachtungen des MDS (Rothgang 2018). Inwieweit diese veränderten „Anreizstrukturen“ tatsächlich Verhaltensänderungen herbeiführen, müsste weiter untersucht werden. In direktem Zusammenhang mit der Belastung nach PS stehen die Ausgaben für Besitzstandsschutz. Wurden für die Finanzierung des Besitzstandsschutzes im Rahmen der PSG rund 800 Mio. Euro geplant, werden diese bereits nach zwei Jahren fast erreicht. Auf Basis der Überlebensraten einer stationären Prävalenzkohorte muss davon ausgegangen werden, dass die Ausgaben für den Besitzstandsschutz bis 2021 weitere rund 740 Mio. Euro erfordern, so dass insgesamt bis 2021 knapp 1,5 Mrd. Euro aufgebracht werden müssen.

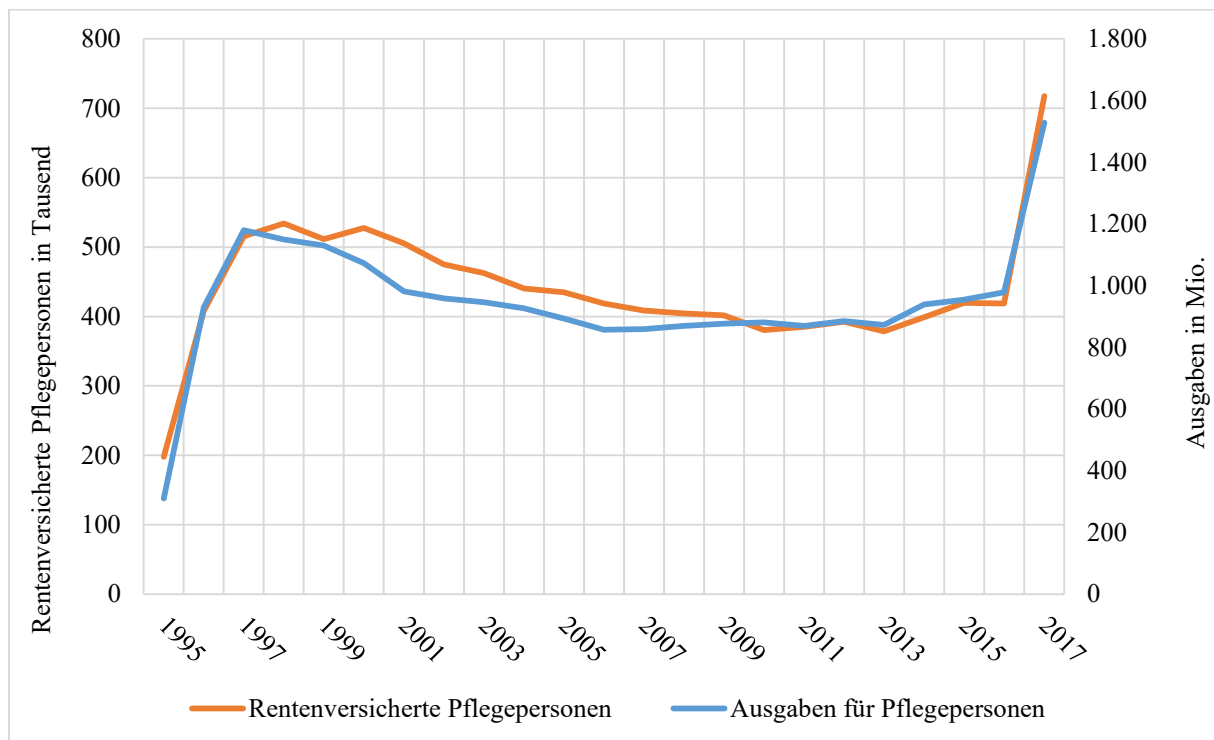
3.4 Unterstützung der informellen Pflege

In diesem Kapitel werden Fragen zu den Maßnahmen im Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetz untersucht, die zur Unterstützung der informellen Pflege beitragen. Im Einzelnen geht es hierbei um die Entwicklungen der sozialen Absicherung von pflegenden Angehörigen (Abschnitt 3.4.1), der regionale Netzwerke und der Pflegekurse (Abschnitt 3.4.2) sowie der Inanspruchnahme des Umwandlungsanspruches (Abschnitt 3.4.3).

3.4.1 Entwicklung der sozialen Absicherung von pflegenden Angehörigen

Durch das PSG II sollten neben den Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege auch die pflegenden Angehörigen entlastet und für „deutlich mehr pflegende Angehörige Rentenbeiträge“ entrichtet werden (BMG 2015). Zu diesem Zweck wurden die Bedingungen für die Zahlung von Beiträgen der SPV zur Rentenversicherung für Pflegepersonen abgesenkt. Rentenversicherungspflichtig sind Pflegepersonen hiernach bereits ab einer wöchentlichen Pflegezeit von zehn (vormals 14) Stunden, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche. Die Beitragshöhe ist dabei abhängig vom PG, sodass die Pflege von hochgradig Pflegebedürftigen mit höheren Beitragszahlungen honoriert wird. Darüber hinaus wurden die Zugangskriterien dahingehend geändert, dass auch Betreuungsleistungen von pflegebedürftigen Angehörigen bei der Berechnung der maßgeblichen wöchentlichen Pflegezeit berücksichtigt werden. Zuvor wurden Betreuungszeiten in diesem Zusammenhang nicht zu den pflegenden Tätigkeiten gezählt. Die im Folgenden verwendeten Daten zur Zahl der Pflegepersonen im Jahresverlauf wurden von der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung gestellt, die „Ausgaben für die Soziale Sicherung der Pflegepersonen“ entstammen der Finanzstatistik PV 45 der SPV.

Abbildung 121: Rentenversicherte Pflegepersonen im Jahresverlauf und Ausgaben für die soziale Sicherung von Pflegepersonen

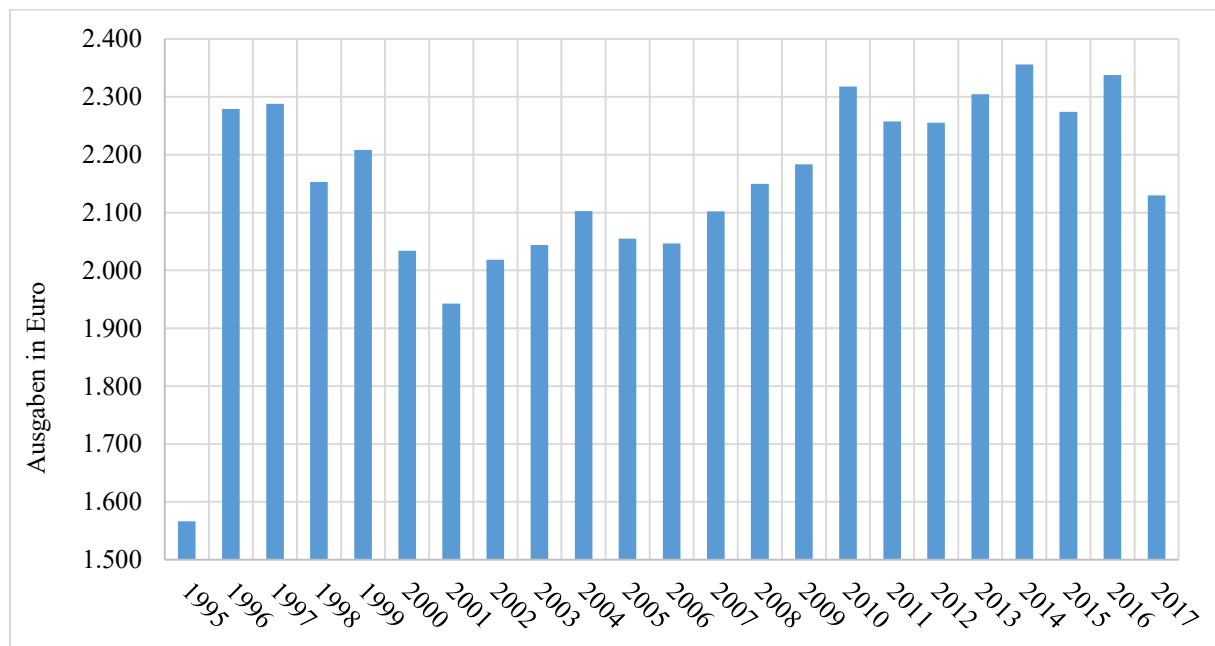


Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Finanzstatistik PV 45, eigene Darstellung

Abbildung 121 stellt die Ausgabenentwicklung sowie die Anzahl der rentenversicherten Pflegepersonen im Jahresverlauf im Zeitraum von 1995 bis 2017 dar. Beide Entwicklungslinien verlaufen relativ parallel, erreichen jedoch ihre Höchst- und Tiefststände zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Nachdem die Ausgaben für die Soziale Sicherung von Pflegepersonen im Zuge der Einführung der SPV mit 1,2 Mrd. Euro im Jahr 1997 und die Zahl der rentenversicherten Pflegepersonen mit 534.137 im Jahr 1998 ihre Höchststände erreicht hatten, sanken zunächst beide Kennziffern. Allerdings begann der erneute Anstieg der Ausgaben für Pflegepersonen bereits im Jahr 2007, während die Zahl der Pflegepersonen erst seit dem Jahr 2011 wieder gestiegen ist. Der Gesamtrückgang zwischen den jeweiligen Höchst- und Tiefstständen liegt jedoch mit 27 % bei den Ausgaben und 29 % bei der Zahl der rentenversicherten Pflegepersonen nah beieinander. Im Jahr 2016 betrugen die Ausgaben knapp 980 Mio. Euro (17 % unter dem Höchststand im Jahr 1997) und die Zahl der rentenversicherten Pflegepersonen 418.000 (22 % unter dem Höchststand im Jahr 1998). Ein deutlicher Ausgabensprung erfolgte im Jahr 2017, in dem 1,54 Mrd. Euro ausgegeben wurden, was einer Steigerung im Vergleich zum Vorjahr um 56 % entspricht. Ein prozentual noch größerer Zuwachs wurde bei der Zahl der rentenversicherten Pflegepersonen verzeichnet, die um 71 % gegenüber 2016 gestiegen ist. Damit ist das vom Gesetzgeber formulierte Ziel, eine größere Zahl pflegender Angehörige in die Rentenversicherung miteinzubeziehen, erreicht worden. Weitere Einflüsse wie eine geänderte Familienstruktur und Haushaltszusammensetzung sind aufgrund des kurzen Zeitraumes auszuschließen, sodass hier von einem Policy-Effekt des PSG II ausgegangen werden kann. Zu

welchem Anteil es sich bei diesen Pflegepersonen, für die im Zuge des PSG II erstmalig Rentenbeiträge gezahlt wurden, um „neue“ Pflegepersonen handelt, die also ihr Pflegetätigkeit erst aufgrund der neu geschaffenen Anreizstrukturen aufgenommen haben, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden. Unter diesem Gesichtspunkt könnten neben der Absenkung des erforderlichen Mindestaufwands auch die gestiegenen Leistungsbeträge beim Pflegegeld dazu beigetragen haben, dass Angehörige sich in der informellen Pflege engagieren, da sich der negative Effekt von Lohnausfall und geringeren Rentenanwartschaften abschwächt.

Abbildung 122: Pro-Kopf-Ausgaben der SPV für die soziale Sicherung der Pflegepersonen



Quelle: Deutsche Rentenversicherung, PV 45 Statistik, eigene Berechnungen und Darstellung

Die unterschiedlichen Wachstumsraten der Ausgaben und rentenversicherten Pflegepersonen spiegeln sich in den Pro-Kopf-Ausgaben wider (Abbildung 122). Diese stiegen zunächst auf 2.288 Euro im Jahr 1997 und fielen anschließend auf 1.943 Euro im Jahr 2001. In den folgenden Jahren stieg der Wert wieder und erreichte im Jahr 2016 2.338 Euro, fiel jedoch im Folgejahr auf 2.130 Euro. Dies könnte folgendermaßen erklärt werden: durch die Senkung der erforderlichen Pflegezeit von wöchentlich 14 auf 10 zehn Stunden, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, wurden zum einen mehr Pflegepersonen in die Rentenversicherungspflicht einbezogen. Zum anderen hat sich aber durch das PSG II auch die Berechnung der Höhe der gezahlten Beiträge verändert. Vor dem PSG II berechneten sich die Beitragszahlungen aus dem wöchentlichen Pflegeaufwand für den ein bestimmter Prozentsatz der Bezugsgröße der Renten- und Arbeitslosenversicherung veranschlagt wurde. Ab einer Mindestpflegezeit von 14 Stunden berechneten sich die gezahlten Beiträge in Pflegestufe I aus 26,67 %, in Pflegestufe II aus 35,55 % und in Pflegestufe III aus 40 % der Bezugsgröße. Ein höherer Prozentsatz konnte ab einem Pflegeaufwand von 21 Stunden pro Woche

in Pflegestufe II (53,33 % der Bezugsgröße) sowie in Pflegestufe II (60 % der Bezugsgröße) erreicht werden. Der höchste Prozentsatz von 80 % der Bezugsgröße ergab sich ab einem Pflegeaufwand von 28 Stunden in Pflegestufe III.

Seit dem PSG II richtet sich der herangezogene Prozentsatz der Bezugsgröße nach der Leistungsart sowie dem PG. Innerhalb jedes PGs unterscheidet sich dieser Prozentsatz je nachdem, ob Pflegegeld, die Kombinationsleistung oder Pflegesachleistung bezogen wird. Für den PG 2 werden bei Bezug von Pflegesachleistung 18,9 %, bei Kombinationsleistung 22,85 % und bei Pflegegeldbezug 27 % der Bezugsgröße veranschlagt. In PG 5 beträgt der veranschlagte Prozentsatz bei Bezug von Pflegesachleistung 70 %, bei Bezug von Kombinationsleistung 85 % und bei Bezug von Pflegegeld 100 % der Bezugsgröße.

Diese Novellierung der Berechnungsweise der Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für Pflegepersonen hat dem Anschein nach dazu geführt, dass die Ausgaben in geringerem Ausmaß gestiegen sind als die Zahl der rentenversicherten Pflegepersonen. Beispielsweise wurde vor Inkrafttreten des PSG II in Pflegestufe I bei Erreichen des Mindestpflegeaufwandes nahezu 27 % der Bezugsgröße herangezogen. Nach Einführung des PSG II wird in Pflegegrad 2 ein Wert von 27 % der Bezugsgröße lediglich bei Bezug von Pflegegeld erreicht. Bei Bezug von Kombinationsleistung sowie Pflegesachleistung wird ein geringerer Prozentsatz zugrunde gelegt.

Trotz der Leistungsverbesserungen im Rahmen des PSG II überrascht der sehr deutliche Anstieg der relevanten Kennziffern, sodass weitere Einflüsse auf die Ausgabensituation für die Soziale Sicherung von Pflegepersonen sowie Zahl der rentenversicherten Pflegepersonen geprüft wurden. Hierbei kam insbesondere ein möglicher Effekt des „Flexirentengesetzes“³² infrage, das seit dem 1. Juli 2017 Pflegepersonen mit Bezug einer Altersrente ermöglicht, zusätzliche Rentenansprüche zu erwerben. Eine freundlicherweise vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WidO) zur Verfügung gestellte Sonderauswertung kam jedoch zum Ergebnis, dass aufgrund der sehr geringen Zahl an Pflegepersonen über 65 Jahre sowie des nahezu unveränderten Anteils der Rentner*innen innerhalb der Altersgruppe der 18 bis 64-jährigen ein „Flexirentengesetzeffekt“ zumindest im Jahr 2017 nicht zu beobachten ist (WidO 2018). Die Ausgabensteigerung sowie die Erhöhung der Zahl der rentenversicherten Pflegepersonen kann damit nach aktuellem Kenntnisstand maßgeblich auf die Reduzierung der mindestens zu erreichenden wöchentlichen Pflegezeit von 14 auf zehn Stunden sowie der Berücksichtigung von Betreuungsmaßnahmen bei der Pflegetätigkeit im Rahmen des PSG II zurückgeführt werden.

³² "Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben"

Abbildung 123: Rentenversicherte Pflegepersonen im Laufe des Jahres nach Geschlecht



Quelle: Statistik der Rentenversicherung

Die Entwicklung des Anteils der rentenversicherten Pflegepersonen im Jahresverlauf differenziert nach Geschlecht ist in Abbildung 123 dargestellt. Bereits auf den ersten Blick wird deutlich, dass die Pflege von Angehörigen in überwältigendem Ausmaß weiblich dominiert ist. Im Zeitverlauf ist jedoch zu erkennen, dass der Anteil der männlichen Pflegepersonen kontinuierlich gestiegen ist. Während im Jahr 1994 nur 5,4 % aller Pflegepersonen Männer waren, betrug dieser Anteil 2017 bereits 13,8 %. Auch hier liegt ein PSG II-Effekt nahe, da die Zunahme von 2,1 % im Vergleich zum Vorjahr die Steigerungsrate aller anderen Jahre deutlich übersteigt. Da pflegende Männer grundsätzlich eine geringere wöchentliche Stundenzahl als Frauen für die Pflege aufwenden (Rothgang u.a. 2015), könnte dies dazu geführt haben, dass Männer überproportional von der Absenkung der Mindestpflegezeit von 14 auf zehn Stunden an mindestens zwei Tagen in der Woche profitiert haben. Dennoch bleibt festzuhalten, dass Frauen aufgrund ihrer dominierenden Stellung innerhalb der informellen Pflege die Hauptprofiteure des gestiegenen Pflegegeldes sowie der Absenkung der Mindestpflegezeit und in der Folge gestiegener Rentenansprüche sind.

3.4.2 Unterstützung durch Regionale Netzwerke und Pflegekurse

Regionale Netzwerke

Durch das PSG II wurde §45c SGB XI hinsichtlich der finanziellen Förderung von Netzwerken durch den Ausgleichsfonds der Pflegekassen ergänzt. §45c Abs. 9 SGB XI besagt, dass zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen finanzielle Mittel für die Beteiligung von Pflegekassen an regionalen Netzwerken verwendet werden können. Diese Mittel müssen der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren dienen, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen. Hierfür können pro Landkreis bzw. kreisfreie Stadt und jährlich bis zu 20.000 Euro beantragt werden.

Die Aufgabe des SOCIUM ist es, die Auswirkungen dieses Paragraphen zu evaluieren und dazu die Entwicklung von regionalen Netzwerken zu analysieren. Hierfür war geplant, den finanziellen Aufwand über den GKV-Spitzenverband zu ermitteln. Zusätzlich sollten Evaluationsberichte verschiedener Netzwerke untersucht werden sowie Experteninterviews mit Vertreter*innen des GKV-Spitzenverbandes und der Netzwerke durchgeführt werden. Auf eine Anfrage der finanziellen Belastungen durch § 45c Abs. 9 SGB XI auf den Ausgleichsfonds der Pflegekassen beim GKV-Spitzenverband wurde zurückgemeldet, dass die Daten dem Verband nicht vorliegen, da sie dezentral bei den einzelnen Pflegekassen gesammelt werden. Diese melden anschließend die von ihnen bewilligten Anträge an das Bundesversicherungsamt, welches Aussagen machen kann hinsichtlich der Anzahl geförderter Netzwerke, der Fördersumme sowie Förderdauer pro Netzwerk und dem Landkreis, in dem die Netzwerke tätig sind.

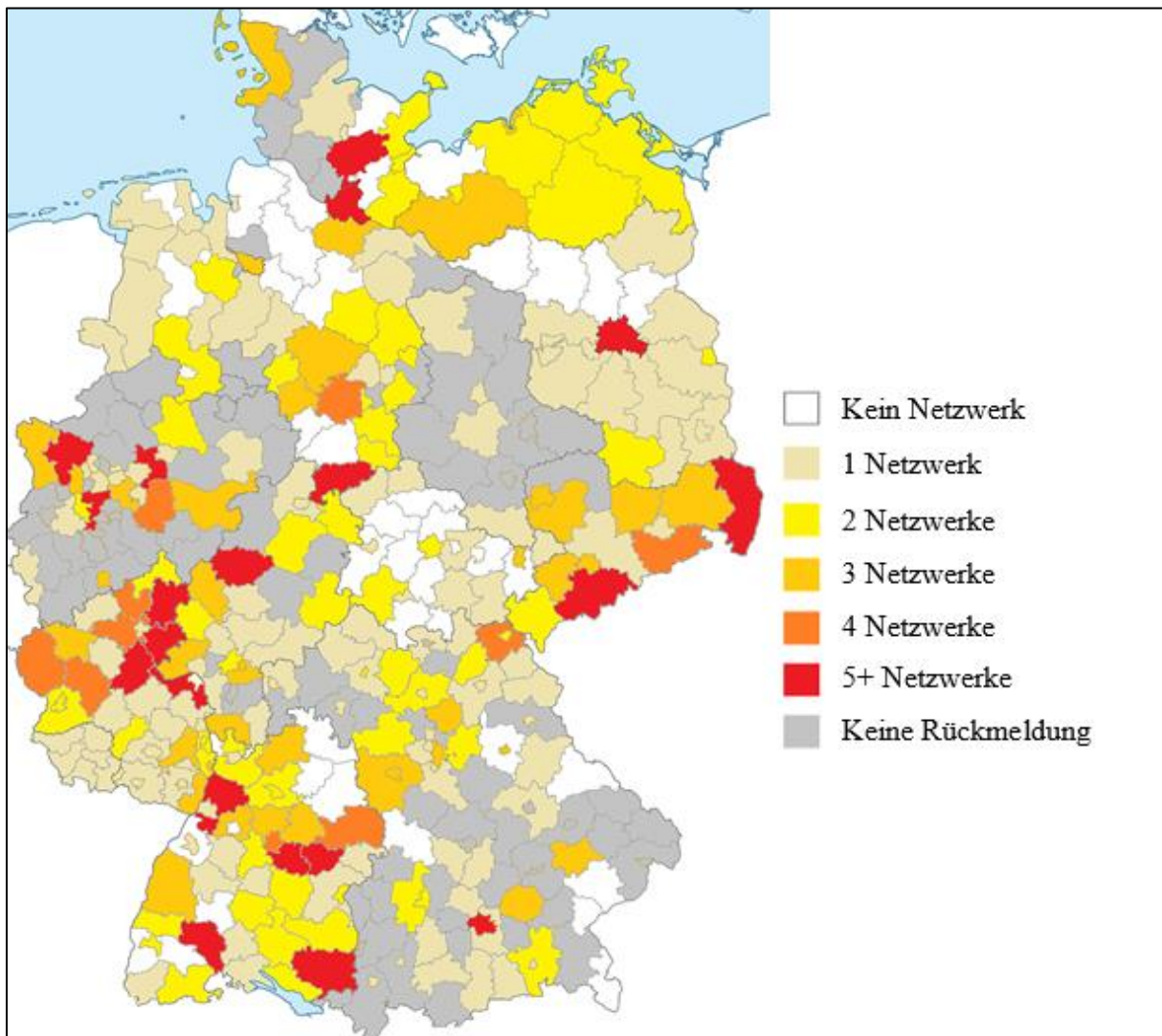
Zum genaueren Verständnis der Netzwerke muss zunächst unterschieden werden zwischen Lokalen Allianzen und Regionalen Netzwerken. Beide Netzwerk-Typen sind nicht klar voneinander abzugrenzen, sondern gehen nahezu fließend ineinander über. Die insgesamt 482 in Deutschland gegründeten Lokalen Allianzen wurden im Modellprojekt „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gegründet und in diesem Rahmen von 2012 bis 2016 finanziell gefördert. Eine Liste aller in diesem Rahmen gegründeten Allianzen ist auf der Projektwebsite einsehbar (BMFSFJ 2019). Es ist allerdings unklar, wie viele dieser Allianzen derzeit noch bestehen, in ein Regionales Netzwerk übergegangen sind oder ihre Arbeit mit dem Ende der Förderung im Rahmen des Projektes niedergelegt haben. Regionale Netzwerke haben sich in der Regel außerhalb des oben genannten Modellprojektes gegründet, jedoch teilweise ebenfalls Projekte für Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz eingereicht, weshalb sie in Einzelfällen auch in der Liste der Lokalen Allianzen zu finden sind. Lokale Allianzen haben meist weniger Projektpartner als Regionale Netzwerke und arbeiten innerhalb eines Stadtteiles bzw. einer kleineren Gemeinde, während Regionale Netzwerke eher innerhalb eines Landkreises bzw. einer Stadt arbeiten. Aufgrund dieser Konstellation ist es möglich, dass in einem Landkreis sowohl mehrere Lokale Allianzen als auch Regionale Netzwerke arbeiten. Der einfachen Lesbarkeit werden im Folgenden beide Netzwerkstrukturen als „Netzwerke“ bezeichnet.

Um zu erfassen, wie viele Netzwerke in Deutschland tätig sind, wurden alle Landkreise bzw. kreisfreien Städte sowie die Pflegestützpunkte, Alzheimergesellschaften und Demenz-Servicestellen kontaktiert und befragt, ob in ihrer Region ein solches Netzwerk besteht. Auf der Grundlage dieser Antworten wurde eine Deutschlandkarte erstellt, in der für jeden Landkreis bzw. kreisfreie Stadt vermerkt ist, wie viele Netzwerke in der Region tätig sind (Abbildung 124). Trotz mehrfachen Kontaktversuchen gab nicht jede Kommune eine Rückmeldung ab, was mit der Farbe Grau markiert ist. Für Nordrhein-Westfalen ist zu berücksichtigen, dass die Informations- und Koordinierungsstelle der Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen aufgrund der neuen Datenschutzverordnung der EU keine Kontaktdaten der in ihrem Gebiet tätigen Netzwerke herausgeben wollte. Für die geplante Befragung zu § 45c Abs. 9 SGB XI gab sie darum den Fragebogen an die aktiven Netzwerke weiter. Laut der Koordinationsstelle waren in Nordrhein-Westfalen Ende 2018 insgesamt 160 Netzwerke tätig. Damit hat dieses Bundesland laut eigener Aussage die meisten Netzwerke. An zweiter Stelle kommt Rheinland-Pfalz mit 73 Netzwerken, dicht gefolgt von Bayern mit 72 Netzwerken. Die Schlusslichter bilden Bremen und Sachsen-Anhalt mit je vier Netzwerken. Die übrigen Stadtstaaten Berlin und Hamburg haben 18 bzw. 11 Netzwerke. Tabelle 29 listet die Zahl der Netzwerke nach Bundesland auf sowohl in absolut als auch in hochgerechnet auf 1 Millionen Einwohner*innen. Hiermit ist zu sehen, dass Rheinland-Pfalz gemessen an seinen Einwohner*innen die höchste Zahl der Netzwerke mit 18,2 Netzwerken pro 1 Millionen Einwohner*innen hat. Die niedrigste Rate dagegen hat Sachsen-Anhalt mit nur 1,85 Netzwerken pro Millionen Einwohner*innen. Hierbei ist zu beachten, dass nur 8 von 14 Kommunen geantwortet haben.

**Tabelle 29: Anzahl Netzwerke pro Bundesland absolut und pro 1 Mio. Einwohner*innen.
Stand: Dezember 2018**

Bundesland	Kommunen mit Rückmeldung	Einwohner*-innen 2018	Identifizierte Netzwerke absolut	Netzwerke pro 1 Mio. Einwohner*-innen
BW	44 von 44	11.023.424 von 11.023.424	85	7,71
BY	56 von 96	8.357.192 von 12.997.204	74	8,85
BE	1 von 1	3.644.826 von 3.644.826	18	4,94
BB	18 von 18	2.504.040 von 2.504.040	16	6,39
HB	2 von 2	681.032 von 681.032	4	5,87
HH	1 von 1	1.834.823 von 1.834.823	10	5,45
HE	5 von 26	5.167.183 von 6.243.262	36	6,97
MV	8 von 8	1.611.119 von 1.611.119	16	9,93
NI	40 von 45	7.978.917 von 7.962.775	52	6,52
NW	Unbekannt von 53	Unbekannt von 17.912.134	160	9,05
RP	36 von 36	4.084.844 von 4.084.844	75	18,36
SL	6 von 6	990.509 von 990.509	8	8,08
SN	12 von 13	4.081.308 von 4.081.308	37	9,53
ST	4 von 14	697.642 von 2.208.321	4	5,73
SH	5 von 15	1.864.653 von 2.889.821	19	10,19
TH	23 von 23	2.151.205 von 2.151.205	13	6,04

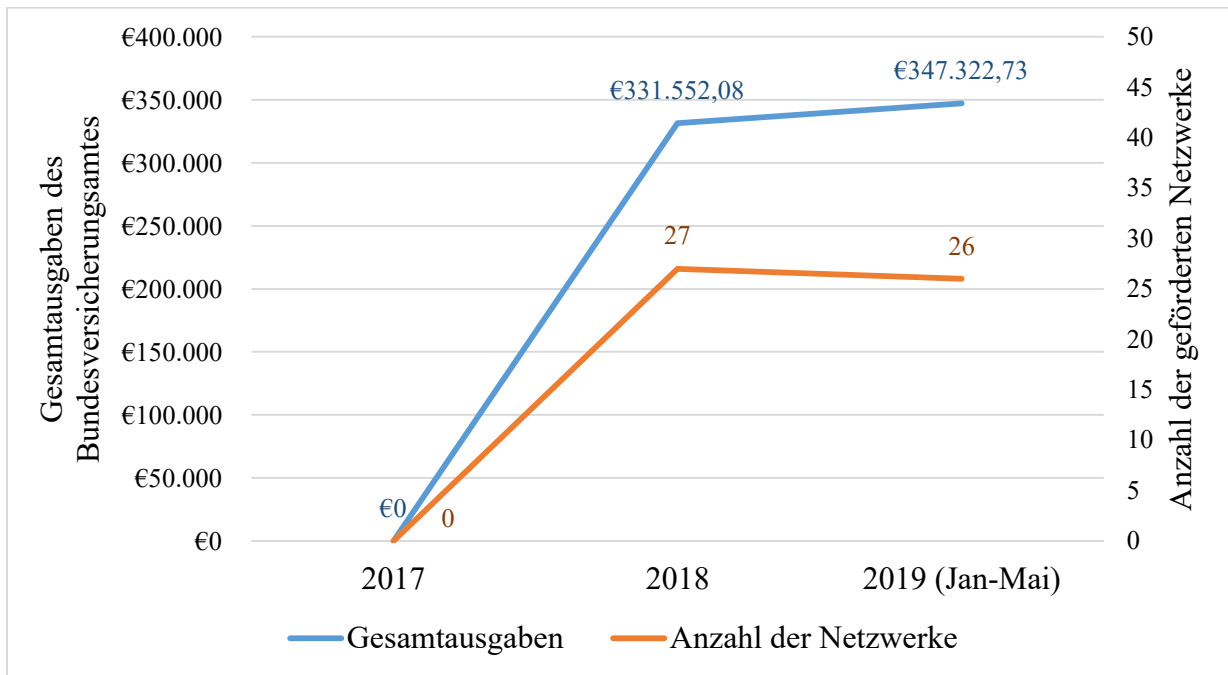
Abbildung 124: Absolute Verteilung der Pflege-/Demenznetzwerke in Deutschland nach Landkreisen bzw. kreisfreien Städten. Stand: Dezember 2018



Quelle: Eigene Befragung

Die Nutzung der finanziellen Förderung nach § 45c Abs. 8 SGB XI wurde Anfang Juni 2019 beim Bundesversicherungsamt erfragt. Es wurde angegeben, dass in 2017 kein Netzwerk die Förderung abgerufen hat, was sich mit den Erzählungen der Netzwerke, die Pflegekassen seien noch nicht soweit gewesen, deckt. In 2018 wurden insgesamt 27 Netzwerke und vom 01. Januar bis 31. Mai 2019 wurden bereits 26 Netzwerke gefördert. Es ist anzunehmen, dass sich die Zahl der Netzwerke, welche die Förderung in 2019 insgesamt in Anspruch nehmen, noch einmal steigern wird, wenn die Zahlen für das gesamte Jahr vorliegen. Die Ausgaben lagen in 2018 bei 331.552,08 Euro und bis Ende Mai 2019 bei 347.322,73 Euro. Graphisch lässt sich der Verlauf Abbildung 125 entnehmen.

Abbildung 125: Gesamtausgaben für die finanzielle Förderung von Netzwerken nach § 45c Abs. 9 SGB XI sowie der Zahl der deutschlandweit geförderten Netzwerke



Quelle: Eigene Befragung

Unterteilt nach Bundesländern ist klar zu erkennen, dass die Netzwerke in Nordrhein-Westfalen in 2019 am häufigsten den Antrag auf eine Förderung nach § 45c Abs. 9 SGB XI stellten. Verglichen mit 2018, als noch kein Netzwerk aus diesem Bundesland gefördert wurde, stellt diese Entwicklung derzeit den größten Zuwachs von 2018 auf 2019 dar (Tabelle 30). Einer der Gründe ist die Bewerbung der Fördermöglichkeit durch die Demenz-Service Stellen, wie ein Netzwerk in einem Telefonat vermutete. In Bremen, Hamburg, Hessen, Sachsen und Sachsen-Anhalt wurden in beiden Jahren keine Netzwerke gefördert.

Tabelle 30: Gesamtausgaben und Netzwerke nach Bundesländern, welche in 2018 und vom 01. Januar bis 31. Mai 2019 Fördergelder nach § 45c Abs. 9 XI in Anspruch genommen haben

Bundesland	Jahr 2018		Januar bis Mai 2019	
	Ausgaben in €	Netzwerke	Ausgaben in €	Netzwerke
Baden-Württemberg	74.700,00	5	0,00	0
Bayern	23.400,00	2	26.500,00	2
Berlin	4.561,00	1	0,00	0
Brandenburg	97.960,58	9	119.164,04	8
Bremen	0,00	0	0,00	0
Hamburg	0,00	0	0,00	0
Hessen	0,00	0	0,00	0
Mecklenburg-Vorpommern	43.373,00	4	0,00	0
Niedersachsen	20.000,00	1	18.600,00	1
Nordrhein-Westfalen	0,00	0	115.277,43	11
Rheinland-Pfalz	0,00	0	0,00	0
Saarland	11.407,50	1	20.000,00	1
Sachsen	0,00	0	0,00	0
Sachsen-Anhalt	0,00	0	0,00	0
Schleswig-Holstein	30.000,00	2	30.000,00	2
Thüringen	26.150,00	2	17.781,26	1
Insgesamt	331.552,08	27	347.322,73	26

Quelle: Bundesversicherungsamt (2019)

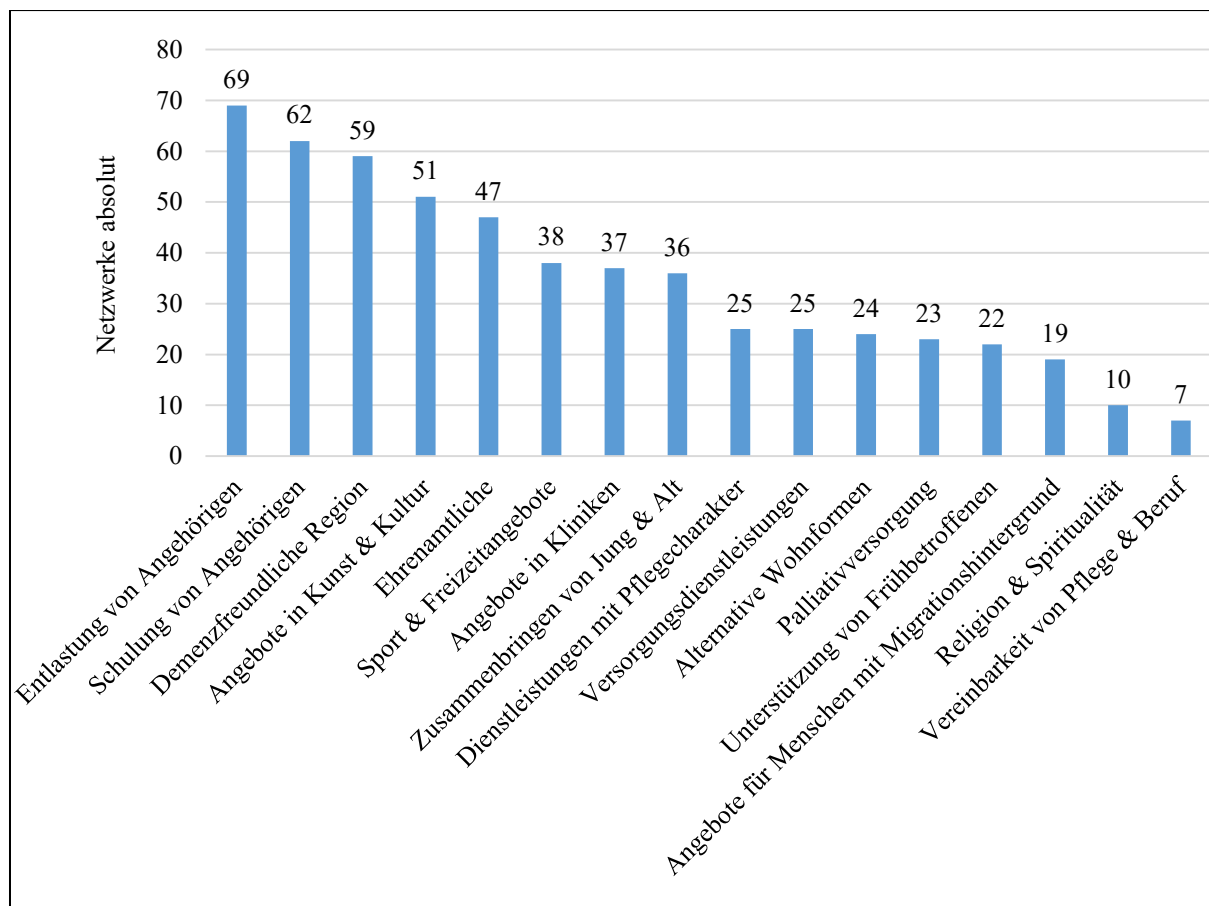
Insgesamt nutzten neun Netzwerke die Möglichkeit der Förderung nach § 45c Abs. 9 SGB XI sowohl in 2018 als auch in 2019, davon je eins in Schleswig-Holstein und dem Saarland, zwei in Bayern und fünf in Brandenburg. Alle Netzwerke befanden sich in unterschiedlichen Landkreisen bzw. kreisfreien Städten. Von allen 26 geförderten Netzwerken in 2019 kam es in Nordrhein-Westfalen in drei Landkreisen/kreisfreien Städten vor, dass mehrere Netzwerke die Förderung erhielten. In zwei Kommunen (dem Rhein-Kreis Neuss und der Stadt Hamm) hatte in 2018 kein Netzwerk die Förderung beantragt. In der Stadt Köln hatte in 2018 nur eins der beiden Netzwerke die finanzielle Unterstützung beantragt, während das zweite erst für 2019 die Förderung nutzte. Die Förderung nach § 45c Abs. 9 SGB XI betrug für diese insgesamt sechs Netzwerke zwischen 3.850 Euro und 12.910 Euro für das eine Förderdauer von 12 Monaten im Jahr 2019 (alle Netzwerke hatten eine Förderdauer von 12 Monaten beantragt). Im Durchschnitt erhielt jedes dieser sechs Netzwerke 7.571,67 Euro (Mediane Förderung von 6.835 Euro). Alle Netzwerke beantragten bisher für 2019 eine zwölfmonatige Förderdauer. In 2018 variierte die Förderdauer zwischen zwei und 12 Monaten mit durchschnittlich 9,6 Monaten Förderdauer.

Die Befragung der Regionalen Netzwerke zu ihrer Arbeit und ihrer Nutzung der finanziellen Förderung durch die Pflegekassen gemäß § 45c Abs. 9 SGB XI erfolgte von 01.11.2018 bis zum 31.03.2019. Während dieser Zeit wurde der Fragebogen insgesamt 249 Mal geöffnet. Jedoch beantworteten ihn nur 159 Teilnehmer*innen mindestens teilweise, 97 vollständig. Insgesamt wurden 521 Netzwerke kontaktiert, dies bedeutet eine Response Rate von 31 %. Insgesamt 23 Teilnehmer*innen kamen aus Baden-Württemberg, was 27 % aller Netzwerke dieses Bundeslandes bedeutet. 19 teilnehmende Netzwerke gaben an, aus Nordrhein-Westfalen zu sein (35 % aller Netzwerke

dieses Bundeslandes), gefolgt von 16 Netzwerken aus Rheinland-Pfalz (21% aller Netzwerke aus Rheinland-Pfalz). 11 Netzwerke kamen aus Sachsen (30 %). Je fünf Netzwerke kamen aus Hessen (14 %), Mecklenburg-Vorpommern (31 %) und Niedersachsen (10 %). Vier Netzwerke machten Angaben zu ihrer Situation in Brandenburg (25 %). Drei Teilnehmer*innen kamen jeweils aus Hamburg (30 %) und aus Thüringen (23 %). Nur je ein Netzwerk kam aus Bayern (1 %), Berlin (6 %) und Bremen (25 %). Keine Netzwerke aus dem Saarland, Sachsen-Anhalt oder Schleswig-Holstein nahmen an der Befragung teil. Fünf teilnehmende Netzwerke wurden vor 2001 gegründet, 10 zwischen 2001 und 2005, 19 zwischen 2006 und 2010, 19 wurden zwischen 2006 und 2010 gegründet, 25 zwischen 2011 und 2015, sieben von 2016 bis 2018 und zwei Netzwerke wurden erst in 2019 gegründet.

Auf die Frage, welche Themen die Netzwerke in ihrer Arbeit behandelten, antworteten 69 Netzwerke (71 %), dass sie niedrigschwellige Angebote zur Entlastung und Unterstützung für pflegende Angehörige anbieten würden. 62 Netzwerke (64 %) boten Schulungen für Angehörige sowie weitere Bildungsangebote im Bereich der Pflege für Ehrenamtliche an. 59 Netzwerke (61 %) griffen das Thema der demenzfreundlichen Kommune auf, indem sie Demenzlotsen und Nachbarschaftshilfen ausbildeten. Die vollständigen Antworten sind Abbildung 126 zu entnehmen.

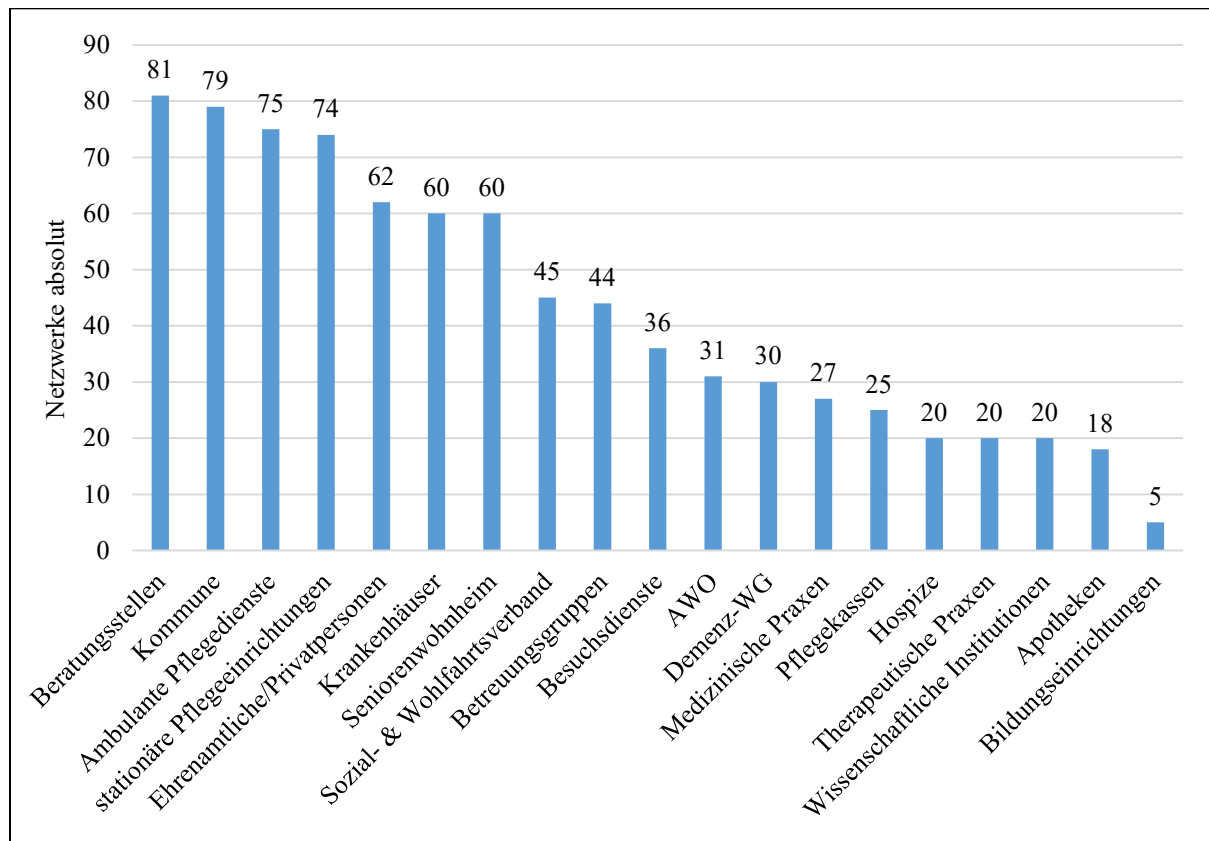
Abbildung 126: Themen, welche die Netzwerke in ihrer Arbeit aufgriffen



Quelle: Eigene Befragung

Im Durchschnitt arbeiteten innerhalb der Netzwerke Ende 2018 ca. 25 Partner mit. Dabei gaben einige Netzwerke an, dass sie nur aus zwei Partnern bestehen würden, während andere 150 Partner angaben. Im Median lag die Partnerzahl bei 14 Mitgliedern pro Netzwerk. 81 der 97 Netzwerke hatten Beratungsstellen (z.B. Pflegestützpunkte) als Mitglied, bei 79 Netzwerken war auch die Kommune ein Partner. 75 Netzwerke bestanden zum Teil aus ambulanten Pflegediensten und 74 hatten stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen zum Mitglied. Die weiteren Mitglieder der Netzwerke sind Abbildung 127 zu entnehmen.

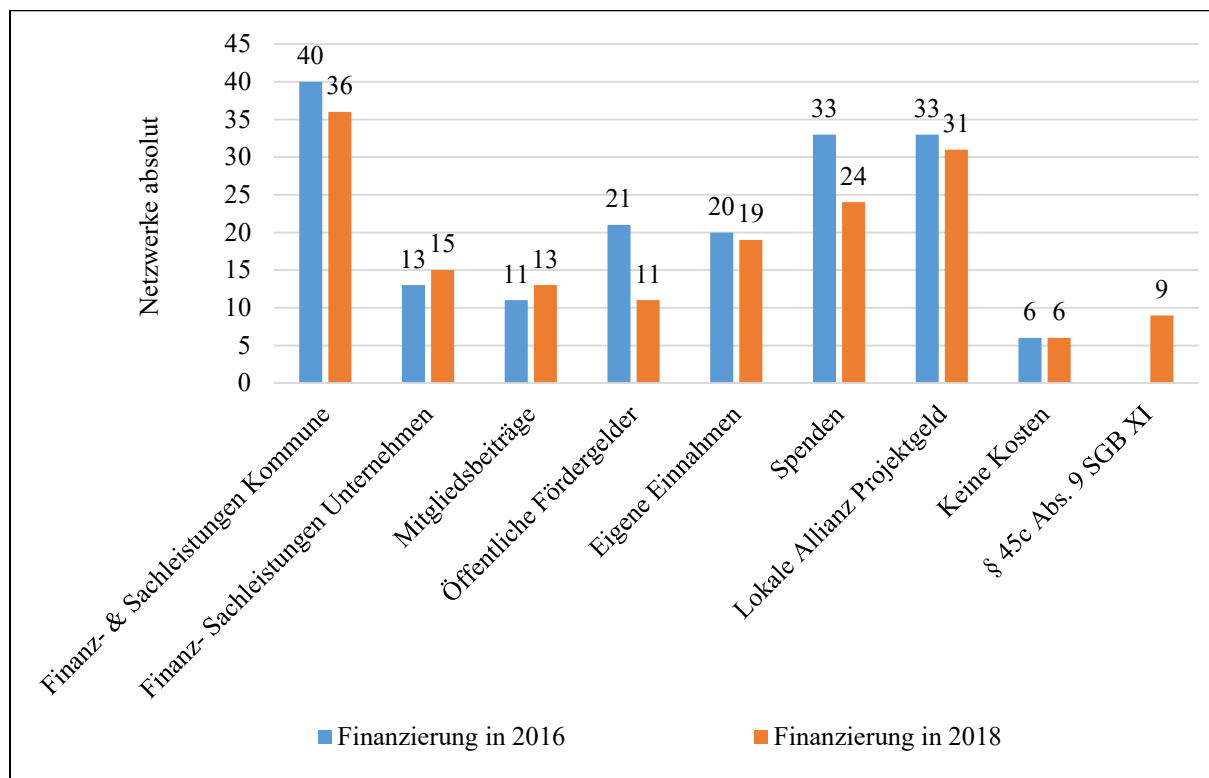
Abbildung 127: Partner innerhalb der Netzwerke



Quelle: Eigene Befragung

Zum Vergleich, ob das PSG II Einflüsse auf die Finanzierung der Netzwerke hatte, wurden diese gebeten, ihre Finanzierung für 2016 und 2018 anzugeben. Die Antworten sind graphisch in Abbildung 128 dargestellt. Zu sehen ist, dass die Kommunen bei vier Netzwerken in 2018 weniger als in 2016 Geld- und/oder Sachleistungen stellten. Ebenfalls wurden in 2018 weniger öffentliche Fördergelder, eigene Einnahmen, Spendengelder und Projektgelder der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz angegeben. Dafür nutzten allerdings nach eigener Angabe in 2018 insgesamt neun Netzwerke die Fördergelder nach § 45c Abs. 9 SGB XI. Die Abbildung macht deutlich, dass sich die Netzwerke bei ihrer Arbeit nicht nur auf eine Finanzierungsquelle stützten, sondern auf mehrere verschiedene.

Abbildung 128: Finanzierung der Netzwerke in 2016 und in 2018



Quelle: Eigene Befragung

Hinsichtlich der Nutzung der finanziellen Förderung der Pflegekassen nach § 45c Abs. 9 SGB XI gaben insgesamt 43 von 97 an, in 2017 nicht von der Möglichkeit gewusst zu haben. Weitere 15 Netzwerke hatten sich bewusst gegen die Nutzung entschieden. Als Gründe nannten sie unter anderem, dass sie zu diesem Zeitpunkt noch nicht förderfähig gewesen wären (z. B. weil noch kein Kooperationsvertrag vorlag oder sich das Netzwerk nicht einig war). Netzwerke aus Sachsen könnten sich laut eigener Aussage nicht auf die Förderung bewerben. In Sachsen fördere der Freistaat kommunale Pflegekoordinatoren mit 50% Personal- und Sachkosten bis maximal 40.000 Euro pro Jahr. Aufgrund dieser Förderrichtlinie sei eine zeitgleiche Förderung durch die Pflegekassen nicht möglich, so eine Teilnehmerin der Befragung. 12 Netzwerke gaben an, dass sie in 2017 von der Förderung gewusst hätten, sich aber nicht bewerben konnten, da die Pflegekassen noch nicht so weit gewesen seien. In 2018 war die Förderung nur noch 24 der 97 Netzwerke unbekannt. Dafür hatten sich allerdings 20 Netzwerke bewusst gegen eine Förderung entschieden, da unter anderem ihre eigenen finanziellen Mittel ausreichen würden oder sie keine Kapazitäten hatten, um den Antrag zu stellen. Nur noch acht Netzwerke gaben an, dass die Pflegekassen nicht bereit waren, um einen Antrag zu bearbeiten. Laut eigener Aussage hatten neun Netzwerke einen bewilligten Förderantrag eingereicht. Bei vier weiteren stand die Entscheidung der Pflegekassen zum Zeitpunkt der Befragung noch aus. 12 Netzwerke erhielten eine Absage, da das eingereichte Vorhaben nicht förderfähig gewesen sei.

Von den neun Netzwerken, welche in 2018 eine Förderung erhielten hatten, machten acht Angaben zur erhaltenen Fördersumme. Vier von diesen Netzwerken erhielten die Fördersumme, welche sie

beantragt hatten (drei von diesen 20.000 und eines 6.150 Euro). Die Gelder wurden unter anderem für die Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildungen der Netzwerkteilnehmer*innen, der Weiterentwicklung des Netzwerks, Personalkosten, Sachkosten (Raummieten und Betriebsmittel), dem Ausbau von Helferkreisen und Betreuungsgruppen, dem Abbau von Zugangsbarrieren, der Vernetzung der Akteure, dem Wissenstransfer von Demenzhilfeangeboten, einer eigenen Website, Informationsveranstaltungen für interessierte Bürger, eine Messe sowie für Vortragsreihen genutzt. Bezüglich der Frage, ob die Netzwerke planen würden, sich auch für die Förderung in 2019 bewerben zu wollen, antworteten 35 ja, 29 nein und 29 waren sich noch unsicher. Die Pläne für die Nutzung der Förderung nach § 45c Abs. 9 SGB XI bzw. die Gründe für die Nicht-Nutzung der Förderung in 2019 wurden zuletzt erfragt. Die Netzwerke gaben unter anderem die folgenden Projekte an, welche sie mit dem Geld gerne realisieren würden:

- den Ausbau der Netzwerkaktivitäten
- die Gestaltung eigener Websites
- die Finanzierung einer Koordinatorenstelle
- Schulungen und Vorträge für Ehrenamtliche sowie Netzwerkpartner*innen
- Entlastungsprogramme für Pflegende Angehörige
- die Zusammenlegung von Netzwerken und Runden Tischen, um Doppelstrukturen abzubauen
- dem Aufbau einer regionalen Suchmaschine für Pflegeleistungen
- der Erstellung von Informationsmaterial
- die Planung und Ausrichtung von Aktionstagen

Als Gründe, weshalb sich die Netzwerke gegen die Finanzierung aussprachen, gaben fünf Netzwerke an, dass die Finanzierung mit einer Dauer von nur einem Jahr zu kurzfristig sei, um eine Personalstelle zu finanzieren, welche für zusätzliche Vorhaben benötigt würde. 10 Netzwerke meldeten, dass sie keinen Bedarf an der Förderung sehen, da sie durch Spenden sowie der Finanzierung aus anderen Quellen ihre geplanten Vorhaben umsetzen könnten. Sechs Netzwerke gaben an, dass sie sich nicht auf die Förderung bewerben würden, da der Antrag zu umfangreich sei.

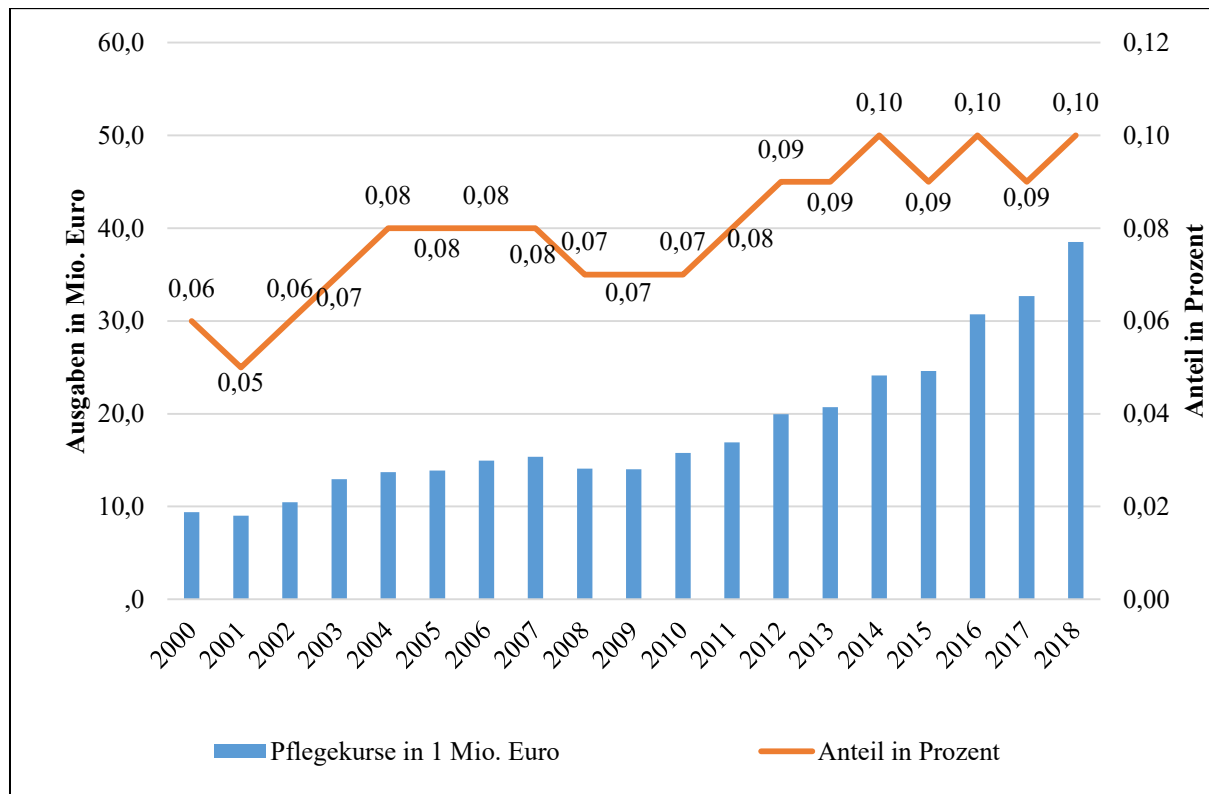
Insgesamt bewerteten die Netzwerke die Fördermöglichkeit als positiv. Einige Netzwerke beschrieben, dass ohne diese Förderung keine Netzwerkarbeit mehr möglich gewesen wäre. Die Nutzung der Förderung wird deshalb voraussichtlich im nächsten Jahr weiter steigen, wenn sie bei mehr Netzwerken bekannt wird. Zu berücksichtigen sei allerdings, dass die Koppelung der Netzwerkförderung an einem Landkreis, bzw. einer kreisfreien Stadt unabhängig der Einwohnerzahl und Fläche zu Ungleichheiten führen kann. Wie Abbildung 124 zeigt, arbeiten in dem Hauptteil der Landkreise mehrere Netzwerke, von denen jedoch nur eines die volle Förderung oder beide eine niedrigere Summe erhalten können.

Pflegekurse für pflegende Angehörige

Als erste Einschätzung zur finanziellen Belastung der Pflegekassen durch die Pflegekurse können die Daten der Sozialen Pflegeversicherung herangezogen werden. Aus diesen geht hervor, dass die Pflegekassen seit 2008 einen stetigen Anstieg der Ausgaben für die Pflegekurse nach § 45 SGB XI

zu verzeichnen haben. Der Anteil an den Gesamtausgaben der Pflegekassen schwankt seit 2014 leicht und zeigt keine klare Tendenz (Abbildung 129). Aus diesen Zahlen geht allerdings nicht hervor, wie viele Kurse angeboten wurden und wie viele pflegende Angehörige geschult wurden.

Abbildung 129: Entwicklung der Ausgaben für Pflegekurse in Millionen Euro nach § 45 SGB XI.



Quelle: Daten der Sozialen Pflegeversicherung, PV45 Statistik

Inhalt und Ergebnisse des Online-Fragebogens für die Pflegekursanbieter

Gemäß § 45 SGB XI haben die Pflegekassen unentgeltliche Schulungskurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegenden durchzuführen. Diese Kurse sollen das soziale Pflegeengagement fördern, die Betreuung und Pflege erleichtern und pflegebedingte Belastungen (seelisch und körperlich) bei den Pflegenden minimieren. Die Kurse werden online, als Kleingruppen-Kurse oder bei den zu Pflegenden zu Hause (im Folgenden „Häusliche Schulung“) durchgeführt. Den Kassen ist es erlaubt, die Kurse alleine oder in Kooperation mit anderen Pflegekassen anzubieten bzw. die Kurse von geeigneten Leistungsanbietern durchführen zu lassen.

Für die laut Angebot geplante Befragung der Pflegekassen zur Nutzung der Kurse sowie der finanziellen Belastung der Pflegekassen wurde ein Online-Fragebogen entwickelt. Die Pretests mit einzelnen Pflegekassen zeigten jedoch, dass die Datendokumentation selbst innerhalb der Kassenverbände stark variiert. Während einige Pflegekassen den Fragebogen laut eigener Angabe problemlos beantworten können, ist bei anderen Pflegekassen nur eine Teilbeantwortung oder gar keine Beantwortung der Fragen möglich. Aufgrund dieser Rückmeldungen muss damit gerechnet werden, dass

nicht alle Pflegekassen Daten in ausreichender Detailtiefe liefern können. Basierend auf Gesprächen mit verschiedenen Pflegekassen kann davon ausgegangen werden, dass viele Kassen die meisten bzw. alle ihrer Kurse von geeigneten Leistungsanbietern durchführen lassen.

Um verzerrte Ergebnisse zu vermeiden, wurde der Fragebogen darum umgestellt und wurde den Leistungsanbietern der Online- und Kleingruppen-Kurse sowie der häuslichen Schulungen zur Beantwortung vorgelegt. Pretests und Gespräche mit Verantwortlichen der Kursanbieter zeigten, dass diese in der Lage sind, den Fragebogen vollständig zu beantworten. Die Befragung fand von November 2018 bis März 2019 (mit zwei Erinnerungsschreiben) statt. Der Link zum Online-Fragebogen sowie der Einladung zur Befragung und später den beiden Erinnerungsschreiben wurden von den jeweiligen Dachgesellschaften an ihre einzelnen Mitglieder verteilt.

Eine Ermittlung der genauen Zahl der Anbieter von Pflegekursen ist aus verschiedenen Gründen nicht möglich. Zum einen ist dies darin begründet, dass die Pflegekassen Rahmenverträge mit den Dachverbänden der Leistungserbringer abschließen und nur selten mit einzelnen Dienstleistern (z.B., wenn es sich bei diesen um selbstständige Anbieter handelt, welche in keinem Dachverband organisiert sind). Innerhalb dieser Rahmenverträge können anschließend alle Mitglieder des Verbandes selbstständig Pflegekurse zu den vereinbarten Konditionen anbieten und mit den Vertragspartnern (Pflegekassen) abrechnen. Die Dachverbände führen in diesem Prozess jedoch keine Listen darüber, welche ihrer Mitglieder Pflegekurse anbieten.

Möglich war eine Auflistung aller privater Anbieter sowie Dachverbände, welche einen Rahmenvertrag mit den einzelnen Pflegekassen haben. Diese kann näherungsweise zur Bestimmung der genauen Kursanbieterzahlen genutzt werden. Hier ist jedoch zu beachten, dass dezentral organisierte Pflegekassen unterschiedliche Verträge mit verschiedenen Anbietern abschließen können. Aufgrund dieser Problematik konnte nicht bestimmt werden, wie viele Pflegekurse insgesamt in Deutschland seit 2014 angeboten wurden. Die untenstehende Liste bietet aus diesem Grund nur eine grobe Orientierung, welche Institutionen in Deutschland Pflegekurse anbieten und mit mindestens einer Pflegekasse hierfür in 2018 einen Rahmenvertrag nach § 45 SGB XI haben:

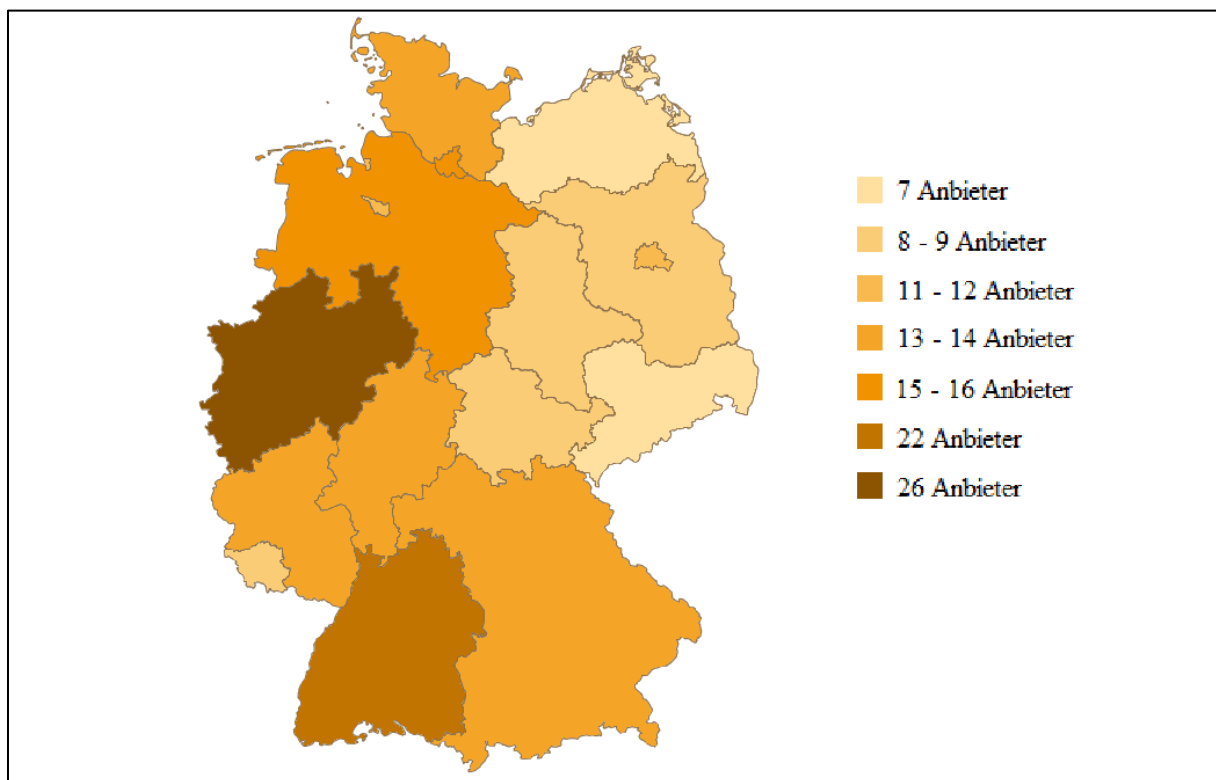
- Private Anbieterverbände
 - Arbeitgeber- und Berufsverband privater Pflege
 - Anbieter Verband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V.
 - Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V.
 - Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V.
 - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
 - Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe
 - Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e.V.
 - Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Bremen e.V.
 - Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe
- Wohlfahrtsverbände
 - Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.

- Deutsches Rotes Kreuz e.V.
- Deutscher Caritasverband
- Diakonisches Werk
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband e.V.
- Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V.
- Weitere Anbieter
 - Angehörigenschule für pflegende Angehörige & ehrenamtliche Helfende
 - Deutsche Alzheimergesellschaft
 - Hamburger Angehörigenschule
 - Hannelore-Kohl-Stiftung
 - Kinaesthetics Deutschland
 - Kompass, Schulung und Beratung im Gesundheitswesen
 - PREMIO Pflege Ressourcen Management Information
 - spectrumK
 - Specht Orientierung und Unterstützung in der Pflege
 - Töchter & Söhne Digitale Helfer
 - Medicproof (häusliche Schulungen für PKV-Versicherte)
 - Mein pflegezentrum Bad Schwartau e.V. / Entyre
 - Pflegekassen selbst (Online-Kurse wie z.B. Techniker Krankenkasse, DAK Gesundheit, KKH-Pflegecoach sowie Kleingruppen-Kurse von z.B. einigen AOKen)
 - WDS.care
 - Wörheide-Konzepte
 - Zentrum ÜBERLEBEN gGmbH. Psychologische Online-Beratung pflegen-und-leben.de.

Die Beteiligung an der Befragung war zwischen dem 15. November 2018 und dem 31. März 2019 möglich. Der Fragebogen wurde in dieser Zeit insgesamt 757 Mal aufgerufen, es ist jedoch davon auszugehen, dass dies Mehrfachklicks beinhaltet sowie Öffnungen durch Personen, welche einem Verband angehören, aber keine Pflegekurse anbieten. 603 Fragebögen wurden leer beendet und 36 weitere Fragebögen wurden bei jeder Frage mit „nein“ beantwortet. Bei diesen insgesamt 639 Fragebögen ist folglich davon auszugehen, dass sie zum Großteil dazu dienten, den Fragebogen einzusehen. Ebenfalls gab ein Dienstleister an, erst seit 2019 Pflegekurse anzubieten und wurde aus der Auswertung ausgeschlossen, da sich der Befragungszeitraum auf 2014 bis einschließlich 2018 bezog. Von den übrigen 117 Fragebögen gaben 80 Teilnehmer*innen an, häusliche Schulungen nach § 45 SGB XI anzubieten. 57 Anbieter boten Kleingruppen-Kurse an und zwei Anbieter führten Online-Kurse durch. 45 der Anbieter von Gruppenkursen boten ebenfalls häusliche Schulungen an. Vollständig beantwortet wurden insgesamt 13 Fragebögen der Anbieter häuslicher Schulungen sowie 19 Fragebögen der Anbieter von Kleingruppen-Kursen.

Zunächst wurden die Teilnehmer*innen gebeten, sich geographisch den Bundesländern zuzuordnen, in denen sie Kurse und Schulungen anboten. Diese Frage wurde von 69 Anbietern von häuslichen Schulungen beantwortet. Sieben von diesen gaben an, in 2018 in ganz Deutschland Schulungen im häuslichen Umfeld durchgeführt zu haben. Die meisten Anbieter führten Schulungen in Nordrhein-Westfalen durch (n=26), gefolgt von 22 Anbietern in Baden-Württemberg. Die wenigsten Anbieter boten Schulungen im Saarland, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen an (jeweils 7 Anbieter). Die absolute Anzahl der Anbieter nach Bundesländern ist Abbildung 130 zu entnehmen.

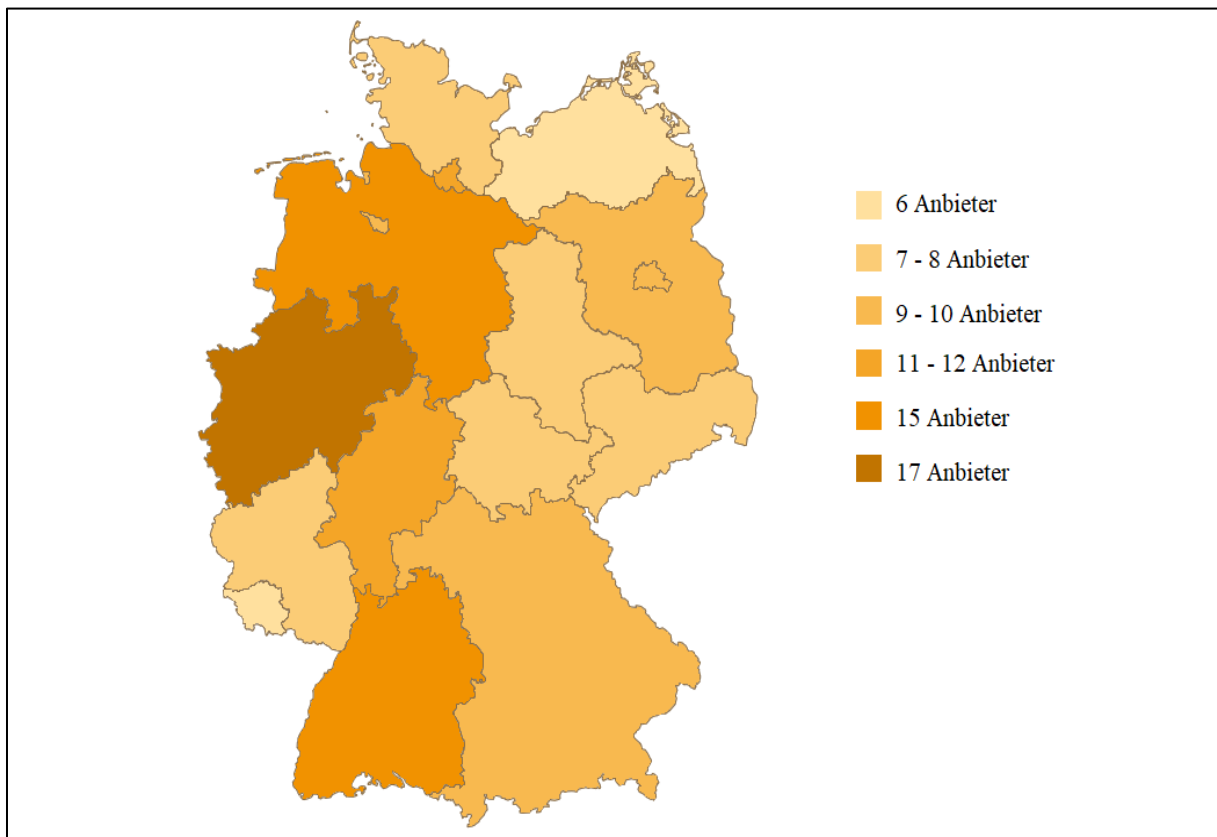
Abbildung 130: Geographische Verteilung der Anbieter von häuslichen Schulungen in 2018 (n = 69).



Quelle: Eigene Befragung

Von den Anbietern von Kleingruppen-Kursen antworteten sechs Anbieter, Kurse in ganz Deutschland anzubieten. 50 boten Kurse in einzelnen Bundesländern an. Die meisten Anbieter boten ihre Kurse in Nordrhein-Westfalen an (17 Anbieter), gefolgt von je 15 Anbietern in Baden-Württemberg und Niedersachsen. Die wenigsten Anbieter boten Kleingruppenkurse in Mecklenburg-Vorpommern und dem Saarland an (je 6 Anbieter). Die genaue Verteilung nach Bundesländern wird in Abbildung 131 dargestellt.

Abbildung 131: Geographische Verteilung der Anbieter von Kleingruppen-Kursen in 2018 (n = 56)



Quelle: Eigene Befragung

Um die Anzahl der Kursanbieter sowohl für Kleingruppen-Kurse als auch für häusliche Schulungen bevölkerungsbezogen anzugeben, wurde in Tabelle 31 dargestellt, wie viele Anbieter für je 1 Millionen Einwohner des jeweiligen Bundeslandes stehen. Während die meisten Teilnehmer*innen für Kleingruppen-Kurse und häusliche Schulungen absolut aus Nordrhein-Westfalen kamen, befand sich die höchste Zahl der Anbieter pro 1 Millionen Einwohner in Bremen. Obwohl alle drei Stadtstaaten vergleichsweise hohe Werte pro 1 Mio. Einwohner erhielten, kann davon ausgegangen werden, dass die Teilnahme am Fragebogen in Bremen höher war als in den übrigen Bundesländern, sodass diese Angaben nur wenig Aussagekraft bieten können.

Tabelle 31: Anbieter Kleingruppen-Kurse und Anbieter häuslicher Schulungen gemäß § 45 SGB XI nach Bundesländern absolut und bezogen auf 1 Mio. Einwohner

Bundesland	Einwohner zum 30.06.2018	Anbieter Gruppenkurs	Anbieter häusliche Schulung	Anbieter Gruppenkurs pro 1 Mio. Einwohner	Anbieter häusliche Schulung pro 1 Mio. Einwoh- ner
Baden- Württemberg	11.023.424	15	22	1,37	2,02
Bayern	12.997.204	9	14	0,69	1,08
Berlin	3.644.826	9	12	2,48	3,30
Brandenburg	2.504.040	10	9	4,09	3,68
Bremen	681.032	10	11	14,93	16,42
Hamburg	1.834.823	12	15	6,59	8,24
Hessen	6.243.262	11	13	1,78	1,78
Mecklenburg- Vorpommern	1.611.119	6	7	3,81	4,45
Niedersachsen	7.962.775	15	16	1,91	2,04
Nordrhein Westfalen	17.912.134	17	26	0,96	1,47
Rheinland-Pfalz	4.084.844	8	13	2,00	3,24
Saarland	990.509	6	8	6,15	8,20
Sachsen	4.081.308	7	8	1,74	1,99
Sachsen-Anhalt	2.208.321	7	7	3,23	3,23
Schleswig- Holstein	2.889.821	8	13	2,81	4,56
Thüringen	2.151.205	7	8	3,31	3,78

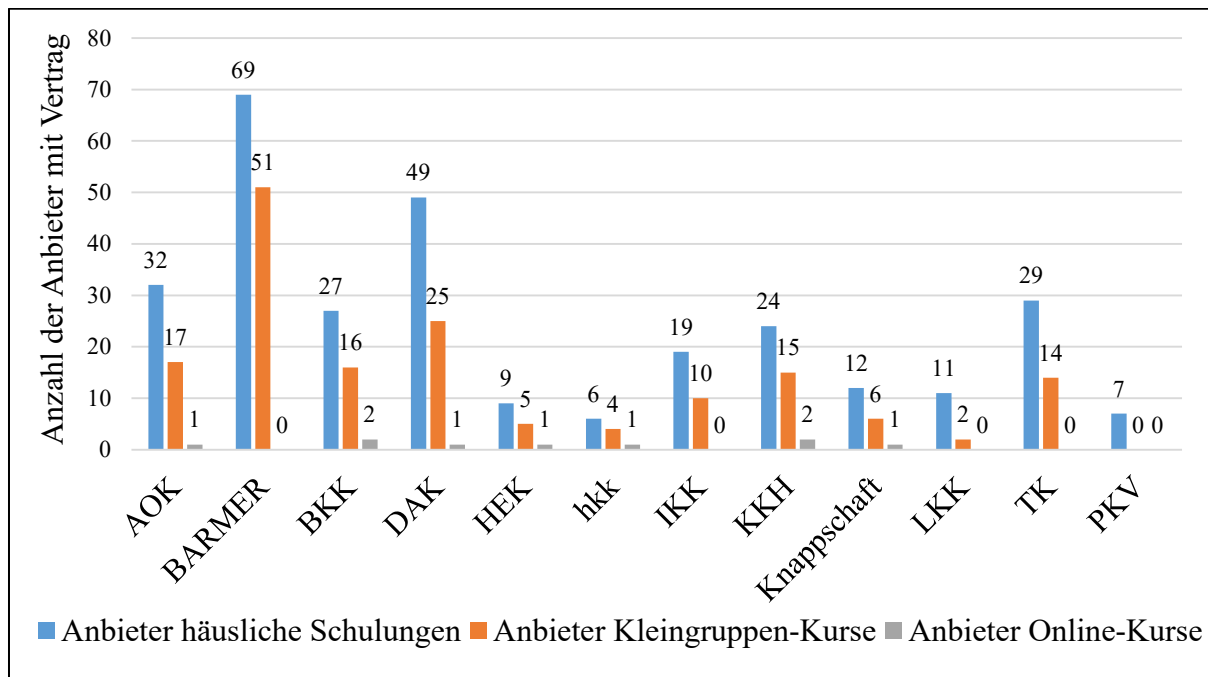
Quelle: Eigene Befragung

Zur näheren Eingrenzung der geographischen Lage sollten die Anbieter angeben, ob sie ihre Schulungen eher in ländlichen, teilweise städtischen oder überwiegend städtischen Regionen angeboten haben. Hierfür erhielten sie zur Orientierung eine Landkarte, welche auf der Definition des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) beruhte (Pütz 2019). Ländliche Gebiete decken laut Pütz (2019) insgesamt 61% des Bundesgebietes ab, allerdings leben hier nur 18% der Bürger*innen. Teilweise städtische Gebiete (z.B. Vororte) decken 15% des Bundesgebietes ab. Hier leben laut BBSR 15% der Einwohner*innen. In den städtischen Gebieten schließlich wohnen 67% der Bundesbürger*innen auf einer Fläche von etwa 20% des Bundesgebietes (Pütz 2019). Mithilfe dieser Karte stuften sich 38 Anbieter von häuslichen Schulungen als überwiegend ländlich tätig, 35 als teilweise städtisch tätig und 28 als überwiegend städtisch tätig ein. Die Anbieter von Gruppenkursen gaben an, dass 25 von ihnen Kurse im ländlichen Bereich, 20 im teilweise städtischen und 25 im überwiegend städtischen Bereich anboten. Online-Kurse werden den Anbietern zufolge im gesamten Bundesgebiet genutzt. Allerdings bemerkte ein Anbieter, dass die Nutzer*innen der Online-Kurse ausschließlich aus dem überwiegend städtischen Bereich kommen würden, was auf jüngere (technikaffinere) pflegende Angehörige in den Städten hindeuten könnte.

Eine weitere Frage beinhaltete, mit welchen Pflegekassen die Kursanbieter bzw. ihr Dachverband in 2017 einen Rahmenvertrag hatten, welcher die Finanzierung von häuslichen Schulungen und

Pflegekursen nach § 45 SGB XI gewährleistete. Die Antworten sind in Abbildung 132 dargestellt. 69 von 80 Anbietern von häuslichen Schulungen gaben an, innerhalb eines Rahmenvertrages mit der BARMER zu arbeiten, gefolgt von 49 Anbietern mit einem Vertrag mit der DAK und 32 mit einem Vertrag mit (mindestens) einer AOK. Von den 57 Anbietern, welche Kleingruppen-Kurse anboten, hatten die meisten einen Vertrag mit der BARMER (51 Anbieter), gefolgt von der DAK (25 Anbieter) und der AOK (17 Anbieter).

Abbildung 132: Zahl der Kursanbieter nach Kursformat und Rahmenvertrag mit den Pflegekassen in 2017



Quelle: Eigene Befragung

10 von 54 Anbietern von Kleingruppen-Kursen antworteten, in 2018 Rahmenverträge mit mehr Pflegekassen gegenüber 2017 zu haben. Jedoch nannte keiner der Anbieter die Pflegekassen, mit denen erst seit 2018 Verträge bestanden. Bei den Anbietern häuslicher Schulungen antworteten von 77 Anbietern insgesamt 14, dass sich die Zahl ihrer Verträge erhöht hätte. Von diesen nannten zwei Anbieter, seit 2018 erstmals einen Vertrag für häusliche Schulungen mit der Techniker Krankenkasse zu haben. Drei weitere Anbieter nannten als neue Vertragspartner eine der AOKen, zwei Anbieter gaben an, einen neuen Vertrag mit verschiedenen BKKen (Bahn BKK, BKK firmus und SBK) zu haben und ein Anbieter hatte einen neuen Vertrag mit der KKH. Ein Teilnehmer der Befragung aus Niedersachsen und ein Teilnehmer aus Brandenburg gaben an, dass die Zahl ihrer Rahmenverträge eher zurück gegangen sei, da die AOK Niedersachsen und die AOK Nordost nicht zu Kooperationen bereit wären. Auf der anderen Seite nannte ein Teilnehmer, in 2018 häusliche Schulungen innerhalb von neuen Rahmenverträgen mit der AOK Nordrhein-Westfalen, AOK Hessen sowie der AOK Nordost anbieten zu können. Die Rücksprache mit dem AOK-Bundesverband bestätigte, dass die AOK Niedersachsen und die AOK Nordost selbst geschultes Personal beschäftigen, um eigenständig Pflegekurse anbieten zu können und aus diesem Grund nur wenige Rahmenverträge mit anderen Leistungserbringern abgeschlossen haben.

Die Themen für den Basiskurs für pflegende Angehörige nach § 45 SGB XI sind vielfältig und nicht bei allen Pflegekassen gleich. Auf den Werbematerialien der Pflegekassen fanden sich jedoch immer die folgenden Themen:

- Praktische Pflege des zu Pflegenden (z.B. Lagerung, Heben, Grundpflege, Ernährung, ...)
- Selbstpflege der pflegenden Person (z.B. Rückengesundheit/Kinästhetik, Selbstbeobachtung, Entlastungsmöglichkeiten, ...)
- Recht und Soziales (z.B. Antrag auf Pflegegrad, Rente, Pflegeleistungen, Hilfsmittel, ...)
- Hygiene (z.B. Körperpflege des zu Pflegenden, Hygienemaßnahmen in der Häuslichkeit).

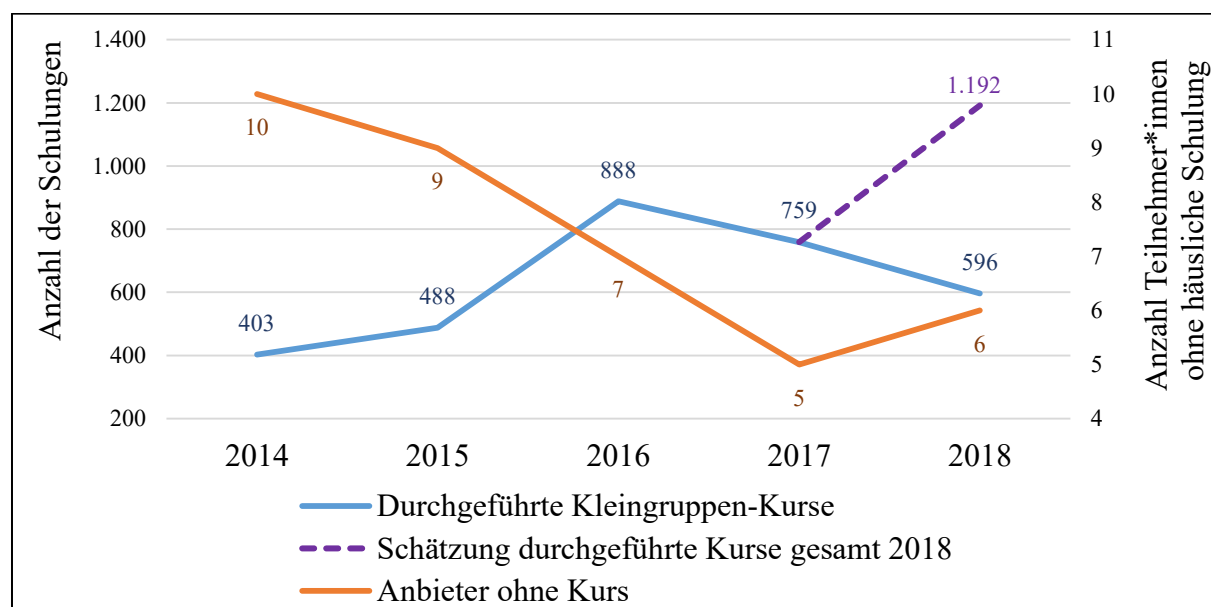
Die Teilnehmer*innen wurden gebeten anzugeben, ob sie diese Themen in ihrem Basiskurs in 2018 behandeln und welche Themen sie gegebenenfalls zusätzlich behandeln. Von 57 Anbietern von Kleingruppen-Kursen antworteten 44, dass sie das Thema der Selbstpflege behandeln würden. 43 gaben an, in ihrem Basiskurs über die Rechts- und Sozialansprüche zu informieren. 35 gaben Hinweise zur praktischen Pflege und 31 behandelten das Thema Hygiene. Nur 24 Anbieter behandelten alle Themen in ihrem Basiskurs. Als weitere Themen nannten neun Dienstleister den Umgang mit Menschen mit Demenz und sechs Anbieter gaben an, mit ihren Kursteilnehmer*innen über die Sterbephasen zu reden (Pflege Sterbender, Patientenverfügung, Umgang mit dem Tod, Trauer, ...). Von den beiden Online-Kursanbietern gaben beide an, Inhalte zur Selbstpflege und der rechtlichen Lage zu liefern. Nur einer informierte zum Thema Hygiene und der praktischen Pflege. Beide gaben allerdings an, eine persönliche Online-Betreuung anzubieten.

Häusliche Schulungen würden oftmals keinem so genauen Ablaufplan folgen, wie es Online- oder Kleingruppen-Kurse tun, so mehrere Teilnehmer*innen. Die 80 Anbieter der häuslichen Schulungen wurden dennoch gebeten, ihre Themengebiete bei einer Schulung in 2018 zu nennen. Von 80 antworteten 64, in ihren Hausbesuchen auf die praktische Pflege einzugehen. 57 sprechen die Selbstpflege an, 50 informieren zu Rechtsansprüchen und 45 zum Thema Hygiene. 47 Anbieter führen innerhalb der häuslichen Schulung ein Assessment durch und sprechen über konkrete Risiken und Verbesserungspotenzial (z.B. Stolperfallen durch Teppiche). Darüber hinaus schulen sechs Anbieter zum Thema Demenz und fünf Anbieter zum Thema Umgang mit Hilfsmitteln (Transferhilfen, Badelifter, Gehhilfen, ...). Ebenso geht es aber auch um das Medikamenten- und Schmerzmanagement und besonders individuelle Fragen und Themen der Angehörigen.

Insgesamt 68 Anbieter häuslicher Schulungen boten in 2018 zusätzlich zu den Schulungen nach § 45 SGB XI noch Pflegeberatungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI an. Von den 57 Anbietern der Kleingruppen-Kurse nach § 45 SGB XI boten insgesamt 47 eine Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI an. Diese fanden meist vor den Pflegeschulungen statt und waren oft der Anlass, so 10 Befragte, dass die Angehörigen überhaupt erst eine Schulung oder einen Kurs in Anspruch nehmen würden. Ein teilnehmender Anbieter gab an, etwa 50% seiner Schulungsteilnehmer*innen über die Pflegeberatung zu erreichen, worin die Teilnahme der pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen selbst an den Schulungen nach § 45 SGB XI resultiert.

Die Anbieter wurden neben den Inhalten ihrer Kurse und Schulungen gebeten anzugeben, wie viele Kurse bzw. Schulungen sie gemäß § 45 SGB XI seit 2014 durchgeführt haben. Ferner sollten sie angeben, wie viele Personen in einem Pflegekurs waren, wie lang der Kurs bzw. die Schulung dauerte, wie viele Treffen es gab und in welchem Zeitraum diese stattfanden. Die beiden Anbieter für Online-Kurse beantworteten diese Fragen nicht, weshalb im Folgenden nicht weiter auf sie eingegangen wird. Für die 57 Anbieter der Kleingruppen-Kurse zeigte sich eine jährlich steigende Anzahl an Kursen bei einer Abnahme der Anbieter, welche keine Kursen im betreffenden Jahr anboten. Allerdings stieg die Zahl der durchgeführten Kleingruppen-Kurse nur bis 2016, ehe sie in 2017 wieder zurückging. Ebenso stieg die Zahl der Anbieter, welche in 2018 keinen Kleingruppen-Kurs angeboten haben von fünf in 2017 auf sechs in 2018. Für alle Jahre haben zwischen 19 (für 2017) und 24 (für 2015) Anbieter von Kleingruppen-Kursen keine Angaben gemacht, sodass unklar ist, ob diese in den entsprechenden Jahren keine Kurse angeboten haben oder keine Zahlen vorlagen. Der genaue Verlauf des Kursangebots kann Abbildung 133 entnommen werden. Dargestellt ist die Zahl aller Kurse (unabhängig der einzelnen Treffen innerhalb eines Kurses) von 2014 bis zur ersten Jahreshälfte 2018 (01. Januar – 30. Juni 2018). In der ersten Jahreshälfte von 2018 fanden 596 Schulungen von 37 Anbietern statt. Es ist davon auszugehen, dass die wahre Zahl der angebotenen Kurse in gesamt 2018 bei den befragten Anbietern zwischen 596 und 1192 (der gleichen Menge noch einmal für die zweite Jahreshälfte) liegt.

Abbildung 133: Anzahl der durchgeführten Kleingruppen-Kurse sowie der Anzahl der Leistungsanbieter, welche keine Kleingruppen-Kurse durchgeführt haben von 2014 bis 2017 (ganzjährig) und der ersten Jahreshälfte aus 2018 (01. Januar – 30. Juni 2018) mit einer Prognose für die Gesamtzahl der Kurse in 2018.

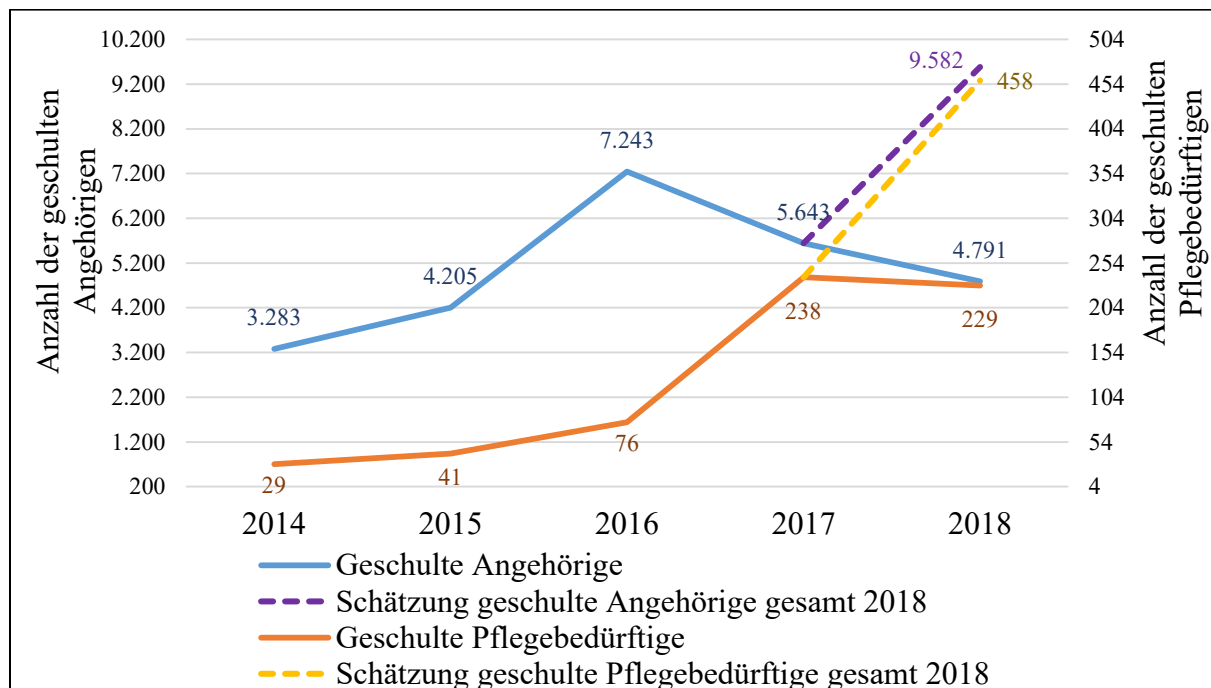


Quelle: Eigene Befragung

Innerhalb der Kleingruppen-Kurse wurden sowohl pflegende Angehörige als auch Pflegebedürftige selbst geschult. Für die Pflegebedürftigen, welche einen Kurs besuchten, zeigt sich seit 2014 eine steigende Tendenz mit einem deutlichen Sprung von 2016 auf 2017. Dem entgegengesetzt nehmen die Zahlen der pflegenden Angehörigen, welche an einem Kleingruppen-Kurs teilnahmen, von 2014

bis 2016 zu, ehe sie in 2017 abnahmen. Der genaue Verlauf kann Abbildung 134 entnommen werden. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass zwischen 25 (für 2017) und 29 (für 2015) der insgesamt 57 Anbieter von Kleingruppen-Kursen keine Angaben gemacht haben, wie viele pflegende Angehörige an ihren Kursen teilgenommen haben. Bei den Pflegebedürftigen sind es zwischen 42 (für 2017 und 2018) und 44 Anbietern (für 2014), welche keine Angabe gemacht haben. Im Durchschnitt wurden in jedem Jahr acht Personen in einem Kleingruppen-Kurs geschult. Diese Zahl nannten 11 von 39 Kleingruppen-Kurs-Anbietern als die Mindestteilnehmerzahl pro Kurs. 16 Anbieter gaben an, einen Kurs erst ab 19 Teilnehmer*innen stattfinden zu lassen. Im Mittelwert fand ein Kurs in 2018 erst ab mindestens sechs Teilnehmer*innen statt. Die Spannweite der Mindestteilnehmer*innen pro Kursanbieter reichte von keinen Mindestteilnehmer*innen bis zu mindestens 20 Teilnehmer*innen.

Abbildung 134: Anzahl der in einem Kleingruppen-Kurs geschulten pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen von 2014 bis 2017 (ganzjährig) und der ersten Jahreshälfte aus 2018 (01. Januar – 30. Juni 2018) mit einer Prognose für die Gesamtzahl der Kursteilnehmer*innen in 2018.



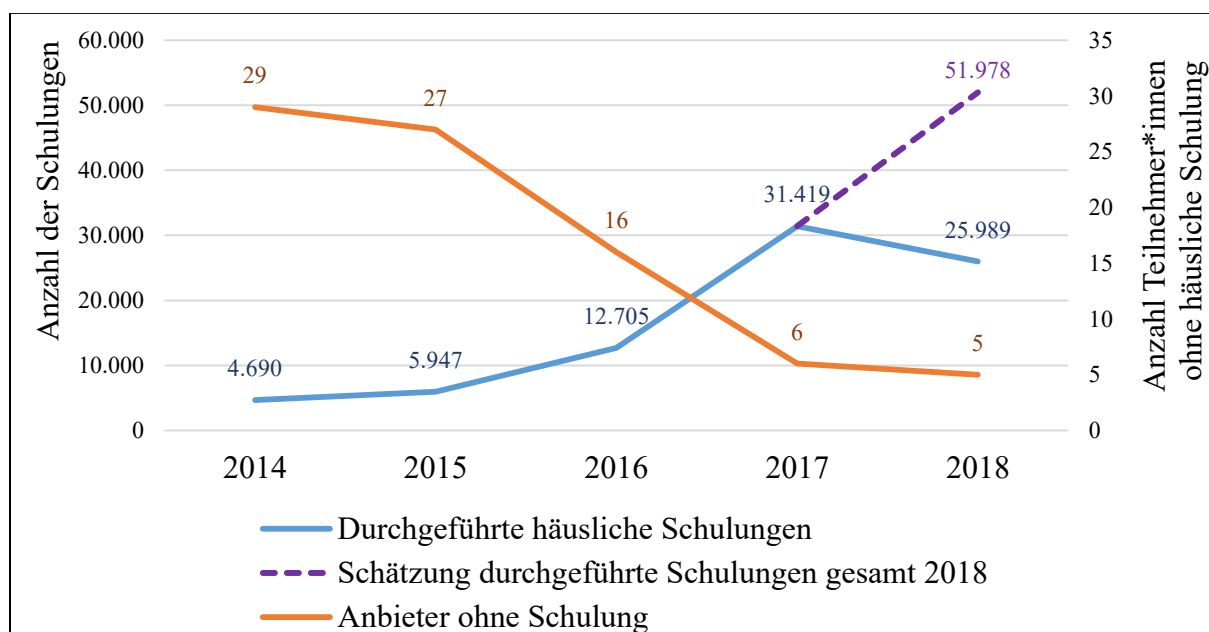
Quelle: Eigene Befragung

Die Anzahl der Treffen innerhalb eines Kleingruppen-Kurses nach § 45 SGB XI schwankte zwischen einem einzigen Treffen und bis zu 15 Treffen. Im Durchschnitt beinhaltete ein Kurs sechs Treffen, die meisten Anbieter boten sieben Treffen an. Die Dauer der jeweiligen Treffen war dabei abhängig von der Anzahl der Sitzungen. Anbieter, die einen Blockkurs am Wochenende anboten, gaben Dauern von fünf bis 7,5 Stunden an, während Anbieter, welche ein Treffen jede Woche bzw. jeden Monat hatten, kürzere Dauern pro Sitzung hatten von einer bis drei Stunden. Im Durchschnitt dauerte ein Treffen innerhalb eines Kleingruppen-Kurses zwei Stunden, die meisten Anbieter boten ein 90-minütiges Treffen an (insgesamt 39 der 57 Anbieter von Kleingruppen-Kursen machten

Angaben zur Dauer ihrer Kurse. 34 Anbieter machten Angaben zur Anzahl der Treffen innerhalb eines Kurses).

Für die 80 Anbieter der häuslichen Schulung zeigte sich eine jährlich steigende Anzahl an Schulungen bei einer Abnahme der Anbieter, welche keine Schulung im betreffenden Jahr anboten. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass die häuslichen Schulungen immer häufiger genutzt werden. Der genaue Verlauf wird in Abbildung 135 dargestellt. Für 2018 ist zu berücksichtigen, dass die Zahl nur die angebotenen Schulungen bis zum 30. Juni 2018 beinhaltet (blaue Linie). Es ist davon auszugehen, dass die wahre Zahl der angebotenen Schulungen in 2018 bei den befragten Anbietern zwischen 25.989 und 51.978 (der gleichen Menge noch einmal für die zweite Jahreshälfte) liegt.

Abbildung 135: Anzahl der durchgeführten häuslichen Schulungen sowie der Anzahl der Leistungsanbieter, welche keine häuslichen Schulungen durchgeführt haben von 2014 bis 2017 (ganzjährig) und der ersten Jahreshälfte aus 2018 (01. Januar – 30. Juni 2018) mit einer Prognose für die Gesamtzahl der Schulungen in 2018.



Quelle: Eigene Befragung

Die Dauer eines Treffens innerhalb einer häuslichen Schulung nach § 45 SGB XI schwankte zwischen 45 Minuten und über 120 Minuten. Im Durchschnitt dauerte eine Schulung 90 Minuten. Von 61 Anbietern, die zu dieser Frage eine Angabe gemacht haben, nannten 16 Dienstleister, dass ein Treffen 90 Minuten dauern würde. 12 gaben an, dass sie sich für 120 Minuten in der Häuslichkeit aufhalten würden und 10 nannten 60 Minuten. Nur vier Dienstleister gaben an, dass ein Termin 45 Minuten dauern würde. Genauso heterogen wie die Dauer der einzelnen Treffen war auch die Anzahl dieser. Von 50 Anbietern trafen sich 24 nur einmal, während zwei Anbieter insgesamt vier Treffen vereinbarten. Im Durchschnitt erfolgten zwei Treffen pro häusliche Schulung. Von den Anbietern, die mehr als eine Sitzung anboten, fanden alle Termine innerhalb von sechs Monaten statt. Vier Anbieter gaben an, sich innerhalb einer Woche mehrmals mit den pflegenden Angehörigen zu treffen. Zwei Anbieter antworteten, dass sie für die Wiederholungstreffen individuelle Zeiträume mit den Angehörigen absprechen würden. Im

Durchschnitt fanden alle Treffen innerhalb von neun Wochen statt. Die meisten Anbieter (jeweils fünf) führten ihre Wiederholungstreffen entweder innerhalb von zwei Wochen oder drei Monaten durch.

Leider kam es bei der Erhebung der Beträge, welche die Anbieter von häuslichen Schulungen und Kleingruppen-Pflegekursen den Pflegekassen jährlich in Rechnung stellen, vermehrt zu Fehleintragungen, welche weder im Pretest noch in den Vorgesprächen mit den Verantwortlichen der Dachverbänden identifiziert werden konnten. So gaben einige Anbieter ihren Gesamtbetrag für das gesamte Jahr inklusive der Kilometerpauschale an, während andere die Kilometerpauschale nicht einbezogen oder den Rechnungsbetrag nur pro Kurs bzw. Schulung oder Treffen nannten. Aus diesem Grund wird auf eine Darstellung der Kosten an dieser Stelle verzichtet. Mit dieser Anfrage sollte ermittelt werden, wie teuer ein Pflegekurs im Durchschnitt für die Pflegekassen ist, um die Statistik der Pflegekassen zu erklären, welche nur die Ausgaben beinhaltet (siehe Abbildung 129), nicht aber die Anzahl der Pflegekurse.

Trotz dem steigenden Verlauf der Ausgaben für Pflegekurse wünschten sich über 60 % der Teilnehmer*innen der Befragung abschließend eine breitere und öffentlichkeitswirksamere Bewerbung dieser Kurse durch unter anderem die Pflegekassen, Arztpraxen, Apotheken und Pflegestützpunkte. Diese Einschätzung der Teilnehmer*innen erhält vor dem Hintergrund des Pflegekräftemangels und der daraus folgenden Bedeutung der häuslichen Versorgung von Pflegebedürftigen durch pflegende Angehörige besonderes Gewicht (Rothgang/Müller 2018).

3.4.3 Entlastungsangebote

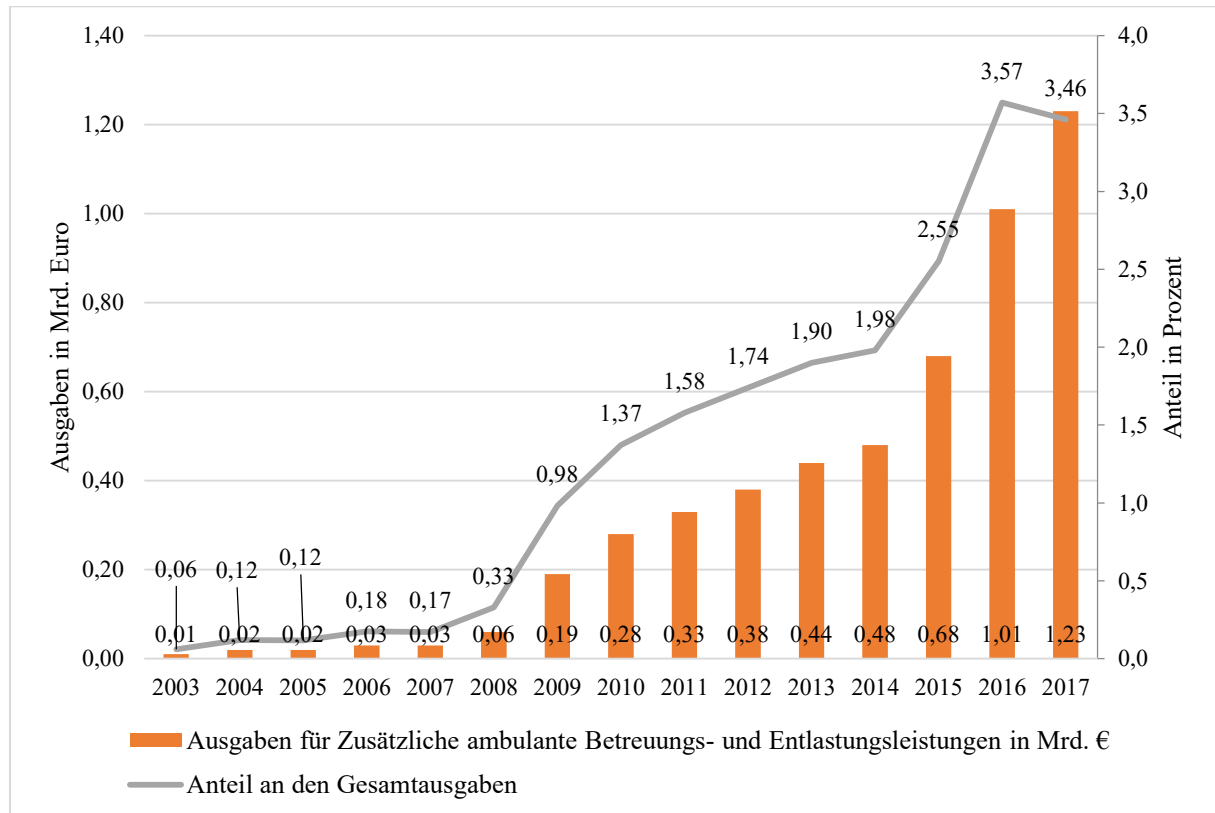
Inanspruchnahme des Umwandlungsanspruchs

Das PSG I ermöglicht seit dem 01.01.2015 eine Umwandlung von ambulanten Pflegesachleistungsbeträgen, die im entsprechenden Monat nicht für Leistungen ambulanter Pflegedienste genutzt wurden, zugunsten Leistungen nach Landesrecht anerkannter niedrigschwelliger Angebote bzw. Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45b Abs. 3 SGB XI in 2016, seit 2017 § 45a Abs. 4 SGB XI). Der hierfür verwendete Betrag darf nicht mehr als 40 % des Höchstbetrags der ambulanten Sachleistungen für den jeweiligen Pflegegrad überschreiten. Im Rahmen der Studie war die Aufgabe des SOCIUM herauszufinden, wie viele Pflegebedürftige den Umwandlungsanspruch genutzt haben und wie sich die Nutzer*innen unterscheiden hinsichtlich Alter, Geschlecht, Nutzungsmonat und der Nutzung weiterer Pflegeleistungen zeitgleich mit dem Umwandlungsanspruch (§§ 36, 37, 38, 39, 41, 42 und 43a SGB XI).

Zunächst wurden hierfür die Daten der Finanzstatistik PV 45 gesichtet. Sie können aber nur bedingt Rückschluss auf die Ausgaben und Entwicklung des 40-prozentigen Umwandlungsanspruches geben, da der Umwandlungsanspruch ausschließlich zusammen mit weiteren Leistungen in der durch die PV 45-Statistik definierten Sammelkategorie „Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ publiziert wird (siehe Abbildung 136). Zu sehen ist eine Zunahme der Ausgaben für diese „Zusätzlichen ambulanten Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ innerhalb der letzten

Jahre mit einer besonders starken Steigerung seit dem PSG I, jedoch machen diese Leistungen nach wie vor weniger als 5% aller Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung aus.

Abbildung 136: Entwicklung von Ausgaben für die Sammelkategorie „Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen“.



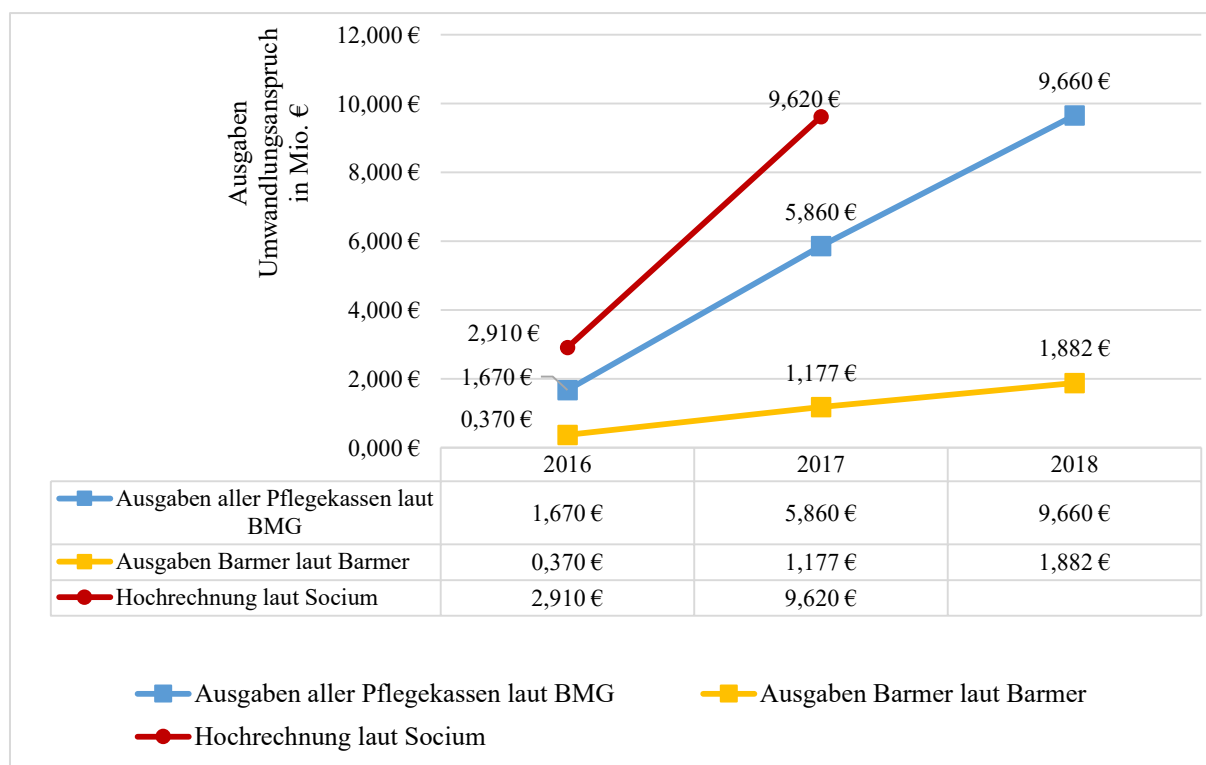
Quelle: Daten der Sozialen Pflegeversicherung, PV 45-Statistik

Um den Umwandlungsanspruch genauer untersuchen zu können, wurden die Daten der BARMER Pflegeversicherung analysiert. Aufgrund der für diese Analyse unzureichenden Datencodierung im Data Warehouse der BARMER konnte eine Auswertung der Daten für den Umwandlungsanspruch nur für 2016 und 2017 stattfinden (die Daten für 2018 sind voraussichtlich im Herbst 2019 verfügbar). Die Berechnungen für die Jahre 2016 und 2017 fanden ohne die Versicherten statt, welche durch Fusionen mit anderen Pflegekassen (z.B. am 1.1.2017 die Deutsche BKK) in die BARMER eintraten. Diese Einschränkung wurde vorgenommen, um mögliche Verzerrungen durch Unterschiede der neuen BARMER Mitglieder zu den alten Mitgliedern auszuschließen. Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass die Codierung der BARMER-Daten von 2015 auf 2016 umgestellt wurde. Besonders in 2016 entstanden so Fehlcodierungen des Umwandlungsanspruchs nach § 45b SGB XI, indem fortlaufende Betreuungsleistungen als Umwandlungsanspruch und anders herum codiert wurden. Hierfür waren besonders zwei der insgesamt drei genutzten Codierungen für den Umwandlungsanspruch anfällig, weshalb diese bei der vorliegenden Auswertung sowohl für 2016 als auch für 2017 ausgelassen wurden. Die Zahlen für den Umwandlungsanspruch auf Basis der BARMER-Daten sind folglich als Mindestwerte zu betrachten. Jedoch liegen die so ermittelten Ausgaben nur

geringfügig unterhalb der Werte, die die BARMER direkt an das BMG für die Daten der Sozialen Pflegeversicherung übermittelt hat.

In den Routinedaten kann es zu vereinzelten Fehlbuchungen kommen, welche sich jedoch insgesamt aufheben. Diese extrem hohen bzw. niedrigen Werte verzerren allerdings die pro-Fall-Analyse über Mittelwerte. Für diese Untersuchung wurde darum der Median gewählt, der resistent gegen einzelne extreme Werte ist. Eine Analyse des Nutzungsumfangs von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI ist nicht möglich, da diese in den Entgeltdaten nicht explizit ausgezeichnet werden und die Codierung nicht eindeutig ist, welche Nutzungsdaten § 38 SGB XI zuzuordnen sind. Bei der Darstellung der Ergebnisse werden aus datenschutzrechtlichen Gründen sowie in Übereinstimmung mit dem Datennutzungsvertrag mit der BARMER keine Kategorien mit weniger als fünf Fällen/Nutzermonate abgebildet, um die Anonymität der Versicherten zu gewährleisten. Dies hat zur Folge, dass einige Kategorien in der Subgruppenanalyse zusammengefasst dargestellt werden bzw. keine Subgruppenanalyse stattfinden konnte.

Abbildung 137: Vergleich Meldungen aller Pflegekassen an das BMG hinsichtlich des Umwandlungsanspruchs in 2016 - 2018, der Meldungen der BARMER und der Hochrechnung des SOCIUM auf der Grundlage der BARMER-Daten.



Quelle: BARMER-Daten, Angaben des BMG zu Ausgaben für den Umwandlungsanspruch

Die Pflegekassen melden dem BMG seit 2015 jährlich ihre Ausgaben für den Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (bis 2017) bzw. § 45a SGB XI (ab 2017) auf der Grundlage ihrer Routinedaten. Abbildung 137 stellt die Ausgaben in 100.000 Euro graphisch dar. Die Zahlen der blauen und der gelben Linie basieren auf den Meldungen, welche alle Pflegekassen an das BMG geleistet haben. Von 2016 auf 2017 stiegen die Ausgaben für den Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB

XI um den Faktor 3,51 für alle Pflegekassen und um den Faktor 3,12 innerhalb der BARMER. Für 2017 auf 2018 stiegen die Ausgaben aller Pflegekassen um den Wert 1,65 und für die BARMER um 1,61.

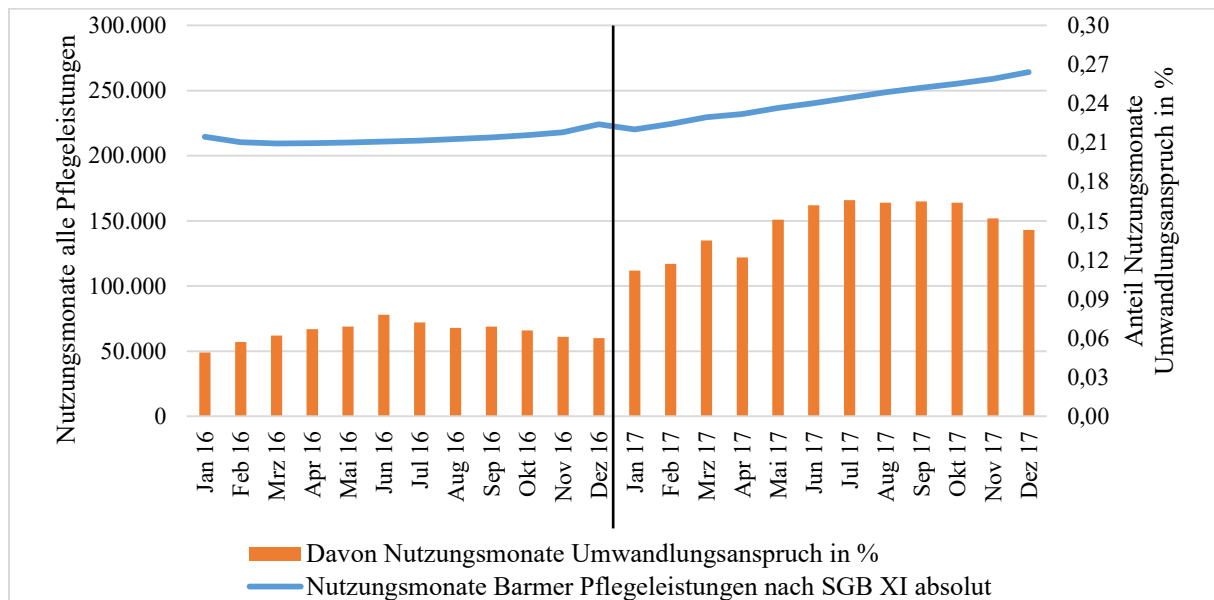
Basierend auf den Zahlen der BARMER führte das SOCIUM Hochrechnungen durch, um zu untersuchen, wie sich die Ausgaben für den Umwandlungsanspruch auf Deutschlandebene auf verschiedene Altersgruppen, Monate, Geschlechter, Pflegestufen bzw. Pflegegrade oder unterschiedliche weitere Pflegeleistungen verteilen. Bei dieser Hochrechnung kommt es jedoch zu Abweichungen um den Faktor 1,7 für 2016 und den Faktor 1,6 für 2017, verglichen mit den Ausgaben für Gesamtdeutschland auf der Grundlage der Meldungen der Pflegekassen an das BMG. Die Zahlen, mit denen das SOCIUM gerechnet hat, sind nahezu identisch mit den Ausgaben, welche die BARMER an das BMG gemeldet hat. In 2016 meldete die BARMER Ausgaben in Höhe von 374.784,18 Euro an das BMG. Die Ausgabenbasis für die Analyse des SOCIUM lag bei 340.074,00 Euro (90,7%). In 2017 meldete die BARMER einen Betrag von 1.171.531,46 Euro an das BMG. Das SOCIUM berechnete Ausgaben in Höhe von 1.167.946,33 Euro (99,7%). Die Ausgaben laut SOCIUM sind leicht niedrigere als die Ausgaben laut BARMER, da für die Analyse des SOCIUM mehrere Nutzergruppen ausgelassen wurden, um mögliche Verzerrungen zu vermeiden.

Die Abweichungen können verschiedene Ursachen haben. Die Validität der BARMER-Daten und der verwendeten Codes wurden überprüft. Hierbei konnten keine Fehler festgestellt werden. Inwiefern es bei den BARMER-Daten zu einer Überschätzung oder bei anderen Pflegekassen möglicherweise zu einer systematischen Unterschätzung der Ausgaben kommt, müsste von den jeweiligen Datenproduzenten näher untersucht werden. In besonderem Maße zu berücksichtigen ist, dass der Umwandlungsanspruch eine neue Leistung ist und insgesamt noch sehr selten in Anspruch genommen wird. Die Inanspruchnahme hängt darüber hinaus von den lokalen Angebotsstrukturen und den jeweiligen länderspezifischen Bestimmungen ab. Dementsprechend kann es bei Hochrechnungen zu Verzerrungen kommen. Da die Validität der hochgerechneten Ergebnisse nicht gegeben ist, erfolgt die nachstehende Darstellung der Nutzung des Umwandlungsanspruchs für 2016 und 2017 ausschließlich auf der Ebene der BARMER.

Insgesamt nutzten 451 Versicherte der BARMER den Umwandlungsanspruch in 2016 im Schnitt über 4 Monate im Jahr. Dies ergab insgesamt 1.658 Nutzungsmonate, in denen der Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI zeitgleich mit mindestens einer der folgenden Pflegeleistungen genutzt wurde: Ambulanten Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, Pflegegeld nach § 37 SGB XI, Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 SGB XI, teilstationäre Tagespflege oder Nachtpflege nach § 41 SGB XI, Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder vollstationäre Pflege in Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI. In 2017 nutzten 1.080 BARMER-Versicherte den Umwandlungsanspruch über insgesamt 4.266 Monate, was ebenfalls zu im Schnitt 4 Monaten pro Nutzer*in des Umwandlungsanspruchs in 2017 führte. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass der Anspruch in 2016 nur bei insgesamt 0,07 % aller Nutzungsmonate der oben

genannten Pflegeleistungen genutzt wurde. In 2017 waren es 0,16 %, was bedeutet, dass der Anspruch vergleichsweise selten genutzt wird, jedoch scheinbar in 2017 mehr Versicherten bekannt war als in 2016. Die Verteilung nach Monaten zeigt Abbildung 138.

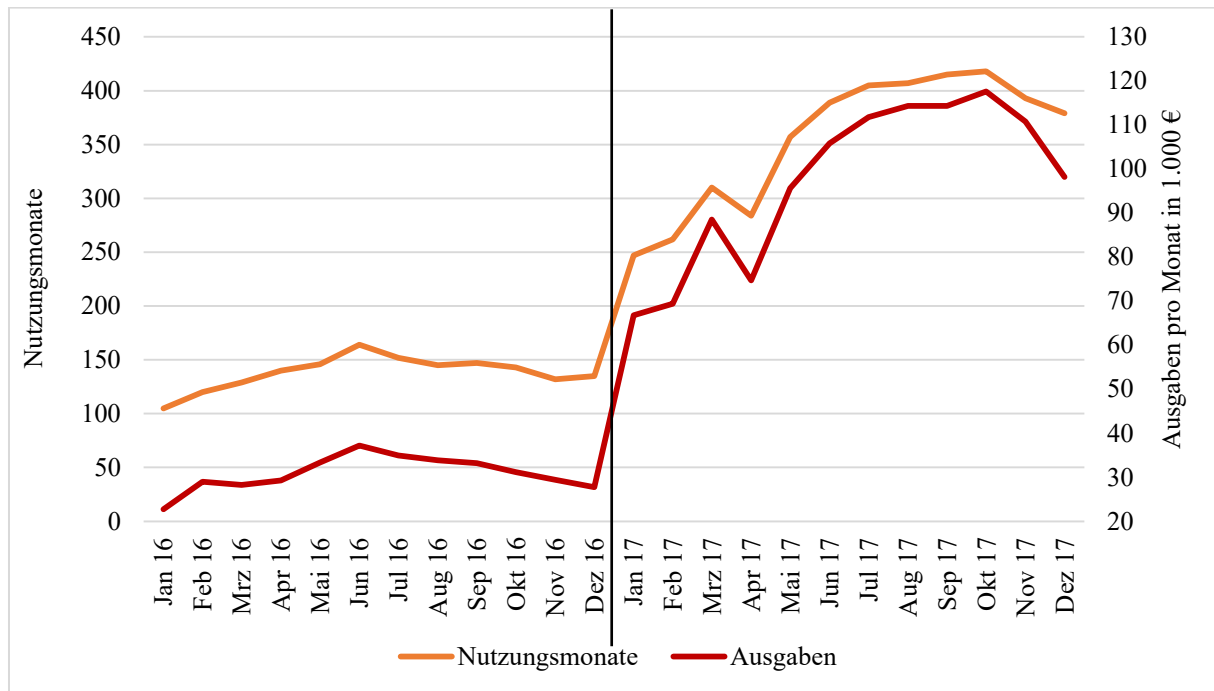
Abbildung 138: Nutzungsmonate der BARMER für Pflegeleistungen nach §§36, 37, 39, 41 und 42 SGB XI insgesamt sowie dem Anteil dieser Nutzungsmonate, in denen zusätzlich der Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (2016) bzw. § 45a SGB XI (2017) bezogen wurde.



Quelle: BARMER-Daten

Zu beobachten ist eine gesteigerte Nutzung des Umwandlungsanspruchs zwischen April und September 2016. Am häufigsten wurde der Umwandlungsanspruch in 2017 im Oktober genutzt (in 2016 war es der Juni). Der saisonale Einfluss der Nutzung zeigt sich in 2017 deutlicher als in 2016. Der Umwandlungsanspruch wurde in diesem Jahr besonders zwischen April und Oktober genutzt. Die Ausgaben für den Umwandlungsanspruch verlaufen nahezu parallel zu den Nutzungsmonaten. Abbildung 139 zeigt den Verlauf der Nutzungsmonate sowie den Verlauf der Ausgaben (in 1.000 Euro) nach Monaten. Insgesamt gab die BARMER basierend auf den Zahlen des SOCIUM in 2016 370.074,19 Euro und 1.176.946,33 Euro in 2017 aus.

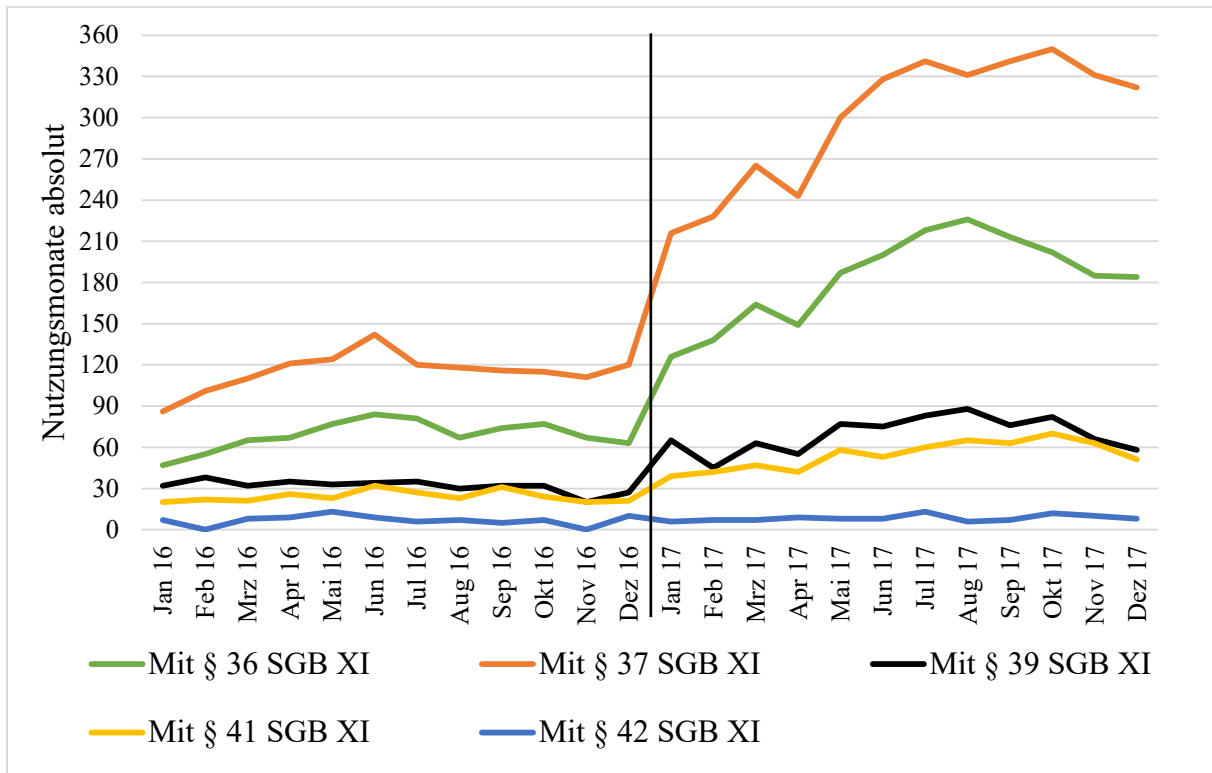
Abbildung 139: Nutzungsmonate und Ausgaben in 1.000 Euro der BARMER für den Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (2016) und § 45a SGB XI (2017).



Quelle: BARMER-Daten

Unterteilt nach Pflegeleistungen, mit denen der Umwandlungsanspruch zeitgleich genutzt wurde, wird deutlich, dass die meisten Nutzungsmonate auf die Kombination mit Pflegegeld nach § 37 SGB XI entfallen (Abbildung 140). Gefolgt von der gleichzeitigen Nutzung des Umwandlungsanspruchs mit ambulanten Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI. Diese beiden Leistungskombinationen erleben verglichen mit den anderen drei Leistungen (§§ 39, 41 und 42 SGB XI) zusätzlich die größte Steigerung von 2016 auf 2017. Einen saisonalen Anstieg in der Nutzung des Umwandlungsanspruchs zeigt sich deutlich bei der Kombination mit Leistungen nach §§ 36, 37 SGB XI sowie in 2017 mit § 39 und § 41 SGB XI. Die gleichzeitige Nutzung von Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und dem Umwandlungsanspruch scheint sowohl in 2016 als auch in 2017 keinem saisonalen Einfluss zu unterliegen.

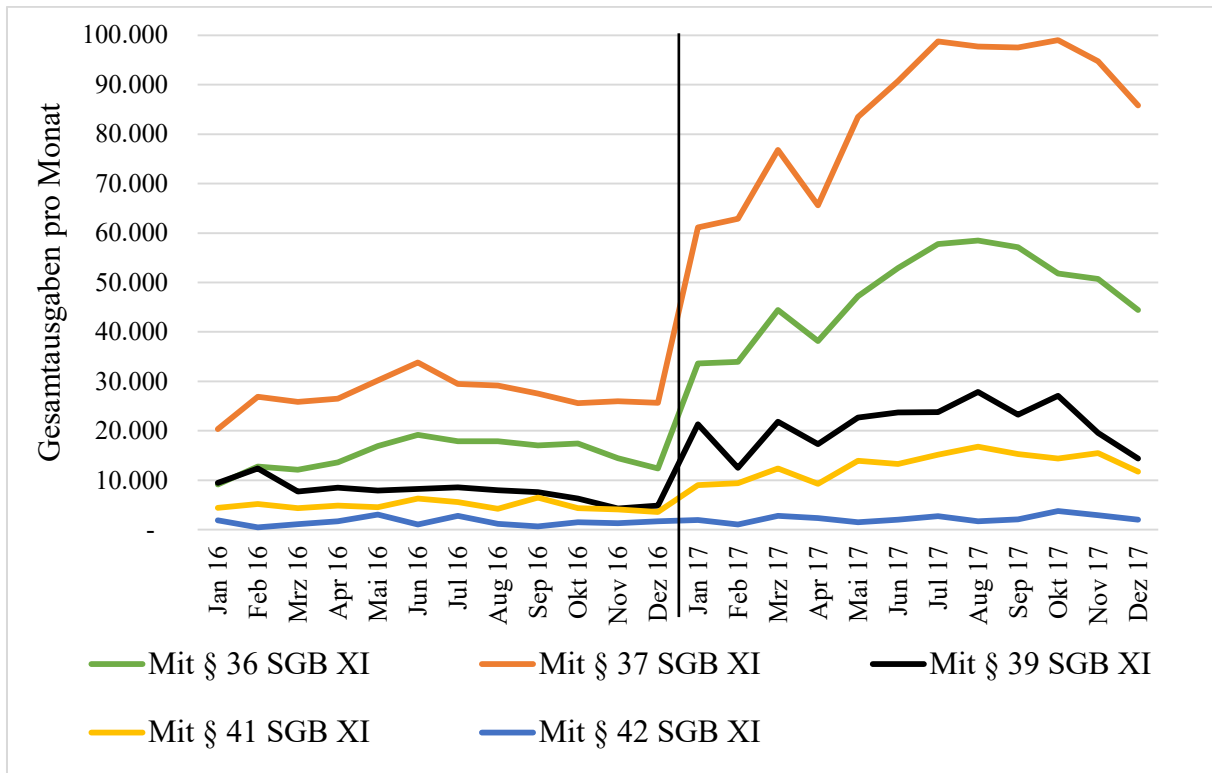
Abbildung 140: Nutzungsmonate der BARMER für den Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (2016) und § 45a SGB XI (2017) in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI.



Quelle: BARMER-Daten

Der Verlauf der Ausgaben spiegelt den Verlauf der Nutzungsmonate und kann Abbildung 141 entnommen werden. Die höchsten Ausgaben lagen für die Kombination mit Leistungen nach § 37 SGB XI vor, während die geringsten Ausgaben für die Kombination mit Leistungen nach § 42 SGB XI zu verzeichnen waren. Sowohl in 2016 als auch in 2017 lagen die Ausgaben im Januar sowie in den Sommermonaten höher, wenn auch in 2017 insgesamt auf einem höheren Niveau als in 2016.

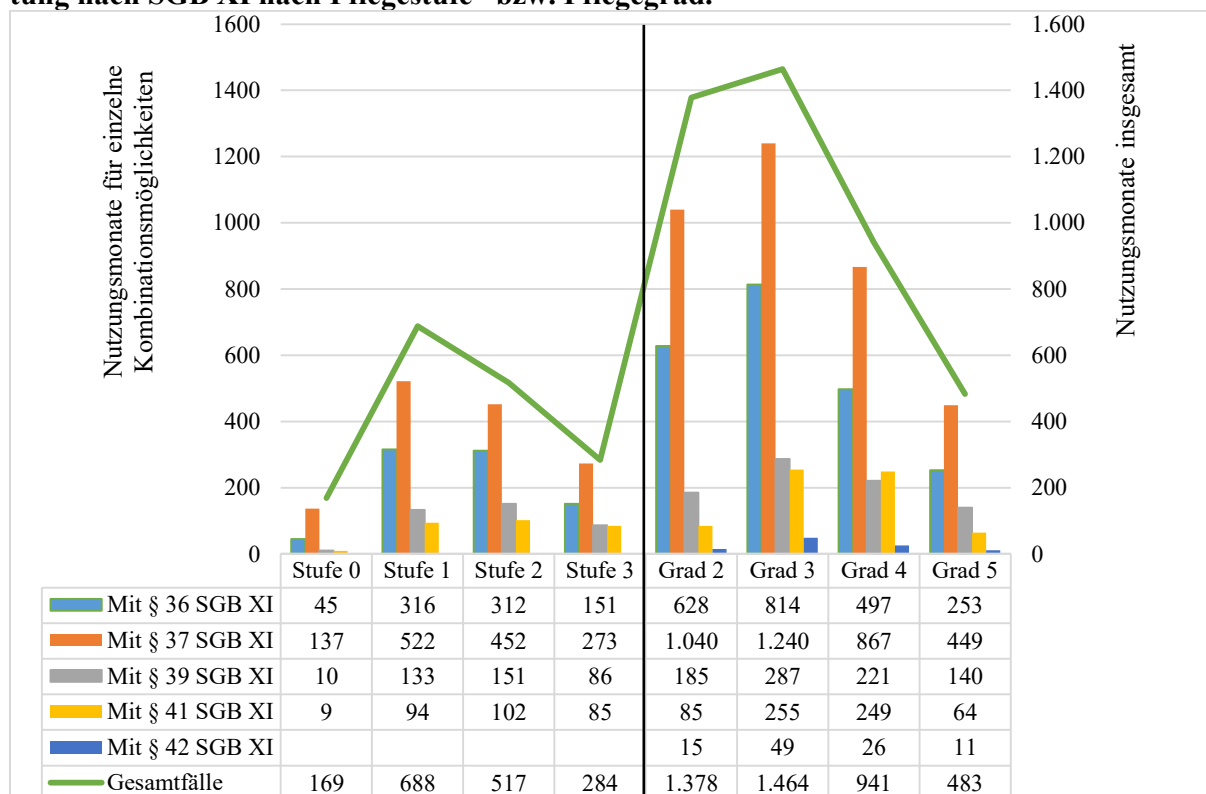
Abbildung 141: Ausgaben der BARMER für den Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (2016) und § 45a SGB XI (2017) in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI.



Quelle: BARMER-Daten

Abbildung 142 zeigt die Verteilung der Nutzungsmonate des Umwandlungsanspruchs nach Pflegestufen bzw. Pflegegraden sortiert nach den Pflegeleistungen, welche zeitgleich genutzt wurden. Die grüne Linie zeigt die Summe aller Nutzungsmonate zusammengerechnet nach Pflegestufe bzw. Pflegegrad an. In 2016 wurde der Umwandlungsanspruch von allen Leistungskombinationen am häufigsten in Pflegestufe I genutzt. Werden allerdings nur die einzelnen Pflegeleistungen betrachtet, so gilt dies nur für Pflegebedürftige, welche den Umwandlungsanspruch zeitgleich mit ambulanten Pflegesachleistungen oder Pflegegeld benutzten. Versicherte, welche ihn mit Leistungen nach § 39 oder § 41 SGB XI kombinierten, befanden sich eher in Pflegestufe II. Eine Darstellung der Verteilung für die gleichzeitige Nutzung des Umwandlungsanspruchs und der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI konnte für 2016 aufgrund der geringen Fallzahlen nicht erfolgen. In 2017 fand die häufigste Nutzung sowohl insgesamt als auch für die einzelnen Pflegeleistungen in Pflegegrad 3 statt.

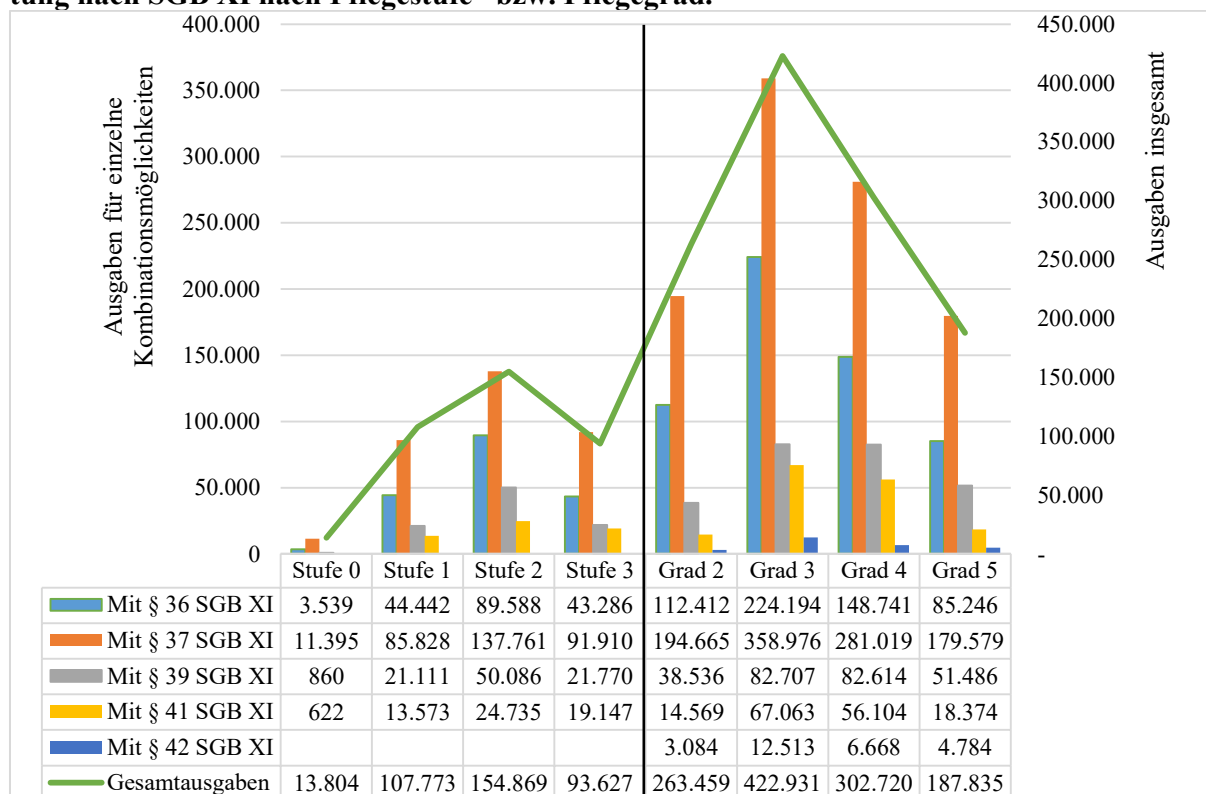
Abbildung 142: Nutzungsmonate der BARMER für den Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (2016) und § 45a SGB XI (2017) in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI nach Pflegestufe* bzw. Pflegegrad.



*Aufgrund der geringen Fallzahlen kann keine Darstellung nach Pflegestufen für die Kombination des Umwandlungsanspruchs mit Leistungen nach § 42 SGB XI in 2016 erfolgen. Quelle: BARMER-Daten.

Die Ausgabenverteilung spiegelt die Verteilung der Nutzungsmonate. Die höchsten Ausgaben in 2016 sind in Pflegestufe II zu verzeichnen. In 2017 ist es in Pflegegrad 3. Dabei sind nicht nur die Gesamtausgaben hier am höchsten, sondern auch die Ausgaben nach Pflegestufen bzw. Pflegegraden für die einzelnen Leistungskombinationen. Der genaue Verlauf kann Abbildung 143 entnommen werden.

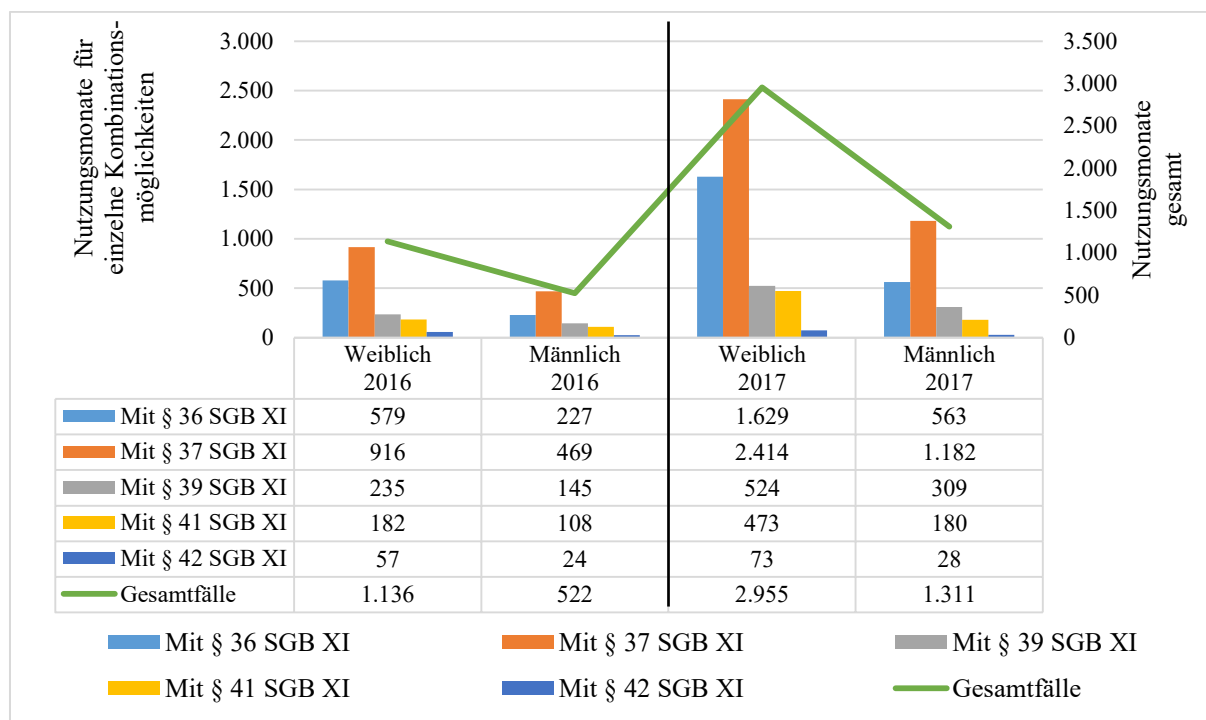
Abbildung 143: Ausgaben der BARMER für den Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (2016) und § 45a SGB XI (2017) in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI nach Pflegestufe* bzw. Pflegegrad.



Quelle: BARMER-Daten

Unterschieden nach dem Geschlecht wurde der Umwandlungsanspruch in 2016 und 2017 bei allen Pflegeleistungen (§§ 36, 37, 39, 41 und 42 SGB XI) von Frauen mehr als von Männern genutzt. Je nach Leistungskombination entfielen mehr als doppelt so viele Nutzungsmonate des Umwandlungsanspruchs auf weibliche Versicherte wie auf männliche Versicherte (siehe Abbildung 144). Die Gesamtausgaben lagen in 2016 bei den Frauen mit insgesamt 237.000 Euro gegenüber 133.000 Euro bei den Männern ebenfalls höher. Für die Leistungskombinationen nach §§ 36, 37, 39, 41 und 42 SGB XI wurde insgesamt mehr Geld für weibliche Pflegebedürftige ausgegeben. Entgegen dieser Entwicklung wandelten allerdings die Männer insgesamt im Median pro Monat mehr Geld um als die Frauen. Insgesamt lagen die medianen Ausgaben für den Umwandlungsanspruch pro Monat in 2016 bei 197,82 Euro für Männer und 166,00 Euro für Frauen. In 2017 waren es 262,20 Euro für Männer und 248,00 Euro für Frauen. Für die einzelnen Leistungen betrachtet, wandelten Frauen in 2016 jedoch im Median bei Leistungen nach § 42 SGB XI und Leistungen nach § 39 SGB XI mehr Geld um. In 2017 wandelten Frauen nur noch bei Leistungen nach § 42 SGB XI im Median mehr Geld um.

Abbildung 144: Nutzungsmonate der BARMER für den Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (2016) und § 45a SGB XI (2017) in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI nach Geschlecht.



Quelle: BARMER-Daten

Auf eine graphische Darstellung der Nutzungsmonate und Ausgaben für den Umwandlungsanspruch nach Altersgruppen muss verzichtet werden, da es bei einigen Leistungskombinationen zu Feldern mit weniger als 5 Nutzungsmonaten kommt, wodurch der Datenschutz nicht gewährleistet werden kann. Sie werden deshalb mit teilweise zusammengefassten Alterskategorien in Tabelle 32 (Nutzungsmonate) und Tabelle 33 (Ausgaben) dargestellt.

Tabelle 32: Nutzungsmonate der BARMER für den Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (2016) und § 45a SGB XI (2017) in der Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI nach Altersgruppen.

Alter	§ 36 SGB XI		§ 37 SGB XI		§ 39 SGB XI		§ 41 SGB XI		§ 42 SGB XI	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
0-9	0	32	18	69	17	29	0	5.687	5	31
10-19	0		14	177		51	0			
20-29	0		14	66		22	0			
30-39	0		11	74		22	0			
40-49	14	12	27	57	13	18	0			
50-59	28	87	46	158		26	11			
60-69	49	171	103	217	24	78	26	12.686		
70-79	176	471	333	806	100	183	94	55.136	26	
80-89	304	945	514	1.358	103	255	101	91.132	39	57
90-99	253	468	304	614	123	149	58	31.063	11	13
100+		6					0	369	0	0

Quelle: BARMER-Daten

Die größte Gruppe der Nutzer*innen ist zwischen 60 und 89 Jahren alt. In dieser Gruppe liegen zeitgleich die höchsten Ausgaben.

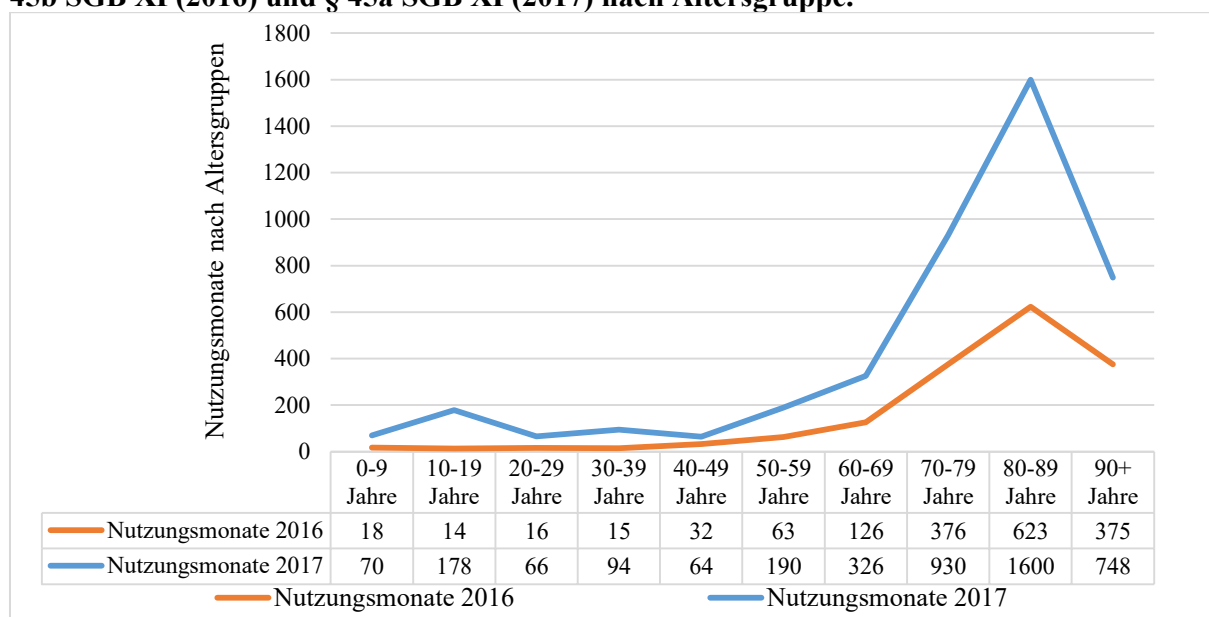
Tabelle 33: Gesamtausgaben der BARMER für den Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (2016) und § 45a SGB XI (2017) in der Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI nach Altersgruppen.

Alter	§ 36 SGB XI		§ 37 SGB XI		§ 39 SGB XI		§ 41 SGB XI		§ 42 SGB XI	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
0-9	0	9.448	7.613	19.166	8.008	8.638	0	3.811	919	9.397
10-19	0		2.162	59.526		15.505	0			
20-29	0		7.788	34.328		11.162	0			
30-39	0		5.141	15.776		6.902	0			
40-49	2.583	1.359	5.721	11.797	2.496	4.528	0	6.656	5.844	14.471
50-59	7.563	27.257	10.126	46.522		9.572	2.515			
60-69	8.386	48.998	18.095	59.080		22.745	4.289			
70-79	48.276	115.692	83.336	227.198	25.148	51.244	20.958	44.808	9.918	14.471
80-89	56.364	246.565	113.650	381.642	24.350	87.607	19.688	68.412	9.918	14.471
90-99	57.682	119.647	73.262	159.203	30.558	37.165	10.627	32.424	1.816	3.179
100+	1.627	1.627					0	0	0	0

Quelle: BARMER-Daten

Abbildung 145 zeigt ein zusammenfassendes Bild der Nutzungsmonate für alle Nutzungsmonate des Umwandlungsanspruchs innerhalb der BARMER in 2016 und 2017 zusammen. Zu sehen ist ein klarer Anstieg ab der Altersgruppe der 40 bis 49-Jährigen mit einem Höchstwert bei den 80 bis 89-Jährigen. Vor der Altersgruppe ab 40 Jahren befindet sich ein kleinerer Anstieg in den Nutzungsmonaten in 2017 bei der Altersgruppe der 10 bis 19-Jährigen. Dieser Verlauf zeigt sich ebenfalls in den Subgruppenanalyse der Nutzungsmonate von Leistungen nach § 36, 37, 39, 41 oder 42 SGB XI zeitgleich mit dem Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (2016) bzw. § 45a SGB XI (2017).

Abbildung 145: Nutzungsmonate der BARMER für den Umwandlungsanspruch nach § 45b SGB XI (2016) und § 45a SGB XI (2017) nach Altersgruppe.



Quelle: BARMER-Daten

Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags

Gemäß § 45b SGB XI kann der Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich³³ für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit des Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags bezogen werden. Der Entlastungsbetrag dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, Leistungen der Kurzzeitpflege, Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung) und Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI. In einem Kalenderjahr nicht genutzte Beträge können dabei in das nächste Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Dargestellt werden die Ausgaben für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI für Deutschland in der PV 45-Finanzstatistik der sozialen Pflegeversicherungen in der Kategorie „Ausgaben der Pflegekassen für zusätzliche ambulante Entlastungs- und Betreuungsleistungen“ (siehe Abbildung 136). Beim Vergleich der Hochrechnung der Nutzungsmonate der BARMER-Versicherten für den Entlastungsbetrag in 2016 und 2017 ist deshalb zu berücksichtigen, dass die Zahlen nur einen Teil der in der PV 45-Statistik genannten Zahlen darstellen. Hier dargestellt wird zudem die zeitgleiche Nutzung des Entlastungsbetrags mit Leistungen nach § 36 SGB XI, § 37 SGB XI sowie nach § 42 SGB XI.

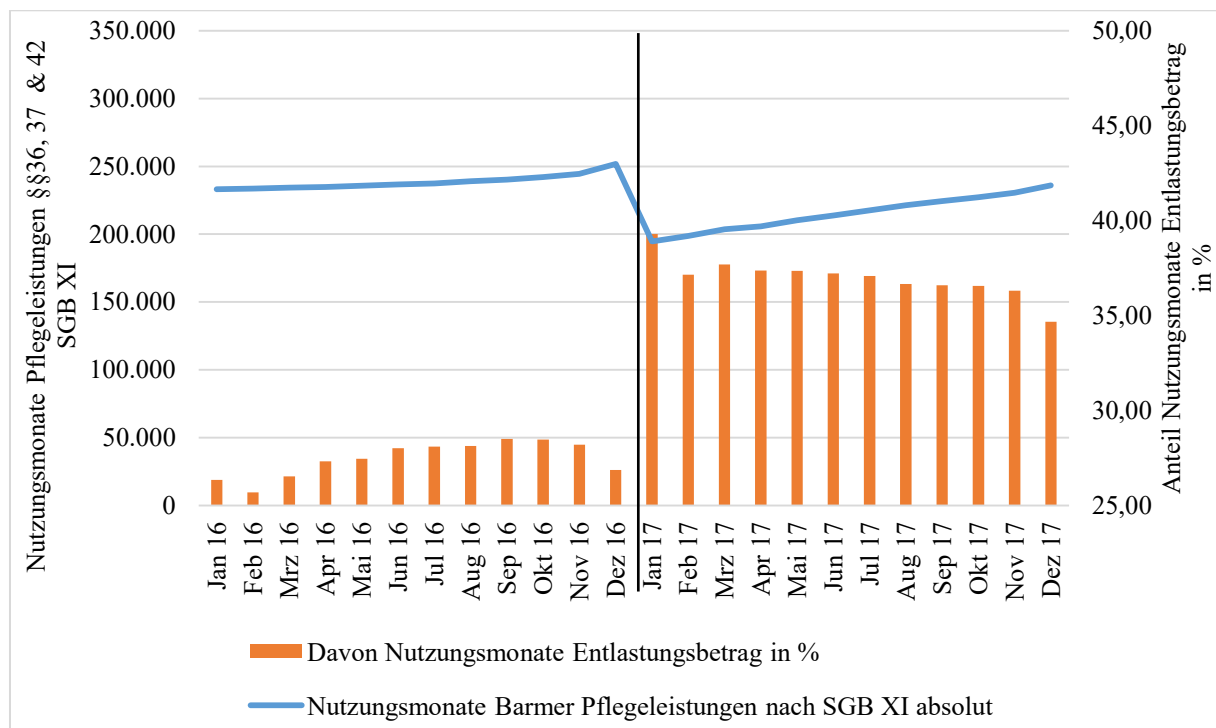
Die vorliegende Auswertung basiert wie auch die Untersuchung des Umwandlungsanspruchs nach § 45a SGB XI auf den Routinedaten der BARMER Pflegeversicherung und unterliegt damit den gleichen Limitationen. Wie für den Umwandlungsanspruch, fanden sich aufgrund der Umstellung der Codierung von 2015 auf 2016 Fehlbuchungen, weshalb nur eine der drei genutzten Codierungsmöglichkeiten für den Entlastungsbetrag zur Auswertung herangezogen werden konnte. Die hier präsentierten Zahlen sind folglich als Mindestwerte zu betrachten.

Basierend auf den Zahlen der BARMER errechnete das SOCIUM Hochrechnungen, um zu untersuchen, wie sich die Ausgaben für den Entlastungsbetrag auf verschiedene Altersgruppen, Monate, Geschlechter, Pflegestufen bzw. Pflegegrade oder unterschiedliche weitere Pflegeleistungen verteilten. Insgesamt nutzten 123.556 Versicherte der BARMER den Entlastungsbetrag in 2016 im Schnitt über sechs Monate im Jahr, von insgesamt 312.064 Versicherten mit Anspruch auf den Entlastungsbetrag. Dies ergab insgesamt 786.735 Nutzungsmonate, in denen der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI zeitgleich mit mindestens einer der folgenden Pflegeleistungen genutzt wurde: Ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, Pflegegeld nach § 37 SGB XI sowie der Kurz-

³³ Im Jahr 2016 waren es zuvor monatlich bis zu 104 Euro für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz der Pflegestufen „0“ bis III mit Anspruch auf den Grundbetrag sowie für Versicherte ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz der Pflegestufen I bis III und bis zu 208 Euro für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz der Pflegestufen „0“ bis III mit Anspruch auf den erhöhten Betrag.

zeitpflege nach § 42 SGB XI. In 2017 nutzten 147.106 BARMER-Versicherte den Entlastungsbetrag über insgesamt 954.591 Monate, was ebenfalls zu im Schnitt sechs Monaten pro versicherte Person in 2017 führte. Anspruch auf die Leistung hatten in 2017 insgesamt 302.041 Pflegebedürftige der BARMER. Die Verteilung nach Monaten bildet Abbildung 146 ab.

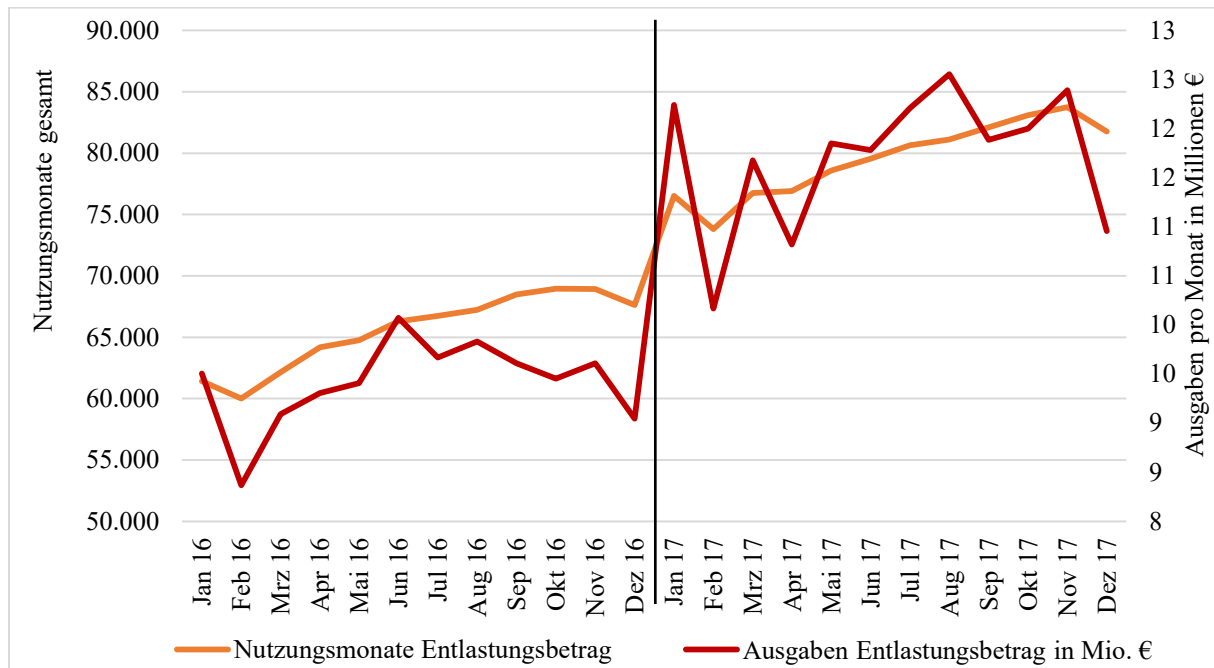
Abbildung 146: Nutzungsmonate der BARMER für Pflegeleistungen nach §§ 36, 37 und 42 SGB XI insgesamt sowie dem Anteil dieser Nutzungsmonate, in denen zusätzlich der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI bezogen wurde.



Quelle: BARMER-Daten

Zu beobachten ist eine gesteigerte anteilige Nutzung des Entlastungsbetrags innerhalb der beobachteten Jahre. Am häufigsten wurde der Entlastungsbetrag in 2016 im Oktober mit 68.942 Nutzungsmonaten absolut beansprucht. Der Monat der geringsten Nutzung war der Februar mit nur 60.016 Monaten. In 2017 wurde der Entlastungsbetrag mit 83.742 Nutzungsmonaten im November am häufigsten genutzt und am wenigsten im Februar mit 73.813 Nutzungsmonaten. Die Ausgaben für den Entlastungsbetrag verlaufen ähnlich zu den Nutzungsmonaten, schwanken jedoch mehr. Abbildung 147 zeigt den Verlauf der Nutzungsmonate sowie den Verlauf der Ausgaben (in Mio. Euro) nach Monaten.

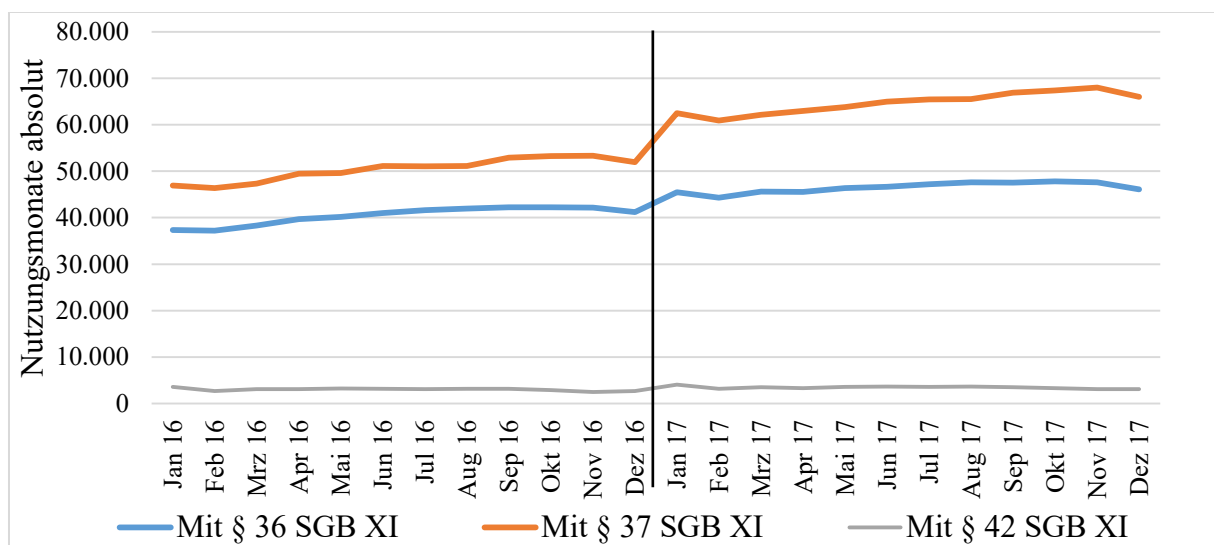
Abbildung 147: Nutzungsmonate und Ausgaben der BARMER für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI.



Quelle: BARMER-Daten

Unterteilt nach Pflegeleistungen, mit denen der Entlastungsbetrag zeitgleich genutzt wurde, wird deutlich, dass die meisten Nutzungsmonate auf die Kombination mit Pflegegeld nach § 37 SGB XI entfallen (Abbildung 148). Alle drei Leistungen weisen einen Abfall der Leistungsnutzung gegen Ende des Jahres (Dezember) auf, worauf ein Anstieg im Januar folgt, ehe die Nutzungsmonate im Februar erneut leicht zurückgehen.

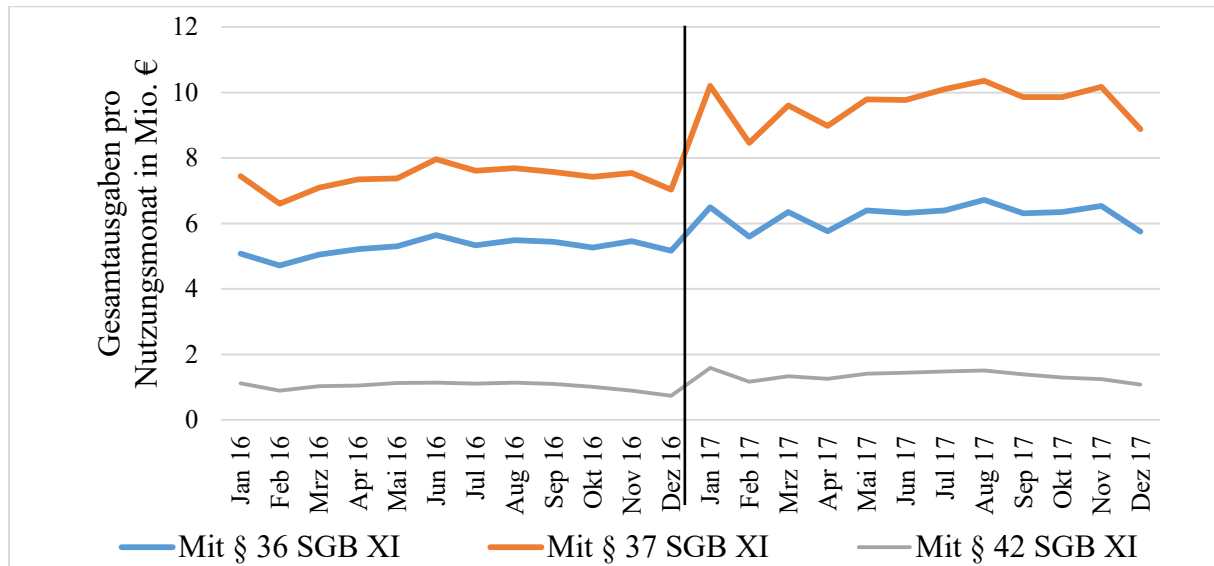
Abbildung 148: Nutzungsmonate der BARMER für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI.



Quelle: BARMER-Daten

Die Ausgaben für den Entlastungsbetrag sind in Abbildung 149 abgebildet. Zu sehen ist wie für die Nutzungsmonate auch ein sprunghafter Anstieg von 2016 auf 2017.

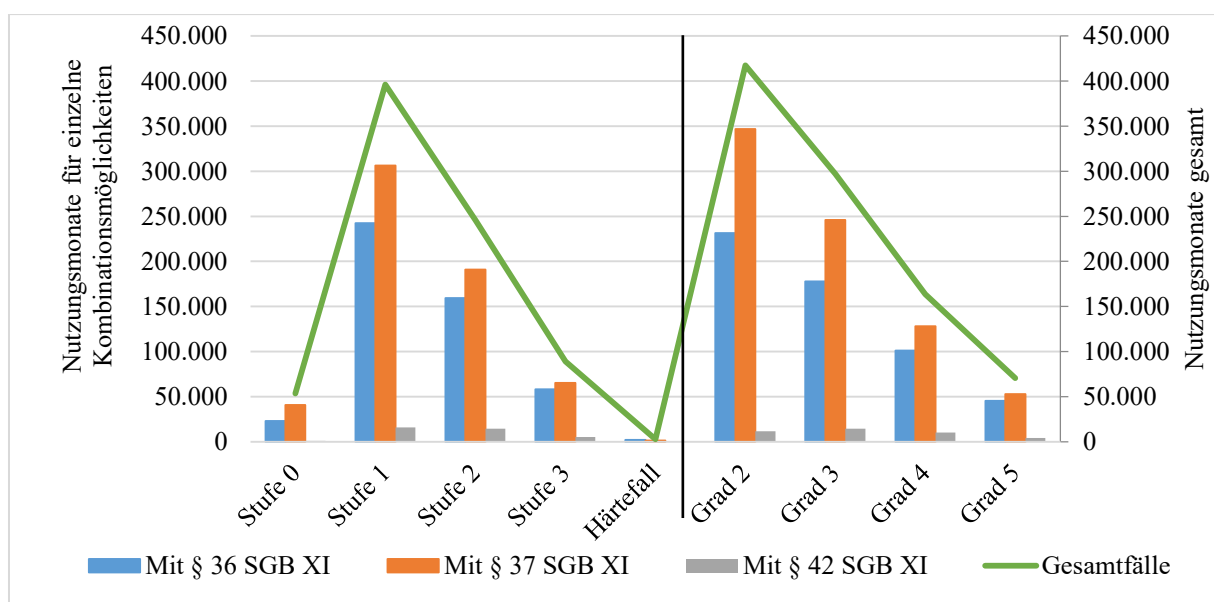
Abbildung 149: Ausgaben der BARMER für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI.



Quelle: BARMER-Daten

Abbildung 150 zeigt die Verteilung der Nutzungsmonate des Entlastungsbetrags nach Pflegestufen bzw. Pflegegraden sortiert nach den Pflegeleistungen, welche zeitgleich genutzt wurden. In 2016 wurde der Entlastungsbetrag von allen Leistungskombinationen am häufigsten in Pflegestufe I genutzt. In 2017 fand die häufigste Nutzung in Pflegegrad 2 statt.

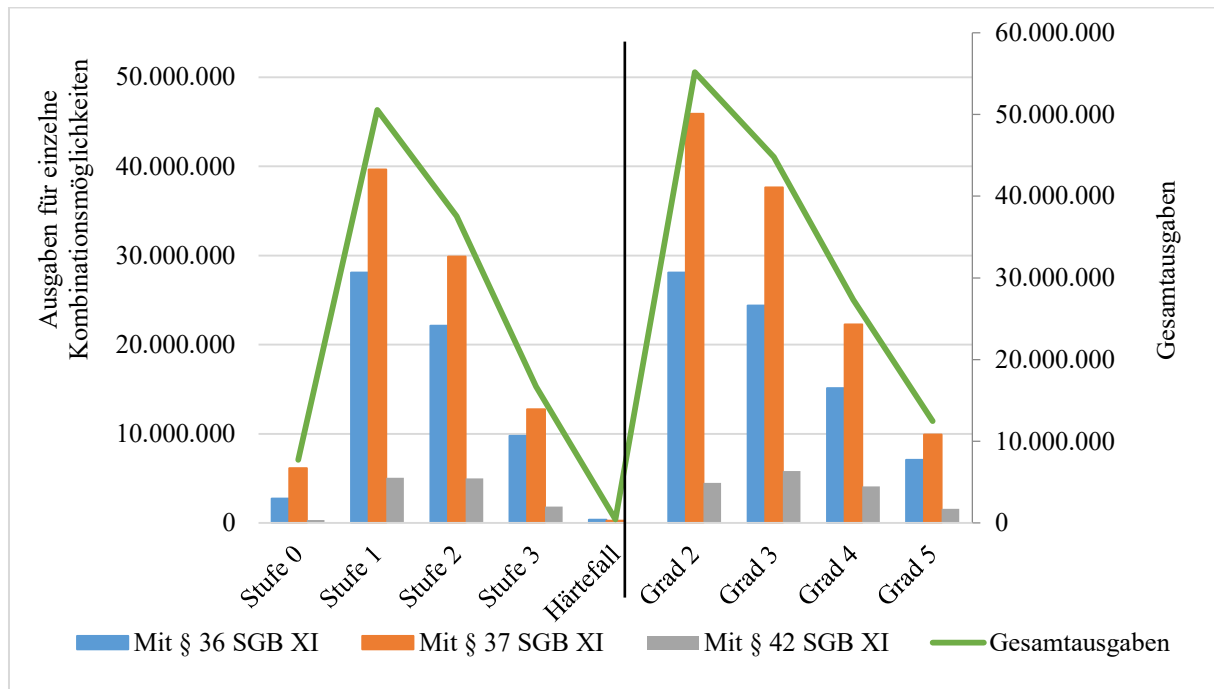
Abbildung 150: Nutzungsmonate der BARMER für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI nach Pflegestufe bzw. Pflegegrad.



Quelle: BARMER-Daten

Die Ausgaben nach Pflegestufe bzw. Pflegegrad verteilen sich ähnlich wie bereits die Nutzungsmonate. Auch hier liegen die höchsten Ausgaben bei Pflegestufe I bzw. Pflegegrad II. Die genaue Aufsplittung ist Abbildung 151 zu entnehmen.

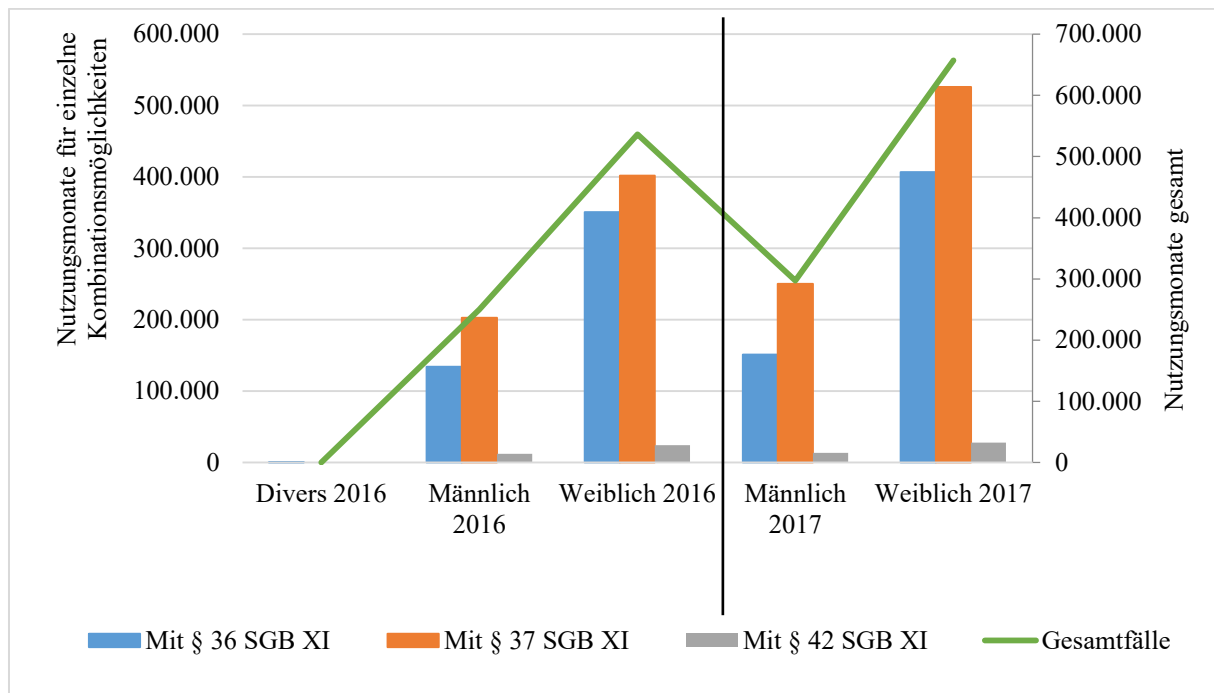
Abbildung 151: Ausgaben der BARMER für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI nach Pflegestufe bzw. Pflegegrad.



Quelle: BARMER-Daten

Unterschieden nach dem Geschlecht wurde der Entlastungsbetrag in 2016 und 2017 bei allen Pflegeleistungen (§§ 36, 37 und 42 SGB XI) von Frauen mehr als von Männern genutzt. Je nach Leistungskombination entfielen mehr als doppelt so viele Nutzungsmonate des Entlastungsbetrags auf weibliche Versicherte wie auf männliche Versicherte (siehe Abbildung 152). Ähnlich ist die Verteilung der Ausgaben. Insgesamt wurden in 2016 74 Millionen Euro für weibliche und 39 Millionen Euro für männliche Pflegebedürftige bezahlt. Auch bei den einzelnen Leistungen wurde mehr Geld insgesamt für Frauen bezahlt. In 2017 wurden insgesamt 95 Millionen Euro für Frauen und 46 Millionen Euro für Männer bezahlt. Auch in jenem Jahr lagen die Ausgaben für Frauen innerhalb der einzelnen Pflegeleistungen höher als für Männer.

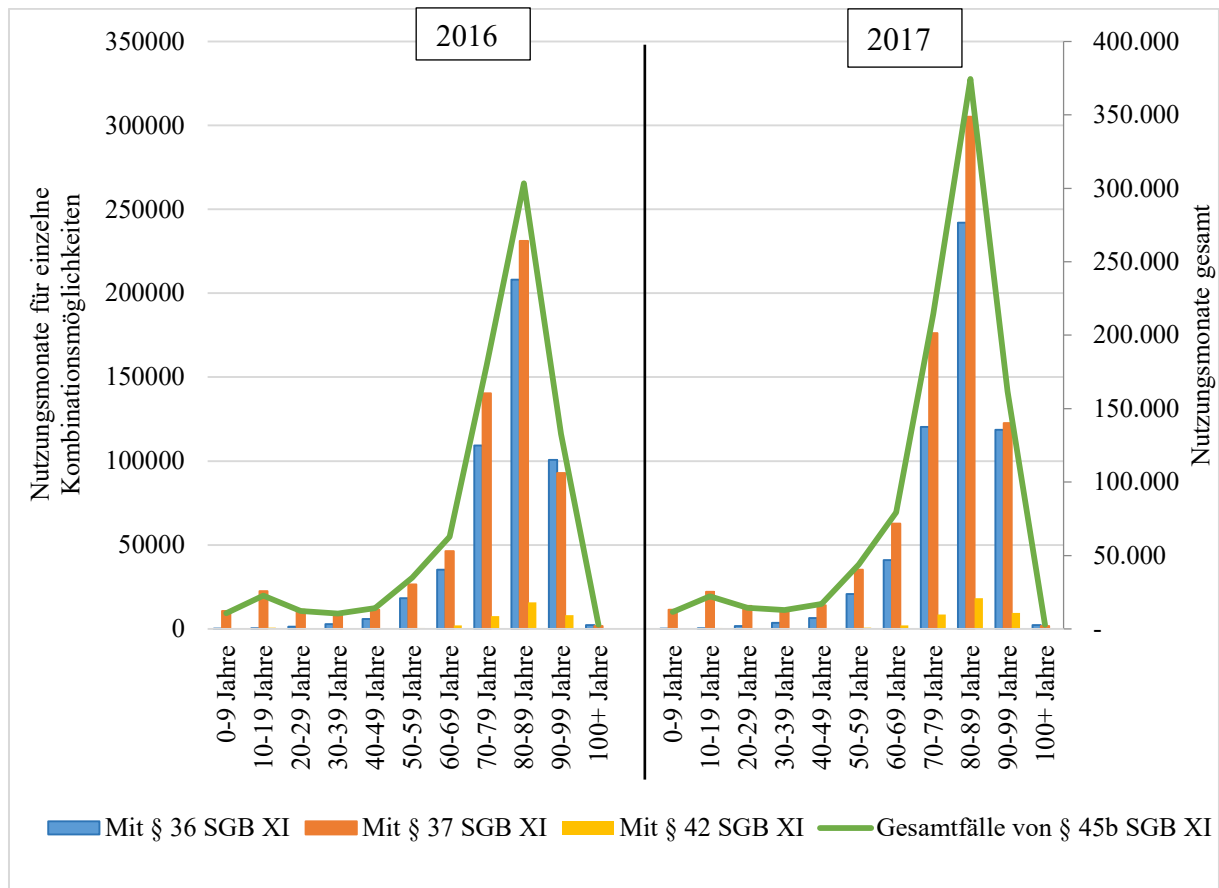
Abbildung 152: Nutzungsmonate der BARMER für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI nach Geschlecht.



Quelle: BARMER-Daten

Unterteilt nach Altersgruppen zeigt sich ein erster kleiner Anstieg in der Nutzung des Entlastungsbetrags in der Altersgruppe der 20 bis 29-Jährigen. Danach nimmt die Nutzung wieder ab, ehe sie ab 30 bzw. 50 Jahren erneut ansteigt. Die größte Nutzergruppe ist wie erwartet die Altersgruppe der 80 bis 89-Jährigen. Der Verlauf der Alterskurven nach Pflegeleistungen für 2016 und 2017 ist in Abbildung 153 graphisch dargestellt.

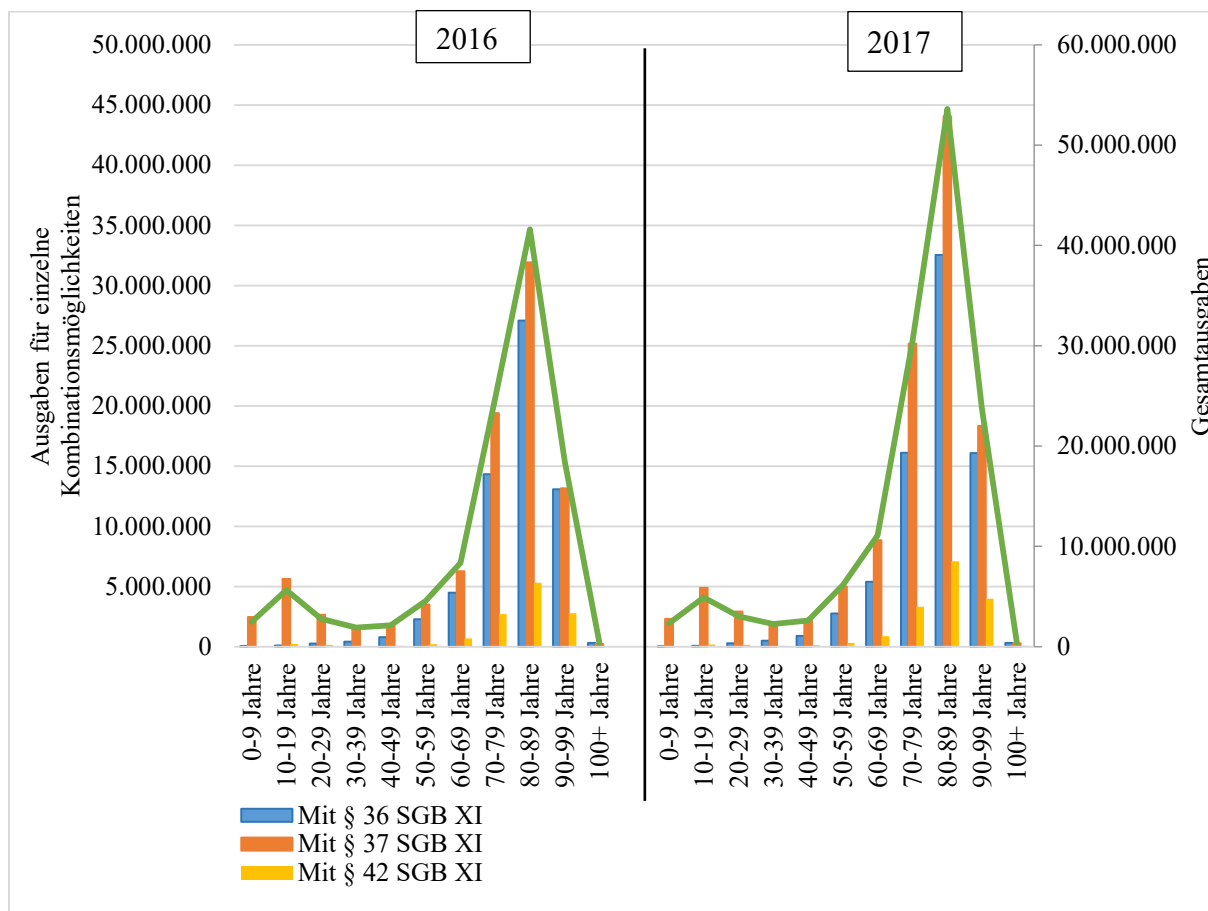
Abbildung 153: Nutzungsmonate der BARMER für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI nach Altersgruppe.



Quelle: BARMER-Daten

Abbildung 154 beschreibt den Verlauf der Ausgaben der BARMER nach Altersgruppen. Dieser spiegelt die Verteilung der Nutzungsmonate nach Alter mit den meisten Ausgaben für Leistungen nach § 37 SGB XI und den höchsten Ausgaben in der Altersgruppe der 80 bis 89-Jährigen.

Abbildung 154: Ausgaben der BARMER für den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Kombination mit einer anderen Pflegeleistung nach SGB XI nach Altersgruppe.



Quelle: BARMER-Daten

4 Zusammenfassung

Die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit dem Ziel des gleichberechtigten Zugangs zur **Pflegeversicherung** führt zu steigenden Leistungsempfängerzahlen, insbesondere bei ambulanten Leistungen. Das Referenzmodell zeigt, dass der von 2000 bis 2018 insgesamt erfolgt Anstieg der Zahl der Leistungsempfänger*innen in ambulanter Pflege zu rund einem Drittel durch das PSG II bedingt ist. Der Effekt ist damit größer als der kumulierte Effekt aller Gesetzesänderungen der Jahre 2008 bis 2016. Insgesamt hat die durchgängig wirkende demographische Alterung allerdings den größten Anteil an der Entwicklung der Empfängerzahlen. Das PSG II hat so rund 544 Tsd. Personen den Zugang zu ambulanten Leistungen der SPV ermöglicht.

Die Entwicklungen einzelner Leistungen sind unterschiedlich stark mit dem PSG II verknüpft. Das PSG II trägt zu stärkerer Inanspruchnahme von Pflegegeld sowie in geringerem Maße auch zum erhöhten Bezug von Pflegesach- und Kombinationsleistungen bei. Letzteres ist hauptsächlich durch die häufigere Wahl von Kombinationsleistungen geprägt, die reinen Sachleistungsbezug substituieren. Die Empfängerzahlen in vollstationärer Versorgung werden überwiegend durch die demographische Entwicklung getrieben. Das PSG II führt hier zu sinkenden Leistungsempfängerzahlen im Vergleich zu einer kontrafaktischen Entwicklung ohne Reform. Da die Stärkung des ambulanten Sektors mit der Reform angestrebt wurde, steht die Entwicklung im stationären Sektor in Einklang mit den Zielen des Gesetzgebers. Im stationären Sektor zeichnen sich Tendenzen zu einem Case-Mix ab, der stärker durch höhere Pflegegrade geprägt ist und der weiter beobachtet werden sollte. Bislang sind diese Tendenzen noch schwach, könnten sich aber durch die geänderten finanziellen Rahmenbedingungen bei der Wahl des Versorgungsarrangements im Zuge des PSG II verstärken. Relativierend muss angemerkt werden, dass der beobachtete Case-Mix durch die großzügige Überleitungsregelung vorläufiger Natur ist und sich der tatsächliche Case-Mix im stationären, wie im ambulanten Sektor erst in einigen Jahren nach Wegfall der Überleitungsfälle manifestieren wird.

In Hinblick auf die *Entwicklung der Überleitungsfälle* konnte gezeigt werden, dass der Anteil der Überleitungsfälle an allen Leistungsempfänger*innen von 54 % im Jahr 2017 auf einen Anteil von 37 % im Jahr 2018 sinkt. Bei konstanter Reduktionsrate reduziert sich der Anteil der für die Kostenkalkulation relevanten Überleitungsfälle bis 2019 auf 26 %. Dabei sinkt die Zahl der Überleitungsfälle im ambulanten Sektor schneller als im stationären. Die Mehrkosten durch die Überleitungsfälle belaufen sich in den Jahren 2017 und 2018 auf 4,6 bzw. 3,2 Mrd. Euro.

Entsprechend der steigenden Leistungsempfängerzahlen steigen, wie erwartet, auch die Leistungsausgaben der SPV. Der Einfluss des PSG II kann anhand des Referenzmodells im Jahr 2017 für alle Leistungen auf rund 7 Mrd. Euro Mehrausgaben beziffert werden. Diese Ausgaben sind vor allem dem ambulanten Sektor zuzuordnen

Für **Entwicklungen der Hilfe zur Pflege** infolge der PSG II und III ist festzuhalten, dass sich die Erwartungen bezüglich einer finanziellen Entlastung der Sozialhilfe zumindest für das Jahr 2017 bestätigt haben. Die im Vorfeld von Seiten der Sozialhilfeträger befürchteten Kostensteigerungen sind nicht eingetreten. Insgesamt sind die Nettoausgaben 2017 im Vergleich zum Vorjahr um 400

Mio. Euro bzw. 10,7 % auf das Niveau von 2013 gefallen, wobei die Einsparungen absolut gesehen in von Einrichtungen am größten ausfielen (300 Mio. Euro bzw. 11,1 %). Allerdings muss bedacht werden, dass die großzügige Überleitung im Zusammenhang mit dem doppelten Stufensprung für eine überproportionale Entlastung der Sozialhilfeträger gesorgt hat, da diejenigen Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz infolge der „zu hohen“ Überleitung höhere Leistungsbeträge im Rahmen der Pflegeversicherung erhalten. Werden diese Fälle nach und nach durch Pflegebedürftige mit identischem Pflegebedarf, jedoch unter Umständen geringerem Pflegegrad ersetzt, kann dies den Einspareffekt dämpfen. Im Jahr 2018 sind die Nettoausgaben insgesamt um 1,8 % gestiegen. Diese Steigerung liegt an der Entwicklung in Einrichtungen, wo die Aufwendungen um 2,6 % gestiegen sind, während im ambulanten Bereich ein marginaler Rückgang um 0,2 % verzeichnet wurde.

Im Hinblick auf die Empfängerzahlen der Hilfe zur Pflege am Jahresende 2017 fiel der Rückgang mit 17,1 % noch stärker aus und erreichte damit das Niveau des Jahres 2008. Dies war insbesondere auf die Entwicklung außerhalb von Einrichtungen zurückzuführen. Hier sind die Empfängerzahlen um 42,7 % gefallen, während der Rückgang im stationären Bereich lediglich 7,6 % betrug. Der deutliche Rückgang im ambulanten Bereich ist dabei in erster Linie auf die Entwicklung im Bereich der Häuslichen Pflegehilfe zurückzuführen. Aufgrund der unterschiedlichen Entwicklungen der Ausgaben sowie der Empfänger*innen haben sich auch die monatlichen Bruttoausgaben pro Kopf deutlich verändert. So sind die Ausgaben pro Kopf in Einrichtungen 2017 um 10,3 % auf 769 Euro im Vergleich zum Vorjahr gefallen, während außerhalb von Einrichtungen eine Steigerung um 28,4 % auf 891 Euro zu verzeichnen war. Damit übersteigen die monatlichen Pro-Kopf-Ausgaben im ambulanten Bereich erstmals seit Einführung der Pflegeversicherung die Ausgaben pro Fall im stationären Sektor.

Der Anteil der HzP-Empfänger*innen an allen Pflegebedürftigen auf Basis der SPV-Statistik und der PKV-Zahlenberichte hat im Jahr 2017 mit 8,1 % den niedrigsten Wert seit Einführung der Pflegeversicherung erreicht. Der Anteil der Ausgaben für Hilfe zur Pflege an den Gesamtausgaben für Pflegeleistungen, also inklusive der SPV, PPV und Hilfe zur Pflege, ist ebenfalls auf den tiefsten Stand seit Einführung der Pflegeversicherung gefallen und betrug im Jahr 2017 8,4 %. Der Anteil der Bezieher*innen von Hilfe zur Pflege mit zusätzlichen Pflegeleistungen eines anderen Trägers lässt sich aufgrund fehlerhaft ausgewiesener Statistiken nur für den vollstationären Bereich im Zeitverlauf betrachten. Hier ist der Anteil der HzP-Empfänger*innen mit zusätzlichen Pflegeleistungen von 90,8 % im Jahr 2016 auf 94,9 % im Jahr 2017 gestiegen. Grund dafür dürfte sein, dass der erweiterte Pflegebedürftigkeitsbegriff ab dem Jahr 2017 Personen miteinbezogen hat, die bis 2016 dem Kreis der Personen mit der sogenannten Pflegestufe 0 zugeordnet waren. Im ambulanten Bereich liegt der Anteil der Personen, der zusätzliche Leistungen anderer Träger bezieht, im Jahr 2017 bei durchschnittlich 47,4 %.

Im Rahmen des Referenzmodells für die Zahl der HzP-Leistungsempfänger*innen wurde der Versuch unternommen, die Auswirkungen des PSG II von den Effekten der vorausgehenden Reformen im Rahmen des PNG und PSG I abzugrenzen. Die Modellrechnung für die Empfängerzahlen ergab,

dass die PNG/PSG I-Reformen eine Verringerung der HzP-Empfänger*innen in Höhe von rechnerisch 35.939 und das PSG II von 66.058 Personen bewirkt haben. Insgesamt haben die Reformen damit zu einem rechnerischen Rückgang der HzP-Empfängerzahlen von rund 100.000 geführt. Dass der tatsächlich realisierte Fallzahlrückgang mit 54.651 deutlich geringer ausgefallen ist, ist auf den demographischen Wandel zurückzuführen, der für sich genommen zu einer steigenden Fallzahl führt und damit gegenläufig wirkt. Der Gesamteffekt ist dabei praktisch ausschließlich auf die Entwicklung außerhalb von Einrichtungen zurückzuführen, da der demografische Einfluss im stationären Bereich beinahe das Niveau der Reformeffekte erreicht. Gemäß dem Referenzmodell der Ausgaben der Hilfe zur Pflege konnten durch das PNG sowie PSG I insgesamt 136 Mio. Euro und durch das PSG II 521 Mio. Euro eingespart werden. Der demographische Effekt erhöhte die Ausgaben jedoch um 559 Mio. Euro, so dass der Gesamtrückgang insgesamt bei lediglich knapp 100 Mio. Euro liegt. Der Policy-Effekt ist auch hier fast ausschließlich auf die Entwicklung außerhalb von Einrichtungen zurückzuführen.

Mittels einer Stichprobenziehung wurde versucht, die Auswirkungen des PSG II und III auf Personen zu analysieren, die 2016 Hilfe zur Pflege empfangen haben, ohne eine Pflegestufe aufzuweisen. Von den 360 gezogenen Fällen bezogen 2016 lediglich fünf (1,4 %) gleichzeitig Leistungen nach dem 7. Kapitel SGB XII (Hilfe zur Pflege) sowie dem 9. Kapitel SGB XII (Hilfe in anderen Lebenslagen), 355 Personen empfangen ausschließlich Leistungen der Hilfe zur Pflege. Mehr als die Hälfte (51,7 % bzw. 186 Personen) erhielt im Jahr 2017 einen Pflegegrad und konnte demnach Leistungen nach SGB XI beziehen (Abbildung 94). Die übrigen Fälle (48,3 % bzw. 174 Personen) verblieben ohne Pflegegrade, jedoch wurde bei 46 % bzw. 80 Personen die Übergangsregelung nach § 138 SGB XII angewendet, durch den dieser Personengruppe ihr bisheriger Leistungsanspruch befristet zugesichert wurde. Diese Übergangsregelung lief für den Großteil (89 % bzw. 71 Personen) bis zum Jahr 2018 aus. Von denjenigen Personen ohne Pflegegrad und ohne Übergangsregelung erhielten dann 2018 78 Personen bzw. 47 % keine Leistungen mehr nach dem 7. oder 9. Kapitel SGB XII. Dies sind 22 % der Grundgesamtheit von 360 Fällen, was in etwa 24.000 Personen entspricht. Werden andere Gründe (Tod oder Wegfall anderer Voraussetzungen für den Leistungsbezug) berücksichtigt, ist von rund 20.000 Personen ausgegangen werden, die nach der neuen Definition der Pflegebedürftigkeit nicht als pflegebedürftig anzusehen sind und daher seit der Einführung des PSG III keine HzP-Leistungen mehr erhalten und gleichzeitig keine anderweitigen sozialhilfrechtlichen Leistungen des 9. Kapitels des SGB XII beziehen.

Um die Sicherstellung der Bedarfe von ambulant betreuten HzP-Empfänger*innen mit Pflegegrad 1 zu beurteilen, wurde auf einen Frageblock des IGES-Instituts aus dem gemeinsamen Fragebogen zurückgegriffen. 88 % der befragten Sozialhilfeträger gab an, dass der sozialhilfrechtliche Bedarf nicht ausschließlich mit Leistungen des 7. Kapitels SGB XII sichergestellt werden kann. Im Schnitt betraf dies knapp die Hälfte der von den antwortenden Sozialhilfeträgern versorgten Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1. 61 % der Sozialhilfeträger nutzten dafür Leistungen des 9. Kapitels SGB XII und jeweils 20 % griffen auf § 27a Abs. 3 bzw. 4 SGB XII sowie § 42 i. V. m. § 27a Abs. 4 S. 1 u. 2 SGB XII zurück.

Hinsichtlich der **Vergütung in Pflegeheimen** zeigt sich im Bundesdurchschnitt und auf Länderebene ein Anstieg über das Gesamtheimentgelt und alle einzelnen Posten der Vergütung für Pflegeheime. Der Vergleich von durchschnittlichen Wachstumsraten vor und nach der Gesetzesänderung und dem Wachstum zum Jahreswechsel 2016/2017 zeigt, dass die Gesamtheimentgelte und die Pflegesätze seit 2017 leicht schneller wachsen. Der unmittelbare Effekt ist aber ein Anstieg der Pflegesätze zum ersten Quartal 2017 von rund 4,7 % im Bundesdurchschnitt und zwischen 0,28 % und 11,26 % auf Länderebene. Begründet werden können diese Steigerungen durch landesrechtliche Anreize bei der Umsetzung der Überleitung, die einen Personalmehreinsatz fördern sollten.

Die Analyse der Eigenanteile sowie der EEE zeigt, dass es im Jahr 2017 in Standardheimen zu einer Kostensenkung für Heimbewohner*innen von durchschnittlich 51 Euro kommt. Diese Entlastung ist als direkter Einfluss des PSG II zu interpretieren und bezieht sich auf Neufälle. Im Mittel sind die Entlastungen sogar höher, da der Besitzstandsschutz für Bestandsfälle potenzielle Belastungen, die vorwiegend in niedrigen Pflegegraden auftreten können, verhindert. Die Eigenanteile für Personen in Sonderpflegebereichen sinken durchschnittlich um 30 Euro. Für die schweren Pflegegrade bleibt der Entlastungseffekt durch die Systemumstellung auf EEE erhalten, im Mittel schwindet er für Heime mit Standardpflegesätzen durch das beständige Wachstum der Pflegekosten.

Langfristig spielen auch Entlastung bzw. Belastung der einzelnen Pflegestufen durch das PSG II eine Rolle in der Entwicklung von vollstationären Pflegeeinrichtungen. Im Bundesdurchschnitt werden Personen, die im Jahr 2016 PS I hatten mit rund 125 Euro „belastet“ (137 Euro in Sondereinrichtungen), Personen mit PS II um 106 Euro (103 Euro in Sondereinrichtungen) und Personen mit PS III um 348 Euro (273 Euro in Sondereinrichtungen) entlastet. Diese Änderungen sind jedoch nur für Personen, die ab 2017 neu im vollstationären Setting versorgt werden, bedeutend. Der Besitzstandsschutz für bereits vollstationär Versorgte verhindert für diese Gruppe Belastungen durch das PSG II. Da sich die finanziellen Rahmenbedingungen für die Wahl der Versorgungsform ändern, könnte eine Zugangshürde für Personen mit niedrigem Pflegegrad zur vollstationären Versorgung entstehen. Inwieweit diese veränderten „Anreizstrukturen“ tatsächlich wirksam werden und die Wahl der Versorgungsform mitbeeinflussen, müsste weiter untersucht werden. In direktem Zusammenhang mit der Belastung nach Pflegestufen stehen die Ausgaben für Besitzstandsschutz. Wurden für die Finanzierung des Besitzstandsschutzes im Rahmen der PSG rund 800 Mio. Euro geplant, werden diese bereits nach zwei Jahren fast erreicht. Auf Basis der Überlebensraten einer stationären Prävalenzkohorte muss davon ausgegangen werden, dass die Ausgaben für den Besitzstandsschutz bis 2021 weitere rund 740 Mio. Euro erfordern, so dass insgesamt bis 2021 knapp 1,5 Mrd. Euro aufgebracht werden müssen.

Zur **Stärkung der häuslichen Pflege** wurden im Rahmen des PSG II weitere Maßnahmen verabschiedet, die sich gezielt an professionelle Dienstleister sowie Angehörige respektive Pflegepersonen richteten. So sorgte die erweiterte Anrechnung von Pflegezeiten durch die Rentenversicherung dafür, dass die Zahl der rentenversicherten Pflegepersonen um 71 % und die Ausgaben für Pflegepersonen um 56 % im Vergleich zum Vorjahr angestiegen sind. Die Ausgaben für Pflegekurse für pflegende Angehörige nach § 45 SGB XI sind seit der Einführung des PSG II leicht angestiegen.

Sie setzen damit ihren Aufwärtstrend von 2009 fort. Basierend auf der Befragung der Pflegekursanbieter kann vermutet werden, dass es von einer Verschiebung der Kleingruppen-Kurse zu den Schulungen im häuslichen Umfeld gekommen ist. Insgesamt sind die Ausgaben für Pflegekurse nicht so stark gestiegen, wie durch die Gesetzesänderung zu erwarten gewesen sei. Die Kursanbieter erklären sich dies mit der fehlenden Bewerbung der Pflegekurse und wünschen sich an dieser Stelle mehr Einsatz von den übrigen Akteuren des Gesundheitswesens.

Die Einführung der finanziellen Förderung für regionale Netzwerke nach § 45c Abs. 9 SGB XI beschrieben viele Netzwerke als rettend für ihre Arbeit. Dies zeigt auch die steigende Nutzung der Fördermöglichkeit von 2018 auf 2019, da in der ersten Jahreshälfte bereits 26 Netzwerke (nur eines weniger als in gesamt 2018) die Förderung erhielten. Netzwerke aus flächen- und einwohnermäßig großen Landkreisen bzw. kreisfreien Städten bemängeln jedoch die Festlegung auf 20.000 Euro pro Landkreis bzw. kreisfreie Stadt, unabhängig der Größe (geographisch und einwohnerspezifisch) der Region. Aus diesem Grund sei die Förderung teilweise besonders für Gebiete mit mehreren Netzwerken nicht attraktiv.

Die Ausgaben für den Umwandlungsanspruch nach § 45a Abs. 4 SGB XI sind seit seiner Einführung kontinuierlich gestiegen, was sich auch in den Zahlen der Nutzungsmonate innerhalb der BARMER widerspiegelt. Trotz allem wird er innerhalb dieser Pflegekasse nur von weniger als ein Prozent der Pflegebedürftigen genutzt. Unter den Versicherten, die diese Leistung in Anspruch nahmen, wurde er im Durchschnitt über vier Monate pro Jahr genutzt. Es zeigte sich ein saisonaler Effekt der vermehrten Nutzung der Leistung während der Sommermonate. Der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Höhe von monatlich bis zu 125 Euro wurde sowohl in 2016 als auch in 2017 von fast 50 % der Pflegebedürftigen der BARMER genutzt, welche Leistungen nach §§ 36, 37 oder 42 SGB XI erhielten. Zahlen für 2018 standen im Bearbeitungszeitraum dieses Projekts noch nicht zur Verfügung, es wird allerdings erwartet, dass sich der positive Trend der Nutzung dieser Leistungen auch in Zukunft fortsetzen wird.

5 Literatur

- Augurzky, Boris/Borchert, Lars/Deppisch, Rebecca/Krolop, Sebastian/Mennicken, Roman/Preuss, Maike/Rothgang, Heinz/Stocker-Müller, Melanie/Wasem, Jürgen (2008), *Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen. Ein Bundesländervergleich. RWI-Materialien, Heft 44*, Essen: RWI.
- BMF, [=Bundesministerium der Finanzen] (2018), Monatsbericht des BMF. Januar 2018, verfügbar unter: http://www.bundesfinanzministerium.de/Monatsberichte/2018/01/Downloads/monatsbericht-2018-01-deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=4 letzter Zugriff: 12.07. 2019.
- BMFSFJ, [=Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend] (2019), Lokale Allianz für Menschen mit Demenz. Projektliste, verfügbar unter: https://www.wegweiser-demenz.de/no_cache/en/lokale-allianzen/lokale-allianzen/projektliste.html, letzter Zugriff: 26.06. 2019.
- BMG, [= Bundesministerium für Gesundheit] (2017), *Die Pflegestärkungsgesetze. Das Wichtigste im Überblick*, Berlin: BMG.
- (2015), Bundestag beschließt das Zweite Pflegestärkungsgesetz, verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/psg-ii-bt-verabschiedung.html>, letzter Zugriff: 10.07. 2019.
- Bundesversicherungsamt (2019), *Nutzung des Umwandlungsanspruchs nach § 45c Abs. 9 XI*, unveröffentlichte Tabellen.
- Con_sens, [=Consulting für Steuerung und soziale Entwicklung GmbH] (2018), Fokusbericht: Leistungen nach dem 7. Kapitel SGB XII – Hilfe zur Pflege im Jahr 2017. Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze, verfügbar unter: https://consens-info.de/images/veroeffentlichungen/sgb_XII/grossstaedte/2018-09-13_BM-GS_Bericht-HzP_Endfassung.pdf, letzter Zugriff: 12.07. 2019.
- Deutscher Bundestag (2015), *Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS): Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 30.09.2015, Ausschussdrucksache 18(14)0131(29)*, Berlin, Deutscher Bundestag.
- (2016a), *Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS): Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 17.10.2016, Ausschussdrucksache 18(14)0204(42)*, Berlin, Deutscher Bundestag.
- (2016b), *Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) Drucksache 18/9518*, Berlin, Deutscher Bundestag.
- GBE, [=Gesundheitsberichterstattung des Bundes] (2019) *Von Medizinischen Diensten durchgeführte Begutachtungen der Pflegebedürftigkeit (absolut und Anteil). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Grund der Begutachtung, Ambulant / Stationär*. Daten erstellt unter www.gbe-bund.de am 16.09.2019.
- Kimmel, Andrea/Schiebelhut, Olga/Kowalski, Ingo/Brucker, Uwe/Breuninger, Katrin/Reif, Karl/Bachmann, Sandra/Glasen, Maria/Webers, Anna (2015) (Hg.), *Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments NBA in der Pflegeversicherung*, Berlin.
- Knieps, Franz/Reiners, Harmut (2015), *Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte - Intentionen - Kontroversen*, Bern: Hans Huber.
- KOLS, [= Arbeitsgruppe der Konferenz der obersten Landessozialbehörden] (2017), *KOLS-Arbeitsgruppe: Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes / des Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetzes auf die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII*, Handreichung.

- Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (2019), Landes-Netz-Werk Demenz und regionale Netzwerke in Rheinland-Pfalz, verfügbar unter: <https://lzg-rlp.de/de/landes-netz-werk-demenz-656.html>, letzter Zugriff: 30.06. 2019.
- MDS, [= Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen] (2018), *Begutachtungen. Daten auf Anfrage*, Essen.
- Pütz, Thomas (2019), Laufende Raumbbeobachtung – Raumabgrenzungen. Raumtypen 2010, verfügbar unter: https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/gemeinden/Raumtypen2010_vbg/raumtypen2010_node.html, letzter Zugriff: 15.05. 2019.
- RKI, [= Robert Koch-Institut] (2015), *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*, Berlin.
- Roth, Günter/Rothgang, Heinz (2001), Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34, 4, S. 292-305.
- Rothgang, Heinz (2018), Ein Jahr nach der großen Pflegereform - vorläufige Bilanz, in: *Soziale Sicherheit*, 5, S. 186-193.
- Rothgang, Heinz/Götze, Ralf (2013), »Perspektiven der solidarischen Finanzierung«, in: Jacobs, Klaus/Schulze, Sabine (Hg.), *Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System*, Berlin, S. 127-175.
- Rothgang, Heinz/Iwansky, Stephanie/Müller, Rolf/Sauer, Sebastian/Unger, Rainer (2010), *BARMER GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege.*, St. Augustin: Asgard.
- Rothgang, Heinz/Kalwitzki, Thomas (2015), Pflegestärkungsgesetz II - eine erstaunlich großzügige Reform, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik - Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen* 69, 5, S. 46-54.
- Rothgang, Heinz/Kalwitzki, Thomas/Müller, Rolf/Runte, Rebecca/Unger, Rainer (2015), *BARMER GEK Pflegereport 2015. Schwerpunkt: Pflegen zu Hause*, Siegburg: Asgard-Verlagsservice.
- (2016), *BARMER GEK Pflegereport 2016*, Siegburg: Asgard-Verlagsservice.
- Rothgang, Heinz/Müller, Rolf (2018), *BARMER Pflegereport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 12*, Berlin: BARMER.
- (2019), *BARMER Pflegereport 2019. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 13*, Berlin: BARMER.
- Rothgang, Heinz/Müller, Rolf/Mundhenk, Rebecca/Unger, Rainer (2014), *BARMER GEK Pflegereport 2014. Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger*, Siegburg: Asgard-Verlagsservice.
- Rothgang, Heinz/Müller, Rolf/Runte, Rebecca/Unger, Rainer (2017), *BARMER Pflegereport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5*, Siegburg: Asgard.
- Rothgang, Heinz/Wagner, Christian (2019), Quantifizierung der Personalverbesserungen in der stationären Pflege im Zusammenhang mit der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit.
- Schmidt, Manuela/Schneekloth, Ulrich (2011), *Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.*, Berlin: BMG.
- Schwinger, Antje/Rothgang, Heinz/Kalwitzki, Thomas (2018), „Die Pflegeversicherung boomt“: Mehrausgaben der Pflegeversicherung – Retrospektive und Projektion, in: *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 21, 6, S. 13-22.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2017), *Fachinformation zur Statistik der Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe, Version 1 vom 25.01.2017*, Berlin, Statistische Ämter des Bundes und der Länder.

- Statistisches Bundesamt (2009), *Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege 2007*, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- (2011), *Pflegestatistik 2009 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- (2016), *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Rückgerechnete und fortgeschriebene Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011. 1991 - 2011*: Statistisches Bundesamt.
- (2017a), *Bevölkerungsentwicklung bis 2060 - Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung Aktualisierte Rechnung auf Basis 2015*: Statistisches Bundesamt.
- (2017b), *Erhebungsbogen Pflegestatistik, Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) am 15.12.2017*, Statistisches Bundesamt.
- (2017c), *Pflegestatistik 2015 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- (2017d), *Pflegestatistik 2015 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich - Pflegeheime*, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- (2018a), Genesis-Online Datenbank. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Statistik 12411-0006: Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre, Nationalität/Geschlecht/Familienstand, verfügbar, letzter Zugriff: 10.08.2018.
- (2018b), *Pflegestatistik 2017 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Trischler, Falko/Kistler, Ernst (2012), *Arbeitspapier 6: Was sind „gute“ Erwerbsbiographien? Risikofaktoren und -gruppen für geringe Renten und Alterseinkünfte*, Stadtbergen: Hans-Böckler-Stiftung.
- Unger, Rainer (2010), »Cohort trends in disability and future care need in Germany«, in: Doblhammer, Gabriele/Scholz, Rembrandt (Hg.), *Ageing, care need and quality of life*, Wiesbaden, S. 82-93.
- (2016), »Lebenserwartung in Gesundheit«, in: Niephaus, Yasemin/Kreyenfeld, Michael/Sackmann, Reinhold (Hg.), *Handbuch Bevölkerungssoziologie*, Wiesbaden, S. 565-594.
- WidO, [= Wissenschaftliches Institut der AOK] (2018), *Sonderauswertung Pflegepersonen in der SPV. Unveröffentlichte Sonderanfertigung für das BMG*, Berlin, WidO.
- Ziegler, Uta/Doblhammer, Gabriele (2008), *Projections of Demented Patients and Future Costs of Dementia for Germany until 2050*, Rostock, Rostocker Zentrum working paper.